

## **Perícia médica em gastro-hepatologia para a concessão de benefícios previdenciários**

Thelma Maria do Nascimento<sup>1</sup>

### **Introdução**

A atividade médico-pericial previdenciária tem como objetivo essencial a elaboração de parecer técnico conclusivo na avaliação da incapacidade laborativa, parecer embasado em lei, além da análise do requerimento de benefícios previdenciários. A emissão do parecer exige o conhecimento das normas técnicas, dos atos normativos e da legislação previdenciária referentes à concessão dos benefícios. A incapacidade laborativa é amplamente aceita como sendo a situação da pessoa que, ao ser submetida ao exame pericial, demonstra impossibilidade de desempenhar funções em razão de alteração morfofisiológica decorrente de doença ou de acidente (NASCENTES, 2004).

A inexistência de norma técnica para orientar a realização de perícia médica e avaliação de incapacidade nas especialidades de Gastroenterologia e Hepatologia, norma técnica que certamente seria o documento norteador para o desempenho do médico perito, a exemplo do que ocorre em algumas áreas biomédicas, pode ser considerada como justificativa para as dificuldades encontradas no momento de concluir pela concessão ou indeferimento do benefício requerido. Nesse sentido, analisar o quadro da concessão dos benefícios à população piauiense portadora de enfermidades gastro-hepatológicas no período de 1999 a 2003 pode ser um caminho para a elaboração de ferramentas institucionais que normatizem a atividade pericial.

---

<sup>1</sup> Médica, especialista em Gastroenterologia e Endoscopia, auditora da Unimed-Teresina (PI)

Esta análise inicia com discussão a respeito da relação entre o perito-médico e a pessoa a ser periciada. Não é permitido escolher previamente o profissional a quem se deve conceder a guarda da privacidade e da confidencialidade das informações obtidas durante a perícia. Nesta atividade de modo geral não se considera o direito de escolha da pessoa a ser ouvida como é vivenciado na relação entre paciente e médico assistente.

O atendimento pericial permite identificar duas questões. A primeira delas, já referida, é a impossibilidade de a pessoa a ser submetida à perícia médica não ter o direito de deliberar sobre a escolha do perito, e a segunda diz respeito a uma das questões centrais da ética aplicada aos serviços de assistência à saúde – o estado de vulnerabilidade, experiência da maioria dos indivíduos que procuram o serviço previdenciário. Além da vulnerabilidade intrínseca à existência humana, algumas pessoas tornam-se vulneráveis pela pobreza, falta de escolaridade e enfermidade. Vale ressaltar que essas peculiaridades do atendimento prestado à pessoa a ser periciada podem reforçar a situação de vulnerabilidade social na qual se encontram os requerentes dos benefícios previdenciários.

### **Avaliação da incapacidade laborativa**

Para fins previdenciários, entende-se a incapacidade laborativa ou incapacidade para o trabalho como a impossibilidade de desempenhar funções específicas de uma atividade ou ocupação para as quais a pessoa estava habilitada e em exercício. É importante mencionar que a existência de doenças não significa incapacidade. Pessoas portadoras de enfermidades bem definidas (diabetes, hipertensão arterial, hepatite C) ou lesões como, por exemplo, a ausência da visão ou de um membro, podem ser consideradas aptas para o trabalho. Na maioria das situações, a previdência identifica o trabalhador como incapacitado quando este,

ao desempenhar a sua função, não consegue atingir a média de rendimento alcançada por pessoas que pertencem à categoria do trabalhador em avaliação e que trabalham em ambiente semelhante.

Após a anamnese e o exame médico-pericial, é possível graduar a ausência da capacidade laborativa em parcial, quando permite o desempenho da atividade sem risco de vida ou agravamento, e total, diante da impossibilidade de permanecer no ambiente de trabalho. O Instituto Nacional do Seguro Social classifica a incapacidade considerando a(s) profissão(ões) e denomina de omni-profissional a condição na qual a pessoa é considerada inapta para desenvolver toda e qualquer atividade laborativa, conceito essencialmente teórico porque se refere a uma constatação não do indivíduo que sofre ou supostamente sofre a ausência da capacidade laborativa, mas do profissional que o pericia (MARQUES, 2005)

### **Proteção Social e Benefícios Previdenciários**

A proteção estatal justifica a sua existência por meio de políticas públicas coerentes com as necessidades da população. A Previdência e a Assistência Social têm responsabilidades pela proteção de uma grande parcela da população concedendo benefícios ou prestando serviços, por exemplo, o de reabilitação profissional. No âmbito da política social, os benefícios deveriam ser considerados instrumentos de proteção social e justiça, ambas aceitas como exercício de imparcialidade favorecendo desse modo a população.

A discussão sobre a alocação de recursos na prestação de serviços públicos em saúde considera que, em uma sociedade moralmente pluralista, estabelecer o princípio da justiça significa reconhecer dois princípios comumente presentes no debate sobre recursos públicos: o princípio da igualdade e o da equidade. “Ao contrário do que possa parecer à primeira vista,

não se trata de distinguir direitos entre indivíduos sob a perspectiva de ambos os princípios, indivíduos têm igualdade de direitos”(MEDEIROS, 1999, p. 2). Contudo, em uma sociedade na qual as necessidades dos indivíduos diferem entre si, advoga-se que o atendimento dos direitos individuais seja expressão de uma relação de equidade priorizando as carências dos grupos populacionais menos favorecidos.

A escolha de uma justa distribuição de recursos em saúde tem fundamento em teorias que defendem o respeito à autonomia individual, expresso pela garantia da pessoa optar por aquilo que considera a sua vontade própria, a discussão sobre a responsabilidade do Estado na implementação de políticas e a definição das prioridades para a distribuição dos recursos destinados à saúde (FORTES; ZOBOLI, 2003).

### **Auxílio-doença previdenciário**

Auxílio-doença previdenciário é o benefício devido ao segurado que demonstrar incapacidade temporária para o trabalho por período superior a quinze dias consecutivos, após cumprida a carência, quando exigida. Um argumento contrário à concessão do auxílio-doença é a confirmação de que o trabalhador já era portador de doença ou lesão quando filiou-se ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS), exceto se a ausência da capacidade decorreu da evolução ou agravamento dessa doença ou lesão (IBRAHIM, 2003). Representam ameaças à manutenção do benefício o não comparecimento ao local da perícia na data preestabelecida para novo exame e a recusa ao processo de reabilitação profissional custeado pela previdência.

A suspensão do auxílio-doença previdenciário ocorre como consequência de uma das três condições: retorno ao trabalho, transformação em aposentadoria por invalidez ou em

auxílio acidente diante de circunstâncias diversas e que tenham como resultado seqüelas que impeçam a realização da atividade laborativa.

### **Aposentadoria por invalidez**

A lei 8.213/91 no seu artigo 42 advoga que “ a aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida 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”. O perito-médico fundamentando-se no parágrafo 2º da lei acima mencionada deverá indeferir a solicitação da aposentadoria, quando a doença ou lesão em análise antecederem a filiação do requerente ao Regime Geral da Previdência Social, salvo, quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

O período de carência para a obtenção da aposentadoria por invalidez corresponda a doze contribuições mensais, no Regime Geral da Previdência Social, número mínimo para que o beneficiário faça jus ao benefício, salvo, nos casos de invalidez decorrentes de acidente ou diante de algumas patologias especificadas no Decreto Lei nº 3048/99.

### **Amparo social à pessoa portadora de deficiência (Benefício de Prestação Continuada – BCP)**

A assistência social deve ser prestada a quem dela necessitar. Esse é o teor do artigo 203, inciso V, da Constituição brasileira. Regida por lei própria, a 8.742, de 07 de dezembro

de 1993, a chamada Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a assistência social, segmento da seguridade social, deve ser promovida pelo sistema público e pela sociedade, ambos implementando ações e medidas que visem ao atendimento das necessidades básicas da criança e do idoso.

A teoria dos princípios que regem a assistência social inclui o respeito à autonomia, à igualdade de direitos no acesso ao atendimento e à convivência na sociedade. Valorizar tais princípios levando-os da teoria para o contexto social é fundamental para suprir a deficiência nos modelos médico e social que serão mencionados posteriormente (IBRAHIM, 2003). O benefício de prestação continuada (BCP) é prestação pecuniária de caráter assistencial e não exige contribuição do segurado, sendo suficiente a comprovação da condição de necessidade. Instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social, no seu artigo 20, o BCP representa “...a garantia de 1(um) salário mínimo à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família”.

A operacionalização do benefício assistencial foi regulamentada com a publicação da ordem de serviço INSS/DSS/562 em 04 de abril de 1997, a qual define os procedimentos para a concessão do BCP, de que trata a lei 8.742 de 07/09/93. Consta nesse documento que, a partir de 01 de janeiro de 2000, a idade mínima exigida pelo solicitante do BCP é de 65 (sessenta e cinco) anos. A Lei seleciona para conceder o benefício a pessoa portadora de deficiência, ou seja, aquela considerada pela perícia médica incapacitada para a vida independente (alimentação, cuidados de higienização, necessidade de outra pessoa) e para o trabalho. A pessoa incapacitada, o deficiente, em conformidade com o conceito institucional, é a pessoa portadora de anomalias ou lesões hereditárias, congênicas ou adquiridas, rotuladas como irreversíveis ou proibitivas para o desempenho do labor e da vida cotidiana. Outro

critério que é analisado durante a concessão do benefício assistencial é a renda familiar, que deverá ser uma renda mensal per capita inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo, renda entendida como insuficiente para a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa (IBRAHIM, 2003).

Por fim, o BCP será devido ao brasileiro, inclusive ao indígena não protegido por sistema de previdência social e ao estrangeiro naturalizado ou domiciliado no Brasil, não amparado por previdência do país de origem (IBRAHIM, 2003).

### **Deficiência: modelo médico institucional**

A ordem de serviço INSS/DSS 562, de 1997, considera o laudo médico-pericial/Benefício Assistencial o comprovante documental da deficiência. A elaboração do laudo era permitida aos profissionais do Sistema Único de Saúde, Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional, Perícia Médica e Serviço Social do Instituto Nacional do Seguro Social. Na atualidade, somente ao médico-perito é dada a função de emitir o laudo, obedecendo aos critérios estabelecidos e divulgados na Tabela de Dados para Avaliação de Deficiência, devendo-se considerar, entre outras coisas, a capacidade para o trabalho, as alterações na visão, audição ou fala, a dependência de terceiros para o desempenho das atividades cotidianas e o “nível da vulnerabilidade”, sem, entretanto, mencionar fatores selecionados para estratificar a vulnerabilidade em níveis baixo, médio e alto. Aos critérios analisados é atribuída uma pontuação que varia de 09 a 23 pontos, e o periciado que obtiver número de pontos igual ou superior a 17 será rotulado como portador de “incapacidade severa ou extrema”.

A análise da OI/INSS/DIRBEN N.º 81/2003 permite identificar os critérios para a concessão do BCP e conduz à percepção de que o conceito biomédico da deficiência tem como base atos normativos, leis vigentes no país, acrósticos, podendo tudo isso suscitar questionamentos a respeito de possíveis restrições de patologias diversas, sem contar essencialmente que, nesse conjunto de normas, não se considera a real incapacidade do indivíduo. Faz-se necessário destacar que a concessão criteriosa do Benefício de Prestação Continuada pode atribuir a esse benefício outro papel: o de possível indicador de exclusão social.

### **Deficiência : modelo social**

A deficiência é uma temática que tem sido motivo de discussões frequentes nos eventos sobre políticas públicas brasileiras. A compreensão desse despertar é possível por duas razões: o envelhecimento populacional, que permite registrar um maior número de pessoas vivendo a deficiência, e o resultado do debate acerca dos diferentes conceitos de deficiência, alguns considerando a sociedade como responsável pela condição de deficiente experimentada por cada indivíduo.

A abordagem histórico-social da deficiência foi iniciada na década de 1960, no Reino Unido, como uma crítica ao conceito biomédico. (MEDEIROS; DINIZ, 2004) Analistas sociais defendem a idéia de que a deficiência não deve ser problema somente do portador, mas essencialmente da coletividade, que não demonstra disponibilidade para adequar-se às diversidades.

O debate social argumenta que a deficiência é “uma experiência resultante da interação entre características corporais do indivíduo e as condições da sociedade em que ele vive, isto

é, uma combinação de limitações impostas pelo corpo com algum tipo de perda ou redução da funcionalidade ‘(lesão)’ e uma organização social pouco sensível à diversidade corporal” (MEDEIROS; DINIZ, 2004). A primeira proposta de se entender a deficiência e a lesão como condições não necessariamente convergentes foi feita pela Upias – Union of The Physically Impaired Against Segregation, na década de 1970, instituição que ressaltou o papel excludente da sociedade na medida em que oferece desvantagens e restrições no âmbito social e profissional àqueles portadores de lesões físicas.

A sociedade contemporânea, até pouco tempo atrás, entendia a deficiência adotando como base o modelo médico, no qual a deficiência era considerada uma doença crônica degenerativa, um defeito ou déficit presente no indivíduo, avaliado em conformidade com normas biomédicas vigentes. A constatação das limitações impostas por essa abordagem médica permitiu o surgimento de outras correntes de pensamentos teórico-políticos que priorizam a visão humanística de se analisar os múltiplos fatores que contribuem para a condição de deficiente: fatores social, político e econômico, com importância similar à das alterações biológicas, físicas ou psicológicas (SCULLY, 2005).

A discussão, como é conduzida na atualidade, deveria sinalizar para a execução de políticas públicas na saúde brasileira capazes de reconhecer não somente a anormalidade corporal para identificar o deficiente, mas fundamentalmente a experiência da exclusão, característica que une as diversas comunidades de deficientes.

## **Metodologia**

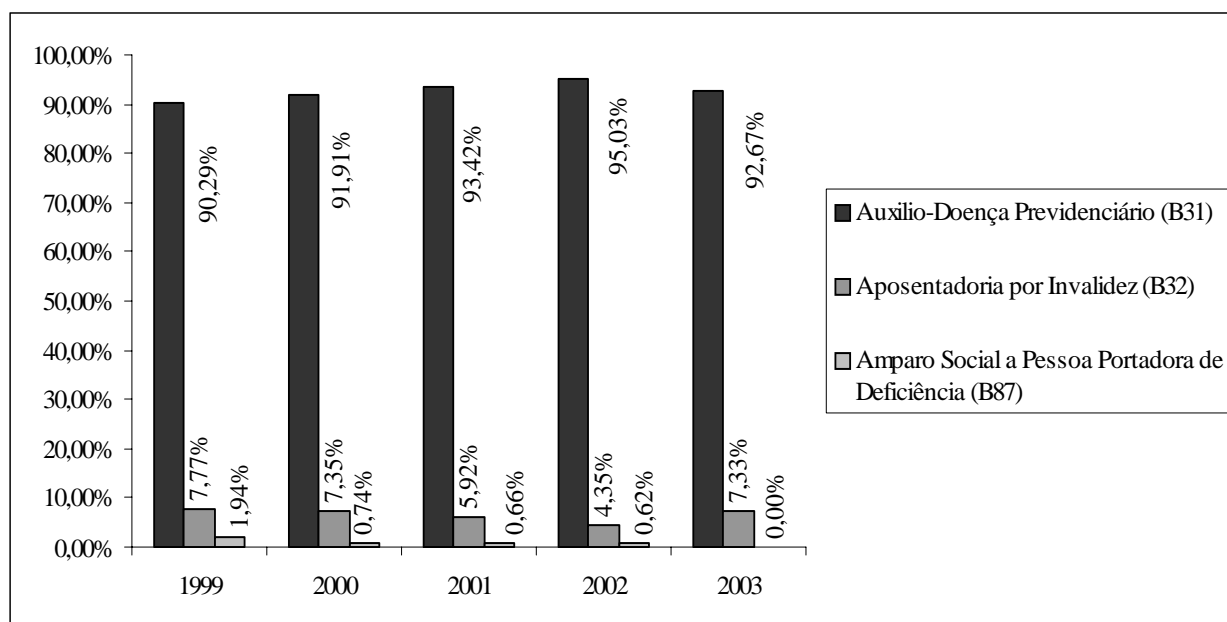
O levantamento dos dados foi obtido a partir dos cadastros dos beneficiários da previdência, no estado do Piauí, armazenados no Banco de Dados da DATAPREV, durante o

período de 1999 a 2003. Esse período foi selecionado por admitir-se o acesso com maior segurança ao cadastro das pessoas a serem periciadas, e teve como último ano o de 2003 porque permitiu a obtenção dos dados de forma satisfatória até a oportunidade do desenvolvimento da pesquisa.

Construíram-se tabelas e figuras representando as concessões realizadas no estado do Piauí referentes a três benefícios: auxílio-doença previdenciário (B31), aposentadoria por invalidez (B32) e amparo social à pessoa portadora de deficiência (B87), distribuídas anualmente durante o período estabelecido. Do total de 36.679 concessões do B31, foram analisadas 652 na área de gastro-hepatologia. O benefício B32 foi deferido a 6.493 piauienses, dos quais 45 eram portadores de enfermidades gastro-hepatológicas, e o B87 foi concedido a 5 pessoas no universo de 8.462 concessões. A metodologia inclui também a realização de entrevistas abertas, escritas e anônimas com cinco peritos da Previdência, as quais conduziram a uma aproximação inicial dos especialistas em Medicina Legal com os conceitos de deficiência, lesão e vulnerabilidade.

## **Discussão dos Resultados**

**Gráfico 1: Benefícios Concedidos nas Especialidades de Gastroenterologia e Hepatologia no Estado do Piauí, período de 1999 a 2003**

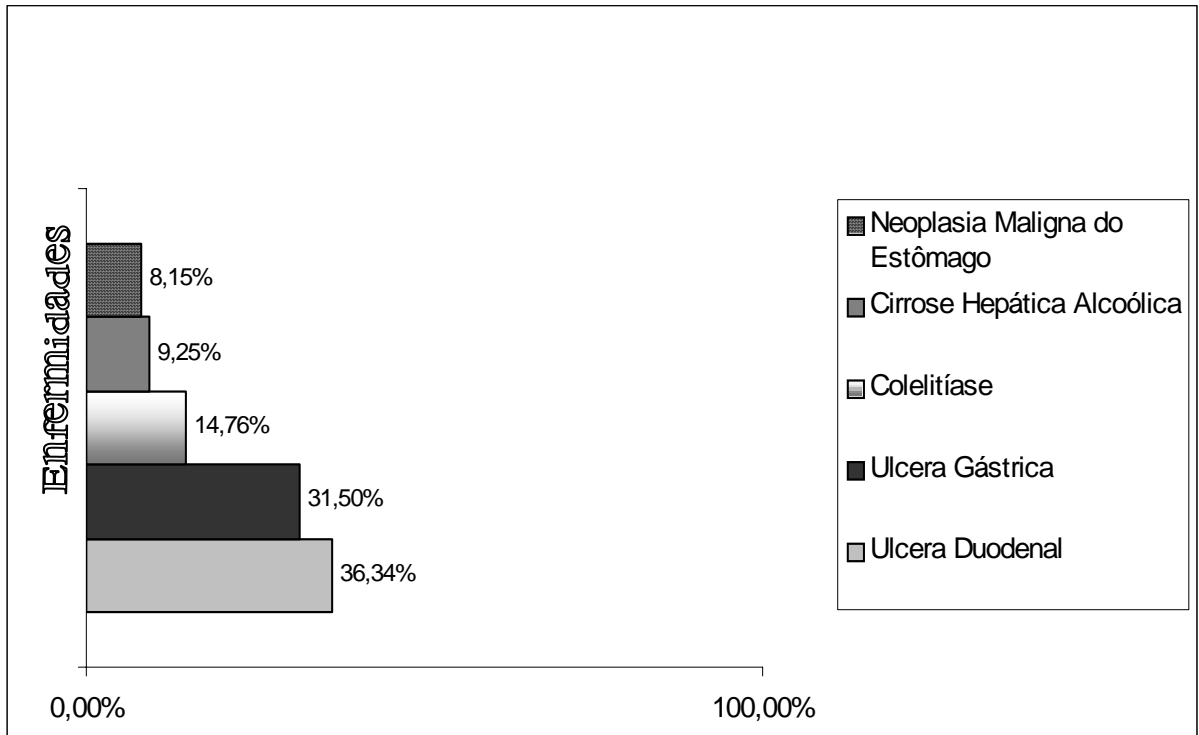


Fonte: BCO D3/Prisma DATAPREV - ESPIP

Verifica-se número crescente da concessão do auxílio-doença previdenciário no período de 1999 a 2002. A constatação do maior número de beneficiados no ano de 2002 permite admitir como provável fator contributivo o período eleitoral, em que os políticos habitualmente ficam mais receptivos às manifestações expressivas do estado de carência da coletividade.

A aposentadoria por invalidez foi concedida a 6,41% das pessoas periciadas com enfermidades gastro-hepatológicas, e o B87, cujo deferimento é embasado em critérios pré-determinados, esteve presente em apenas cinco laudos conclusivos.

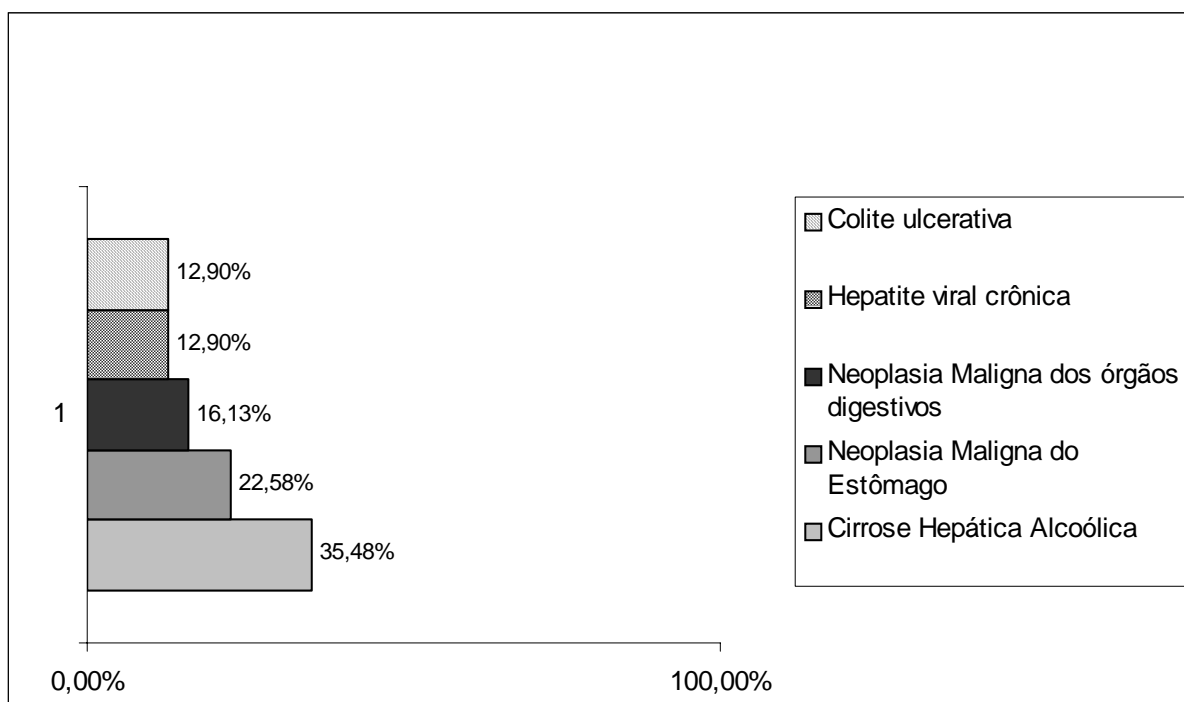
**Gráfico 2: Distribuição do auxílio-doença previdenciário segundo as enfermidades gastro-hepatológicas, no período de 1999 a 2003**



Fonte: BCO D3/Prisma DATAPREV - ESPIP

O benefício auxílio-doença previdenciário foi distribuído em cinco grupos de enfermidades, correspondendo ao maior grupo os portadores de úlcera duodenal. Foram analisados 165 casos, isto é, 36,34% do total de 454 concessões.

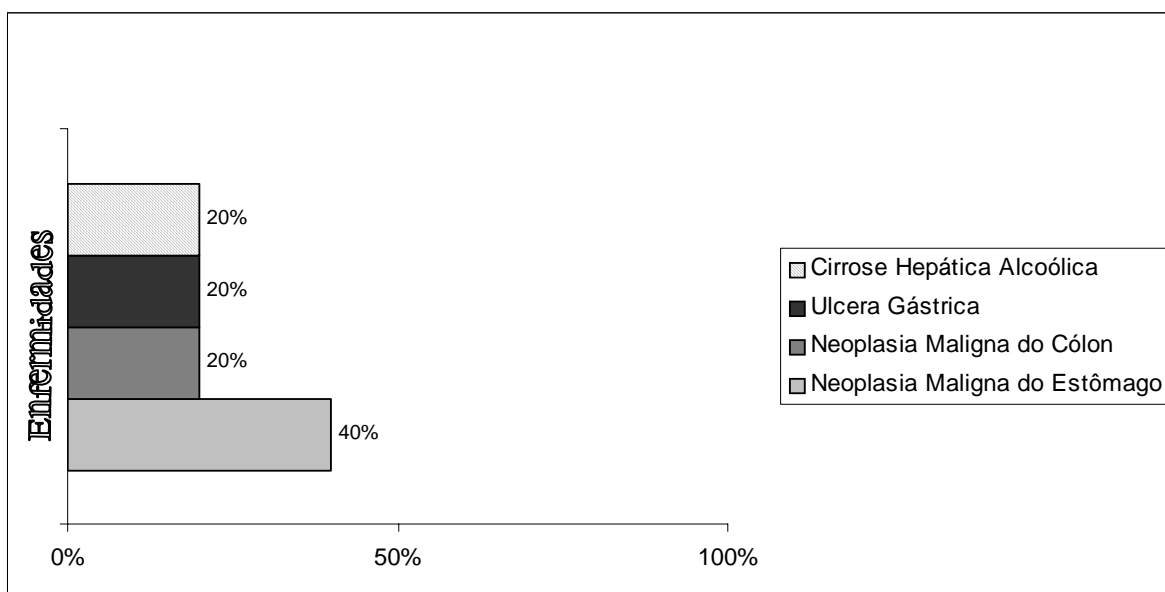
**Gráfico 3: Distribuição das concessões da aposentadoria por invalidez segundo as enfermidades gastro-hepatológicas, no período de 1999 a 2003**



Fonte: BCO D3/Prisma DATAPREV - ESPIP

Observa-se que a aposentadoria por invalidez foi deferida às pessoas cujas enfermidades consideram-se de maior gravidade, destacando-se a Cirrose Hepática Alcoólica e a Neoplasia Maligna do estômago, diagnosticadas respectivamente em 35,48% e 22,58% dos aposentados. Vale ressaltar que o periciado acometido dessas patologias torna-se desobrigado de cumprir o período de carência, em obediência à Portaria Interministerial n.º 2.998 de 23 de agosto de 2001.

**Gráfico 4: Distribuição das concessões do Benefício Assistencial (BCP) segundo as enfermidades gastro-hepatológicas, no período de 1999 a 2003.**



Fonte: BCO D3/Prisma DATAPREV - ESPIP

A análise do quadro das concessões revelou que somente em cinco processos periciais, do total de setecentos e dois na área da gastro-hepatologia, houve deferimento do BCP. No grupo de cinco concessões, três foram deferidas para os portadores de neoplasias malignas.

A amostra obtida foi satisfatória para revelar que três do total dos entrevistados não vêem a pessoa a ser periciada como integrante da categoria dos vulneráveis. O médico, segundo esse grupo, é o vulnerável diante da possibilidade da manifestação do beneficiário ao ter o seu benefício negado. Dois dos entrevistados manifestaram opinião favorável perante a vulnerabilidade, que certamente é constante no dia-a-dia daqueles que procuram os serviços que oferecem assistência à saúde.

## Conclusão

A pesquisa, do modo como foi conduzida, mostrou inicialmente os aspectos profissionais da atividade previdenciária e, em seguida, a participação das especialidades de

Gastroenterologia e Hepatologia no quadro dos benefícios concedidos à população do estado do Piauí, no período de 1999 a 2003. Como foi gradualmente percebido, a concessão foi realizada na forma de três benefícios. O auxílio-doença previdenciário foi predominantemente contemplado, tendo sido concedido a 92,88% dos beneficiários no universo de 702 concessões; a aposentadoria por invalidez foi o segundo benefício mais concedido, 6,41% do total, e o amparo social à pessoa portadora de deficiência foi considerado em apenas 5 prontuários analisados (0,71% do total de 702).

A análise do quadro de patologias que motivaram a concessão do auxílio-doença previdenciário permitiu observar que os portadores de úlcera duodenal e gástrica, correspondendo respectivamente a 36,34% e 31,50%, constituíram o maior grupo entre os periciados que receberam o referido benefício. A aposentadoria por invalidez foi devida a 0,69% do total dos aposentados no estado do Piauí, das 6.493 pessoas submetidas à perícia previdenciária.

As pessoas cujas enfermidades eram neoplasias malignas, úlcera gástrica e cirrose hepática alcoólica foram consideradas como deficientes e/ou dependentes para o desempenho das atividades diárias (alimentação, higienização, etc), atendendo-se, portanto, aos critérios legítimos conforme a Lei 8.742 de 07.09.93, que regulamenta a concessão do BCP. Face à inexistência de normas técnicas específicas para orientação da perícia previdenciária na gastro-hepatologia, a despeito da atividade previdenciária ser pautada em normas e leis, as concessões ora analisadas suscitam algumas discussões direcionadas para a legitimidade e a pertinência dos deferimentos: a aquisição do benefício poderia amenizar prováveis conseqüências advindas da condição de enfermo da pessoa periciada? Facilitaria a obtenção da terapia medicamentosa conhecidamente de elevado custo? Sendo a concessão do BCP

fundamentada em acrósticos e tabelas, seria esse benefício supostamente um fator de exclusão social?

Baseando-se nessas considerações, admite-se que, apesar do princípio constitucional segundo o qual a saúde é “um direito de todos e um dever do Estado”, as estratégias sócio-políticas da sociedade contemporânea não se aplicam ao ideal de justiça como equidade, que defende que, em situações de conflitos, se devem privilegiar as exigências dos menos favorecidos. O estado de vulnerabilidade das pessoas que solicitam benefícios previdenciários não é reconhecido de modo significativo pela maioria dos profissionais que desenvolvem a atividade pericial. A oportunidade de aproximação dos médicos peritos com os conceitos de vulnerabilidade, lesão e incapacidade permitiu observar que esses profissionais se consideram vulneráveis nessa relação de trabalho.

## **Referências**

BRASIL. Lei n.º 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 de dez. 1993.

BRASIL. Ministério da Assistência e Previdência Social, Ordem de Serviço INSS/DSS/562, de 04 de abril de 1997. Define os procedimentos para a concessão do Benefício Assistencial de que trata a Lei 8.742, de 07.09.93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 1997.

FAGUNDES, P. R. **Legislação Previdenciária**. Teresina: Curso Professor Paulo Roberto Fagundes, 2004.

FORTES, P. A. C; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.) Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

IBRAHIM, F. Z. A Seguridade Social: Conceito, Origem e Histórico. In: **Curso de Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

INSTITUTO DE PESQUISAS AVANÇADAS, **Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde**. Brasília: IPEA, 1999.

MARQUES, C. T. V. **Perícia Administrativa**. Minas Gerais: Fundação Unimed; 2005.

MEDEIROS, M; DINIZ, D. Envelhecimento e Deficiência. **Série Anis**. Brasília: Letras Livres, 2004.

NASCENTES, E. **Introdução a Conceitos e Funções de Perícia Médica**. Minas Gerais: Fundação Unimed, 2004.

Perícia Médica: **Avaliação da Incapacidade Laborativa**. Disponível em: <[www.higieneocupacional.com.br](http://www.higieneocupacional.com.br)> . Acesso em 27 jun. 2005.

SCULLY, J. L. Corporificação da Deficiência e uma Ética do Cuidar. In: DINIZ, D. (Org.) **Admirável Nova Genética: Bioética e Sociedade**. Brasília: Editora UNB, 2005.

## **ANEXO A**

### **ENTREVISTA REALIZADA COM PERITOS PREVIDENCIÁRIOS**

1. O que é INCAPACIDADE na atividade pericial?
2. Qual é o seu conceito de LESÃO e de INCAPACIDADE?
3. Você considera o periciado uma pessoa vulnerável? Por quê?

## ANEXO B

**Tabela 1: Benefícios concedidos nas especialidades de Gastroenterologia e Hepatologia, no Estado do Piauí, período de 1999 a 2003.**

Benefício	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Total Concessão	%
Auxílio-Doença Previdenciário (BB1)	93	90,29%	125	91,91%	142	93,42%	153	95,03%	139	92,67%	652	92,88%
Aposentadoria por Invalidez (BB2)	8	7,77%	10	7,35%	9	5,92%	7	4,35%	11	7,33%	45	6,41%
Amparo Social a Pessoa Portadora de Deficiência (B87)	2	1,94%	1	0,74%	1	0,66%	1	0,62%	0	0,00%	5	0,71%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>	<b>161</b>	<b>100 %</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>702</b>	<b>100%</b>

Fonte: BCO D3/Prisma DATAPREV - ESPIP

**Tabela 2: Distribuição das Enfermidades segundo a concessão do Auxílio Doença Previdenciário, período 05 anos**

Enfermidade Gastro-Hepatologia	Ano					Total Concessão	%
	1999	2000	2001	2002	2003		
Úlcera Duodenal	22	34	37	37	35	165	36,34%
Úlcera Gástrica	22	36	27	35	23	143	31,50%
Colelitíase	7	11	29	7	13	67	14,76%
Cirrose Hepática Alcoólica	10	5	8	9	10	42	9,25%
Neoplasia Maligna do Estômago	4	10	4	11	8	37	8,15%
<b>Total B31 nas Enfermidades mais Frequentes</b>	<b>65</b>	<b>96</b>	<b>105</b>	<b>99</b>	<b>89</b>	<b>454</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: BCO D3/Prisma DATAPREV - ESPIP

**Tabela 3: Distribuição das Enfermidades segundo a concessão do Auxílio Aposentadoria por Invalidez, período 05 anos**

Enfermidade Gastro-Hepatologia	Ano					Total Concessão	%
	1999	2000	2001	2002	2003		
Cirroze Hepática Alcoólica	3	4	3	1	0	11	35,48%
Neoplasia Maligna do Estômago	0	1	2	2	2	7	22,58%
Neoplasia Maligna dos órgãos digestivos	2	1	0	1	1	5	16,13%
Hepatite viral crônica	0	1	0	0	3	4	12,90%
Colite ulcerativa	2	0	0	0	2	4	12,90%
<b>Total B32 nas Enfermidades mais Frequentes</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

Fonte: BCO D3/Prisma DATAPREV - ESPIP

**Tabela 4: Distribuição das Enfermidades segundo a Concessão do Amparo Social à Pessoa Portadora de Deficiência, período de 05 anos**

Enfermidade Gastro-Hepatologia	Ano					Total Concessão	%
	1999	2000	2001	2002	2003		
Neoplasia Maligna do Estômago	0	1	0	1	0	2	40%
Neoplasia Maligna do Cólon	1	0	0	0	0	1	20%
Úlcera Gástrica	0	0	1	0	0	1	20%
Cirroze Hepática Alcoólica	1	0	0	0	0	1	20%
<b>Total B87 nas Enfermidades mais Frequentes</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

Fonte: BCO D3/Prisma DATAPREV - ESPIP

**Tabela 5: Participação da Gastro-Hepatologia na Concessão do Auxílio - Doença Previdenciária (B31), no Estado do Piauí.**

Ano	Concessão B31 Gastro – Hepatologia	Concessão B31 Estado do Piauí	Participação Gastro-Hepatologia (%)
1999	093	5.374	1,73%
2000	125	7.024	1,78%
2001	142	7.992	1,78%
2002	153	2.968	5,15%
2003	139	13.321	1,04%
<b>Total</b>	<b>652</b>	<b>36.679</b>	<b>1,78%</b>

Fonte: BCO D3/Prisma DATAPREV - ESPIP

**Tabela 6: Participação da Gastro-Hepatologia na Concessão da Aposentadoria por Invalidez(B32), no Estado do Piauí**

<b>Ano</b>	<b>Concessão B32 Gastro - Hepatologia</b>	<b>Concessão B32 Estado do Piauí</b>	<b>Participação Gastro-Hepatologia (%)</b>
1999	8	1.330	0,60%
2000	10	1.213	0,82%
2001	9	1.164	0,77%
2002	7	1.291	0,54%
2003	11	1.495	0,74%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>6493</b>	<b>0,69%</b>

Fonte: BCO D3/Prisma DATAPREV - ESPIP

**Tabela 7: Participação da Gastro-Hepatologia na Concessão do Amparo Social à Pessoa Portadora de Deficiência (B87), no Estado do Piauí**

<b>Ano</b>	<b>Concessão B87 Gastro - Hepatologia</b>	<b>Concessão B87 Estado do Piauí</b>	<b>Participação Gastro-Hepatologia (%)</b>
1999	2	1.844	0,108%
2000	1	1.783	0,056%
2001	1	1.451	0,069%
2002	1	1.817	0,055%
2003	0	1.567	0%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>8.462</b>	<b>0,059%</b>

Fonte: BCO D3/Prisma DATAPREV - ESPIP