

## Epilepsia e Incapacidade Laborativa\*

Marleide da Mota Gomes\*\*

Faculdade de Medicina, Instituto de Neurologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

### RESUMO

**Introdução:** O equilíbrio entre as exigências de uma dada ocupação e a capacidade para realizá-las, a capacidade laborativa, é uma preocupação importante a ser considerada pelo trabalhador (segurado ou não à Previdência Social)/empregador/Previdência social. O trabalhador com epilepsia (TE) pode ter incapacidade laborativa e prejuízos de inserção no mercado de trabalho. **Objetivos:** Apresentar questões relacionadas às características relevantes da epilepsia, princípios da capacidade laborativa, benefícios/serviços concedidos pela Previdência máxima os de auxílio-doença, reabilitação profissional e perícia médica. **Métodos:** Revisão narrativa sobre epilepsia e trabalho principalmente a partir de artigos nacionais incluídos no Pubmed com os termos epilepsy e work nos seus títulos, além de material vinculado a epilepsia, benefícios concedidos e perícia médica. **Resultados:** Os benefícios aos TE, dentre eles os auxílio-doença, são prevalentes entre os concedidos pela Previdência Social. Os TE com farmacoresistência e os com comorbidades são os mais propensos a terem incapacidade laborativa parcial ou total, temporária ou permanentemente, para uma ou várias profissões. **Conclusão:** Os TE podem se inserir bem no mercado de trabalho valorizada a sua qualificação profissional, mas com atenção às barreiras intencionais e não intencionais. Pacientes com farmacoresistência e com comorbidades incapacitantes podem necessitar dos benefícios previdenciários. Os clínicos, peritos, equipe de reabilitação, empregadores, educadores e legislação adequada têm papel relevante na integração do TE no mercado de trabalho.

**Unitermos:** epilepsia, comorbidade, trabalho, previdência social, auxílio-doença.

### ABSTRACT

#### *Epilepsy and labor incapacity*

**Introduction:** The balance between the demands of a profession and the capacity to accomplish to them, the labor capacity, is an important concern to be considered by the worker (insured or not to the Social welfare)/employer/Social welfare. The worker with epilepsy (WE) can have labor incapacity and difficulty to get into the labor market. **Objective:** To present issues related to the relevant diagnostic aspects of the epilepsy, principles of the labor capacity, benefits/services granted by the Social Welfare especially the one of Incapacity Benefit, professional rehabilitation and welfare/medical investigation. **Methods:** Narrative review on epilepsy and work mainly from national papers published enrolled in the Pubmed with the terms epilepsy and work in their titles, besides issues related to the epilepsy, Incapacity Benefit and welfare/medical investigation. **Results:** The granted benefits to WE, such as the Incapacity Benefit, are common among those granted by the Social welfare. The WE with pharmaco-resistance and with comorbidities are the more prone to have partial or total/temporary or permanently labor incapacity, for one or several professions. **Conclusion:** The WE can fit well in the labor market regarding his/her professional qualifications, but keeping in mind the intentional or no intentional barriers. Patients with pharmaco-resistance and with incapacitating comorbidities may need welfare benefits. The doctors, medical referees, rehabilitation team, employers, educators and appropriate legislation have a relevant role in the integration of the WE into the labor market.

**Key words:** epilepsy, comorbidity, work, Social welfare, Incapacity Benefit.

\* Trabalho apresentado parcialmente no II Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária, mesa-redonda Neuropatias/Epilepsias, realizado em 30 de abril de 2009, em Brasília.

\*\* Professora associada da Faculdade de Medicina, Instituto de Neurologia Deolindo Couto, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Received May 26, 2009; accepted Aug. 21, 2009.

A epilepsia é uma síndrome neurológica paroxística com diversidade clínica e prognóstica, de acometimento de 0,5-1,0% da população geral. Cabe muito cuidado na avaliação de pacientes com suspeita de crises epiléticas (CE) pois muitos alternativamente podem ter eventos não epiléticos (orgânicos ou não). Uma história clara do paciente e de testemunha ocular das crises é fundamental para a caracterização desses eventos (epiléticos ou não).<sup>1</sup> O eletroencefalograma como método complementar é útil para consolidar uma impressão diagnóstica inicialmente feita, sendo às vezes necessária a realização de vídeo-EEG para correlacionar as crises (se expressas) e o registro do EEG.<sup>1</sup> O SIGN<sup>1</sup> afirma que o EEG: não é habitualmente indicado e não deveria ser realizado para “excluir” diagnóstico de epilepsia; pode ser usado para apoiar o diagnóstico em pacientes em quem a história clínica indica uma probabilidade significativa de crise epilética ou epilepsia; deveria ser usado para apoiar a classificação de CE e síndromes epiléticas quando houver dúvida clínica; deveria ser executado em pessoas jovens com CE generalizadas para auxiliar na classificação e descobrir uma resposta fotoparoxística; outras investigações especializadas como o vídeo-EEG deveriam estar disponíveis para pacientes com dificuldades diagnósticas. Em torno de 60% desses indivíduos terão controle de suas crises após instituída a medicação antiepilética segundo Kwan e Sander<sup>2</sup> em 30-40% dos pacientes, segundo os mencionados autores, as CE ocorrem periodicamente em graus variados de intensidade e frequência apesar do uso de drogas antiepiléticas (DAE). Alguns desses pacientes podem ter crises tão frequentes que são classificadas como tendo epilepsia refratária ou resistente ao tratamento, apesar de não haver consenso sobre estes termos que divergem entre clínicos e pesquisadores.<sup>3</sup> Hitiris et al.<sup>4</sup> lembram que análises uni e multivariada demonstraram que a farmacoresistência era associada com história familiar de epilepsia, convulsões febris prévias, dano cerebral traumático, uso de droga de forma intermitente, e comorbidade psiquiátrica prévia ou atual, particularmente depressão. Há de se ressaltar que o substrato de base e ocasional topografia lesional cerebral são elementos favorecedores da pléiade sintomática não somente ictal, mas também interictal. A Ressonância Magnética Nuclear (RMN) é a modalidade de escolha de neuroimagem em pacientes com epilepsia, mas não é habitualmente solicitada quando há diagnóstico forte de epilepsia generalizada idiopática e se há resposta rápida e completa à DAE de primeira linha.<sup>1</sup> A Tomografia Computadorizada de Crânio tem um papel na avaliação de urgência de CE, ou se a RMN é contraindicada.<sup>1</sup> Cabe também mencionar que vários desses pacientes apresentam comorbidades psiquiátricas ou somáticas que podem ser tão ou mais incapacitantes para a saúde geral e qualidade de vida que a própria epilepsia.<sup>5,6</sup> A ressaltar os efeitos adversos neuro-

psiquiátricos de DAE que podem agravar a incapacidade laborativa do TE. No entanto, a conceituação somática de epilepsia não é suficiente para efeito de plena inserção psicossocial, assim os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem devem ser também abordados quando se trata de síndrome tão complexa e relativamente comum. A epilepsia por si só é uma deficiência por alteração transitória de função. Pode ser uma incapacidade por promover situações limitantes e restrição para exercer uma atividade, além de desvantagem por interferir na capacidade de ocupação e integração profissional.<sup>7</sup> Vamos nos deter na questão de incapacidade, especificamente da incapacidade laborativa que é a impossibilidade temporária ou definitiva do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente, para o qual o examinado estava previamente habilitado e em exercício. O risco de vida para si ou para terceiros, ou agravamento, que a permanência em atividade possa acarretar, está implicitamente incluído no conceito de incapacidade, desde que palpável e indiscutível. Mais especificamente, a capacidade laborativa implica na relação de equilíbrio entre as exigências de uma dada ocupação e a capacidade para realizá-las. A incapacidade deve ser analisado quanto ao grau (parcial ou total), à duração (temporária ou permanente) e à profissão desempenhada (uniprofissional, multiprofissional ou oniprofissional). No que tange às pessoas com epilepsia, existem barreiras intencionais e não intencionais ao pleno emprego. Entre as primeiras lembramos de ocupações e atividades consideradas impróprias para TE como os dentro das forças armadas, forças policiais ou corpo de bombeiros, aviação comercial (pilotos).<sup>8</sup> Existem também fatores que podem aumentar ou diminuir a potencialidade de ajuste socioprofissional como os relacionados na Tabela 1. A Previdência dispõe de uma rede de proteção social que assegura aos seus segurados a reposição da renda quando da perda da capacidade de trabalho, oferecendo benefícios e serviços dentre eles a Aposentadoria por Invalidez, Auxílio Doença, Auxílio acidente e Reabilitação Profissional. Os trabalhadores com epilepsia (TE) segurados da previdência representam importante contingente dos segurados com benefícios, como os com auxílio-doenças relacionados à sua incapacidade laborativa. A Tabela 2 apresenta os grupos de doenças com cobertura previdenciária, sendo os com doenças do sistema nervoso, o 8º entre os 21 arrolados. Dentro desse grupo, os pacientes com epilepsia representam importante contingente dos beneficiados secundarizado apenas pelos os que apresentam neuropatias periféricas (Tabela 3). Mais especificamente, Trevisol-Bittencourt et al.<sup>9</sup> demonstraram que entre os pacientes com pressupostas queixas relativas ao sistema nervoso submetidos à avaliação por peritos, os com epilepsia se constituíram no grupo mais numeroso. Assim,

pode-se inferir que a demanda por benefícios pelos TE deve ser a maior dentre os pacientes com doenças do sistema nervoso, mas nem todos comprovam a sua incapacidade laborativa.

**Tabela 1.** Fatores que podem aumentar ou diminuir a potencialidade de ajuste socioprofissional, adaptado de Lehman.<sup>20</sup>

Situações	
1.	favoráveis – CE infrequentes, durante o sono
2.	desfavoráveis – CE frequentes, com alteração de consciência
Modificadores Favoráveis	
1.	CE durante mudanças de medicamentos
2.	Crises parciais motoras que não interferem com a consciência e/ou controle motor
3.	CE com aura consistente e prolongada
4.	CE com padrão noturno
5.	CE secundárias a estados agudos metabólicos ou tóxicos improváveis de recorrer
6.	CE por privação de sono
7.	CE relacionada a doenças agudas reversíveis
Modificadores Desfavoráveis	
1.	Não aderência e/ou falta de credibilidade
2.	Alcoolismo e/ou abuso droga últimos três meses
3.	Número aumentado de CE no último ano
4.	Lesão cerebral estrutural
5.	Condição não corrigível metabólica/função cerebral

Na pesquisa bibliográfica feita no Pubmed com os termos *epilepsy* e *work* nos títulos dos artigos foram constatados 43 publicados sendo cinco, nacionais. Esses últimos são mencionados neste artigo. Três desses trabalhos foram realizados em hospitais universitários o que já se pressupõe a maior gravidade da população estudada.<sup>10-12</sup> Sarmiento e Minayo-Gomez<sup>10</sup> ressaltam a baixa escolaridade e habilitação profissional da população e daí o muito do insucesso profissional, mas este trabalho aponta, como vários outros a relevância da gravidade da clínica do paciente (frequência, características das crises) como um fator de risco importante para a baixa inserção laboral. O estudo de Borges et al.,<sup>11</sup> em análise univariada, reconhece a idade jovem (14-29 anos) como fator de risco para a promoção de baixa inserção profissional nos com epilepsia recente (0-5 anos), mas não o tempo de existência da epilepsia. Salgado e Souza<sup>12</sup> indicam o trabalho como a área mais afetada na avaliação da qualidade de vida pelo instrumento “Questionário de qualidade de vida 65”. Há de se ressaltar que estudos desse tipo usualmente consideram comorbidades psiquiátricas e somáticas como importante na interferência da QV (Canuet). Canuet et al.<sup>13</sup> lembram que tanto em jovens quanto idosos com epilepsia, os sintomas depressivos se fazem preditores importantes de baixa qualidade de vida, apesar do idoso aparentemente se adaptar melhor a sua doença crônica.

**Tabela 2.** Benefícios Auxílios-doença previdenciários concedidos segundo capítulos da CID-10, os 10 primeiros, acumulado 2007.

CID-10	Capítulos	N	%
		1.825.508	100,00
1º	Capítulo XIII: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	426.749	23,38
2º	Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	389.159	21,32
3º	Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	216.512	11,86
4º	Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	166.737	9,13
5º	Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	143.319	7,85
6º	Capítulo II: Neoplasias [tumores] (C00-D48)	90.219	4,94
7º	Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	74.755	4,10
8º	Capítulo VI: Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	44.187	2,42
9º	Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	43.053	2,36
10º	Capítulo I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-S99)	36.443	2,00

Fonte: Adaptado INSS, Suibe e Dataprev, Síntese.<sup>21</sup>

**Tabela 3.** Benefícios auxílios-doença previdenciários concedidos segundo maiores grupos de doenças do capítulo VI da CID-10, Doenças do Sistema Nervoso, acumulado 2007.

CID-10		N	%
		44.187	100,00
G00-G99	Doenças do sistema nervoso	44.187	100,00
G40-G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	14.319	32,41
G40	Epilepsia	11.376	25,75
G41	Estado de mal epiléptico	00.197	00,45
	Outros	02.746	06,22
G50-G59	Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	18.005	40,75
G60-G64	Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico	02.461	05,57
	Outros	09.402	21,28

Fonte: Adaptado INSS, Suibe e Dataprev, Síntese.<sup>21</sup>

O estudo de Gomes<sup>14</sup> reforça a tese da gravidade da epilepsia-comorbidades ao reconhecer em 15 pacientes indicados para a reabilitação profissional em Centro de Reabilitação Profissional o alto índice de rejeição para a reabilitação. Isso ocorreu por conta das comorbidades, não controle medicamentoso das crises epiléticas. Esses indivíduos também tinham baixo nível de escolaridade e habilitação profissional. Marques-Assis e Teixeira<sup>15</sup> avaliaram 23 empregados atendidos no departamento médico de uma Indústria com o diagnóstico provisório de epilepsia, mas apenas confirmado o diagnóstico em 11 desses. Isso alerta para a possibilidade real de diagnósticos falso-positivos de epilepsia e a necessidade de cuidados diagnósticos para evitá-los. Os autores também discutem a questão de readaptação profissional quando necessário.

Tendo em vista os vários fatores intervenientes na capacidade laborativa a sua avaliação pressupõe competência profissional inerente ao Perito Médico. Ele precisa considerar: diagnóstico da doença; tipo de atividade ou profissão; dispositivos legais pertinentes; viabilidade de reabilitação profissional. Após a avaliação, várias conclusões podem ser apresentada em relação à capacidade laborativa, a ressaltar as conclusões do tipo: C1 (T1), não há; C2 (T2), há, com cessação previsível; C4 (T4), há cuja cessação ainda não é previsível sendo que o limite pode ser a aposentadoria. Esse último grupo inclui: Segurados com hipertensão arterial, psicopatias, fraturas justa-articulares ou com desvios ou cominutivas, ou outras doenças que necessitem de uma melhor avaliação, inclusive as doenças graves.<sup>16</sup> Outra questão é a tentativa de alguns segurados de caracterizar a epilepsia como acidente de trabalho. Por exemplo, o que apelou civilmente para a conversão de auxílio-doença para auxílio-acidente. No entanto, judiciosamente no caso, a sentença considerou que foi indemonstrado o nexo etiológico entre o mal e as atividades desempenhadas pelo obreiro e com isto a improcedência do pedido: “Em que pese reconhecer que à data da admissão do obreiro a doença inexistia, eis que considerado apto no exame admissional, esse fato, per si, não autoriza reconhecer que a epilepsia tenha sido adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho era realizado e com ele se relaciona diretamente, para caracterizar doença do trabalho ou profissional, nos moldes definidos no art. 20 da Lei 8.213/91”.<sup>17</sup> O Auxílio Acidente é benefício pago ao trabalhador que sofre um acidente e fica com seqüelas, dentre elas a epilepsia, que reduzem sua capacidade de trabalho. É concedido para segurados que recebiam auxílio-doença.

De acordo com Chaplin,<sup>18</sup> enquetes com TE demonstraram que os com epilepsia ativa podem manter empregos qualificados apesar de ter a epilepsia. Também, evidência mostrou que as taxas de absentismo pela

epilepsia e o desempenho no trabalho não estão afetados adversamente. O autor identificou quatro grupos de pessoas com epilepsia:

1. pessoa sem o problema em obter o emprego, as CE são satisfatoriamente controladas, tem boa educação e têm um registro satisfatório de trabalho;
2. pessoa tem problema brando no emprego, controle das CE é aceitável, mas tem objetivos não realísticos na carreira;
3. com problemas graves no emprego, controle insatisfatório das CE, podem estar presentes problemas emocionais ou déficits intelectuais, que por sua vez podem conduzido a níveis mais elevados de ansiedade e de depressão;
4. não capaz de manter emprego e que requiere trabalhos não remunerados ou protegidos (*sheltered*), tem CE graves ou frequentes e pode ter problemas médicos ou desvantagens adicionais que complicam a situação. Assim, quanto pior a epilepsia e as comorbidades, mais alto é o estigma e a necessidade da abordagem multiprofissional de apoio.

A pessoa com epilepsia para selecionar a sua profissão, dentre as variáveis a serem consideradas, deve reconhecer que pode haver inibição na carreira por barreiras não intencionais ou intencionais. Caso seja reconhecida a incapacidade uni ou até mesmo multiprofissional (mas não omniprofissional), pode ser considerada a reabilitação profissional, mas as alternativas de emprego devem respeitar:<sup>19</sup> execução com real eficiência; não agravamento da incapacidade; não incorrência em riscos; sem redução salarial.

A seleção da profissão deve considerar várias características do pretendente, a ressaltar a sua qualificação.

## CONCLUSÃO

A epilepsia não necessariamente implica em incapacidade laborativa e conseqüentemente obtenção de benefícios sociais como o auxílio-doença para os segurados da Previdência Social. Essa incapacidade está usualmente relacionada à falta de controle das crises epiléticas ou déficits degenerativos associados. No entanto, existem barreiras intencionais e não intencionais que precisam ser enfrentadas para a adaptação profissional dos TE profissionalmente competentes e capazes laborativamente. Para isso, há necessidade do reforço da qualificação das pessoas com epilepsia para a obtenção de empregos plenos, esclarecimento aos empregadores para redução de preconceitos, mas também treinamento vocacional específico para os TE que requerem auxílio complementar.

## REFERÊNCIAS

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of epilepsy in adults. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2005 (<http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html>).
2. Kwan P, Sander JW. The natural history of epilepsy: an epidemiological view. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75(10):1376-81.
3. French JA. Refractory epilepsy: one size does not fit all. *Epilepsy Curr* 2006;6(6):177-80.
4. Hitiris N, Mohanraj R, Norrie J, Sills GJ, Brodie MJ. Predictors of pharmacoresistant epilepsy. *Epilepsy Res* 2007;75(2-3):192-6.
5. Wiebe S, Hesdorffer DC. Epilepsy: being ill in more ways than one. *Epilepsy Curr* 2007;7(6):145-8.
6. Gomes MM. Aspectos Epidemiológicos das Comorbidades Psiquiátricas em Epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology* 2008;14:162-70.
7. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps). Um manual de classificação das conseqüências das doenças. Tradução do Ministério do Emprego e da Segurança Social, Secretaria Nacional da Reabilitação. Lisboa; 1989.
8. Beran RG. Epilepsy and law. *Epilepsy Behav* 2008;12(4):644-51.
9. Trevisol-Bittencourt PC, Ferreira MA, Marasciulo AC, Collares CF. Condições mais frequentes em um ambulatório de perícia neurológica. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2001;59(2A):214-8.
10. Sarmiento MR, Minayo-Gomez C. Epilepsy, epileptics, the work: conflicting relations. *Cad Saúde Publica* 2000;16(1):183-93.
11. Borges MA, Cordeiro JA, Delgado AS. Duration and age range of epilepsy and its correlation with work: prospective ambulatory study in 379 epileptics. *Arq Neuropsiquiatr* 2000;58(2A):288-91.
12. Salgado PC, Souza EA. Impact of epilepsy at work: evaluation of quality of life. *Arq Neuropsiquiatr* 2002;60(2-B):442-5.
13. Canuet L, Ishii R, Iwase M, Ikezawa K, Kurimoto R, Azechi M, Takahashi H, Nakahachi T, Teshima Y, Takeda M. Factors associated with impaired quality of life in younger and older adults with epilepsy. *Epilepsy Res* 2009;83(1):58-65.
14. Gomes MD. Client with epilepsy in a work Brazilian rehabilitation center. *Arq Neuropsiquiatr* 2000;58(2A):227-32.
15. Marques-Assis L, Teixeira WR. Epilepsy and work. *Rev Paul Med* 1986;104(3):128-31.
16. Previdência Social URL. Perícia médica. (<http://www.higieneocupacional.com.br/download/pericia-medica-ms-ops.doc>).
17. TJGM. Consultas, Jurisprudência, Acórdãos. ([http://www.tjmg.gov.br/juridico/jt\\_inteiro\\_teor.jsp?tipoTribunal=1&comrCodigo=24&ano=7&txt\\_processo=499909&complemento=1&sequencial=0&palavrasConsulta=indemonstrado&todas=&expressao=&qualquer=&sem=&radical=](http://www.tjmg.gov.br/juridico/jt_inteiro_teor.jsp?tipoTribunal=1&comrCodigo=24&ano=7&txt_processo=499909&complemento=1&sequencial=0&palavrasConsulta=indemonstrado&todas=&expressao=&qualquer=&sem=&radical=)).
18. Chaplin J. Vocational assessment and intervention for people with epilepsy. *Epilepsia* 2005;46(Suppl 1):55-6.
19. Mendes O. A reabilitação profissional. In: Lianza S, coord.. Medicina de reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.
20. Lehman C. Legal aspects of epilepsy. In: Wyllye E, ed. The treatment of epilepsy: Principles and practice. 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 1151-9.
21. Secretaria de Políticas de Previdência Social – SPS. Área Técnica de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional. Coordenação de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença concedidos segundo Códigos da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10).

**Endereço para correspondência:**  
 Marleide da Mota Gomes  
 Programa de Epilepsia – Instituto de Neurologia – UFRJ  
 Av. Venceslau Braz, 95 – Botafogo  
 CEP 22290-140, Rio de Janeiro, RJ, Brasil