

*MARA ALICE BATISTA CONTI TAKAHASHI*

**INCAPACIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL:**

trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por  
LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da  
década de 1990

*CAMPINAS*

*2006*



**MARA ALICE BATISTA CONTI TAKAHASHI**

**INCAPACIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL:**

trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por  
LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da  
década de 1990

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor  
em Saúde Coletiva.*

**ORIENTADORA: PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> APARECIDA MARI IGUTI**

**CAMPINAS**

**2006**



**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

T139i Takahashi, Mara Alice Batista Conti  
Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990. / Mara Alice Batista Conti Takahashi. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : Aparecida Mari Iguti  
Tese ( Doutorado ) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Trabalho. 2. Previdência social. 3. Perícia médica. 4. Transtornos traumáticos cumulativos. 5. Lesão por esforços repetitivos. I. Iguti, Aparecida Mari. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(Slp/Fcm)

**Título em ingles: Disability and Social Security: the trajectory of disablement of workers in the context of the Brazilian Social Welfare Reform in the 1990`s.**

Keywords: • Work  
• Social security  
• Medical inspection  
• Cumulative Trauma Disorders

**Área de concentração: Saúde Coletiva**

**Titulação: Doutorado**

**Banca examinadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Aparecida Mari Iguti  
Prof<sup>º</sup> Dr<sup>º</sup> Everardo Duarte Nunes  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Canesqui  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Leda Leal Ferreira  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Élide Azevedo Hennington

**Data da defesa: 24 / 02 / 2006**

## **Banca examinadora da Tese de Doutorado**

Orientador: Aparecida Mari Iguti

### **MEMBROS:**

- 1. Profª Drª. Aparecida Mari Iguti**
- 2. Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes**
- 3. Profª Drª. Ana Maria Canesqui**
- 4. Profª. Drª. Leda Leal Ferreira**
- 5. Profa Drª. Élide Azevedo Hennington**

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

**Data:24/02/2006**



***DEDICATÓRIA***

*Dedico a Marconi, meu pai,  
como estímulo à sua luta em compreender,  
aceitar e superar a incapacidade.*



No decurso de elaboração desta tese muitas pessoas partilharam comigo idéias, afetos, colaborações, críticas, sugestões e encorajamentos.

Tomo a decisão de não nomeá-las porque correria o risco de esquecer algumas e não gostaria de fazê-lo. Todos tiveram importância nessa trajetória: amigos, familiares, colegas de trabalho, professores, funcionários da UNICAMP, sindicalistas e pacientes. Foram muitos os encontros e ricas, as trocas.

Agradeço aos serviços CEREST-Piracicaba, CEREST-Campinas e Centro de Fisioterapia do SUS-Piracicaba. Através de seus coordenadores – Rodolfo Vilela, Andréia Tavares e Júlia Negri - quero estender os agradecimentos a todos os funcionários que me acolheram para a realização das entrevistas.

Agradeço aos trabalhadores que, sofredamente, reviveram e contaram suas histórias.

Agradeço, em especial, à Professora Iguti, pelos bons e maus momentos que passamos juntas. Agradeço sua perseverança e esforço em buscar que este estudo tivesse para mim um sentido.

E finalmente, agradeço a Jorge, que mais uma vez esteve a meu lado, sem perder a paciência e a ternura, e a meus filhos - Marina, Mariana, Carolina e Márcio - por tudo que de melhor representam na minha existência.

**Mara**



*“Os chamados “trabalhadores sociais”, que constituem a mão esquerda do Estado, o conjunto dos agentes dos ministérios “gastadores”, representam o vestígio das lutas sociais do passado.*

*Eles se opõem ao Estado da mão direita, dos burocratas dos ministérios das finanças, dos bancos públicos e privados e dos gabinetes ministeriais.*

*Que os socialistas não tenham sido tão socialistas quanto apregoavam não chocaria ninguém, afinal, os tempos são duros e a margem de manobra não é grande. Mas, o que surpreende, é como contribuíram para a depreciação da coisa pública, liquidando com as conquistas do Welfare State e, principalmente, como fizeram o discurso público de elogio à empresa privada, estimulando o interesse privado.*

*Então, aqueles que enviados à linha de frente para desempenhar as funções ditas sociais e suprir de algum modo as insuficiências mais intoleráveis da lógica do mercado, sem que tenham os meios de verdadeiramente cumprir a sua missão, encontram-se mergulhados nestas contradições do mundo social, as quais passam a ser vividas sob a forma de dramas pessoais. Como não teriam eles a impressão de serem constantemente iludidos ou desautorizados?”*

**Pierre Bourdieu, *Contrafogos Táticas para enfrentar a invasão neoliberal*, 1998 (adaptação).**



	<i>PÁG.</i>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xxxi</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxxv</i>
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	39
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	49
<b>CAPÍTULO 1- A HISTÓRIA SOCIAL DA INCAPACIDADE</b> .....	73
1.1- Esquemas conceituais desenvolvidos sob a concepção sociomédica da incapacidade.....	85
1.2- Dificuldades conceituais e semânticas.....	96
<b>CAPÍTULO 2- A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL COMO RESPOSTA PÚBLICA AO PROBLEMA DA INCAPACIDADE</b> .....	103
2.1- A reabilitação profissional no Brasil: aspectos históricos e Institucionais-legais.....	120
2.2- As mudanças nas práticas de reabilitação profissional do INSS na década de 1990: do alento da reabertura democrática às diretrizes neoliberais de “menos Estado”.....	126
<b>CAPÍTULO 3- O RELATO DE CASOS</b> .....	151
3.1- O caso Alice.....	153
3.2- O caso José Carlos.....	165
3.3- A comparação entre os casos.....	167



<b>CAPÍTULO 4- A TRAJETÓRIA COLETIVA DE INCAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES ADOECIDOS POR LER/DORT: histórias de vida, trabalho e incapacidade.....</b>	<b>169</b>
4.1- O perfil do grupo estudado.....	214
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>221</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>241</b>
Anexo 1- Minuta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	243
Anexo 2- Quadro 3.....	245
Anexo 3- Quadro 5.....	251
Anexo 4- Quadro 6.....	273



## *LISTA DE SIGLAS*

---

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIMS	Arthritis Impact Measurement Scales
APF	Asociación des paralyés de France
AR	Artrite Reumatóide
AVD(s)	Atividades da Vida Diária
BLS	Bureau of Labor Statistics
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEME	Central de Medicamentos
CEREST-Campinas	Centro de Referencia em Saúde do Trabalhador de Campinas
CEREST-Piracicaba	Centro de Referencia em Saúde do Trabalhador de Piracicaba
CIATS	Centros Integrados de Atenção em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional das Doenças
CIF	Classificação de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência
COTOREP	Comission Technique d`Orientation à la Reinsertion Professionnelle
CPFL	Cia Paulista de Força e Luz
CRP	Campinas - Centro de Reabilitação Profissional de Campinas



CTD	Cumulative Trauma Disorders
DASP	Departamento de Administração do Serviço Público
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho
DPI	Disabled People International
DALE	Disability Adjusted Life Expectancy
DATAPREV	Departamento de Estatística da Previdência Social
DISAT	Disability Statistics Compendium
DDS	Disability Determination Services
EUA	Estados Unidos da América
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
GIL	Grupo Interinstitucional de LER de Campinas
GERP	Guia de Encaminhamento a Reabilitação Profissional
HC/FCMUSP	Hospital de Clínicas/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de São Paulo
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto da Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAVD(s)	Atividades Instrumentais da Vida Diária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps



INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAR	Instituto Nacional de Reabilitação
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LATR	Lesions Attribuibles au Travail Répétitif
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LER	Lesão por Esforços Repetitivos
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MDPD	Movimento pelos Direitos da Pessoa Deficiente
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NID	Núcleo de Integração de Deficientes
NIH	National Institutes of Health
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
NRP- Americana	Núcleo de Reabilitação Profissional de Americana
NUSAT	Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social / MG
OCD	Occupational Cervicobrachial Diseases
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Osteoartrite
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio



PST-Campinas	Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas
PUC-Campinas	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
RSI	Repetitive Strain Injury
SAT	Seguro do Acidente de Trabalho
SDS	Supplementary Data System
SESI	Serviço Social da Indústria
SESMT	Serviço de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho
SIMPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SSA	Social Security Administration
SUS	Sistema Único de Saúde
UERP	Unidade Executiva de Reabilitação Profissional
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organization
WMSD	Work-related Musculoskeletal Disorders



## *LISTA DE TABELAS*

---

	<i>PÁG.</i>
<b>Tabela I-</b> Número e porcentagem de pessoas incapacitadas segundo sexo e tipo de deficiência, Brasil, 2000.....	55
<b>Tabela II-</b> Número e porcentagem de pessoas incapacitadas segundo faixa etária e tipo de deficiência, Brasil, 2000.....	57



	<i>PÁG.</i>
<b>Gráfico I-</b> Distribuição de homens incapacitados segundo tipo de deficiência.....	56
<b>Gráfico II-</b> Distribuição de mulheres incapacitadas segundo tipo de deficiência.....	56
<b>Gráfico III-</b> Distribuição de pessoas com incapacidade visual permanente segundo faixa etária.....	58
<b>Gráfico IV-</b> Distribuição de pessoas com incapacidade auditiva permanente segundo faixa etária.....	58
<b>Gráfico V-</b> Distribuição de pessoas com incapacidade motora permanente segundo faixa etária.....	59
<b>Gráfico VI-</b> Distribuição de pessoas com deficiência mental segundo faixa etária.....	59
<b>Gráfico VII-</b> Distribuição de pessoas com falta de membro ou parte dele segundo faixa etária.....	60
<b>Gráfico VIII-</b> Distribuição de pessoas com tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia.....	60



	<i>PÁG.</i>
<b>Quadro 1-</b> Classificação da legislação de readaptação no trabalho segundo o conteúdo de seu ordenamento jurídico e países exemplos.....	107
<b>Quadro 2-</b> Definições legais de incapacidade segundo conceito de referência, critérios de enquadramento e avaliação.....	115
<b>Quadro 3-</b> (Anexo 2) – Procedimentos das principais categorias profissionais da Reabilitação Profissional segundo manual do INSS de 1986.....	245
<b>Quadro 4-</b> Propostas de modificação da Lei de Benefícios da Previdência Social vigente em novembro de 1995 segundo intenção subjacente.....	140
<b>Quadro 5-</b> (Anexo 3) – Levantamento cronológico dos atendimentos registrados em prontuário do caso Alice.....	251
<b>Quadro 6-</b> Síntese do programa terapêutico e profissional do caso Alice....	158
<b>Quadro A-</b> Trabalhadores adoecidos por LER/DORT segundo a idade, o sexo, a escolaridade, a ocupação e o ramo de atividade.....	215
<b>Quadro B-</b> Trabalhadores adoecidos por LER/DORT segundo o tempo de empresa, o tempo de afastamento do trabalho e a situação empregatícia e previdenciária.....	216
<b>Quadro C-</b> Trabalhadores adoecidos por LER/DORT segundo a origem da incapacidade, os diagnósticos, o tipo e natureza da incapacidade, os tratamentos realizados e os exames complementares.....	218



***RESUMO***



## **Resumo: Incapacidade e Previdência Social: trajetórias de incapacitação de trabalhadores no contexto da reforma previdenciária brasileira**

**Introdução:** Segundo o censo do IBGE de 2000, 14% da população brasileira declarou ser portadora de algum tipo de incapacidade, o que totaliza quase 25 milhões de pessoas no país. Estes dados superam as estimativas da OMS (Organização Mundial de Saúde) que, em 1981, apontavam 10% das pessoas com incapacidades na população mundial. A resposta pública ao problema da incapacidade é dada, via Previdência Social, pelos programas de suporte de renda articulados a programas de reabilitação profissional. Dados recentes publicados na imprensa brasileira mostram que os custos sociais anuais com a concessão de benefícios por incapacidade cresceram 260%, no período de 2001 a 2004, passando de R\$ 2,5 bilhões para R\$ 9 bilhões. **Objetivos:** O objetivo geral deste estudo é explorar a questão da incapacidade no contexto da reforma previdenciária brasileira dos anos 1990 e seus propósitos de redução do gasto público pela extinção e privatização de serviços sociais. Como objetivos específicos, a descrição das mudanças ocorridas nas práticas de reabilitação profissional do INSS que culminaram com o desmonte da sua rede nacional de serviços, bem como, do processo de incapacitação de trabalhadores demandantes de benefícios por incapacidade da Previdência Social, a partir da própria expressão dos envolvidos, identificando e analisando os aspectos sociais que interagem neste processo.

**Métodos:** Pesquisa documental em documentos institucionais da Previdência Social de 1992 a 1997 para a reconstituição do desmonte dos serviços de reabilitação profissional do INSS e Histórias de vida tópicas de treze trabalhadores incapacitados, complementadas por pesquisas em prontuários. **Resultados:** (1) Descrição e análise do processo de desmonte dos serviços de reabilitação profissional do INSS como parte das diretrizes políticas da reforma previdenciária brasileira da década de 1990; (2) reconstituição do modelo técnico-assistencial convencional de reabilitação profissional do INSS e (3) apresentação da trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT, perfil dos entrevistados e discussão dos aspectos sociais que interagem no agravamento do processo. **Conclusões:** Estamos às voltas, nos casos de incapacidade crônica, com uma “classe-que-vive-de-benefício-da –Previdência-Social”. O processo de reforma da Previdência Social culminou, na prática, com a extinção dos programas de reabilitação

profissional e a extinção das carreiras previdenciárias voltadas para o atendimento terapêutico.

**Palavras-chaves:** Incapacidade, Trabalho, Previdência Social, Reabilitação Profissional, Perícia Médica e LER/DORT.

***ABSTRACT***



**Abstract: Disability and Social Security: a reading on the trajectory of disability of workers**

**Introduction:** According to IBGE demographic study in 2000, 14% of the Brazilian population declared to suffer from some sort of disability, which means 25 million people. These figures are above WHO estimates, which stated that 1981 people with disabilities represented 10% of the world's population. The public answer to the problem of disability is provided by the Social Security, via income support programs coupled with professional rehabilitation. Recent data published in the Brazilian media show that the annual expenditure with financial support to the disabled grew 260% between 2001 and 2001, going from R\$ 2.5 billion to R\$ 9 billion. **Objective:** To reconstruct, through interviews, the disability process of workers suffering from RSI (repeated stress injury) who demand funds from the Social Security Service and took sick leave for prolonged periods, discussing some of the social aspects involved. **Method:** The life stories of twelve workers with disabilities caused by RSI; The reports by two workers who had an amputation as a result of work-related accidents; Study of the institutional documents from the Social Security Service between 1992 and 1997. **Results:** (1) reconstruction of the professional rehabilitation project of the INSS, through the 90's; (2) creation of a profile of 13 disabled workers on sick leave who receive financial support form the INSS; (3) Narrative of the collective history of disability of workers due to IRS; and (4) description of the changes in the professional rehabilitation practices by the INSS in the context of the pension scheme reform. **Conclusions:** In the cases of chronic disability, we are faced with a "class-who-lives-on-Social-Security". The process of reform of the pension scheme culminated, in practice, in the extinction of professional rehabilitation programs, the drastic decrease of personnel and the extinction of careers targeted at the therapeutic service.

Key words: Disability, Work, Social Security, Professional Rehabilitation, Medical Inspection and RSI.



***APRESENTAÇÃO***



Minha primeira aproximação com a temática dos acidentes de trabalho foi meramente casual, quando, ainda não formada, trabalhava como secretária na CPFL (Cia Paulista de Força e Luz) em Americana e datilografava os relatórios das análises de acidentes de trabalho que ocorriam no distrito de Americana e nas seccionais de Santa Bárbara, Nova Odessa e Sumaré. Eram os idos de 1975 e 1976.

Essas análises eram feitas em discussões pela gerência da área técnica, pelos supervisores e pelos trabalhadores. Através delas, descobri que os acidentes de trabalho eram tão importantes que havia uma área dentro da empresa na qual os acidentes eram objeto de estudos e pesquisas, que o conhecimento produzido tinha por finalidade a prevenção, que a motivação dessas análises tinha aspectos econômicos importantes, como reduzir os custos com perdas de dias de trabalho e equipamentos, mas que o resultado era a proteção da vida dos trabalhadores. Em empresas de energia elétrica, os acidentes de trabalho, na maior parte das vezes, são graves ou fatais. A empresa investia muito nessa área, porque tinha o entendimento de que os acidentes de trabalho são evitáveis. Esta, talvez, tenha sido a minha maior descoberta: estudando, analisando todos os acidentes, os pequenos, sem conseqüências à saúde, e até mesmos os incidentes, os grandes e danosos acidentes podiam ser evitáveis e eram efetivamente evitados, vidas humanas eram preservadas.

Na universidade, nas aulas de economia e de política do Curso de Ciências Sociais da PUC-Campinas, fui apresentada à teoria marxista, ainda que muito timidamente, porque eram anos de ditadura militar, e todos aqueles que liam a obra original de Marx eram considerados “comunistas”, e, portanto, o acesso à obra do grande pensador dava-se mais freqüentemente através de autores brasileiros que faziam releituras de Marx, às vezes equivocadas, no entanto, o suficiente para que eu aprendesse que as relações de trabalho eram relações de exploração do capital sobre o trabalho e que os acidentes de trabalho eram também resultados dessa exploração. Se os acidentes de trabalho e as doenças profissionais continuam presentes na vida dos trabalhadores, trazendo-lhes muito sofrimento e incapacitação, é porque são produtos da violência do trabalho e não pela complexidade ou impossibilidade de intervenção.

Minha tentativa, no quarto ano da faculdade, de estagiar na área de treinamento da CPFL, responsável pelos programas preventivos da empresa, não havia sido bem-sucedida, porque essa área funcionava apenas na sede, na Avenida Angélica, em São Paulo, e a mudança para lá não fazia parte dos meus planos, pois já havia um importante relacionamento que me prendia a minha terra.

No final do quarto ano, contudo, correu a informação pela universidade de que o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) faria, no ano seguinte, 1978, um concurso público pelo DASP (Departamento de Administração do Serviço Público) para admissão de sociólogos para um serviço de reabilitação profissional de acidentados de trabalho a ser implantado em Campinas.

A notícia causou alvoroço e correria para as inscrições. Os cargos para sociólogos eram raridade naquela época, porque esses profissionais não eram bem-vistos pelos militares. A maior parte dos colegas da classe via como possibilidade de emprego apenas o magistério.

A pronta reação de meu pai quando lhe falei sobre o concurso foi: “Mas o que um sociólogo vai fazer no INPS?” A instituição vinha sendo alvo de muitas críticas na imprensa em virtude do aumento de gastos com a assistência médica através da contratação de serviços privados e da má qualidade dos serviços oferecidos. Cotidianamente eram mostradas na mídia as filas de segurados que passavam a noite para conseguir senhas para serem atendidos no INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

Com o Departamento de Pessoal da Agência da Previdência Social em Campinas foi uma batalha: a direção local não queria aceitar a inscrição de quarto-anistas. Mas, no nosso entendimento, o edital do concurso exigia a apresentação do diploma apenas na ocasião da contratação, cuja data não estava nem definida, já que o serviço ainda seria criado. Dali a dois meses todos nós estaríamos habilitados.

A nossa persistência e o “acampamento” que fizemos no corredor do INPS garantiu que os “*hippies*” fizessem as suas inscrições.

Prova feita, nota divulgada pelo Diário Oficial da União, um 4º lugar acalentou minha esperança de ser contratada, o que veio a acontecer um ano depois, em 1979. O INPS criava naquele ano, na rua General Osório, em um prédio de oito andares, totalmente reformado, ligado estruturalmente ao prédio do INAMPS, o Centro de Reabilitação Profissional de Campinas, o CRP-Campinas, e contratava, através de concurso público, profissionais de nível universitário de várias especialidades: médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos e um grande corpo de técnicos administrativos de nível médio.

Apresentada a documentação, cumprida a etapa dos exames médicos admissionais e da assinatura do contrato, a grata surpresa de descobrir que seria um trabalho em equipes multiprofissionais e que os sociólogos formariam um setor chamado “Serviço de Pesquisa de Mercado de Trabalho”, no qual fariam levantamentos e pesquisas sobre o mercado de trabalho de Campinas e região e sobre os acidentes de trabalho para subsidiar as equipes de atendimento. Participariam também das reuniões de discussão dos casos para fornecer as informações colhidas junto às empresas de vínculo dos acidentados, auxiliando as equipes na definição das funções compatíveis para o retorno ao trabalho.

O CRP-Campinas foi inaugurado em julho de 1979, com a presença de autoridades como o Dr. Sebastião de Moraes, Secretário de Saúde de Campinas, e o Dr. Cláudio Storti, Coordenador Nacional das Atividades Previdenciárias, e, se a memória não me trai, do Dr. René Mendes, considerado na época um dos maiores especialistas nas questões de acidentes de trabalho no Brasil, professor da Medicina Preventiva da UNICAMP, que funcionava na rua Luzitana, junto à Cruzada das Senhoras Católicas.

O primeiro segurado atendido pelo CRP-Campinas chamava-se Cícero e tornou-se nosso usuário inesquecível. Foi um caso de retorno ao trabalho considerado bem-sucedido.

De lá pra cá, como acontece com todas as trajetórias profissionais, foram bons e maus momentos, algumas conquistas e inúmeros recuos, e os acontecimentos que formaram a minha história pessoal foram se constituindo... casamento, quatro filhos, transferência por “união de cônjuge” (“privilégio” de servidor público cujo embasamento legal era o direito

de família, que não mais existe) para Americana, o projeto e a implantação, em 1991, do Núcleo de Reabilitação Profissional de Americana, o NRP-Americana.

O retorno ao CRP-Campinas aconteceu em 1993, para assumir a direção do serviço provisoriamente, em situação especial de auditoria. A nomeação definitiva veio um ano depois. Foram anos muito ricos de vivências e aprendizagem.

Desde 1987, a Equipe de Doenças Profissionais do CRP-Campinas vinha desenvolvendo uma experiência de abordagem interinstitucional das doenças relacionadas ao trabalho, resultando em um trabalho mais ampliado, integrado a outras instituições de saúde e prevenção e com a participação dos sindicatos de trabalhadores. A experiência dessa equipe com os silicóticos de Pedreira foi relatada por João Batista Amâncio (AMÂNCIO,1994).

Em 1993, a partir de uma Mesa Redonda sobre LER (Lesões por Esforços Repetitivos), organizada pelo Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Campinas (PST-Campinas) e pelo Núcleo de Saúde da PUC-Campinas, da qual participaram várias instituições que vinham se deparando com o problema, foi criada a Comissão Interinstitucional de Estudos sobre LER, que posteriormente seria denominada GIL (Grupo Interinstitucional de LER de Campinas).

A mobilização justificava-se pelo aumento da demanda de casos de LER em todos os serviços. No CRP-Campinas, o encaminhamento de segurados com diagnóstico de LER havia aumentado de 5 casos, em 1988, representando na ocasião 3,5% do total de casos de doenças profissionais atendidos pela equipe (146 casos), para 23 casos, em 1993, representando 26% do total (87 casos). Os casos recebidos eram de maior gravidade, com vários episódios de dor/ afastamento do trabalho/retorno à mesma atividade, apresentando incapacidades não apenas para o trabalho, mas também para as tarefas do cotidiano.

A Equipe compreendeu a urgência da interrupção desse ciclo perverso para evitar o agravamento e a incapacidade e acreditou que o atendimento integrado das instituições que tinham interface com os segurados adoecidos era o melhor caminho para a intervenção nos ambientes de trabalho. Um relato sobre o projeto e as atividades dessa

equipe foi realizado por Afonso Carneiro e Martha Coelho de Souza (CARNEIRO FILHO e SOUZA, 1995).

Ao assumir a função de direção do CRP-Campinas, pude participar mais ativamente dessa atividade interinstitucional, que teve ainda como um importante resultado a revelação dos casos que estavam subnotificados e escondidos nas empresas e na Perícia do INSS, provocando uma verdadeira explosão dessa casuística no PST e no CRP, de modo que a equipe transformou-se em Equipe de LER, atendendo exclusivamente os segurados encaminhados por este tipo de patologia ocupacional.

As instituições que participaram mais assiduamente do GIL foram: Ministério do Trabalho, Ministério Público do Trabalho, Núcleo de Saúde da PUC-Campinas, Programa de Saúde do Trabalhador do SUS–Campinas, Comissão Intersindical de Campinas (Sindicato dos Metalúrgicos, Sindicato dos Bancários e Sindicato dos Trabalhadores da UNICAMP), Grupamento Médico Pericial do INSS-Campinas e CRP-Campinas. As atividades, os objetivos e os resultados do trabalho do GIL foram descritos e analisados por Angélica Medeiros (MEDEIROS, 2001).

Houve vários seminários, reuniões mensais no PST para discussão dos casos, reuniões educativas, vistorias coletivas nas empresas de maior incidência e prevalência de LER, que culminaram com a elaboração conjunta de uma Recomendação Técnica para casos de LER, até hoje utilizada pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas (CRST-Campinas) por ocasião de retorno ao trabalho de seus assistidos.

O contexto alentador de redemocratização política do país, com a Assembléia Nacional Constituinte e a elaboração da Constituição de 1988, resultou em muita mobilização social e intercâmbios interinstitucionais, que alimentavam dentro de nós a convicta esperança de mudanças da lógica institucional previdenciária na abordagem das questões dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais.

Em 1995, entretanto, surgiu o projeto de privatização do SAT (Seguro do Acidente de Trabalho) e, com ele, a proposta de transferência da Reabilitação Profissional para as mútuas, seguradoras privadas sem fins lucrativos, e para as seguradoras privadas

com fins lucrativos. Os CRP(s), que já há alguns anos vinham sofrendo sucateamento de suas instalações e diminuição de seu quadro de pessoal, tornaram-se alvo de um processo mais explícito de desmonte, em nível nacional, com ameaças e assédio moral das chefias do nível estadual e do federal para que os serviços se enquadrassem nas propostas de redução do novo modelo de reabilitação profissional, burocratizado e de dimensionamento adequado ao papel de regulador de atuação junto aos serviços privados. Alguns profissionais, e eu me coloquei entre eles, ofereceram resistência política e afetiva em relação ao desmonte. Era o “CRP do B”, como carinhosa e ideologicamente o grupo da resistência se autodenominava.

Foram tempos difíceis para a minha posição de gestão do serviço. Somente o retorno à Universidade, através do curso de Mestrado na UNICAMP, e a sorte de conviver com um grupo de alunos excepcionalmente politizado e integrado, possibilitou-me os mecanismos de defesa necessários ao enfrentamento das ameaças e desqualificações vindas dos gestores hierarquicamente superiores.

Em outubro de 1997, com o processo de desmonte já bem avançado, com todos os CRP(s) e NRP(s) do Estado de São Paulo adequados ao projeto de “modernização” da Reabilitação Profissional, e com a convivência diária com os medos e questionamentos da maior parte dos profissionais sobre a permanência na resistência, cheguei ao meu limite emocional e “joguei a toalha” através da solicitação de aposentadoria proporcional, juntando-me ao grupo dos precocemente aposentados, desqualificados moralmente pelo presidente Fernando Henrique Cardoso através da designação pública de “vagabundos”.

A possibilidade de retomada da atuação profissional veio em 1998, através de um trabalho de supervisão do SESMT (Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho) do Hospital Mário Gatti, hospital público da rede do SUS de Campinas, uma nova, gratificante e singular experiência de transformação de um serviço tradicionalmente policialesco e restrito à auditagem de atestados médicos em um serviço de saúde do trabalhador, com acolhimento, atenção e reabilitação de trabalhadores hospitalares acidentados e adoecidos do trabalho. Minha participação nesse projeto encerrou-se no final de 2000, com a mudança da gestão do município. O relato dessa experiência foi apresentado por Marcos Sabino,

Enídio Ilário e por mim no Congresso de Saúde Pública de Santos de 2001 (TAKAHASHI et al., 2001).

O trabalho no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba (CRST-Piracicaba) e a possibilidade de contribuir para a consolidação da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador) alentam as minhas esperanças profissionais atuais.

A complexidade de lidar com a incapacidade sempre esteve presente durante esses vinte e seis anos de trajetória profissional, sem que, contudo, eu percebesse o real entendimento da incapacidade como um importante conceito no meu trabalho. O doutorado e a relação de aprendizagem com a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iguti ofereceram-me tal oportunidade. Mergulhar nas referências teóricas nacionais e internacionais sobre a temática da incapacidade e da reabilitação profissional, reler e pesquisar documentos internos e externos referentes ao período histórico de desmonte dos serviços de reabilitação profissional do INSS, ouvir e analisar os relatos de trabalhadores com incapacidades, agora com uma leitura refeita e mais qualificada sobre a questão, propiciou a descoberta de um novo elo de sentido para a minha atividade profissional passada e, creio, também futura.

Ao concluir a presente tese, sinto-me motivada a avançar em um projeto de trabalho interdisciplinar sobre a incapacidade capaz de produzir reflexões conceituais e indicar caminhos metodológicos, tendo como o objetivo enriquecer a pesquisa e a prática da reabilitação profissional no campo da Saúde do Trabalhador.



## *INTRODUÇÃO*



As pessoas com incapacidades representam uma realidade crescente no mundo todo graças ao desenvolvimento técnico e científico da medicina e das práticas de reabilitação na melhoria da capacidade de diagnosticar e conduzir o tratamento das doenças e lesões crônicas que, na sua maior parte, não são fatais, mas impõem às pessoas a necessidade de aprender a conviver e lidar com as limitações funcionais e com a incapacidade, buscando alternativas para minimizar suas conseqüências sobre a qualidade de vida.

Houve um prolongamento universal da vida humana, entretanto, esses anos prolongados se constituem em anos vividos, provavelmente para a maior parte das pessoas, com incapacidades.

As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontavam, em 1981, 10% das pessoas com incapacidades na população mundial (OLIVER, 1991).

Nos EUA, dados atualizados para 2000, registraram que 49,7 milhões de pessoas, com cinco anos de idade e mais, têm algum tipo de incapacidade de longa duração, representando 19,3% da população recenseada (257,2 milhões de pessoas), ou seja, um a cada cinco americanos (BUREAU OF THE CENSUS, 2000). Esses dados estão assim distribuídos: 9,6% das pessoas apresentaram algum tipo de incapacidade sensorial (limitações para enxergar e ouvir); 8,2% apresentaram incapacidades físicas (limitações para andar, subir escadas e levantar, alcançar ou carregar objetos); 4,8% apresentaram incapacidade mental ou emocional (limitações de aprendizagem, de memória ou de concentração); 2,6% apresentaram incapacidade generalizada para as atividades da vida diária (limitações para se vestir, tomar banho e sair de casa). Na faixa economicamente ativa da população americana (16 a 64 anos), 11,9%, ou seja, três milhões de pessoas apresentaram algum tipo de incapacidade que afetou o desempenho no trabalho.

No Brasil, a informação relativa às pessoas com incapacidades é recente e escassa. No recenseamento de 1991, o governo incluiu pela primeira vez algumas questões referentes à temática. A partir dos resultados desse censo, estimou-se que 1,14% da população brasileira tinha algum tipo de deficiência, representando aproximadamente um milhão e setecentas mil pessoas (MELLO JORGE et al., 2001).

Entre as pessoas que referiram suas deficiências, 59% eram homens e 41% eram mulheres. Por tipo de deficiência, a distribuição encontrada foi: 8,8% para a cegueira; 10,4% para a surdez (incluída a surdo-mudez); 39,5% para a deficiência mental; 8,7% para a falta de membros; 20,9% para a paraplegia ou a tetraplegia; 12,5% para a hemiplegia; e 5,2% para as deficiências múltiplas.

Os dados encontrados pelo censo de 1991 no Brasil estão muito aquém das estimativas da OMS para o período, o que, na análise de JANUZZI e JANUZZI (1995), pode ser atribuído a dois fatores: primeiro, à presença do preconceito arraigado na sociedade brasileira, que teria levado ao ocultamento das condições de incapacidade pelos informantes - os próprios “deficientes” ou seus familiares; segundo, ao fato de que a estimativa da OMS abrange um conjunto maior de variáveis incorporadas nos critérios de deficiência do que as apresentadas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Os critérios de deficiência do IBGE já haviam sido utilizados na PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) de 1981 e foram mantidos também para o censo de 1991:

1. Cegueira – para a pessoa que apresentava a incapacidade de ver (cegueira dos dois olhos) ocasionada por problemas de visão ou ausência dos globos oculares;
2. Surdez – para a pessoa que apresentava a incapacidade de ouvir (surdez nos dois ouvidos);
3. Surdo-mudez – para a pessoa que apresentava incapacidade absoluta, congênita, de ouvir e que teve como conseqüência a incapacidade de falar. Está incluído neste item o surdo-mudo readaptado (que aprendeu a falar);
4. Retardamento ou doença mental – para a pessoa que apresentava problemas de retardamento do desenvolvimento mental e motor, como, por exemplo, a idiotia e o mongolismo. Foram incluídos neste item os casos “percebidos” pela família como de atraso no desenvolvimento mental, ou referidos como

excepcionais, ainda que não houvesse diagnóstico médico. Foram incluídos também neste item os casos de loucura, ainda que sem diagnóstico médico, paranóias, esquizofrenias, etc;

5. Falta de algum membro ou parte dele – para a pessoa que, por acidente ou má- formação congênita, não tinha um ou vários membros, ou parte deles, como, por exemplo, a mão inteira, todos os dedos, o que provoca dificuldades funcionais de maior gravidade;
6. Paralisia total ou das duas pernas – para a pessoa tetraplégica (paralítica dos quatro membros) ou para a pessoa paraplégica (paralítica das duas pernas);
7. Paralisia de um lado (um braço e/ou uma perna) – para a pessoa que tinha um lado totalmente paralisado (um braço e uma perna) ou para a pessoa que tinha paralisia de apenas um membro (um braço ou uma perna).

Segundo a análise de OLIVER (1991:68), as categorias utilizadas pelo IBGE são restritivas, possibilitando o levantamento apenas dos casos de maior gravidade, o que explicaria a divergência com as estimativas da OMS, que utilizou critérios mais abrangentes.

No censo demográfico de 2000, entretanto, o IBGE introduziu uma nova metodologia para a coleta de dados sobre a incapacidade, estabelecendo outros critérios de deficiência:

1. Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar;
2. Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir;
3. Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar;
4. Deficiência mental permanente;
5. Falta de membro ou de parte dele;
6. Tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente;
7. Pelo menos uma das deficiências enumeradas.

Na seqüência, estão duas tabelas e oito gráficos referentes à distribuição pelo tipo de incapacidade e deficiência informada, segundo o sexo e a faixa etária. Os dados que serviram de base para a elaboração das tabelas e gráficos podem ser acessados em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).

Tabela I: Número e porcentagem de pessoas com incapacidades segundo sexo e tipo de deficiência, Brasil, 2000.

<b>Tipo de Deficiência</b>	<b>Nº Homens</b>	<b>%</b>	<b>Nº Mulheres</b>	<b>%</b>	<b>Nº Total</b>	<b>% população total **</b>
Incapacidade visual permanente	7.259.074	44%	9.385.768	56%	16.644.842	10%
Incapacidade auditiva permanente	3.018.218	53%	2.716.881	47%	5.735.099	3%
Incapacidade motora permanente	3.295.071	41%	4.644.713	59%	7.939.784	5%
Deficiência mental	1.545.462	54%	1.299.474	46%	2.844.936	1,67%
Falta de membro ou parte dele	344.519	72%	134.078	28%	478.597	0,28%
Tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia	516.677	55%	420.786	45%	937.463	0,55%
Total (todas as deficiências)	15.979.021		18.601.700		34.580.721	20,50%
Pelo menos um tipo de deficiência*	11.420.544		13.179.712		24.600.256	14%

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

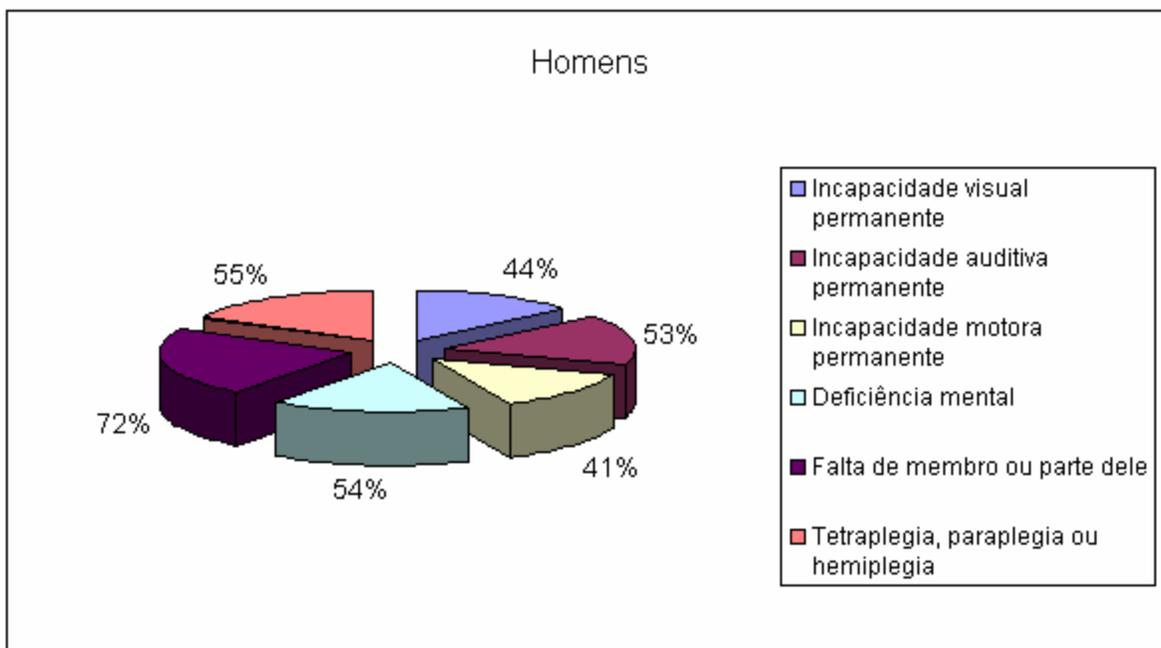


Gráfico I: Distribuição de homens com incapacidades segundo tipo de deficiência, Brasil, 2000.  
 Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

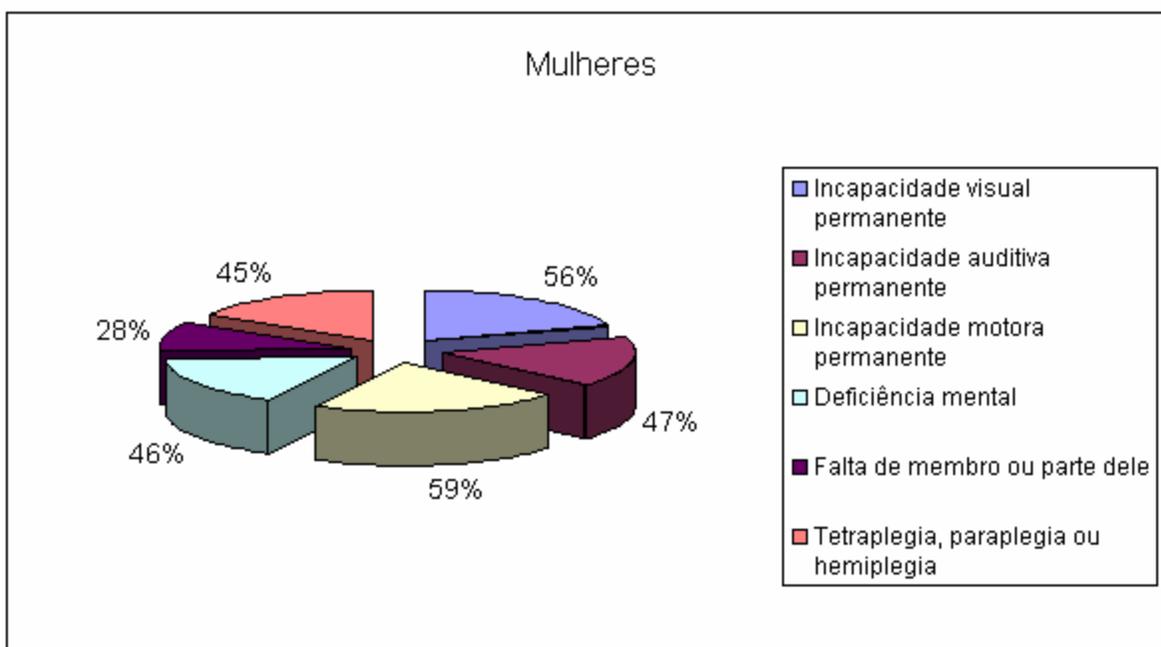


Gráfico II: Distribuição de mulheres com incapacidades segundo tipo de deficiência, Brasil, 2000.  
 Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Tabela II: Número e porcentagem de pessoas com incapacidades segundo faixa etária e tipo de deficiência, Brasil, 2000.

<b>Tipo de Deficiência</b>	<b>0-9</b>	<b>10-19</b>	<b>20-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>	<b>60 ou mais</b>	<b>Total</b>
Incapacidade visual permanente	486.822	1.429.999	1.486.735	1.797.991	3.400.260	3.107.375	4.935.659	16.644.841
Incapacidade auditiva permanente	205.366	389.222	424.687	542.998	732.641	862.036	2.578.148	5.735.098
Incapacidade motora permanente	296.064	302.695	421.973	667.690	1.061.631	1.398.191	3.791.540	7.939.784
Deficiência mental	264.018	447.594	436.368	428.380	384.203	311.061	573.312	2.844.936
Falta de membro ou parte dele	24.938	41.841	61.568	76.857	82.352	74.479	116.561	478.596
Tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia	59.332	80.134	100.681	110.061	111.727	121.551	353.978	937.464
<b>Total</b>	<b>1.336.540</b>	<b>2.691.485</b>	<b>2.932.012</b>	<b>3.623.977</b>	<b>5.772.814</b>	<b>5.874.693</b>	<b>12.349.198</b>	<b>34.580.719</b>
(%)	4%	8%	8%	10%	17%	17%	36%	100%

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

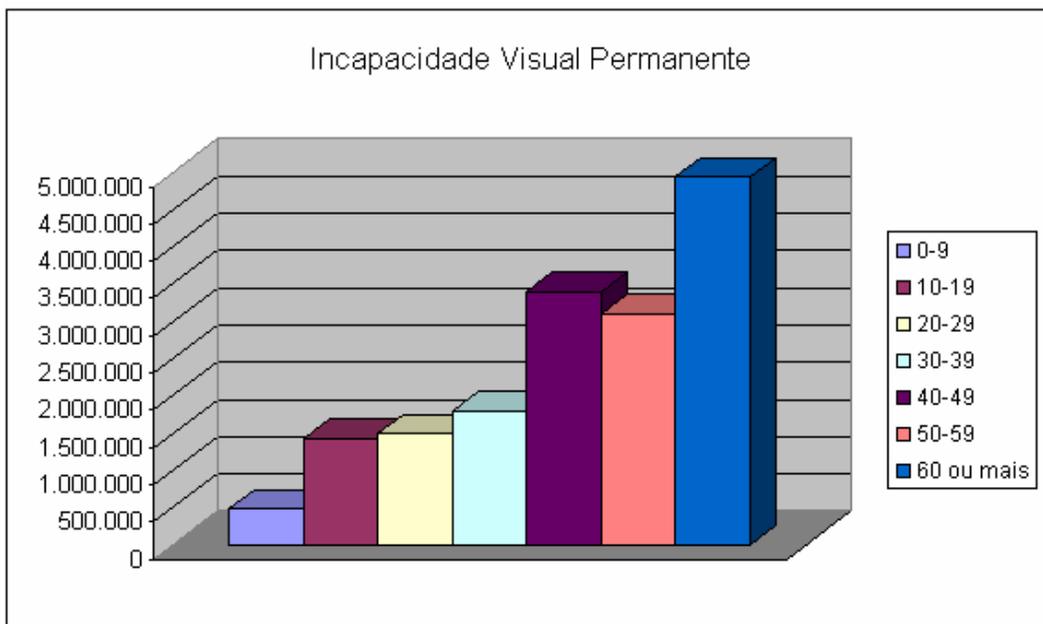


Gráfico III: Distribuição das pessoas com incapacidade visual permanente segundo faixa etária, Brasil, 2000.  
 Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

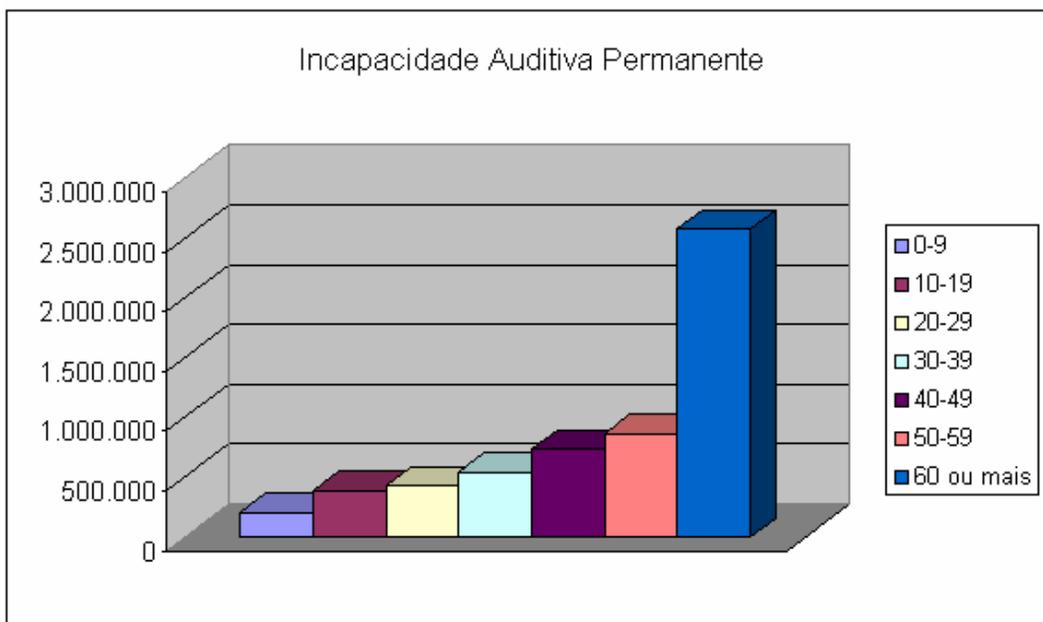


Gráfico IV: Distribuição das pessoas com incapacidade auditiva permanente segundo faixa etária, Brasil, 2000.  
 Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

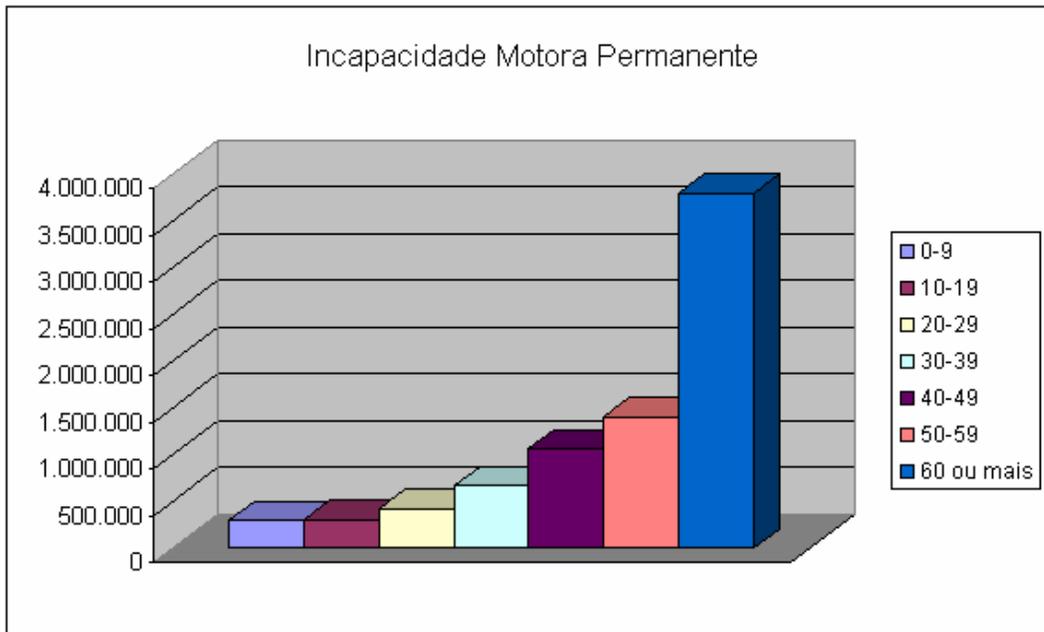


Gráfico V: Distribuição das pessoas com incapacidade motora permanente segundo faixa etária, Brasil, 2000.  
 Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

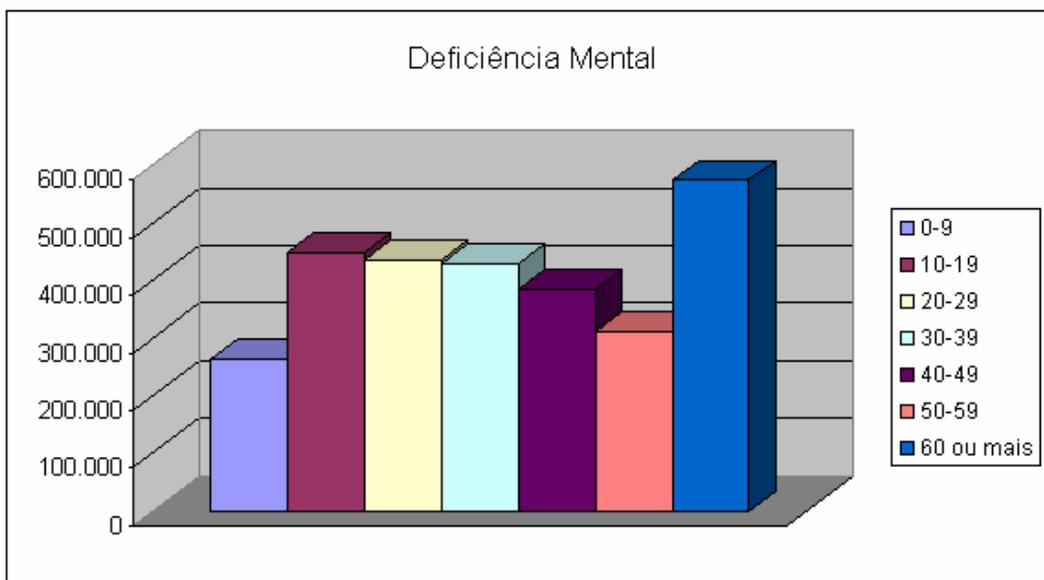


Gráfico VI: Distribuição das pessoas com deficiência mental segundo faixa etária, Brasil, 2000.  
 Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

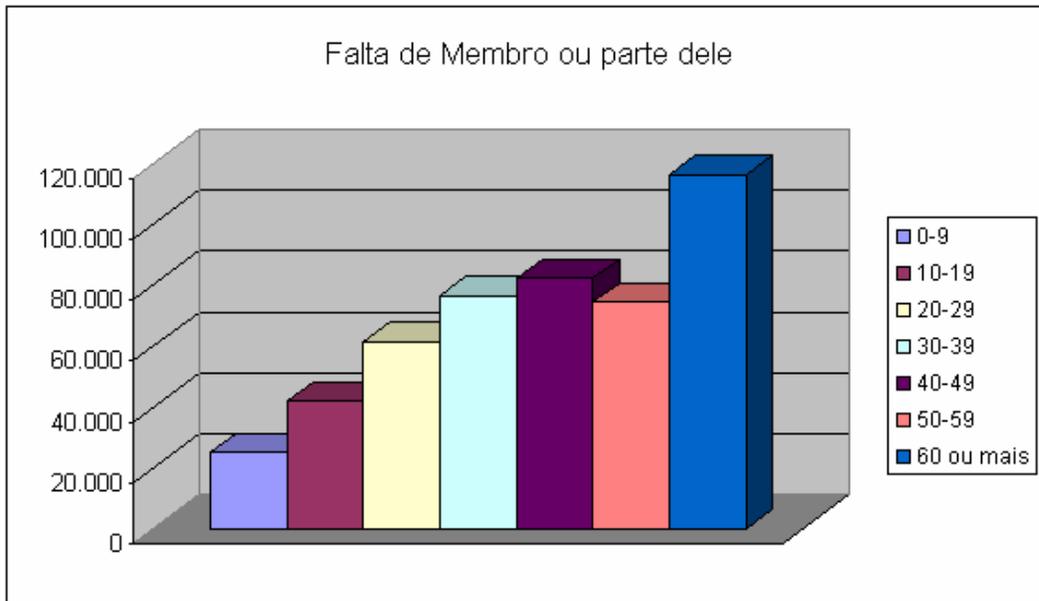


Gráfico VII: Distribuição das pessoas com falta de membro ou parte dele segundo faixa etária, Brasil, 2000.  
 Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

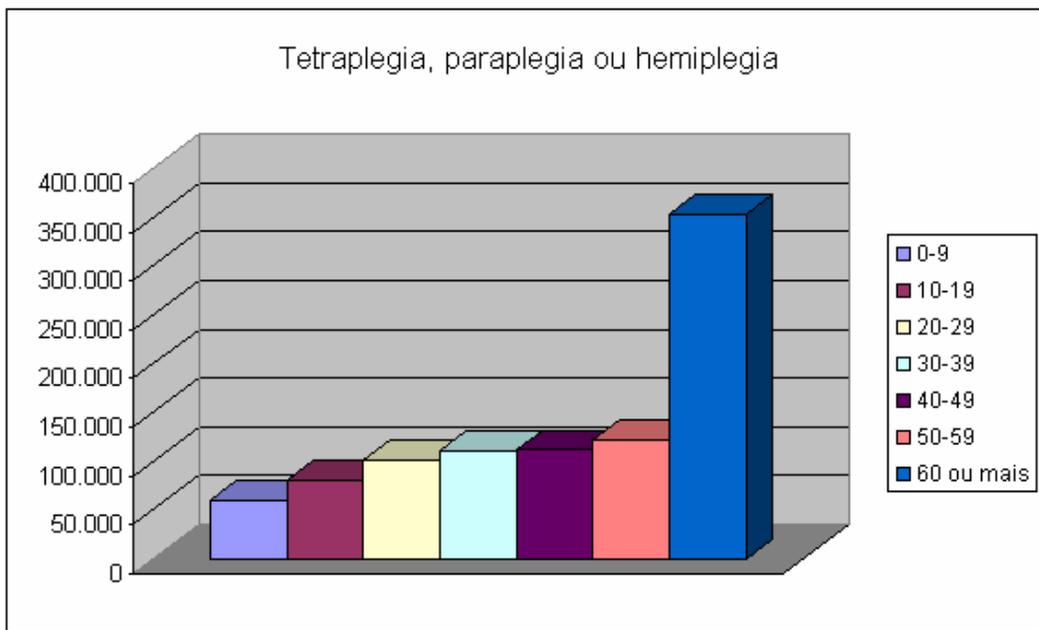


Gráfico VIII: Distribuição das pessoas com tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia segundo faixa etária, Brasil, 2000.  
 Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Comparando-se os critérios do IBGE para os censos de 1991 e 2000, verifica-se que, no primeiro recenseamento, os critérios estavam referidos exclusivamente ao conceito de deficiência, que, segundo a classificação da OMS de 1980, é a “*perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica e anatômica*”, tais como, a deficiência visual, a deficiência auditiva, a doença mental, a falta de partes do corpo e tipos de paralisia. Já no censo de 2000 foram incluídos alguns critérios referentes ao conceito de incapacidade, ou seja, “*a restrição ou a perda de habilidade para realizar uma atividade*” (OMS, 1980). Como se observa, o conceito de incapacidade é mais abrangente, e um número maior de pessoas, que se sentem limitadas em suas atividades pelas dificuldades de enxergar, ouvir e caminhar, independentemente de uma avaliação médica da gravidade da lesão, podem ter se enquadrado nos critérios levantados pelo censo.

Os resultados do censo de 2000 alteraram de modo significativo o índice oficial da deficiência no Brasil, que passou de 1,14% (aproximadamente 1.700.000 pessoas) para 14% da população brasileira, totalizando quase 25.000.000 de pessoas portadoras de pelo menos um tipo das incapacidades designadas. No entanto, acredita-se que caberiam estudos mais aprofundados desses resultados, principalmente os de natureza qualitativa, tendo em vista a utilização de critérios embasados em conceitos distintos – deficiência e incapacidade.

Analisando o perfil da população brasileira registrado pelo censo de 2000, na distribuição por sexo, as mulheres representam 54% das pessoas que declararam pelo menos um tipo de deficiência, e os homens, 46%. Na distribuição por tipo de incapacidade as mulheres apresentaram porcentagens maiores para a incapacidade visual permanente (56% X 44%) e a incapacidade motora (59% X 41%). Os homens apresentaram porcentagens maiores para a incapacidade auditiva (53% X 47%), para a deficiência mental (54% X 46%) e tetraplegia, paraplegia e hemiplegia permanentes (55% X 45%). Merece destaque a diferença significativa para os homens na categoria “falta de membro ou parte dele” (72% X 28%), inferindo-se que pode estar presente a influência das relações sociais de gênero, com a presença significativa das lesões traumáticas que resultam em amputações devido ao predomínio masculino em funções de maior exposição aos riscos físicos no trabalho (Tabela I e Gráficos I a VII).

Em relação ao perfil por faixa etária, observa-se que o número de registros é crescente de acordo com a idade e que, no intervalo de 20 a 49 anos, considerado o período mais produtivo da vida das pessoas, estão 40% dos informantes que relataram ter algum tipo de incapacidade para enxergar, 30% dos que têm incapacidade para ouvir, 27% dos que têm incapacidade motora, 44% dos que têm incapacidade mental, 46% dos que apresentam falta de uma parte do corpo e 34% dos que sofreram algum tipo de paralisia (Tabela II).

Esse perfil da população com incapacidades, observado na faixa etária de maior absorção pelo mercado formal e informal de trabalho, revela, a nosso ver, o determinismo das condições adversas de vida e de trabalho dos trabalhadores no Brasil, do papel importante dos acidentes e doenças do trabalho como causas de incapacidade, e não apenas como resultante do processo de envelhecimento natural da população.

Dentre os estudos de incapacidade por morbidade específica destacam-se os que abordam as artrites (osteoartrites e artrites reumatóides), as doenças mentais, as lesões traumáticas e as LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/ Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho). São patologias que atingem um grande contingente de pessoas, resultam em incapacidades de longa duração, têm impacto profundo no dia-a-dia e no trabalho das pessoas acometidas, afetando seus modos de conduzir a vida.

A *artrite* é uma doença crônica de alta prevalência, gravidade da incapacidade, baixa eficácia da medicação, baixa mortalidade e baixo índice de hospitalização (VERBRUGGE e JUAREZ, 2001).

De acordo com os dados do *Canadian Community Health Survey* de 2000, no Canadá, a artrite afeta aproximadamente quatro milhões de pessoas com mais de 15 anos de idade – um a cada seis canadenses - dois terços das quais são mulheres. O custo social está estimado em 4,4 bilhões de dólares, sendo 3,4 bilhões contabilizados no pagamento de benefícios por incapacidade e dias perdidos de trabalho, uma vez que 70% dos adoecidos estão na faixa etária produtiva de 35 a 64 anos.

O impacto individual da artrite – dor constante e articulações enrijecidas – limita a capacidade de segurar objetos com a mão dominante, dificulta ou impede a realização das atividades da vida diária, levando a sentimentos depressivos e à infelicidade,

afetando a situação econômica (aposentadorias precoces), a participação social e a qualidade de vida (BADLEY e DESMUELES, 2003).

As *doenças mentais* representam 12% da carga mundial de doenças, 450 milhões de pessoas segundo o “Relatório sobre a saúde no mundo 2001” da OMS (2000). Seis das vinte principais causas de incapacidade no mundo são afecções neuropsiquiátricas: (1) transtornos depressivos bipolares; (2) abuso de álcool; (3) esquizofrenia; (4) transtornos afetivos bipolares; (5) doença de Alzheimer; e (6) hemicrania.

Apenas uma minoria tem acesso a tratamentos: os recursos dos países destinados à área de saúde mental correspondem a menos de 1% dos gastos totais com saúde, 40% dos países carecem de políticas de saúde mental, e mais de 30% não têm programas estabelecidos. Assim sendo, as pessoas acometidas por perturbações mentais têm a enorme tarefa de resolver como puderem seus problemas e, na maior parte dos casos, transformam-se em alvos de estigma e discriminação.

A luta antimanicomial ganha adeptos no mundo inteiro para acabar com a prática de enclausurar pessoas com problemas mentais em instituições psiquiátricas, porque somente uma pequena parcela das afecções mentais está associada ao risco de violência, probabilidade que pode ser diminuída pela intervenção de serviços de assistência integral em saúde mental (OMS, 2000:30-31).

Os problemas de saúde mental têm grande impacto sobre os indivíduos e suas famílias, pois, além de sofrerem com os sintomas inquietantes de suas doenças, os portadores sentem-se incapacitados de participar das atividades de trabalho e lazer, muitas vezes apenas por discriminação social. As repercussões sobre as famílias representam uma carga substancial: custos econômicos, reações emocionais – o estresse diante da convivência com um comportamento perturbado, a ruptura da rotina doméstica e a restrição à participação social (OMS, 2000:59).

As *lesões traumáticas*, segundo o relatório “Carga Global de Doenças” da OMS, representam o maior problema de saúde pública da atualidade, cuja etiologia tem origem principalmente nos acidentes de trânsito, nos acidentes de trabalho e nos acidentes gerados pela violência (MACKENZIE, 2000).

Na Noruega, dos 7.241 casos de lesões traumáticas registrados pelo *National Insurance Administration* (órgão oficial para pagamento de benefícios por incapacidade), no período de 1992 a 1997, 45% (3.258) foram de acidentes de trânsito, 33% (2.390) de acidentes de trabalho, 16% (1.159) ocorridos no lazer, 4% (290) acidentes domésticos e 2% (145) outras causas (LUND e BJERKEDAL, 2001).

Dentre as lesões traumáticas, as mais incidentes são as de natureza ortopédica e neurológica. As lesões cerebrais traumáticas, por exemplo, são eventos devastadores para indivíduos e familiares pelas limitações funcionais crônicas que resultam em incapacidades graves, afetando principalmente adultos jovens, em início de vida profissional, com perdas sociais significativas. Nos EUA, dois milhões de pessoas anualmente sofrem lesões traumáticas com carros e motos, destes, apenas 30% conseguem retornar ao mercado de trabalho (YASUDA et al., 2001).

As seqüelas cognitivas e de comportamento, com alterações freqüentes e oscilantes de humor, limitam o funcionamento intelectual e emocional, e as seqüelas físicas com limitações relacionadas com a locomoção e a incontinência das funções excretoras, são os resultados de incapacidades mais freqüentes.

E finalmente, as *LER/DORT*, doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo relacionadas ao trabalho ou por ele agravadas - tendinites, tenossinovites, bursites, epicondilites, síndrome do túnel do carpo, cervicobraquealgia, etc... , que são doenças incapacitantes e de alta incidência no mundo ocidental industrializado. Essas afecções podem levar ou não a degeneração dos tecidos e atingem principalmente, mas não exclusivamente, os membros superiores, a região escapular e o pescoço (RIBEIRO, 1999).

São encontradas sob várias denominações em diferentes países: OCD (*Occupational Cervicobrachial Diseases*) na Alemanha e países escandinavos, CTD (*Cumulative Trauma Disorders*), RSI (*Repetitive Strain Injury*) e WMSD (*Work-related Musculoskeletal Disorders*) nos EUA, RSI na Austrália e LATR (*Lesions Atribuibles au Travail Répétitif*) no Canadá (KUORINHA et al., 1982).

O grupo das LER/DORT apresenta características comuns de aparecimento e evolução de caráter insidioso, origem multifatorial complexa, na qual interagem inúmeros fatores causais, dentre eles destacam-se os movimentos repetitivos de ciclos curtos por períodos prolongados, as posições estáticas e forçadas, as exigências de produtividade, a competitividade e os programas de incentivo à produção e à qualidade das empresas, os quais levam à intensificação do trabalho, à aceleração do ritmo das atividades e ao controle excessivo sobre os trabalhadores, condicionando-os a um trabalho sob pressão constante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Após a reestruturação produtiva nas empresas e sua influência nos serviços, as LER/DORT tiveram sua prevalência aumentada em todo o mundo industrializado. Nos EUA, a prevalência era de 10,2% e o custo social por caso era de U\$ 2.612,00 em 1986, passando a 25% em 1992, e o custo por caso a U\$ 6.168,00 (FEURSTEIN et al., 1993). Dados da *U.S. Army* mostram que as LER/DORT são as mais prevalentes causas de incapacidade também entre soldados (serviços administrativos) e que os gastos anuais em pagamentos por incapacidade são de 500 milhões de dólares (HUANG et al.1998).

No Brasil, MAENO (2001) cita os dados de uma amostra de 10.743 casos de doenças ocupacionais registrados pela Previdência Social, em 1997, na qual aproximadamente 90% dos casos eram de LER/DORT (9.527), representando, naquele ano, a doença ocupacional de maior prevalência na concessão de benefícios por incapacidade.

Dados atualizados dos registros do INSS de doenças do trabalho para o período de 2002 a 2004 apontam que 38.045 casos têm CID compatível com LER/DORT: M.54 = 4.885; M.65 = 21.791; M.75 = 7.942; M.77 = 3.427 ([www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br)).

Cabe ressaltar, porém, que os dados epidemiológicos sobre incapacidade geralmente estão baseadas em bancos fornecidos por censos demográficos ou pelos sistemas de previdência social, e como advertem MOOM e GEICKER (1998), esses dados serão sempre aproximados e devem ser analisados com cautela.

Sobre o primeiro tipo de banco de dados – os censos demográficos - os autores colocam que mesmo havendo uma definição de critérios de pesquisa mais precisos sobre um tipo de deficiência e o grau que possa resultar em incapacidade, o que para eles não é

uma tarefa fácil de ser realizada, irá permanecer sempre o problema de que os recenseadores só poderão obter os dados através das pessoas que se coloquem como “incapacitadas” ou através de julgamentos de seus familiares e informantes. As pessoas que, mesmo preenchendo os critérios definidos pela pesquisa, não se considerarem neles enquadrados ou ainda, aquelas que não se deixam abater pela deficiência, poderão ficar fora das estatísticas.

No banco de dados baseados nas informações relativas a beneficiários da previdência social, os critérios de seleção são restritos, de acordo com definições legais de incapacidade que variam muito entre os países, não sendo possível, até o momento, a aplicação de um conceito universal de incapacidade. Isto significa que a medição quantitativa da incapacidade depende muito do alcance do sistema de proteção social de cada país, enquanto produto de lutas sociais e políticas muito específicas, inviabilizando na prática a comparação estatística entre países (MOOM e GEICKER, 1998:17.3).

O mesmo entendimento é partilhado por RASKIN (1998), segundo o qual o número de pessoas registradas pelas estatísticas de alguns países como “incapacitadas” não reflete as realidades objetivas desses países, pois reflete a existência de menos dispositivos legais de proteção social, dentre eles os que garantem serviços públicos de saúde e previdência. O inverso também será verdadeiro: os países que têm sistemas de proteção social mais abrangente vão revelar uma demanda mais elevada de pessoas identificadas como “incapacitadas”. O autor cita como exemplo os dados divulgados pelo *Disability Statistics Compendium* da OIT, de 1990, que mostra 0,2% de pessoas incapacitadas no Peru e 20,9% na Áustria.

MURRAY (1994) propõe, então, que, além dos inquéritos populacionais, sejam desenvolvidas mais pesquisas sobre incapacidade no âmbito dos serviços de saúde e reabilitação para identificar os grupos de pessoas com incapacidades que se encontram em situações de agravo e desvantagem social e poder estabelecer prioridades de atendimento – assistenciais e preventivas – , e também as experiências exitosas na construção de modelos técnico-assistenciais eficazes na minimização e superação da incapacidade e da desvantagem.

Os resultados das experiências exitosas podem servir de parâmetros ao cuidado desenvolvido pelas equipes de saúde e orientar o planejamento das ações, melhorando a capacidade de gestão das políticas públicas, e, quando socializados e apropriados pelos beneficiários, podem produzir o *empowerment* (empoderamento) do controle social, garantindo a efetividade das intervenções e a permanência dos serviços.

Se os problemas apresentados representam, por um lado, os limites do tratamento estatístico sobre a incapacidade<sup>1</sup>, refletindo certamente na qualidade da informação, por outro lado, eles reforçam a complexidade e a magnitude dos dados, justificando a continuidade das pesquisas, em especial os estudos de natureza qualitativa, uma vez que os fatores que interagem no estabelecimento da incapacidade e da desvantagem extrapolam a dimensão individual da deficiência e das limitações funcionais, colocando-se também na dimensão do coletivo, das relações sociais organizadas.

Esta pesquisa insere-se na perspectiva de uma abordagem qualitativa da incapacidade, apoiada nos fundamentos, conceitos e noções formuladores de uma nova concepção, emergente nos anos 1970, denominada *concepção sociomédica da incapacidade*, ou *concepção sociopolítica da incapacidade*, como preferem denominar os estudiosos canadenses.

Através de pesquisa bibliográfica nacional e internacional sobre a temática, procuramos reconstituir a história social da incapacidade, contada através das mudanças nas elaborações teóricas de sua concepção ao longo de dois séculos (do século XIX aos dias atuais), as quais refletem, ao mesmo tempo, as transformações históricas, políticas e sociais das sociedades capitalistas e o acúmulo de conhecimento dos paradigmas científicos, responsáveis pela definição e incorporação das idéias às práticas, permeados por interesses de classe e projetos políticos em constante disputa, de cuja resultante emanam as decisões coletivas, consolidadas em políticas públicas, bem como a organização, as finalidades e os modos de abordagem dos serviços de atenção.

---

<sup>1</sup> O núcleo disciplinar denominado Epidemiologia da Incapacidade, termo cunhado pelo sociólogo Saad Nagi, busca superar essas dificuldades utilizando o referencial teórico das Ciências Sociais e as técnicas e instrumentos de pesquisa da Epidemiologia Social, tendo como objeto as conseqüências das doenças e dos agravos de saúde que resultam em incapacidade (VERBRUGGE e JETTE, 1994:11).

É necessário ressaltar, entretanto, que o reconhecimento de um problema como questão – aceitação de uma demanda social legitimamente problematizada – nem sempre resulta em respostas públicas de substantivo equacionamento, mas o fato de ser colocada como *questão* põe em movimento tendências e contratendências em torno da sua resolução, o que se configura em uma arena incontestável de conflitos de interesses (PEREIRA, 2000).

No Brasil, a resposta pública organizada para a questão da incapacidade foi desenvolvida através dos Centros de Reabilitação Profissional da Previdência Social (CRP(s)), instituídos legalmente na década de 1940, mas implementados na prática na década de 1960 e desmantelados na década de 1990. O conhecimento geral produzido sobre o tema da reabilitação profissional e a história da prática no Brasil foram igualmente reconstituídos através de pesquisa bibliográfica e documental.

O objeto desta tese é, portanto, a questão da incapacidade nas sociedades capitalistas industrializadas ocidentais, em sua dinâmica de articulação com os sistemas de previdência social, por intermédio tanto dos programas de suporte de renda, como os de concessão de benefícios por incapacidade, os quais têm como critério central de enquadramento a existência da incapacidade para o trabalho, quanto dos programas de reabilitação profissional, ancorados na idéia de potencialidade da recuperação da capacidade para o trabalho. Os dois tipos de programas previdenciários são complementares e ambos dependem da avaliação médica pericial para o acesso de seus beneficiários.

O objetivo geral deste estudo é explorar a questão da incapacidade no contexto da reforma previdenciária brasileira dos anos 1990, orientada por diretrizes políticas e econômicas neoliberais que, engendradas como resposta à crise do capitalismo em escala mundial, traduziram-se em medidas de governo voltadas para um ajuste estrutural que objetivou, dentre outros, reduzir o gasto público, extinguindo-se ou privatizando os serviços sociais, diminuindo o quadro do funcionalismo do Estado, o que atingiu profundamente os serviços de reabilitação profissional da Previdência Social.

Sabemos de antemão, contudo, que a implantação dessas medidas, no que tange às políticas sociais, não foi um processo homogêneo entre os países: nos países capitalistas centrais, onde já existia um Estado de Bem-Estar Social estruturado, as políticas de orientação neoliberal sofreram resistências concretas, que, no entanto, não conseguiram evitar cortes lineares do gasto social e a deterioração dos padrões de prestação da assistência dos serviços públicos; nos países de capitalismo periférico, como o Brasil, onde não existia um Estado de Bem-Estar Social plenamente constituído, as políticas de ajuste afetaram principalmente as políticas sociais universais, como Previdência Social, Saúde e Educação Básica, provocando ações de desmonte e privatização de serviços, agravando as precárias condições sociais desses países (SOARES, 2000).

Os serviços sociais previdenciários foram os alvos prioritários das reformas ocorridas no Brasil – a reforma previdenciária e a reforma administrativa – na década de 1990, culminando com a extinção do Serviço Social das Agências de Benefícios e o com o desmonte da rede nacional de serviços de Reabilitação Profissional do INSS (TAKAHASHI, 2000).

Assim sendo, descrever as mudanças ocorridas nas práticas de reabilitação profissional do INSS, contextualizadas com as medidas neoliberais orientadoras das reformas anteriormente mencionadas, colocou-se desde o início como um dos objetivos específicos deste trabalho. Para tanto, utilizamos a pesquisa documental para investigar: (1) Memorandos, Ordens de Serviço e Resoluções do INSS referentes ao período de 1992 a 1997 e documentos enviados pelo MARE (Ministério da Reforma Administrativa do Estado); (2) prontuário do extinto CRP-Campinas de um caso de amputação por acidente de trabalho, atendido pelo modelo técnico assistencial convencional da Reabilitação Profissional do INSS, suprimido pela reforma previdenciária. Para avançar um pouco mais na investigação e explorar o atendimento de uma casuística similar nos dias atuais, após reforma previdenciária, ouvimos um trabalhador amputado por acidente de trabalho, assistido pelo Centro de Fisioterapia do SUS de Piracicaba. Os dados estão apresentados no capítulo 3, sob a forma de relato de casos.

Alguns dos efeitos das medidas neoliberais no Brasil no âmbito do trabalho são apontados por SOARES (2000: 56-58): a ampliação do processo de precarização das relações de trabalho, o aumento do desemprego e do trabalho informal e a intensificação por produtividade nos processos de trabalho, o que têm acarretado como consequência o aumento da incidência das doenças, dos acidentes de trabalho e das mortes entre os trabalhadores, devido às más condições de trabalho.

Neste cenário brasileiro de aprofundamento da adversidade dos trabalhadores e degradação dos vínculos de trabalho, onde a deterioração da saúde e o agravamento da incapacidade são elementos convergentes e potencialmente determinantes da exclusão permanente do mercado de trabalho dos trabalhadores com incapacidades, tornou-se imperativo a este estudo o objetivo específico de descrever o processo de incapacitação dos trabalhadores, demandantes de benefícios por incapacidade da Previdência Social, identificando e analisando os aspectos sociais que estariam interagindo neste processo.

Para isso recorreremos à utilização da técnica *história de vida tópica* para a coleta dos dados, buscando-se através do instrumento, obter um relato oral referente a um período pré-delimitado da vida do entrevistado, período este definido previamente como tendo ocorrido as experiências que se quer investigar (MINAYO,1996). O período tópico delimitado foi o espaço temporal compreendido entre o início dos sintomas do adoecimento até o momento da realização das entrevistas.

Como convém às pesquisas do tipo qualitativo, o tamanho da amostra não obedeceu a critérios numéricos, uma vez que a representatividade não está no referencial estatístico, mas sim na capacidade da amostra de refletir o fenômeno investigado em suas várias dimensões (MINAYO, 1996:189). A totalização em doze entrevistas ocorreu no momento em que as informações tornaram-se recorrentes.

As entrevistas foram colhidas nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Piracicaba e Campinas, serviços municipais integrados à Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador do SUS (RENAST).

A amostra utilizada foi não-probabilística, dita acidental (LAVILLE e DIONNE, 1999), ou seja, foram ouvidos os pacientes que estavam com consulta médica agendada nos dias acordados com as coordenações dos serviços para a realização da pesquisa e que se enquadravam nos critérios pré-definidos para a pesquisa: (1) ser trabalhador incapacitado; (2) ser demandante de benefício por incapacidade da Previdência Social; e (3) estar afastado do trabalho por período prolongado, um ano ou mais. A relação dos casos agendados nos dias determinados que atendiam aos critérios de seleção da pesquisa foi obtida através da verificação dos dados constantes dos prontuários médicos dos serviços.

Entretanto, como nesses serviços o trabalho assistencial é dirigido quase que exclusivamente a trabalhadores adoecidos por LER/DORT, o resultado ficou circunscrito a esse tipo de patologia ocupacional como origem do processo de incapacitação, embora não decorra dos objetivos originais da pesquisa.

Os relatos orais foram gravados, tiveram o consentimento formalizado dos trabalhadores e foram realizados nos meses de fevereiro a maio de 2005. O protocolo de pesquisa passou pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e teve sua aprovação através do parecer nº 462/2004. O termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado de acordo com a Resolução nº 196/1996 do CONEP e sua minuta encontra-se no Anexo 1 desta tese. As fitas foram fielmente transcritas<sup>2</sup>.

O tratamento dos dados obtidos obedeceu ao seguinte traçado de procedimentos: em primeiro lugar, foram classificadas as falas de acordo com os conteúdos previamente definidos como relevantes para a pesquisa: condições de trabalho, processo de adoecimento e incapacitação, impactos na vida diária, nas relações sociais e no trabalho, procura pelo atendimento médico, tratamentos realizados e interação com o INSS.

A seguir, o material empírico classificado foi analisado com base nas teorias existentes, buscando identificar e compreender os aspectos sociais que, interagindo no processo de incapacitação, contribuem para a determinação e o agravamento da incapacidade dos trabalhadores.

---

<sup>2</sup> Nessa etapa da pesquisa contei com a valiosa colaboração de Marina Conti Takahashi, que fez a transcrição das fitas gravadas.

E, finalmente, a construção de uma trajetória coletiva de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT nos dias atuais, através de suas próprias narrativas, mas ordenadas pela análise teórica. A citação das falas na construção da trajetória manteve as estruturas e os conteúdos originais, entretanto, foram feitas pequenas edições para melhor compreensão e leitura.

Os resultados da pesquisa empírica, acrescidos da pesquisa bibliográfica e documental, constituem a presente tese de doutorado, cujo roteiro de leitura está apresentado a seguir:

No capítulo 1, reconstituo a história social da incapacidade através da evolução de sua concepção, do século XIX aos dias atuais.

No capítulo 2, estudo as práticas de reabilitação profissional como políticas públicas de resposta ao problema da incapacidade e a reconstituição histórica e institucional-legal da reabilitação profissional no Brasil, com ênfase no processo de desmonte dos CRP(s) e NRP(s) durante a reforma previdenciária da década de 1990.

No capítulo 3, apresento os relatos de dois casos de trabalhadores amputados por acidentes de trabalho, assistidos pela previdência social em duas fases distintas, antes e depois da reforma previdenciária.

No capítulo 4, analiso a trajetória coletiva atual de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT, demandantes de benefícios da Previdência Social e apresento os quadros que descrevem o perfil do grupo estudado.

Para finalizar, destino o capítulo 5 às conclusões obtidas pelo estudo.

***CAPÍTULO 1***  
***A HISTÓRIA SOCIAL DA INCAPACIDADE***



A concepção de incapacidade não é a expressão natural de uma condição biológica humana, congênita ou adquirida, mas está articulada às determinações estruturais e às histórias das lutas sociais de sociedades singulares.

A história social da incapacidade é também a história da noção do corpo. Desde o século XVIII, a medicina havia se apropriado do corpo como objeto de suas práticas, no entanto, foi no século XIX que aconteceu a mais radical de todas as mudanças no conhecimento clínico, a anatomoclínica, que possibilitou a integração de um conhecimento coerente do que era dito sobre as doenças e a visibilidade proporcionada pela dissecação dos cadáveres.

Diante da possibilidade de uma leitura médica mais eficiente sobre o corpo, dois movimentos são apontados no processo: “de um lado, o corpo que se torna objeto de domínio do saber médico e, de outro, a linguagem, que fala sobre o indivíduo portador do corpo, a partir de uma nosografia política, aderente ao contexto social da época” VERTHEIN e MINAYO-GOMES (2000).

No século XIX e início do século XX, o modelo social explicativo da incapacidade predominante na França era o da tragédia pessoal, e as famílias e a paróquia eram os principais cuidadores das pessoas incapacitadas. Não havia se estabelecido qualquer responsabilidade social do Estado.

Imbricada com a concepção do pauperismo como fatalidade e desígnio divino, a incapacidade era considerada uma questão de benemerência, e a resposta social cabia à Igreja, principal administradora da caridade nas comunidades. As instituições religiosas tiveram como colaboradores nesta empreitada os burgueses ricos, as confrarias e as associações de auxílio-mútuo das corporações de ofício (CASTEL, 1998).

A assistência às pessoas com incapacidades, no século XIX, era realizada no confinamento dos hospitais, orfanatos e asilos: a deficiência física, a velhice, a infância abandonada e a doença eram as condições necessárias para que os indivíduos pudessem ser assistidos em regime de reclusão, o que funcionou como instrumento de gestão política da mendicância no processo da urbanização européia.

As situações de dependência que se constituíram em torno da concepção de incapacidade, reconhecidas e autorizadas socialmente a não se enquadrarem à ordem do trabalho, tais como, os deficientes físicos e psíquicos, os idosos, as crianças abandonadas pelos pais e os doentes, tornaram-se as referências para a regulamentação da assistência, no século seguinte, mantendo a relação com o trabalho como critério central. Tais situações de dependência tinham em comum o fato de que os indivíduos que nela se encontravam não conseguiam suprir, por si mesmos, suas necessidades básicas. O princípio subjacente que colocava essas pessoas como clientes potenciais dos sistemas de proteção social era a Teoria da Desvantagem, heterogênea quanto às condições que levam a tais situações, mas cujo critério coerente é o de não poder trabalhar.

O critério essencial do não-trabalho é o reconhecimento social da incapacidade para trabalhar. Aqueles que são supostamente capazes de trabalhar e não trabalham foram historicamente rechaçados para fora da área da assistência, recebendo o rótulo de “vagabundos”, uma vez que a pobreza e a indigência nunca foram, e ainda não são, condições legitimadas para a obtenção dos benefícios assistenciais. O desenvolvimento técnico e a profissionalização da assistência social modificaram as formas de atualização desse critério, entretanto não reduziram sua eficácia operacional (CASTEL, 1998:87).

A incapacidade de trabalhar tornou-se então o conceito subjacente à definição social de saúde e doença, veiculado pela visão de mundo dominante nas sociedades industriais em relação à classe trabalhadora: o corpo é transformado em “força de trabalho” pelo processo de assalariamento, tornando-se, para a pequena classe dos detentores dos meios de produção, a possibilidade de acumulação capitalista, e o único instrumento gerador de bens para a numerosa classe trabalhadora. A miséria e a fome seriam decorrentes da doença e da invalidez para o trabalho, e o corpo do trabalhador passa a ser sua fonte de subsistência e reprodução (MINAYO, 1996: 185).

A associação entre saúde e capacidade de trabalho não correspondeu, portanto, a um movimento natural, ela é produto de um processo sócio-histórico que gerou, na medicina, a conceituação da saúde como ausência de doença. A saúde, assim concebida, torna a doença legalmente reconhecida como uma condição legítima para a inatividade.

Conjuntamente às garantias de uma inatividade socialmente permitida, criou-se a necessidade de recuperar o corpo para atender ao processo produtivo. O setor da saúde constituiu-se, então, em parte integrante de um projeto político de agenciamento e manutenção da força de trabalho, participando da produção de bens e de homens na evolução do processo de industrialização. Trata-se de um projeto de garantia de *uma tecnologia da população*, na denominação de FOCAULT, mais conhecida como recursos humanos, exercida principalmente pela prática médica (VERTHEIN e MINAYO-GOMEZ, 2000:8-9).

Essa interpretação dada à doença nas sociedades modernas seguiu um esquema que se tornaria quase que universal. As representações sociais sobre o corpo estão ligadas ao tipo de relações sociais que se estabeleceram nas sociedades industriais, nas quais, em razão da responsabilização coletiva dos doentes pelos sistemas de previdência social, criou-se uma estrita semelhança entre saúde e capacidade de trabalho, entre doença e invalidez (ADAM e HERZLICH, 2001).

Segundo MAGALHÃES (2001), com o desenvolvimento da industrialização e suas mazelas decorrentes, as formas tradicionais de equacionar a distinção entre os indivíduos vítimas de um infortúnio, como a doença e a incapacidade, considerados “os bons indigentes”, e aqueles que eram “preguiçosos e malandros” tornaram-se intensamente problemáticas para os sistemas de previdência social fundados na idéia de repartição, de rateio social. Essas idéias, ancoradas no modelo explicativo da incapacidade pela tragédia pessoal, revelaram-se ineficazes diante dos estados de privação resultantes do desenvolvimento industrial.

Trazendo a questão para os dias atuais, percebe-se que os médicos-peritos de previdência social que, ainda embasam seu trabalho na concepção da incapacidade como tragédia pessoal, têm maiores dificuldades para realizá-lo porque utilizam como ferramenta de trabalho a busca insana pelos segurados “preguiçosos e malandros”, os quais não estariam socialmente legitimados a não trabalhar. A falta de utilização de critérios técnicos de avaliação por esses profissionais, os quais deveriam abranger os critérios médicos e os aspectos sociais que interagem no estabelecimento da incapacidade para o trabalho, os

distancia da possibilidade de realizar uma avaliação pericial mais próxima de uma condição real de incapacidade com direito à proteção social.

Para a autora, essa fase inicial, baseada apenas em um sistema de regulações morais, pode ser considerada a época de uma política social sem “Estado”, a qual teve que ser substituída por uma outra política mais eficaz, que passou a equiparar o médico a um agente de polícia no exercício de um rígido controle sobre os excessos praticados pelo corpo ao mesmo tempo em que assumia a tarefa de restaurar a “força de trabalho” para atender às exigências da industrialização.

Tais idéias estiveram academicamente ligadas a disciplinas como “higiene social” e “higiene do trabalho”, as quais tiveram seu desenvolvimento e difusão encorajados socialmente, no final do século XIX, pelo esforço generalizado de moralização e domesticação das classes populares para o trabalho (BOLTANSKI, 1989).

Com esse instrumental de polícia médica, foi fundado, em 1830, na Inglaterra, pelo Dr. Robert Baker, o primeiro serviço médico de empresa para cuidar da saúde dos trabalhadores da fábrica, através do exercício de um controle direto sobre a força de trabalho, mantendo, restaurando ou descartando o corpo (ROSEN, 1980).

Na análise de VERTHEIN e MINAYO-GOMEZ (2000:8):

*“A concepção social dominante era o mito do corpo asséptico que, a partir de um enfoque racionalista, vai elaborando soluções excludentes e mercantis, tais como os adicionais de insalubridade e periculosidade, que estipulam valores monetários para a exploração do uso do corpo do trabalhador ao invés de eliminar os ambientes e agentes nocivos à saúde, as demissões de trabalhadores após o diagnóstico de doenças relacionadas ao trabalho, a negação do nexo da doença com o trabalho, enfim, práticas relacionadas ao campo da saúde no trabalho que serão refinadas, institucionalizadas e ratificadas nos séculos seguintes”.*

A concepção de que a incapacidade tinha necessariamente que ter um suporte público começou a ser gestada no mundo europeu após a I Guerra Mundial, com o surgimento de uma legião de soldados incapacitados nos campos de batalha aliado à pressão social exercida pelas reivindicações operárias de maior proteção frente aos acidentes de trabalho. A ampliação dos benefícios previdenciários aos veteranos da guerra refletiu a aceitação social de que essas pessoas tornaram-se inválidas servindo aos interesses militares nacionais, e, com isto, tornavam-se “válidas” a receber a assistência por parte do Estado.

Os programas de indenização do seguro do acidente de trabalho, que ganharam força no mesmo período, tinham uma concepção diferenciada: a crença motivadora era a de que os trabalhadores lesados por acidentes de trabalho estavam desempregados devido a um déficit pessoal e, portanto, precisavam ser restaurados para voltar ao trabalho o mais rápido possível, deixando de receber o auxílio das seguradoras. No modelo de produção taylorista-fordista da época, o objetivo que prevalecia era o econômico, de recuperação da força de trabalho.

Segundo TOLDRÁ (1996), após a I Guerra Mundial, a medicina apropriou-se totalmente da gestão desta área que tradicionalmente era um problema afeito apenas à comunidade e a Igreja. Alguns tipos de incapacitados, como os portadores de incapacidades visuais e auditivas, foram alvo de políticas de reabilitação mais precoces, mas a incapacidade como política de Estado só foi efetivamente implantada com o reconhecimento dos acidentes de trabalho e da responsabilidade nacional dos seqüelados da I Guerra Mundial.

Os hospitais militares e as pensões para veteranos de guerra estabeleceram-se no período do pós-guerra. Em 1922, o *Veterans Bureau* começou a funcionar nos EUA com uma rede de cinquenta e sete hospitais trazendo mudanças importantes na concepção hospitalar. Os hospitais, que historicamente haviam assumido a função de abrigar os loucos e inválidos marginalizados pela sociedade e que eram temidos pelos pobres devido às suas precárias condições sanitárias, tornaram-se locais seguros, com garantias de cuidado médico adequado (WOODESIDE, 1979, apud TOLDRÁ, 1996:36).

Como consequência, treinou-se um número grande de pessoas para tratar feridos e neuróticos de guerra, de início apenas homens, mas, como esse contingente mostrou-se insuficiente, foram preparadas também mulheres, denominadas “auxiliares da reconstrução”. A enfermagem como profissão e as enfermeiras como modelo profissional para as mulheres da classe média, com qualificação educacional, em geral professoras, foram importantes na constituição de um *front* civil que veio a atuar intensivamente durante a II Guerra Mundial (CYTRYNOWICZ, 2000).

Segundo GRAHAME (2002), os programas de reabilitação para o trabalho tiveram plena motivação durante a II Guerra Mundial na Inglaterra, devido à carência de recursos humanos, tanto para a atuação nas forças armadas quanto para mão-de-obra das fábricas de munição. Os resultados da reabilitação dos feridos de guerra naquele país foram surpreendentes, pois, de 20.000 pilotos encaminhados para as unidades de ortopedia da RAF (*Royal Air Force*), entre 1941 e 1945, 77% retornaram à realização plena de suas atividades, 18% tiveram readaptação de suas atividades e apenas 5% foram considerados permanentemente inválidos.

Com o desenvolvimento das práticas de reabilitação, também surgiram várias organizações filantrópicas que assistiam pessoas com incapacidades, que não eram originárias, nem da guerra, nem do trabalho: o Instituto Nacional de Cegos e a Associação Canadense de Saúde Mental, criados em 1918, no Canadá (JONGBLOED e CRICHTON, 1990) e a APF (*Association des Paralysés de France*), criada em 1933, na França (CROSS-COURTIAL e VERICEL, 1998).

Após a II Guerra Mundial, nas décadas de 1950 e 1960, a demanda por serviços de reabilitação aumentou muito no Canadá, havendo um crescente interesse pelo desenvolvimento dos conceitos de reabilitação e de seus serviços, surgindo outras profissões voltadas para a incapacidade, como a terapia ocupacional e a fisioterapia, que expandiram suas técnicas e terapias corporais com o objetivo de ajudar as pessoas incapacitadas a superar ou compensar suas limitações funcionais.

Nesse período, os programas de reabilitação para veteranos de guerra e acidentados de trabalho, criados em departamentos estatais de vários países, foram ampliados e estendidos a toda a comunidade. No entanto, as práticas de reabilitação

canadenses permaneceram embasadas na concepção de que a incapacidade está restrita a um déficit pessoal até os anos 1970, quando uma nova visão, denominada *abordagem sociopolítica da incapacidade*, buscou incorporar ao tratamento terapêutico e ao processo de reabilitação os sentidos e os significados do trabalho para os profissionais de reabilitação e para os usuários, enquanto atores políticos desse processo. Os aspectos fisiológicos do trabalho, a influência ambiental e social no estabelecimento da incapacidade, as condições capitalistas do trabalho e suas exigências, o acesso à escola e ao emprego, tornaram-se questões a serem problematizadas por essa abordagem como aspectos importantes dos programas de reabilitação (JONGBLOED e CRICHTON, 1990:32).

Conforme as pesquisas de TOLDRÁ (1996:40), de início, a biomedicina ofereceu resistência, porque considerou que os princípios dessa nova abordagem da reabilitação contradiziam o projeto de cura da medicina clínica, vindo a criar um conflito, uma vez que a responsabilidade pela cura do doente era o fundamento do seu estatuto profissional, porém, na medida em que a medicina foi sendo pressionada pelo movimento social, a reabilitação passou a ser aceita e incorporada como uma especialidade médica - a fisioterapia - e transformou-se no terceiro nível de atenção à saúde.

Nos anos 1970, com a organização coletiva das pessoas incapacitadas e suas demandas por direitos humanos, a nova concepção da incapacidade ancorou-se no conhecimento técnico e científico, que mostrou evidências de que a incapacidade aumentava na medida em que o ambiente social falhava em se ajustar às necessidades das pessoas incapacitadas e não o seu inverso - que as falhas das pessoas incapacitadas levavam ao desajuste social. Nessa concepção, reconhecia-se que as melhorias das condições de saúde e de vida das pessoas com incapacidades estão condicionadas ao maior empenho político nas alterações ambientais e sociais e não apenas aos esforços tradicionais de melhorar as habilidades funcionais e comportamentais individuais.

A proposta teve ativistas no Reino Unido com o movimento da *Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS), surgido em Londres em 1976. A incapacidade passou então a ser definida como um “conjunto de restrições criadas socialmente, as quais são discriminatórias, porque limitam as oportunidades para todas as pessoas e a igualdade de participação” (KEARNEY e PRYOR, 2003).O movimento

também foi importante nos países escandinavos, no Canadá e nos EUA, conhecido pelo seu lema *Independent living* e organizado pela *Disabled People International (DPI)*.

No Brasil, a comemoração do *Ano Internacional das pessoas deficientes* em 1980, abriu espaços sociais favoráveis à luta pela integração das pessoas incapacitadas através de ações a médio e longo prazo, com a proliferação de movimentos que contribuíram para a divulgação da informação e a formação da opinião pública no sentido de considerar a pessoa com incapacidades como um cidadão de direitos e obrigações, ao mesmo tempo em que foi reforçada a concepção de responsabilidade de toda a sociedade (TOLDRÁ,1996:44).

A concepção sociopolítica da incapacidade está afinada com a visão sociomédica da medicina social para os problemas de saúde, com a concepção do processo saúde-doença e o reconhecimento dos determinantes sociais desse processo. Nesse sentido, ganham força as propostas que enfatizam que os suportes comunitários devem estar disponíveis às pessoas com incapacidades para possibilitarem que as mesmas tenham uma vida produtiva e social e que as políticas de saúde, os serviços e suas práticas terapêuticas devem se desenvolver em estruturas de serviços mais ampliadas, defendendo a necessidade da intersetorialidade entre as diversas políticas públicas, como as de educação, emprego e geração de renda, habitação, transporte, previdência social e outras.

Os autores adeptos dessa concepção fazem a crítica aos profissionais de saúde e reabilitação que centram suas abordagens na expansão das capacidades físicas das pessoas com incapacidades desarticulada do contexto ambiental - doméstico-familiar, social e do trabalho. Para eles, os profissionais que não reconhecem a história das lutas pela conquista dos direitos das pessoas incapacitadas, demonstrando indiferença pelas questões políticas e sociais, representam, em última análise, o produto de uma visão ideológica clínica individualista e hegemônica da incapacidade que precisa ser superada:

*“As mudanças sociais mais amplas dependem da implementação da legislação e de políticas sociais, mas os profissionais de saúde podem participar desta luta começando por não aceitar tão facilmente explicações individualistas para os problemas que são essencialmente de natureza econômica, política e social”*  
(JONGBLOED e CRICHTON, 1990:35).

Segundo JONGBLOED e CRICTON, entretanto, existem ainda outras barreiras para que as políticas sociais sejam implantadas nos países capitalistas industrializados com base nesses fundamentos. A primeira delas é a importância dada pelos governos de tendência neoliberal às metas econômicas em detrimento das metas sociais que poderiam resultar em políticas públicas de inclusão. O desemprego estrutural que atinge esses países aumentou significativamente nos anos 1980 e 1990, fazendo com que os governos vejam as pessoas com incapacidades como mão-de-obra excedente, que deve ser assistida através de políticas focalizadas de combate à pobreza.

A segunda é a crença social arraigada de uma ética do trabalho que considera que o talento e o esforço individual são naturalmente recompensados na sociedade e, portanto, os benefícios de suporte de renda devem ter baixos valores para que as pessoas incapacitadas sejam “motivadas” a trabalhar. Para os adeptos dessa visão unilateral da incapacidade para o trabalho, se os benefícios dos sistemas de previdência social estiverem com seus valores equiparados aos salários vigentes, estarão estimulando a permanência dos beneficiários na condição de afastados do trabalho, dependentes da proteção do Estado.

E, finalmente, a terceira barreira é a baixa capacidade de controle social das pessoas com incapacidades, que, fragmentadas em associações de portadores, encontram-se articuladas em torno de interesses muito específicos e não conseguem alcançar uma organização forte capaz de pressionar os agentes das políticas públicas a desencadear as mudanças esperadas.

Os autores apontam como exemplo as diferenças no engajamento político entre os grupos: os deficientes físicos em geral são politicamente mais organizados em todo o mundo e fazem negociações bem-sucedidas, tais como a obtenção de passe livre e transportes coletivos adaptados e a eliminação de barreiras arquitetônicas através da instalação de rampas em calçadas, obrigatoriedade de elevadores e locais de estacionamento reservados, ao contrário dos portadores de problemas mentais, que dependem de suas famílias e de voluntários para a organização e defesa de seus direitos de cidadania (JONGBLOED e CRICTON, 1990:36).

No Brasil, o engajamento político dos deficientes físicos, semelhante ao acontecido no plano internacional nos anos 1970, trouxe para a arena política novos e importantes atores sociais, dentre os quais se destacaram: o *Movimento pelos Direitos da Pessoa Deficiente (MDPD)*, considerado um movimento popular independente tanto no nível econômico como ideológico, o *Núcleo de Integração de Deficientes (NID)*, cuja ação foi centrada na conquista da cidadania dos incapacitados, e a *Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes*, entidade relacionada com o movimento internacional de defesa dos direitos da pessoa incapacitada (ROCHA, 1990, apud, TOLDRÁ, 1996:47).

Esses grupos organizados tiveram força política suficiente para incluir a temática das pessoas incapacitadas na Assembléia Constituinte, resultando na inclusão de artigos relativos aos portadores de deficiência nos capítulos da Constituição de 1988 referentes aos direitos do cidadão e aos deveres do Estado. Tratava-se, portanto, de um importante reconhecimento social, ainda que inicialmente através do ordenamento jurídico, mas que veio a desencadear algumas estratégias políticas para a garantia do seu cumprimento.

Alguns avanços foram assinalados por TOLDRÁ (1996:48): a criação, por decreto do Presidente da República, da Coordenadoria Nacional para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência (CORDE), em defesa dos interesses das pessoas com incapacidades, e a promulgação de legislação que determina como ilegal todas as práticas de discriminação. Em consequência, surgiram órgãos de apoio nos três níveis de governo – municipal, estadual e federal - e os partidos políticos passaram a abrigar candidatos com incapacidades físicas.

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1992, introduziu pela primeira vez a temática da reabilitação na discussão da saúde no Brasil. O modelo biomédico hegemônico foi amplamente questionado por condicionar o atendimento das pessoas com incapacidades em intervenções que buscam aproximar o seu objeto – o corpo e suas funções – dos parâmetros clínicos de normalidade, negligenciando as dimensões culturais e sociais, subtraindo-as de suas ações assistenciais, reproduzindo as representações sociais da deficiência que reforçam as atitudes de discriminação e exclusão. A formulação de novos modelos assistenciais para o campo da reabilitação estaria pautada

nos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) de universalidade do acesso e equidade na distribuição dos recursos e deveria expressar os interesses e as necessidades das pessoas com incapacidades enquanto sujeitos sociais ativos, fortalecendo o controle social, e requerendo para tanto o questionamento dos limites do modelo biomédico e a abertura para a composição de novos modelos conceituais sobre as deficiências (TISSI, 1998).

Esta não é certamente a realidade na totalidade dos serviços de reabilitação da rede SUS no Brasil. Decorridos vinte e quatro anos da IX Conferência, considerada um marco importante na implantação de políticas públicas voltadas para a questão da incapacidade no país, muitos profissionais de saúde e reabilitação continuam desenvolvendo suas atividades tradicionais assistencialistas através de modelos de atenção centrados na deficiência e pautados na concepção de tragédia pessoal. No entanto, o reconhecimento científico de uma nova concepção da incapacidade tem a capacidade potencial de produzir novas leituras dos profissionais sobre suas práticas cotidianas, de modo a incorporar novos esquemas conceituais e operar transformações eficazes nos modelos técnicos-assistenciais e nas formas de organização dos serviços.

### 1.1- Esquemas conceituais desenvolvidos sob a concepção sociomédica da incapacidade

Os esquemas conceituais contemporâneos mais conhecidos são: o Esquema Nagi, elaborado em 1979 pelo sociólogo NAGI (1991), a ICIDH- *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (OMS, 1980) e sua versão atualizada denominada CIF (Classificação de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde) (OMS, 2001), ambas elaboradas pela Organização Mundial de Saúde, e o Processo de Incapacitação de VERBRUGGE e JETTE (1994).

Estes esquemas constituem-se em modelos teóricos explicativos da incapacidade e têm como pressuposto que a doença não opera num vácuo social, que não são apenas os fatores médicos que interagem no processo, mas que há também a contribuição dos fatores sociais que aumentam ou minimizam a incapacidade, portanto estão fundamentados na concepção sociomédica da incapacidade. Existe entre eles uma

forte relação de influência, expressa inclusive na semelhança de sua terminologia. A seguir, o detalhamento dos conceitos por eles operacionalizados:

O Esquema Nagi trabalha com os conceitos centrais de patologia ativa, deficiência, limitação funcional e incapacidade. A *patologia ativa* provoca a interrupção ou interfere no processo normal de funcionamento do organismo humano e inclui também os esforços que o organismo faz para retornar ao estado normal. Pode ser resultante de uma infecção, de um trauma, de um desequilíbrio do metabolismo etc... A *deficiência* é a perda ou a anormalidade anatômica, fisiológica, mental ou emocional. A *limitação funcional* é de natureza orgânica e reflete no desempenho do indivíduo como um todo. A *incapacidade* é a limitação no desempenho social definido em papéis e tarefas que correspondem ao esperado pela sociedade.

O Esquema Nagi passou a ser mais conhecido quando foi adotado como estrutura básica do relatório *Disability in América: Toward a National Agenda for Prevention*, publicado em 1991 pelo Instituto de Medicina da *National Academy Press*, de Washington (EUA), ganhando maior visibilidade e levando outros grupos científicos proeminentes na área de saúde pública a adotá-lo (VERBRUGGE e JETTE, 1994:2). Por ter uma estrutura conceitual consistente, ele foi utilizado nas principais enquetes populacionais americanas, e suas definições relativas à incapacidade foram utilizadas também como critérios pelo *US Bureau of the Census* (SHAAR e MCCARTHY, 1994).

A ICDH da OMS tem três conceitos centrais: *Impairment*, *Disability* e *Handicap*, traduzidos para o português como Deficiência, Incapacidade e Desvantagem. A *deficiência* é a perda ou anormalidade da estrutura anatômica fisiológica, psicológica ou de uma função orgânica. A *incapacidade* é a restrição ou a falta de habilidade para lidar com as atividades. A *desvantagem* é a limitação ou o impedimento da execução de um papel social (AMIRALIAN et al., 2000). A ICDH é uma classificação das conseqüências das doenças e deve ser utilizada em conjunto com a CID (Classificação Internacional das Doenças)<sup>3</sup>, que codifica o diagnóstico da doença ou do distúrbio orgânico, que dão origem às deficiências.

---

<sup>3</sup> Em 1980, conjuntamente com a ICDH, a OMS elaborou nova revisão da CID, resultando na CID-9.

A ICIDH teve como objetivo principal a produção de um modelo explicativo da incapacidade que ampliasse a abordagem do modelo biomédico hegemônico que vinha se mostrando incompleto quando aplicado às doenças crônicas ou às lesões traumáticas com seqüelas irreversíveis. Apesar de ter representado uma evolução do modelo biomédico tradicional para um modelo de abordagem interdisciplinar pelo seu conteúdo biopsicossocial, sua capacidade explicativa foi considerada limitada, alguns anos depois, porque acentua uma idéia de normalidade que pode variar amplamente, dificultando a delimitação das tênues fronteiras entre os conceitos, criando vieses em sua operacionalização pelas pesquisas (JOHNSTON e POLLARD, 2001).

Para HALL (1995), o conceito da ICIDH que tem a operacionalização mais problemática é o conceito de desvantagem, pois, diferentemente dos demais, que encontram referencia objetiva no indivíduo e seus atributos, a desvantagem refere-se exclusivamente às condições do social que afetam a dinâmica da incapacidade. Entretanto, todos os conceitos da classificação tornam-se complexos porque inter-relacionados.

SHAAR e MCCARTHY (1994:232), contudo, trabalharam em suas pesquisas com o conceito de desvantagem da OMS, analisando três grupos de determinantes, produzindo resultados válidos e coerentes: (1) os fatores diretamente relacionados à incapacidade; (2) as características demográficas da população incapacitada; e (3) os contextos ambientais.

No grupo (1), os autores analisaram variáveis como duração da incapacidade, tipos de incapacidade e gravidade das lesões.

*A duração da incapacidade* é uma variável importante porque a desvantagem se desenvolve ao longo do tempo e está relacionada ao processo de desenvolvimento econômico, político e social de diferentes nações. Nos países em desenvolvimento, onde persistem as condições sanitárias precárias, as doenças infecciosas, a desnutrição, os acidentes de trabalho e os gerados pela violência, e onde os serviços de saúde são insuficientes e inacessíveis, as manifestações de incapacidade atingem principalmente populações jovens, limitando suas oportunidades de acesso à escola e às profissões qualificadas. As pessoas vivem, então, trajetórias de incapacidade de longa duração e

encontram-se em desvantagem social em relação a outros grupos de idades. Já nos países desenvolvidos, os mais atingidos pela incapacidade estão na meia-idade ou na velhice, pois as causas prevalentes são as doenças crônicas. Essas pessoas freqüentaram a escola e tiveram empregos mais qualificados, no entanto, a desvantagem aparece quando existe a impossibilidade de permanecer no emprego e a dependência dos rendimentos de aposentadoria, representando perda de renda e de *status* econômico.

Quanto aos *tipos de incapacidade* – física, mental, sensorial ou múltipla, visível, invisível, progressiva, flutuante ou estável – a sociedade coloca diferentes rótulos e esteriótipos. A desvantagem está nas atitudes sociais negativas, também associadas às questões de gênero e aos preconceitos raciais, refletindo no acesso à escola e nas oportunidades de emprego. As pessoas com incapacidades podem ser estigmatizadas e retiradas da vida pública por barreiras sociais, ou por sua própria vontade, como defesa contra a discriminação. Esta exclusão traz muito sofrimento, que se reflete em isolamento, baixa interação social e até mesmo em institucionalização (SHAAR e MCCARTHY, 1994:233).

A *gravidade das lesões*, apesar de ser uma variável importante no estabelecimento da incapacidade, não tem associação significativa com a desvantagem. A gravidade das lesões físicas não é o único determinante na reabilitação das pessoas com incapacidades, e os fatores psicológicos e sociais (recursos de personalidade, apoio familiar, escolaridade, recebimento de benefícios previdenciários) têm maior influência nos resultados.

As *características demográficas*, referentes ao grupo (2), tais como idade, sexo, escolaridade, ocupação e renda, são variáveis importantes na determinação da desvantagem.

A idade, por exemplo, tem um papel importante na incapacidade porque, para cada etapa da vida humana – infância, adolescência, adulto jovem, meia-idade e velhice –, há um conjunto diferenciado de atividades que são consideradas relevantes, e ter ou não a capacidade de realizá-las é determinante da desvantagem.

Quanto ao sexo, as porcentagens são aproximadas entre homens e mulheres (12,9% para mulheres e 13,2% para homens, em 1989, nos EUA). Entretanto, devido às expectativas sociais de comportamentos estereotipados por gênero, com uma supervalorização social da aparência feminina, ter uma deficiência física visível apresenta uma carga maior de desvantagem para as mulheres. Essas diferenças de gênero também aparecem na porcentagem de divórcios e separações, que é mais alta para as mulheres que se tornam incapacitadas do que para os homens (1% para as mulheres e 2% para os homens), e no fato de que as mulheres solteiras têm menores chances de encontrar um companheiro do que os homens em iguais condições (3% para mulheres e 4% para homens) (*NATIONAL CENTER OF HEALTH STATISTICS*, 1981 apud SHAAR e MCCARTHY, 1994:237).

A escolaridade é um determinante importante no estabelecimento da desvantagem, mas está diretamente relacionada com as posições ocupadas pelos indivíduos na estratificação social. Os níveis mais altos de escolaridade percebem maior renda e possuem mais capital social, apresentando melhor auto-estima e mais estabilidade emocional, portanto, mais recursos pessoais para lidar com a complexidade das condições de incapacidade.

Quanto às oportunidades de emprego, PATI (1981, apud SHAAR e MCCARTHY, 1994:237) mostrou que, em 1988, nos EUA, o desemprego era cinco vezes maior para as mulheres com incapacidades do que para os homens (17 % para mulheres e 3% para homens). Outros aspectos também apareceram no estudo: a adaptação das condições de trabalho às necessidades das pessoas com incapacidades tem custos financeiros baixos; a sua produtividade é boa; a rotatividade entre elas é pequena; e a segurança no trabalho não fica comprometida. O estudo concluiu que as pessoas com incapacidades, independentemente de sexo, podem ser bons empregados, desde que tenham a oportunidade de serem selecionadas.

No terceiro e último grupo (3), os *contextos ambientais*, os maiores obstáculos estão nas respostas sociais negativas, que contrariam o princípio da igualdade de oportunidades, colocando as pessoas com incapacidades em desvantagem em relação às demais. Quando o ambiente físico e social está bem adaptado às necessidades das pessoas

com incapacidades, ocorre o encorajamento aos esforços positivos de independência e realização potencial, porém, ao contrário, quando há barreiras arquitetônicas e de atitudes, que restringem o acesso à educação, ao emprego e ao lazer, elas se constituem em obstáculos importantes e estabelecem-se relações sociais de desvantagem. As adaptações domésticas e nos espaços de trabalho, o acesso às telecomunicações e à tecnologia de assistência e acessibilidade são facilitadores fundamentais no engajamento ao emprego, ao entretenimento e à integração social.

Na avaliação crítica de VERBRUGGE e JETTE (1994: 2), tanto no Esquema Nagi quanto na ICIDH, o caminho da patologia para a incapacidade é linear, seqüencial, cumprindo etapas, não refletindo o dinamismo existente no processo. Por isso, o modelo explicativo dos autores postula a superação desses limites teóricos, introduzindo os fatores dinâmicos que aceleram ou retardam a trajetória do adoecimento e da incapacidade, pois, para eles, na vida real, este caminho não é natural nem linear, e há sempre fatores ambientais, psicológicos e sociais operando nele.

Os conceitos trabalhados pelo *Processo de Incapacitação* são: patologia, deficiência, limitações funcionais e incapacidade. A *incapacitação* é o resultado das condições agudas e crônicas no funcionamento dos sistemas corporais específicos e nas habilidades das pessoas para as suas ações cotidianas, esperadas socialmente. O termo incapacitação, muito utilizado por pesquisadores do Reino Unido e da Europa, é geral e reflete a idéia de trajetória, do percurso da patologia às conseqüências no funcionamento humano, sejam elas médicas ou sociais. O termo processo reflete o dinamismo da incapacitação, considerando os fatores que afetam a direção, a velocidade e os padrões de mudança da incapacidade.

A *patologia* abrange as anormalidades fisiológicas e biomédicas, diagnosticadas pela medicina e designadas como doença, lesão ou condições congênitas. As patologias crônicas englobam as doenças progressivas, as lesões com seqüelas de longa duração e as anormalidades sensoriais e estruturais permanentes. As patologias agudas são as doenças de pequena duração e os traumas, geralmente com menos de três meses de duração. Para o diagnóstico das patologias, a prática médica volta-se para a avaliação dos sinais e sintomas

relatados pelos pacientes. Podem ser incluídos também os exames clínicos, testes de laboratório, procedimentos de imagem e história médica anterior dos pacientes.

As *deficiências* são disfunções e anormalidades estruturais de sistemas corporais específicos, que podem ter conseqüências significativas no funcionamento físico, mental e social do indivíduo. As deficiências podem ocorrer nas patologias primárias e nas secundárias, imediata ou tardiamente. Exemplificando, a diabetes tem primeiramente efeito no sistema metabólico, mas pode afetar também o sistema cardiovascular, o sistema renal e outros sistemas. Uma patologia ainda subclínica pode não produzir qualquer deficiência, e uma patologia em remissão pode não apresentar deficiência atual.

As *limitações funcionais* são restrições em realizar as ações fundamentais e socialmente esperadas, usadas na vida diária. As ações físicas básicas incluem todos os tipos de mobilidade e força muscular, a visão, a audição e a fala. As ações mentais básicas incluem as funções emocionais e cognitivas, tais como a memória, a fala inteligível, a orientação no tempo e no espaço e as relações afetivas. As ações físicas e as mentais constituem a base para a interface entre uma pessoa e o ambiente físico e social no qual ela realiza suas atividades cotidianas, possibilitando sua integração social.

A *incapacidade* é experimentar dificuldades em realizar as atividades de qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. A incapacidade pode se manifestar nas habilidades para comer, nos hábitos de higiene, no ato de se vestir, na locomoção, também chamadas de AVD(s) (Atividades da Vida Diária). Pode ainda se manifestar no gerenciamento dos afazeres domésticos, no uso do dinheiro, em fazer as compras, usar o telefone e outras. São as IAVD(s) (Atividades Instrumentais da Vida Diária). As primeiras são necessárias para a sobrevivência das pessoas, e as segundas garantem sua autonomia no contexto social.

Há ainda outros domínios de repercussões importantes que levam à incapacidade, como o lazer, os esportes, os trabalhos manuais, as atividades religiosas, as viagens, a socialização com amigos e parentes e o trabalho remunerado. Uma visão mais abrangente e democrática das atividades humanas deve considerar a questão da incapacidade em todos os domínios da vida, inclusive os discricionários, para compreender

a natureza penetrante da incapacidade na vida real das pessoas acometidas. Exemplificando, um professor com artrite reumatóide teve que abandonar seu passatempo favorito de fazer vasos devido às limitações funcionais, e isto representou um grande estresse na sua vida, mesmo mantendo a atividade de dar aulas.

VERBRUGGE (1990) sistematizou, para efeito didático, os tipos básicos de incapacidade: incapacidade física, incapacidade mental e incapacidade social.

*A incapacidade física* é a dificuldade de usar o corpo para produzir mobilidade. A produção corporal de movimentos possibilita as ações que são fundamentais para a sobrevivência e que são utilizadas em quase todos os momentos da vida diária.

*A incapacidade mental* é a não-compreensão de uma determinada tarefa, a falta de habilidade intelectual ou de motivação para executá-la; ela tem base cognitiva, depende de organização mental e inclui os aspectos emocionais como depressão, ansiedade e infelicidade.

*A incapacidade social* é a impossibilidade de estar ativo, manter-se higiênico, de realizar trabalho produtivo, socializar-se com a família e os amigos, ter um lazer prazeroso. Tais atividades são vividas de acordo com as expectativas sociais, ou seja, do modo como é esperado pela sociedade: que as pessoas possam dar conta de realizar independentemente suas atividades, desde as mais simples, como comer e se vestir, até as mais complexas, como fazer compras, as atividades de gerenciamento doméstico e a prática de esportes. A incapacidade social é, portanto, a dificuldade de realização de papéis que levam à interação social.

Na experiência de incapacidade existem diferenças importantes quanto às fases de vida das pessoas. Quando a incapacidade se inicia na infância ou na juventude, é chamada de *incapacidade de longa duração*, e suas causas mais comuns são as condições congênitas e as lesões graves. A incapacidade nesses casos é profunda, persistente e de aparecimento rápido dos sintomas.

As pessoas com incapacidades de longa duração, em geral, não apreciam os tratamentos para expansão de suas habilidades, porque suas capacidades tornaram-se muito restritas, estáveis, e as exigências das demandas aparecem como indistintamente grandes

para qualquer atividade. No entanto, elas aceitam com mais facilidade os suportes externos e são beneficiadas pela luta social para a acessibilidade (em edifícios, transportes, educação e emprego).

Quando a incapacidade se inicia na idade adulta ou na velhice, é chamada de *incapacidade tardia*. De início, a incapacidade pode ficar restrita a poucas atividades e ter intensidade moderada, mas que vai se expandindo ao longo do tempo, com vagarosa acumulação. A incapacidade tardia é um processo gradual, e as pessoas nesta condição desejam resgatar suas capacidades, das quais se recordam muito bem. Suas experiências acumuladas ao longo da vida tornam-se recursos essenciais para as adaptações no modo de realizar as atividades, bem como na redução das demandas (VERBRUGGE e JETTE,1994:7).

Os autores enfatizam que a incapacidade, independentemente do tipo ou duração, pode, em algumas situações, produzir efeitos na qualidade de vida das pessoas que levam à hospitalização, à institucionalização e a episódios fatais. São os efeitos denominados de *retroalimentação da incapacidade*, ocorrendo de duas formas: (1) como parte do processo de incapacitação, principalmente quando a pessoa está fragilizada por uma incapacidade de longa duração; ou (2) provocando novas patologias (condições secundárias). Em ambas as formas representam círculos viciosos que podem causar rápidos declínios inter-relacionados em vários sistemas corporais, causando hospitalização ou episódios fatais.

A incapacidade como um descompasso entre a capacidade da pessoa e as demandas sociais é a premissa principal do modelo explicativo sociomédico. Quando as pessoas têm dificuldades na realização de suas atividades, elas podem naturalmente encontrar um modo de recuperar ou complementar sua própria capacidade, ou de reduzir as exigências das demandas. A capacidade de adaptação às limitações é inata nos seres humanos, porém, existem estratégias que podem ser implementadas que contribuem para a eficácia desse processo. Quando as estratégias atuam diretamente na recuperação das capacidades das pessoas, são chamadas de *intervenções*, e quando atuam nas demandas, são chamadas de *acomodações* (tradução literal) ou *adaptações*. (VERBRUGGE, 1990: 746).

VERBRUGGE e JETTE (1994:8) afirmam que, no processo de incapacitação, as intervenções eliminam, reduzem ou retardam a incapacidade e podem ocorrer de várias formas e com variados resultados, através dos cuidados de profissionais de saúde e reabilitação tais como: as terapias físicas tradicionais (medicina física, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional), terapias alternativas (acupuntura, fitoterapia, meditação, massagens, ioga, técnicas de relaxamento e outras), terapias psicológicas individuais e em grupo, que objetivam fortalecer a auto-estima e a adaptação cognitiva à situação, medicamentos, cirurgias e procedimentos ortopédicos (órteses e próteses), dietas nutricionais, exercícios, equipamentos externos (cadeiras de roda, andadores, bengalas, muletas e outros), programas de reabilitação profissional, orientações para mudanças de comportamento e estilos de vida e adaptações “interiores” no planejamento e realização das atividades, no modo de fazê-las, na frequência, intensidade e duração das tarefas.<sup>4</sup>

As intervenções podem ser também realizadas através de modificações ambientais, de máquinas e equipamentos domésticos e de trabalho e transportes adaptados, bem como através de ajustes das demandas. Estas intervenções podem envolver desde a atuação de arquitetos e engenheiros para garantir conforto e acessibilidade, quanto a de líderes políticos e legisladores, na elaboração de leis e regulamentos de proteção social e contra a discriminação. As intervenções ergonômicas nas formas de organização do processo de trabalho, nas condições de trabalho e nas relações de trabalho são fundamentais para as mudanças nos locais de trabalho, tornando-os adaptados e inclusivos, possibilitando um retorno ao trabalho seguro para os trabalhadores com incapacidades.

No contexto de estabelecimento da incapacidade, interagem outros fatores, denominados *fatores de agravamento*, que, ao contrário das intervenções, podem aumentar e acelerar a incapacidade ou criar novas condições incapacitantes. Estes fatores de agravamento podem ser evidenciados em três formas básicas: (1) quando as intervenções terapêuticas são inadequadas, como, por exemplo, o uso de medicamentos que provocam efeitos colaterais negativos nos pacientes, ou cirurgias que acentuam as limitações funcionais; (2) quando as pessoas com incapacidades possuem ou adotam comportamentos

---

<sup>4</sup> Exemplos deste tipo de intervenção são os programas de terapia ocupacional para lesionados de LER/DORT.

que aumentam suas dificuldades, como, por exemplo, o uso de álcool; e (3) quando a sociedade coloca impedimentos, tais como barreiras arquitetônicas em escolas, serviços de saúde e de outras atividades essenciais (VERBRUGGE e JETTE: 1994:9-10).

Os autores citam três exemplos ilustrativos com a finalidade de mostrar a operacionalização de seu esquema conceitual:

- 1) Uma mulher de 74 anos com osteoartrite em ambas as mãos (*patologia*) com perda de força e restrição na flexão dos dedos (*deficiência*), causando dificuldades para pegar e segurar objetos (*limitações funcionais*). Devido às suas limitações em agarrar e girar objetos fixos, não conseguia abrir garrafas e portas (*incapacidade*), mas a compra de equipamentos de cozinha adaptados e portas com maçanetas especiais (*intervenções*) superaram suas dificuldades.
- 2) Um homem de 52 anos com enfisema avançado (*patologia*) com sua capacidade pulmonar muito restrita, o que o fazia sentir-se permanentemente cansado (*deficiência*). Ele não conseguia subir escadas ou andar mais do que alguns minutos (*limitações funcionais*), sendo forçado a deixar seu trabalho de supervisor em uma empresa metalúrgica (*incapacidade*).
- 3) Uma mulher com 90 anos, com diagnóstico não especificado (*patologia*), mas com diminuição significativa de visão, audição, tato e fala, apresentando-se esquecida e sentindo-se confusa (*deficiências*). Gradualmente, ela foi deixando de se socializar com a família (*incapacidade*) tornando-se profundamente deprimida, com prejuízos na qualidade de vida. Ela passava a maior parte do tempo sentada e triste (*limitações funcionais / efeitos de retroalimentação da incapacidade*), e, como conseqüência, sua imobilidade física aumentou (*efeitos de retroalimentação das limitações funcionais*). Uma noite ela morreu enquanto dormia.

## 1.2- Dificuldades conceituais e semânticas

AMIRALIAN e colaboradores (2000:97) criticam a operacionalização do esquema conceitual da OMS feita por vários pesquisadores, avaliando que a incapacidade mostra-se sempre mais complexa do que o representado nas pesquisas e que há muita imprecisão no uso dos conceitos.

Uma pessoa pode ter uma deficiência sem incapacidade, uma incapacidade sem desvantagem ou uma desvantagem sem incapacidade ou deficiência. Pode ocorrer uma deficiência associada com a incapacidade e a desvantagem, ou seja, um comprometimento total, mas pode ocorrer uma deficiência apenas com incapacidade, porque a desvantagem social foi compensada. No entanto, a deficiência pode estar ainda diretamente associada à desvantagem sem que haja uma incapacidade. Por exemplo, o diabético possui uma deficiência, mas o acompanhamento clínico pode ajudá-lo a não desenvolver incapacidades, no entanto, ele terá desvantagens no relacionamento social, restringindo suas atividades físicas e dietas alimentares.

Na visão dos autores, a distinção entre limitação funcional e incapacidade parece apresentar maiores dificuldades conceituais e avaliativas: as limitações funcionais descrevem as alterações do funcionamento corporal sem se importar com seus resultados ou repercussões, enquanto a incapacidade envolve diferenças culturais em sua determinação, já que uma dada limitação funcional pode ou não ser considerada uma incapacidade, dependendo do contexto cultural (AMIRALIAN, 2000:103).

VERBRUGGE e JETTE (1994:5) concordam que há dificuldades conceituais de utilização quanto ao significado das limitações funcionais e da incapacidade e, na tentativa de esclarecer melhor seu modelo explicativo, associam esses conceitos aos termos *ação* e *atividade*, utilizados com conotações diferentes. As *limitações funcionais* referem-se às *ações*, à capacidade funcional individual em executá-las. A *incapacidade* é contextualizada e manifesta-se diante de exigências situacionais. A incapacidade refere-se a um processo social de perda ou redução da habilidade para lidar com as *atividades* de um papel social esperado, que pode ser de longa duração ou permanente. A incapacidade é a expressão de uma limitação funcional no meio social.

MOOM e GEICKER (1998: 17.4) advertem que a equivalência entre incapacidade e doença é uma noção arraigada no senso comum e muitas vezes é também confundida por pesquisadores, pois, freqüentemente observa-se a qualificação das pessoas com incapacidades por oposição às pessoas saudáveis, quando, na realidade, as pessoas com incapacidades estão doentes apenas quando são acometidas por uma doença, do mesmo modo que as pessoas que não têm incapacidades. Mesmo nos casos em que a incapacidade é resultante de uma doença, aguda ou crônica, ela não representa a doença em si e sim suas conseqüências.

Outro equívoco também muito comum é *a equiparação entre a incapacidade e a deficiência*. Por exemplo, as listas de classificação por tipos de incapacidade – física, mental, sensorial e outras - utilizadas na atividade pericial de licenças médicas podem auxiliar na avaliação de quais deficiências podem levar os indivíduos a desenvolverem incapacidades, *mas o que realmente estas listas classificam são as deficiências*.

E, finalmente, outro tipo de confusão de abordagem que resulta em imprecisão na avaliação da incapacidade está na tentativa de sua conceituação considerando apenas as dificuldades que os indivíduos apresentam para realizar movimentos, referindo-se, na verdade, aos efeitos das deficiências, ou seja, *equiparando as limitações funcionais à incapacidade*.

Os termos deficiência, limitações funcionais, incapacidade e desvantagem têm conotações negativas e acrescentam valores também negativos às pessoas com incapacidades, o que, segundo VERBRUGGE e JETTE (1994:5), é conseqüência da perspectiva clássica da medicina e da saúde pública, que buscam detectar prioritariamente quem está doente e por que isto acontece. Uma alternativa para minimizar as valências negativas das pesquisas de incapacidade poderia ser, na opinião dos autores, buscar objetos de estudo que apresentem resultados mais positivos, como, por exemplo, idosos com incapacidades que estão bem adaptados, investigando como conseguiram e por quê.

Para MOOM e GEICKER (1998: 17.5), contudo, a negatividade dos conceitos relacionados à incapacidade está na conotação de desvio em relação a um padrão, a uma expectativa social de normalidade, subjacente a estes termos. Em quase todas as línguas, os

termos equivalentes à incapacidade carregam noções de menor valor, de menor capacidade, de limitações, de privação ou de comportamento desviante.

Essas noções de desvalorização seriam decorrentes da concepção individualista da incapacidade, do modelo explicativo centrado no déficit pessoal como um problema exclusivo da pessoa com incapacidades, o que pode ser transformado a partir do entendimento social de que, mesmo sem negar que a incapacidade afeta a vida pessoal dos indivíduos, suas relações familiares e na comunidade, seu estabelecimento objetivo é determinado preponderantemente pelas relações sociais, pelas atitudes de aceitação ou não por parte das pessoas que não têm incapacidades.

Neste sentido, ZOLA (1984, apud SUSMAN, 1994 e 1993, apud AMIRALIAN, 2000:100) afirma que a força da palavra é incontestável e que a linguagem está ligada às condições políticas e filosóficas de cada sociedade específica. A difusão da palavra tem o poder de conseguir rotular pessoas e grupos. Sugere mudanças, não nos conceitos, mas na gramática: a adjetivação iguala o indivíduo à sua deficiência, enquanto as preposições descrevem as relações, separando a pessoa da deficiência. Por exemplo, o *incapacitado* fica desacreditado como um todo, o mesmo não ocorrendo com um *homem com incapacidades*. Do mesmo modo, o verbo *ser* tem uma força maior de estigmatização que o verbo *ter*, por exemplo, “*ele tem uma incapacidade*” é mais realista do que “*ele é um incapacitado*”.

FERNALD (1996, apud AMIRALIAN et.al., 2000:100) e RIESER (1995) também acreditam que as questões conceituais estão articuladas às questões políticas e ideológicas de subordinação de classes sociais em desvantagem. Criticam as pesquisas que não se limitam apenas a transmitir claramente a informação e, não respeitando a ética e a dignidade humana, enfatizam negativamente os conceitos do modelo sociomédico, reforçando os preconceitos e os estigmas para com as pessoas com incapacidades.

Nos anos 1990, a OMS realizou uma exaustiva revisão na sua classificação (ICIDH-1980) com o objetivo de obter uma linguagem padronizada e unificada que proporcionasse um esquema de codificação sistematizado sobre as conseqüências das doenças e que melhorasse a comunicação entre os pesquisadores de diferentes disciplinas e

entre os profissionais de saúde e os profissionais de outros setores de interface, como a Educação, a Previdência Social, etc., mas que também contribuisse para a superação das conotações negativas dos conceitos (BUNUÁLES et al. 2001).

O resultado desse trabalho foi a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde), iniciada em 1993 por uma equipe multidisciplinar, através de uma rede de Centros Colaboradores da OMS da qual o Brasil fez parte. Através de análises das experiências de aplicação da ICIDH, estabeleceu-se um trabalho contínuo de desenvolvimento, avaliação e atualização dos conceitos. O objetivo da revisão era alcançar o consenso entre pesquisadores e profissionais de saúde e reabilitação através de definições claras e operativas para a classificação.

A versão preliminar, denominada ICIDH-2<sup>5</sup>, primeira versão da CIF publicada em 1999, tornou-se um evento inédito, porque, pela primeira vez, uma classificação internacional foi aberta à consulta pública pela internet para sugestões e possíveis correções. A nova classificação teve a colaboração de revisão de 65 países (KEARNEY e PRYOR, 2003: 164), e sua versão final foi aprovada em 2001 e editada em vários idiomas (BUNUÁLES et al., 2001:7).

A CIF não está direcionada exclusivamente para as pessoas com incapacidades, pois trata-se de uma classificação sobre os estados de saúde das pessoas em geral, e foi elaborada para ser usada conjuntamente com a CID-10 - Classificação Internacional de Doenças -10<sup>a</sup> revisão. As duas classificações se complementam: a informação sobre diagnósticos da CID-10 combinada com a informação do funcionamento das pessoas no nível corporal individual e no nível social da CIF pode fornecer uma visão mais ampliada das condições de saúde de uma pessoa. A CIF não cobre as dimensões que não estão relacionadas à saúde, como, por exemplo, uma pessoa que tem a sua participação social restringida por motivos raciais ou de religião.

A CIF é também um instrumento útil para descrever e comparar o estado de saúde de populações, definido pela carga de doença, ou seja, pelas perdas atribuídas a diferentes doenças e lesões, incluindo as conseqüências incapacitantes e fatais. Os

---

<sup>5</sup> Inicialmente pensou-se em manter, por razões históricas, o título ICIDH-2, que acabou não prevalecendo, e, na publicação final, foi substituído por CIF.

indicadores de saúde tradicionais, baseados em mortalidade, não são sensíveis o suficiente para descrever e acompanhar as condições de saúde das populações. A proposta da OMS é o indicador DALE (*Disability-Adjusted-Life-Expectancy*), que mede de forma conjunta as conseqüências fatais e as não-fatais, mas que têm como resultado as incapacidades. O cálculo do índice DALE é feito a partir de informações sobre a incidência e a duração da incapacidade, informações que estão baseadas em estimativas epidemiológicas e não em dados empíricos (BUNUÁLES et al.2001:8).

A CIF foi estruturada em duas partes, sendo a primeira referente à funcionalidade e à incapacidade, incluindo as funções e as estruturas corporais, e a segunda, aos fatores contextuais, incluindo os fatores ambientais e pessoais.

Os conceitos da CIF são: funções corporais, estruturas corporais, atividades, limitações, participação e restrições. Cada conceito recebe uma codificação através de uma letra do alfabeto: (A) *Funções corporais*, fisiológicas e psicológicas; (B) *Estruturas corporais*, que incluem as partes anatômicas e os órgãos do corpo humano; (C) *Deficiências*, que são as alterações das funções corporais ou das estruturas; (D) *Atividades*, que representam as ações do indivíduo na execução das suas tarefas; (E) *Limitações*, que são as dificuldades de um indivíduo na realização das atividades; (F) *Participação*, que está relacionada com as situações vitais dos indivíduos e condicionada aos estados de saúde (funções e estruturas corporais) e às atividades (fatores contextuais); e (G) *Restrições*, que são os problemas experimentados pelos indivíduos e que interferem na participação.

Com esses componentes, a CIF objetiva incluir as várias dimensões da interação humana e avaliar as relações das estruturas anatômicas e do funcionamento físico e psicológico com as ações e atividades, ou seja, com as tarefas que constituem as demandas dos sujeitos, com a *Participação* na vida cotidiana e com as influências externas e as restrições.

A *Participação* é caracterizada pela relação entre o estado de saúde de uma pessoa, seus recursos de personalidade e os fatores ambientais. Um ambiente com barreiras restringe a participação, e, ao contrário, um ambiente com facilitadores aumenta a participação. A sociedade cria obstáculos à participação das pessoas, que vão desde

barreiras arquitetônicas até preconceitos e estigmas, mas pode também proporcionar facilitadores que minimizam a incapacidade e superam as restrições (OMS, 2001).

Da *concepção de tragédia pessoal*, segundo a qual a incapacidade é um simples problema individual e as vítimas, por intolerância, são confinadas ao ocultamento de suas condições, até a *concepção sociomédica*, que enfatiza o coletivo, as determinações estruturais e os fatores sociais no estabelecimento e na superação da incapacidade, percorreu-se um longo caminho de lutas políticas e conquistas sociais.

Ainda que na prática dos serviços de reabilitação, a concepção sociomédica não seja hegemônica, que persistam os modelos de atenção focalizados na concepção de tragédia pessoal, torna-se alentador o reconhecimento científico de que é a sociedade, com suas formas de organizar a produção, o trabalho, o consumo e as práticas, que imprime nas relações sociais as atitudes de discriminação, opressão e exclusão das pessoas com incapacidades, e que essas situações podem, portanto, ser transformadas, através de investimentos públicos, para contextos sociais mais receptivos à reabilitação e à integração, eliminando-se as barreiras físicas e ideológicas.

Acreditamos que a compreensão social dessas questões, por si só, marca um novo patamar de abordagem da questão da incapacidade: um problema de saúde, um problema econômico, uma questão ética e um tema sociopolítico.



***CAPÍTULO 2***  
***A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL COMO RESPOSTA***  
***PÚBLICA AO PROBLEMA DA INCAPACIDADE***



Os países que implantaram sistemas públicos de previdência social pautados no critério de incapacidade para o trabalho como chave de acesso aos benefícios também implantaram serviços de reabilitação e medidas de intervenção estatal nas relações de trabalho com o objetivo de eliminar ou reduzir as desvantagens das pessoas com incapacidades, possibilitando o retorno ao trabalho.

Para MOOM e GEICKER (1998:17.8) os serviços de reabilitação profissional têm um duplo papel: são estratégias de regulação econômica dos próprios sistemas previdenciários com a finalidade de reduzir o tempo de duração da concessão de benefícios por incapacidade, mas também são formas de intervenção para a redução e a superação das desvantagens produzidas pelas incapacidades.

A reabilitação profissional é definida por SEYFRIED (1998) como um programa estruturado para desenvolver atividades terapêuticas e de profissionalização que abrange a integralidade do indivíduo, fortalecendo-o para lidar e superar as dificuldades impostas por suas incapacidades. É um programa que, além de visar a estabilização física e a ampliação de movimentos e força, atua também no processo de estabilização psicossocial, possibilitando a integração nas relações sociais, cotidianas e de trabalho através de uma identidade ressignificada. Para o autor, o objetivo de um programa de reabilitação profissional só é alcançado quando o seu resultado é a inserção da pessoa em um trabalho que permita sua integração social plena.

Alguns países instituíram a obrigatoriedade legal das empresas readmitirem os trabalhadores acidentados e adoecidos do trabalho após programa de reabilitação profissional, em outros, esta obrigação não existe.

No Brasil, há a garantia legal de estabilidade de doze meses no emprego do trabalhador que sofrer acidente de trabalho ou doença profissional, comprovada pelo reconhecimento da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) pelo INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), e a contar da cessação do auxílio-doença acidentário.<sup>6</sup> No entanto, nas situações de descumprimento da lei pelos empregadores, que são frequentes, os

---

<sup>6</sup> Art 169, Seção VI, da Lei nº 8.213 de Benefícios da Previdência Social.

trabalhadores precisam requerer o direito na Justiça do Trabalho e aguardar a lentidão do sistema judiciário brasileiro no julgamento desses processos.

De um modo geral, os programas de reabilitação profissional executados por diversos países não incorporam serviços de colocação no emprego como parte integrante de um sistema nacional de assistência às pessoas com incapacidades. O Brasil é ilustrativo da não-obrigatoriedade da colocação no emprego pelo programa público de reabilitação profissional. A finalização do programa ocorre apenas com a emissão de um certificado de aptidão para o trabalho: *“não constitui obrigação da Previdência Social a colocação do segurado no mesmo emprego que exercia ou noutra para o qual estiver reabilitado”* (Lei de Benefícios nº 8.213, art.216, parágrafo único, Seção II).

Segundo SEYFRIED (1998:17.22), países como a Austrália, a Nova Zelândia, a Alemanha e os EUA são exceções, pois, a colocação das pessoas reabilitadas no emprego, nesses países, faz parte de uma política estatal de emprego. Eles têm utilizado a modalidade do reemprego assistido, que consiste em assessorar os supervisores das empresas, colocando à sua disposição um instrutor de trabalho para a reintegração das pessoas reabilitadas, liberando-os desse encargo. No entanto, com o aumento universal do desemprego, há uma tendência para que a administração pública deixe de cumprir a determinação legal ou então que utilize o reemprego assistido com maior frequência na readaptação de trabalhadores a postos pouco qualificados, os quais são mais facilmente suprimidos pela reestruturação produtiva.

MOOM e IUCHI (1998) agruparam as legislações que abrangem a questão da readaptação no trabalho em quatro categorias, as quais representam estágios evolutivos de respostas públicas à questão da incapacidade para o trabalho: as medidas do tipo A representam países que estão num estágio inicial na abordagem desta questão, as do tipo B, um estágio intermediário, e as do tipo C e do D seriam legislações-modelos que poderiam ser adotadas por outros países. No Quadro 1, a seguir, está a apresentação reelaborada dessa classificação.

**Quadro 1-** Classificação da legislação de readaptação no trabalho segundo o conteúdo de seu ordenamento jurídico e países exemplos:

Ordenamento jurídico	Países exemplos
<p>❖ Medidas do Tipo A:</p> <p>Reabilitação profissional e de conservação do emprego incluídas na legislação geral, aplicadas ao conjunto dos trabalhadores e a todas as empresas. Existência de um programa de subsídios para a empresa que emprega pessoas com incapacidades com o objetivo de financiar adaptações nos locais de trabalho.</p>	<p>Lei da Noruega sobre meio ambiente que prevê algumas medidas especiais para pessoas com incapacidades:</p> <p><i>“Sempre que possível, os serviços sanitários, instalações e equipamentos tecnológicos devem ser projetados e construídos para facilitar o trabalho das pessoas com incapacidades na empresa”.</i></p> <p><i>“Se o trabalhador adquiriu uma incapacidade resultante de acidente ou doença, a empresa, sempre que possível, deve adotar medidas para que ele tenha acesso a um emprego adequado ou para manter-se no mesmo”.</i></p>
<p>❖ Medidas do Tipo B:</p> <p>Destinadas às pessoas com incapacidades colocadas em leis especiais, com dispositivos específicos sobre reabilitação profissional e conservação do emprego. As medidas incluem formação profissional nas empresas ou em centros especializados com subsídios para transporte, alojamento, aquisição de veículos adaptados e adaptação técnica dos postos de trabalho.</p>	<p>Lei da Alemanha para pessoas com incapacidades graves. As empresas são obrigadas a reservar 6% de seus postos de trabalho e adaptá-los às necessidades das pessoas com incapacidades através de subsídios dados pelo governo.</p> <p>A proteção contra a demissão é de seis meses, e as pessoas com incapacidades recebem, durante dois anos benefícios complementares que correspondem a 80% do salário.</p>

<p>❖ Medidas do Tipo C:</p> <p>Reabilitação profissional e conservação do emprego das pessoas com incapacidades incluídas em leis especiais, mas de âmbito geral, associadas à adoção de medidas de prestação de serviços de saúde e voltadas para a acessibilidade.</p>	<p>Constituição das Filipinas, onde a igualdade de oportunidades ao trabalho das pessoas com incapacidades é garantida através de medidas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reserva de 5% dos postos de trabalho para pessoas com incapacidades em ministérios e órgãos oficiais.</li> <li>○ Incentivos às empresas com redução de impostos igual à porcentagem dos salários das pessoas com incapacidades ou aos custos das modificações e adaptações da empresa.</li> <li>○ Reabilitação Profissional orientada para o desenvolvimento de habilidades para garantir, mediante condições favoráveis, o acesso às oportunidades de emprego produtivo remunerado, inclusive para trabalhadores rurais.</li> <li>○ Criação de escolas que forneçam formação técnica e profissional específica às pessoas com incapacidades.</li> <li>○ Oficinas de “trabalho abrigado” para aquelas que não puderem encontrar um emprego adequado no mercado de trabalho livre.</li> <li>○ Inclui punição para a discriminação na admissão de pessoas com incapacidades</li> </ul>
--	---

<p>❖ Medidas do Tipo D:</p> <p>Medidas de proibição da discriminação no emprego em razão da incapacidade, incluídas em leis especiais, mas de âmbito geral, conjuntamente com medidas específicas referentes à discriminação nos serviços de transporte e telecomunicações.</p>	<p>a) Lei norte-americana das pessoas com incapacidades que proíbe e estabelece punições às atitudes discriminatórias em esferas da vida como o emprego, o acesso aos prédios públicos, às telecomunicações, aos transportes, ao voto democrático, à educação, à moradia, à cultura e ao lazer. A lei norte-americana proíbe a discriminação no emprego em todas as suas fases, desde a publicidade das vagas, a seleção de pessoal, a contratação, a demissão, a formação profissional, a remuneração e outros direitos trabalhistas e nas condições de trabalho.</p> <p>b) Lei australiana das pessoas com incapacidades, que proíbe a discriminação no emprego, no acesso a edifícios e no lazer.</p>
---	--

Fonte: MOOM e IUCHI, 1998

Os países industrializados desenvolvidos tendem a valorizar a legislação classificada no tipo C, com enfoque na antidiscriminação. Destacam-se os países europeus que adotam o princípio da justiça redistributiva e cuja tendência futura é tanto a manutenção de ordenamentos jurídicos considerados avançados nessa questão, como os da Alemanha e da França, quanto a inclusão de novos dispositivos contra as atitudes individuais e sociais discriminatórias.

Alguns países, como os EUA, a Austrália e o Canadá, classificados na legislação de tipo D, têm dificuldades políticas para implantar sistemas de reserva de cotas para pessoas com incapacidades sem que implantem cotas para outras minorias consideradas em desvantagem no mercado de trabalho, como as mulheres e as minorias étnicas que estão amparadas na legislação de direitos humanos. Esses países consideram que o aparato administrativo exigido para um sistema de reserva de cotas tão heterogêneo seria muito grande e de custo elevado.

Os países em desenvolvimento tendem a adotar legislações de caráter geral do tipo C, as quais podem, contraditoriamente, reforçar a segregação devido à baixa capacidade dos governos em fazer cumprir essas leis generalizantes, que são positivas no papel, mas que são de difícil aplicação prática.

Os autores explicam que a sistematização não teve a intenção de qualificar quais países teriam uma legislação mais adequada, mas eles acreditam que as leis anti-discriminatórias são mais eficazes do que a reserva de cotas de vagas, porque estão baseadas no princípio da igualdade de oportunidades. No entanto, reconhecem que as medidas punitivas só podem ser aplicadas a partir de denúncias e do reconhecimento das vítimas e que as práticas discriminatórias são difíceis de provar (MOOM e IUCHI, 1998:17.20).

Na análise de SEYFRIED (1998: 17.18-17.22), os países que enfatizam medidas de suporte de renda, reservas de vagas ou leis antidiscriminatórias realizaram mudanças significativas ao adotar a concepção sociomédica da incapacidade, porque superaram a crença tradicional de que a reabilitação médica e a profissional seriam garantias suficientes para a integração social dos incapacitados, diante das exigências de produtividade e competitividade do mercado de trabalho.

Os serviços de reabilitação profissional tiveram um desenvolvimento rápido nos últimos trinta anos, constituindo-se em redes institucionais extensas. Entretanto, muitos países têm apresentado sinais de redução de programas e enxugamento dos serviços públicos.

BLUMENTHAL e colaboradores (1987) criticam a descentralização ocorrida na década de 1980 nos serviços públicos de reabilitação profissional nos EUA, que trouxe, como consequência, uma baixa na qualidade desses serviços e um incremento dos serviços privados, os quais têm seus padrões éticos questionados. Os programas privados têm como objetivo prioritário o retorno rápido ao trabalho e, por isso, enfatizam a formação profissional, mas negligenciam os atendimentos terapêuticos de reabilitação física e emocional. As pessoas com incapacidades avaliadas como desprovidas das condições necessárias não são trabalhadas e sim excluídas dos programas.

GRAHAME (2004:114) relata que os serviços de reabilitação profissional expandiram-se na Inglaterra nos anos 1970, mas foram progressivamente enxugados nos anos 1980 e 1990, devido aos cortes orçamentários realizados pelo governo, orientado pelas diretrizes neoliberais de enxugamento do Estado. Os serviços, antes tão legitimados, foram considerados como “criadores de demanda de incapacitados” pelos formuladores de políticas sociais, orientados pelas idéias de que os benefícios de suporte de renda induzem os trabalhadores a prolongar sua situação de incapacidade e de que os serviços de reabilitação representam ganhos secundários, que desestimulam as pessoas com incapacidades a se reabilitarem e voltarem ao trabalho. Para o autor, entretanto, uma forma de corrigir essa possível distorção seria recompensar financeiramente os trabalhadores que se readaptarem ao emprego, garantindo uma ajuda para seus cuidados de saúde e compensação pela redução da produtividade, porém assegurando a existência de trabalho compatível nas empresas para aqueles que estão reabilitados e aptos a trabalhar.

Apesar dos sinais de declínio da importância dessa área nos sistemas de previdência social, os dados do *Rehabilitation Services Administration* informam que dezesseis milhões de americanos com incapacidades foram assistidos pelos serviços de reabilitação e recolocados em empregos remunerados durante os setenta e cinco anos de história desses serviços nos EUA. Num período de quatro anos, o governo americano recupera suas despesas em reabilitação profissional de cada pessoa reabilitada e recolocada no trabalho através da economia em pagamento de benefícios por incapacidade e o retorno à condição de contribuinte de impostos, justificando a permanência da reabilitação profissional no sistema de proteção social americano (AMERICAN FOUNDATION OF BLIND, 2003).

O papel de regulação econômica dos serviços de reabilitação profissional é constantemente enfatizado, porque o equilíbrio financeiro entre as contribuições e as despesas é uma preocupação acentuada dos sistemas de previdência social, sendo defendido como fundamental para sua permanência e eficiência.

Os custos sociais das doenças e agravos que causam incapacidade para o trabalho de longa duração são muito altos. LEIGH e MILLER (1997:1.170) ao pesquisar no banco de dados do *Supplementary Data System* (SDS), um departamento do *Bureau of*

*Labor Statistics* (BLS), constataram que os custos de oito estados americanos para alguns tipos de morbidade cobertos pelo sistema de seguro social dos EUA, referentes ao ano de 1992, foram: US\$ 173 bilhões para os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais; US\$ 164 bilhões para doenças do coração e derrame; US\$ 170 bilhões para câncer; e US\$ 30 bilhões para a AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome).

GRAHAME (2002:116) aponta que os custos do sistema de seguro social britânico passaram de 3,5 bilhões de libras, em 1992, para 8,9 bilhões de libras em 2000. De acordo com o relatório do *Disability Living Allowance Advisory Board* (1998), um órgão independente que assessora o governo inglês nas questões de incapacidade, uma das principais razões para o aumento da concessão de benefícios foi a falta de investimentos do governo nos serviços de reabilitação profissional: “em 50% dos casos de benefícios por incapacidade e 69% dos benefícios assistenciais, os serviços de reabilitação poderiam interferir nas condições de dependência, reduzindo os custos da incapacidade”.

O aumento da concessão dos benefícios por incapacidade também é uma realidade no Brasil. Segundo MARACIULO (2004), em novembro de 2003, os benefícios dessa categoria representavam 50,24% do total de benefícios concedidos, e seus custos representavam 56,92% do total gasto com benefícios pelo INSS. O autor realizou seu estudo através do banco de dados da DATAPREV das agências do INSS de Santa Catarina, as quais apresentavam taxas de concessão de benefícios bastante variadas, evidenciando, em sua opinião, a inexistência de unanimidade nos critérios de concessão pela Perícia Médica da instituição, apesar da concessão estar fundamentada na mesma lei.

Analisando a questão mais geral do aumento na concessão dos benefícios no Brasil, o autor infere que vários fatores estariam influenciando: (1) causas ligadas ao desemprego e empobrecimento da população; (2) liberalidade nas regras de concessão; (3) declínio da ética do trabalho, que estaria levando a população a ter mais *vontade* (grifo nosso) de usar os benefícios por incapacidade por ter uma percepção menor do dano moral de ser “encostado”; (4) mudanças no processo de trabalho e uso de novas tecnologias, acarretando a ocorrência de doenças ocupacionais como a LER/DORT.

Ao considerar a causa assinalada no primeiro item, ou seja, a relação entre o aumento da concessão dos benefícios por incapacidade e o aumento do desemprego, o autor analisa que o sistema de previdência social brasileiro, tipicamente de seguro social, vem sendo utilizado como via alternativa para a redistribuição de renda, dando ao sistema uma característica de seguridade social que estaria representando uma distorção de seus fundamentos, uma vez que estaria sendo financiada apenas pelos contribuintes do INSS (MARACIULO, 2004:30).

O autor, entretanto, não esclarece se percebe peso diferenciado entre as causas econômicas (desemprego), as causas administrativas (liberalidade das regras nas agências do INSS), as causas morais (aceitação da condição de dependência do Estado) ou as causas ligadas às condições e à organização do trabalho devido à reestruturação produtiva, na determinação do aumento da concessão de benefícios. Apesar de citar o enxugamento dos programas de reabilitação profissional e sua transformação em um subprograma da Perícia Médica do INSS, este aspecto não é apontado como influenciando nos dados de duração da permanência dos trabalhadores em benefício, ao contrário do estudo inglês, que aponta o declínio dos programas de reabilitação profissional como uma das causas principais do aumento do tempo de concessão.

A imprensa brasileira noticiou recentemente que os gastos com auxílio-doença subiram 260% no país, no período de 2001 a 2004, passando de R\$ 2,5 bilhões para R\$ 9 bilhões anuais. A matéria informa que os gestores do INSS de São Paulo atribuem o aumento a esquemas de fraudes praticados por quadrilhas de advogados e funcionários em Agências Regionais da Previdência Social, sendo os médicos peritos as figuras centrais destes esquemas (FOLHA DE SÃO PAULO, 25/04/2005).

Os dados divulgados pelo jornal aproximam-se dos apresentados pelo atual Presidente do INSS, Valdir Simão, em carta aos médicos peritos em 22/11/2005, o qual refere um aumento de 250% no mesmo período: os custos passaram de R\$ 2.379 bilhões em 2001 a 8.979 bilhões em 2004. Os requerimentos de auxílio-doença representam 60% de todos os requerimentos apresentados à Previdência Social, aproximadamente 300.000 mil ao mês. A referida carta foi acessada através do site [www.perito.med.br](http://www.perito.med.br).

A generalização da causalidade do aumento dos custos sociais da concessão de benefícios por incapacidade tanto a esquemas de corrupção nas agências e nas avaliações periciais quanto à relação existente com o desemprego desconsidera outros fatores de determinação importantes, como a alta incidência e prevalência dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais e o prolongamento da necessidade do tempo de afastamento por estes agravos devido à baixa cobertura e pouca eficácia dos programas de reabilitação profissional. Segundo as estatísticas do INSS de acidentes de trabalho registrados no período de 2001 a 2003 somaram 1.123.502 casos assim distribuídos: 926.747 acidentes típicos, 134.749 acidentes de trajeto e 62.006 casos de doenças relacionadas ao trabalho ([www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br)).

Os programas de suporte de renda em situações de incapacidade para o trabalho representam a finalidade dos sistemas de seguro social e são essenciais para a garantia de continuidade dos tratamentos de saúde e dos programas de reabilitação profissional. Há, entretanto, muita variação entre os países na concessão desses benefícios no que se refere ao conceito de incapacidade que fundamenta os diferentes ordenamentos jurídicos, aos critérios de enquadramento dos beneficiários e aos tipos de avaliação periciais para definição de quem faz jus a esse recebimento.

MOOM e GEICKER (1998:17.6) analisaram as várias definições legais de incapacidade utilizadas, sistematizando-as em categorias, sem, contudo identificar os países a que pertencem tais legislações, uma vez que o objetivo dos autores não foi de comparação entre eles. O Quadro 2, na seqüência, foi elaborado com base na sistematização destes autores.

**Quadro 2-** Definições legais de incapacidade, segundo conceito de referência, critérios de enquadramento e avaliação

Definições legais	Conceito de Referência	Crítérios de enquadramento	Avaliação
<p>1. As pessoas afetadas por um transtorno ou enfermidade funcional com:</p> <p>a) Perda total ou parcial de funções físicas ou mentais</p> <p>b) Enfermidade</p> <p>c) Deformações</p> <p>d) Dificuldades de aprendizagem</p> <p>e) Deficiência cognitiva ou da vida emocional.</p> <p>2. As pessoas afetadas por deficiência funcional não temporária devido a uma condição física, mental ou psicológica. Se o grau de incapacidade é em torno de 50% a incapacidade é considerada severa.</p>	<p>Conceito de deficiência: “As deficiências são disfunções ou anormalidades corporais com conseqüências significativas no funcionamento físico, mental e social do indivíduo” (VERBRUGGE e JETTE, 1994).</p>	<p>Condição física, mental ou psicológica considerada fora dos padrões de normalidade.</p>	<p>Parâmetros de normalidade baseados em médias.</p> <p>Quantificação em porcentagens pré-definidas e relacionadas à gravidade da deficiência</p>
<p>3. As pessoas cuja deficiência ou invalidez dificulte ou impeça o desempenho das atividades normais. As deficiências podem se referir tanto às funções mentais quanto corporais.</p>	<p>Conceito de incapacidade: “A incapacidade é experimentar dificuldades em realizar atividades de qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde” (VERBRUGGE e JETTE, 1994)</p>		<p>Avaliação das dificuldades em AVD(s) (Atividades da Vida Diária)</p>
<p>4. Deficiência física ou mental que limita substancialmente atividades vitais principais. Tem que haver registro da deficiência. O próprio indivíduo deve se considerar afetado por essa deficiência.</p>			<p>Auto-avaliação</p>
<p>5. As pessoas que devido a uma deficiência física ou mental, resultante do nascimento, enfermidade ou acidente, sejam incapazes de ganhar a vida, com duração prolongada ou permanentemente.</p>		<p>Incapacidade para obter um trabalho remunerado</p>	<p>Prova de meios</p>

<p>6. As pessoas que, como resultado de uma enfermidade, lesão ou debilidade mental ou física, não estão em condições de ganhar a vida, durante um período de pelo menos seis meses, com um trabalho que corresponda às suas capacidades potenciais e seu nível cultural, ou que recebam uma fração determinada de renda (1/3, 1/2 e 2/3) do que receberia um indivíduo em boas condições, na mesma profissão e com o mesmo nível cultural.</p>		<p>Período pré-determinado e insuficiência de renda pré-definida em frações de renda</p>	
<p>7. As pessoas com possibilidades restritas de obter um emprego devido a uma limitação de suas capacidades físicas e mentais.</p>	<p>Conceito de desvantagem: “Desvantagem é quando as pessoas com incapacidades têm menos oportunidades de acesso à educação e ao emprego e suas chances de obter uma independência financeira são menores do que as pessoas não incapacitadas” (SHAAR e MCCARTHY, 1994).</p>	<p>Incapacidade de competir no mercado formal</p>	<p>Qualitativa</p>
<p>8. As pessoas que por uma limitação permanente de suas capacidades físicas, mentais ou sensoriais, hereditária ou adquirida, tenham oportunidades limitadas de educação e participação na vida profissional e social.</p>		<p>Limitações de acesso à educação, ao emprego e à participação social.</p>	<p>Qualitativa com ênfase nos aspectos sociais</p>
<p>9. As pessoas que necessitam de cuidados ou de tratamento especial para a manutenção, desenvolvimento ou restabelecimento de suas capacidades profissionais. Incluem-se as incapacidades físicas, mentais, psicológicas e sociais.</p>		<p>Necessidade de reabilitação profissional</p>	

Ao analisarmos o Quadro 2, constatamos que, em alguns países, a concessão de benefícios por incapacidade é limitada ao período de duração da desvantagem reconhecida. Se a desvantagem é superada por medidas adaptativas, há a cessação dos benefícios, independentemente das deficiências e limitações. Quando uma pessoa completa com êxito, por exemplo, um programa de reabilitação profissional, recuperando as capacidades funcionais perdidas, ela deixa de receber os benefícios por incapacidade. Outros países oferecem benefícios permanentes para as pessoas incapacitadas para compensar desvantagens reais ou projetadas, o que MOOM e GEICKER (1998:17.4) chamam de “discriminação positiva”, porque se aplicam mesmo às pessoas que estariam socialmente bem integradas.

O Brasil enquadra-se entre os países que limitam a concessão de benefícios ao período em que a desvantagem (incapacidade para o trabalho) é reconhecida, independentemente da permanência da doença ou da lesão. Neste sentido, há a necessidade de submissão do beneficiário a exames periciais regulares para a determinação da permanência ou não da incapacidade para o trabalho e em última análise, da continuidade do recebimento do benefício.

A título de ilustração, apresentamos a seguir como alguns países abordam a questão da incapacidade em seus sistemas previdenciários, destacando as diferentes formas de seleção dos beneficiários para tipos específicos de programas de suporte de renda, de valores pecuniários diferenciados e os diferentes critérios de enquadramento.

Na França, os sistemas atuais de apoio estatal às pessoas com incapacidades são: (1) para os incapacitados de guerra; (2) para os acidentados de trabalho e portadores de doenças ocupacionais; e (3) para todas as pessoas com incapacidades. No entanto, há diferenças entre os três grupos de beneficiários quanto aos valores dos benefícios, os critérios de concessão e os métodos periciais de avaliação da incapacidade.

No regime de direito comum, legitimado pela lei de seguridade social, há a cobertura de todas as pessoas com incapacidades, porém, os benefícios têm valores mais baixos, são considerados “pensões de subsistência”, não havendo necessidade de

comprovação de contribuição. A avaliação da incapacidade é feita pela *Commission technique d'orientation à la réinsertion professionnelle* (COTOREP).

Os programas de suporte de renda para inválidos de guerra e acidentados de trabalho têm objetivos diferentes e, por isso, utilizam critérios de enquadramento distintos : as pensões por invalidez de guerra têm objetivos de ressarcimento e são baseadas em critérios exclusivos de incapacidade física, avaliada por especialistas, e exige-se, no mínimo, a incapacidade de 10% para as lesões e 30% para as doenças, com base no *Code des Pensions militaires d'invalidité et victimes de guerre*, de 1977 ; os benefícios para acidentados de trabalho e portadores de doenças profissionais são indenizatórios e enquadrados nos critérios de incapacidade permanente determinados por uma Escala Oficial (lista oficial de deficiência) estabelecida em 1939 e revisada em 1995.

CROS-COURTIAL e VERICEL (1998:17.12) criticam, de um modo geral, as listas oficiais de deficiência utilizadas pelos países, porque entendem que elas deveriam ser apenas indicativas, pois, além dos fatores médicos, existem os fatores sociais na determinação da incapacidade e da desvantagem, que, na maior parte das avaliações periciais, não são considerados. Além disso, essas escalas são rígidas, não se baseiam em dados epidemiológicos e sim na opinião de especialistas. São raramente revisadas e atualizadas.

Nos EUA, os programas de Seguro Social – o *Worker's Compensation* e o SSD (*Social Security Disability*) - têm os seus critérios de enquadramento para a concessão de benefícios definidos pela SSA (*Social Security Administration*), fundamentados no conceito de incapacidade: “*falta de aptidão para se integrar a uma atividade que seja substancial, em razão de alguma deficiência física ou mental, da qual pode se esperar resultados fatais ou de afastamento do trabalho por um período não inferior a doze meses*” (BRESNITZ et al., 1994).

O sistema americano é descentralizado em agências estaduais e a avaliação da incapacidade é feita pelos DDS (*Disability Determination Services*) através de exames realizados por peritos (*consultative examination*). Os aspectos normativos da incapacidade avaliados nas perícias são: (1) a pessoa que se considera incapacitada e requer o benefício

não deve estar trabalhando ou, se estiver, seus ganhos devem ser inferiores a US\$780,00; (2) a incapacidade deve ser avaliada quanto à sua gravidade, mas também quanto à sua interferência no trabalho; (3) a deficiência deve estar enquadrada na lista oficial, caso contrário, deve ter gravidade semelhante às deficiências da lista; (4) quando a condição médica não apresenta a mesma gravidade das deficiências listadas, o requerente deve demonstrar o quanto sua condição impossibilita a execução do trabalho; (5) quando a interferência negativa no trabalho refere-se ao último trabalho, o perito deve avaliar se o requerente poderia ser ajustado a um outro trabalho. Para esses casos são avaliados outros fatores, como idade, escolaridade, experiência profissional e habilidades (SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION, 2003).

No Brasil, o sistema de previdência social pública é administrado pelo INSS e tem como fundamento para a concessão de benefícios o critério de incapacidade para o trabalho, avaliada por médico-perito. Os benefícios por incapacidade são classificados em cinco tipos: (1) auxílio-doença acidentário, concedido para segurados incapacitados por acidentes de trabalho, acidentes de trajeto e doenças profissionais; (2) auxílio-doença previdenciário, concedido para segurados incapacitados por doenças ou lesões de qualquer natureza; (3) aposentadoria por invalidez acidentária; (4) aposentadoria por invalidez previdenciária; (5) auxílio-acidente, concedido para segurados incapacitados, de caráter indenizatório, após a consolidação das lesões decorrentes de acidentes de qualquer natureza, quando resultarem em seqüelas que acarretem a redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia.<sup>7</sup>

Segundo MARASCIULO (2004:30), não basta que os segurados tenham algum tipo de comprometimento da saúde para serem incluídos no sistema de seguro social, é preciso que, deste comprometimento de saúde, decorra uma incapacidade para o trabalho. Cabe ao médico-perito a responsabilidade de decidir quais pessoas se enquadraram como “incapazes para o trabalho” ou como “não-incapazes” para o trabalho. Essa avaliação, segundo o autor, é realizada com base em limites difusos, sem o embasamento de conceitos bem delimitados, os quais poderiam ser usados pelos sistemas administrativos para as

---

<sup>7</sup> Os tipos de benefício por incapacidade do INSS podem ser encontrados em [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br)

decisões de elegibilidade aos benefícios. Na sua opinião<sup>8</sup>, a falta de clareza nos critérios de concessão tem levado a uma subjetividade dos médicos-peritos em separar os casos (incapazes para o trabalho) dos não-casos (não incapazes para o trabalho). Aquilo que, para ele, deveria ser uma tarefa técnico-administrativa é considerada na previdência social um ato médico. O atual programa de perícia médica do INSS, denominado COPES (Cobertura Previdenciária Estimada), com períodos programados padronizados de afastamento parece indicar uma tendência nesta direção.

A subjetividade nas decisões periciais também foi apontada por OKPATU e colaboradores (1994) para casos de doença mental, no ano de 1991, nos EUA. Alguns estados concediam mais benefícios por incapacidade do que outros, apesar dos critérios de enquadramento serem unificados por lei federal. Uma equipe especializada realizou julgamentos independentes, utilizando os mesmos critérios do SSA, com o objetivo de comparar os resultados. Dos casos avaliados, apenas 40% tiveram concordância entre os peritos oficiais e os peritos independentes, levando os pesquisadores a concluir que as avaliações periciais se constituem em julgamentos de valor dos avaliadores. Foi constatado que os requerentes com história de uso de drogas tinham menos possibilidades de serem elegíveis para o recebimento de benefícios, o que poderia refletir atitudes discriminatórias dos peritos em relação ao problema.

## 2.1- A Reabilitação Profissional no Brasil: aspectos históricos e institucionais-legais.

A reabilitação profissional no Brasil caracteriza-se como uma política pública integrante do sistema de benefícios por incapacidade da previdência social, tendo sido desenvolvida com exclusividade no âmbito do Estado.

Foi instituída no Brasil em 1943, na segunda fase do primeiro Governo Vargas, inicialmente através da Portaria Ministerial nº 83 do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, integrando os benefícios das CAP(s) (Caixas de Aposentadorias e Pensões) e dos IAP(s) (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que eram os sistemas de previdência

---

<sup>8</sup> O autor é médico-perito do INSS em Florianópolis-SC.

social vigentes na época (SOARES, 1991). Os dois sistemas possuíam estrutura diferenciada: as CAP(s) eram organizadas por empresas, gerenciadas por um colegiado de representantes de empregados e empregadores, o Estado não participava da gestão e a arrecadação era sobre o faturamento da empresa; os IAP(s) também possuíam um colegiado de gestão, porém, este não tinha poder deliberativo, o Estado participava diretamente da administração e o recolhimento da contribuição era sobre a folha de salários. A Portaria Ministerial definia que ambos deveriam prestar “*assistência aos incapacitados para o trabalho e aposentados por invalidez*”.

No ano seguinte, o Decreto-Lei nº 7.036/ 1944, efetuando reformas na legislação dos acidentes de trabalho, instituiu a prestação dos serviços, regulamentando suas atividades: “*a reabilitação profissional seria desenvolvida através das práticas de fisioterapia, cirurgia ortopédica e escolas especiais (...) e o encaminhamento dos acidentados incapacitados estaria a cargo dos médicos legistas oficiais*”.

Na década de 1950, tendo Vargas agora como presidente eleito, o movimento operário reivindicava sua autonomia e dois temas principais constavam das suas aspirações: (1) a unificação e a direção das instituições previdenciárias, acusadas de má administração devido à ingerência do Estado na gestão e sua utilização para fins clientelísticos e político-partidários; e (2) estatização do SAT (Seguro do Acidente de Trabalho), que estava a cargo das seguradoras privadas desde sua criação em 1919. Os trabalhadores tinham críticas à atuação do seguro privado e acreditavam que a sua transferência para as CAP(s) e os IAP(s), unificados em uma única instituição previdenciária, representaria um aumento significativo dos recursos e sanaria a precária situação financeira desses sistemas.

Em 1960, houve a unificação das normas e diretrizes dos sistemas e a uniformização dos benefícios previdenciários através da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)<sup>9</sup>. Essa uniformização foi considerada “por cima”, porque tomou como referência os IAP(s) mais estruturados e de maior cobertura, estendendo seus benefícios a todos os outros institutos. Através da LOPS, o governo definiu sua contribuição no sistema tripartite (Estado, empregadores e empregados) que anteriormente era sistematicamente

---

<sup>9</sup> Decreto-Lei nº 48.959/ 1960.

descumprida, passando o Estado a assumir o custeio dos gastos com administração e pessoal, e também redefiniu as formas de prestação dos serviços de reabilitação profissional, através de centros especializados, denominados Centros de Reabilitação Profissional (CRP(s)), institucionalizando-os em um único sistema estatal de previdência social no Brasil, ainda que constantes das diversas instituições previdenciárias existentes. O primeiro Centro de Reabilitação Profissional foi criado no mesmo ano, na cidade de São Paulo.

A fusão dos IAP(s) – Bancários (IAPB), Comerciais (IAPC), Industriários (IAPI), Empregados de Transportes e Cargas (IAPTEC), dos Ferroviários e dos Empregados do Serviço Público, ocorreu em 1966, em plena ditadura militar, através do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social)<sup>10</sup>.

Na visão de FERREIRA (1985), a criação de um único instituto de previdência social, de âmbito nacional – o INPS –, possibilitou as condições institucionais necessárias para que, nos anos seguintes, houvesse a expansão da abrangência previdenciária a outras categorias profissionais, como os empregadores rurais (1970), os empregados domésticos (1972), os jogadores de futebol profissionais (1973), os trabalhadores rurais (1976) e os ambulantes (1978), bem como a expansão dos serviços de reabilitação profissional para outros estados brasileiros.

A estatização do SAT em 1967<sup>11</sup> pode ser considerada também um evento político importante para o desenvolvimento da área, porque estabeleceu a obrigatoriedade legal da prestação dos serviços de reabilitação profissional e que o recolhimento do seguro de acidentes de trabalho fosse exclusivo da previdência social, garantindo, pela primeira vez, uma fonte de custeio permanente para a Reabilitação Profissional (HENNINGTON, 1996).

---

<sup>10</sup> Decreto-Lei nº 72 /1966.

<sup>11</sup> Lei nº 5.316 de 14.09.1967 e Decreto-Lei nº 61.784 de 28.11.1967

A Previdência Social brasileira, no período da ditadura militar, viveu um processo de crescimento institucional acelerado. Em 1974, assumiu o controle e a gestão da área de assistência social e, em 1977, houve a criação do SIMPAS (Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social), cujas atribuições foram distribuídas em sete entidades:

1. INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) - responsável pela assistência médica aos previdenciários.
2. INPS (Instituto Nacional da Previdência Social) - encarregado da prestação de benefícios previdenciários, incluindo os serviços de reabilitação profissional.
3. LBA (Legião Brasileira de Assistência) – responsável pela assistência social à população carente não coberta pelo sistema previdenciário e também aos segurados pertencentes a segmentos específicos, como idosos e portadores de deficiência.
4. IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social) - encarregado da gestão financeira e patrimonial da previdência social e, conseqüentemente, integrando a arrecadação e a fiscalização das contribuições destinadas ao custeio do sistema.
5. FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor) – responsável pela gestão da política nacional do menor carente.
6. DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social) – encarregada do processamento da arrecadação, do pagamento dos benefícios previdenciários e assistenciais e das contas médicas.
7. CEME (Central de Medicamentos) – encarregada de produzir e distribuir gratuitamente medicamentos básicos para as unidades médicas do INAMPS e para beneficiários de baixa renda.

A Previdência Social passou a gerenciar, então, a maior massa institucional de recursos financeiros do país, possibilitando a implantação de CRP(s) em quase todos os estados brasileiros, de acordo com os seguintes critérios: a) significativo número de beneficiários (na maior parte acidentados de trabalho), considerando não apenas o município sede do serviço, mas as localidades circunvizinhas que pudessem para lá convergir; b) existência de recursos universitários formadores do pessoal técnico a ser contratado; e c) existência de recursos assistenciais e de formação profissional que pudessem ser contratados para a complementação dos programas de reabilitação profissional.

Com efeito, a área de reabilitação profissional no INPS concentrou o maior volume de recursos do instituto, tanto financeiros como em equipamentos, e equipes multiprofissionais formadas por pessoal técnico especializado de maior faixa salarial (FERREIRA, 1985:23).

Nas décadas de 1970 e 1980, a área expandiu-se através dos CRP(s), unidades de maior porte e com várias equipes multiprofissionais, e dos NRP(s) (Núcleos de Reabilitação Profissional), unidades de menor porte, com uma ou duas equipes multiprofissionais.

Os primeiros CRP(s) foram o CRP-São Paulo (com a ampliação do embrionário Centro de Reabilitação Profissional do IAPC), implantado em 1960, o CRP-Porto Alegre, o CRP-Recife, o CRP-Rio de Janeiro e o CRP-Belo Horizonte.

A expansão continuou para as demais capitais dos estados (CRP-Fortaleza, CRP-Belém, CRP-Goiânia, CRP-Brasília, CRP-Curitiba, CRP-Florianópolis, NRP-Manaus, etc...) e também para outras cidades de grande porte que atendiam aos critérios de implantação (CRP-Niterói, CRP-Campinas, CRP-Santos, CRP-Juiz de Fora, CRP-Bauru, NRP-Americana, NRP-Jundiaí, NRP-Taubaté e outros) (FERREIRA, 1985:24).

Em levantamento realizado em 1993, havia 46 unidades executivas de reabilitação profissional na Previdência Social, sendo 21 CRPs e 25 NRPs. Em 1994, a rede de reabilitação profissional contava com 2.122 profissionais, sendo 848 de nível médio e 1.274 de nível superior (TAKAHASHI, 2000:34).

Para ilustrar a capacidade administrativa, técnica e financeira de que foram dotadas as unidades executivas de reabilitação profissional do INPS nas décadas de 1970 e 1980, segue a transcrição de trechos do folheto comemorativo do 10º aniversário do CRP-Belo Horizonte, em agosto de 1977:

*“Para a realização do programa de reabilitação profissional o Centro conta com equipes interprofissionais, constituídas de médicos, assistentes sociais, técnicos em aconselhamento profissional, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da palavra, sociólogos e enfermeiros. Conta ainda com professores de Ensino Básico e de Ofício e com um Serviço de Pesquisa de Mercado de Trabalho (...) O Centro de Reabilitação Profissional conta com um total de 92 técnicos de nível superior, capacitados a executar tratamento médico e “paramédico”<sup>12</sup> (grifo nosso) especializado, apoio terapêutico em nível psicológico, atendimento psicossocial do cliente e de sua família e aconselhamento profissional.*

*O Serviço Médico conta com diversos especialistas em fisioterapia, reumatologia, ortopedia, neurologia e psiquiatria.*

*O Setor de Fisioterapia está equipado para atender a uma média de 300 clientes diariamente e possui aparelhagem variada e em número suficiente para tratamento em hidroterapia, mecanoterapia, termoterapia, crioterapia e cinesioterapia.*

*O Setor de Terapia Ocupacional possui recursos e equipamentos para, através de atividades em couro, madeira, pintura, desenho, cerâmica e tapeçaria, atuar no sentido de aumentar a força e melhorar a movimentação, normalizar a sensibilidade, desenvolver a iniciativa e a criatividade, descarregar e canalizar a agressividade, promover a troca de dominância e o treinamento de prótese.*

*O Setor de Serviço Social conta com recursos audiovisuais que auxiliam a aplicação de técnicas de grupo para sensibilização e mudanças de atitudes.*

---

<sup>12</sup> O termo era muito utilizado na época para definir os demais profissionais de saúde e demonstra a subordinação ao modelo médico hegemônico.

*A Oficina de Reabilitação dispõe de maquinaria e equipamentos necessários para a avaliação e acondicionamento nas áreas de marcenaria, tornearia, ajustagem, sapataria e artefatos de couro, eletricidade, desenho mecânico e práticas comerciais. Conta para tanto com um quadro especializado de professores de ofício.*

*No Ensino Básico, professoras de nível secundário e superior realizam a avaliação da escolaridade do segurado, alfabetizando-o, reforçando sua escolaridade ou transmitindo-lhe conhecimentos específicos a sua profissionalização.*

*(...) São concedidos auxílios materiais como: próteses e órteses, instrumentos de trabalho, alimentação, medicamentos e ajuda financeira para transporte urbano”.*

Como podemos observar, o projeto de implantação dos Centros de Reabilitação Profissional do INSS foi norteado por uma concepção de excelência, acompanhando a tendência hospitalocêntrica da assistência médica previdenciária da época, na qual os recursos terapêuticos eram disponibilizados no interior dos próprios serviços, necessitando, portanto, de grandes estruturas físicas, de equipamentos de alto custo e um grande contingente de profissionais. O modelo convencional de atenção dos CRP(s) e NRP(s), vigente nas décadas de 1980 e meados da década de 1990, é apresentado no Quadro 3, em anexo, através dos procedimentos de suas principais categorias profissionais.

## 2.2- As mudanças nas práticas de reabilitação profissional do INSS na década de 1990: do alento da reabertura democrática às diretrizes neoliberais de “menos Estado”.

No final dos anos 1980, com a reabertura democrática no Brasil, ao mesmo tempo produto e possibilidade de expansão da capacidade organizativa do movimento sindical e dos movimentos sociais, foram oportunizados projetos mais progressistas através da instalação da Assembléia Nacional Constituinte e, na sua decorrência, em 1988, da elaboração de uma nova Constituição, menos elitista que as anteriores e mais solidária.

O processo das lutas pela redemocratização política do país teve a participação da mobilização social pela conquista da saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Deste movimento, denominado Reforma Sanitária, participaram professores de universidades, estudantes, operários, sindicalistas, profissionais de saúde e movimentos populares de saúde etc... A proposta de um sistema de saúde único, essencialmente público e baseado no princípio da universalidade do acesso, tinha como objetivo superar a dicotomia histórica entre a assistência médica individual, prestada pelo sistema previdenciário aos trabalhadores do mercado formal, e as ações coletivas de Saúde Pública.

A Previdência Social, que até aquele momento tinha tido uma história de insuficiência e até mesmo de (im)previdência (OLIVEIRA e FLEURY, 1989), foi veementemente questionada, e novos e ampliados conceitos foram colocados no debate sobre a organização, a lógica e a cobertura do sistema previdenciário brasileiro.

Estavam, naquele momento, na arena política, dois grandes projetos ideológicos em disputa, cada um deles alicerçado em interesses muito concretos. De um lado, encontravam-se os defensores de um sistema de **Seguridade Social** que está baseado em cinco princípios fundamentais: (1) o *princípio de universalidade*, que dá cobertura a toda a população, a exemplo do direito à saúde, dos benefícios previdenciários em situações de incapacidade, independente da condição de emprego formal e da contribuição; (2) o *princípio da integralidade*, que abrange todos os riscos sociais; (3) o *princípio da irredutibilidade* dos valores dos benefícios (nenhum benefício pode ser inferior ao salário mínimo e deve acompanhar o reajuste salarial); (4) o *princípio da solidariedade*, que define o financiamento do sistema através do orçamento fiscal da União; e (5) o *princípio do controle social*. De outro lado, estavam os que faziam a defesa do caráter de **Seguro Social** do sistema previdenciário. O sistema de **seguro social** é baseado na relação de emprego, tem programas diferenciados pelos tipos de riscos sociais, sua cobertura destina-se à força de trabalho empregada no mercado formal, o financiamento é de capitalização e as contribuições salariais são tripartites - empregados, empregadores e Estado - e os valores dos benefícios são proporcionais às contribuições (MESA LAGO, 1991).

As críticas e as propostas de mudanças dos defensores do último grupo estavam voltadas para a melhoria da máquina pública, a modernização e eficiência dessa máquina, o equilíbrio atuarial (relação ativos/inativos) e novos e “modernos” métodos de gestão, sem, contudo, alterar a natureza contributiva/restritiva do sistema de proteção social no Brasil.

Ainda que o produto final dessa intensa mobilização social tenha sido a inscrição na Carta Magna dos princípios legais de seguridade social, efetivamente houve apenas a reversão da lógica do modelo brasileiro de assistência médica, com o rompimento do modelo previdenciário que privilegiava os produtores privados dos serviços de saúde<sup>13</sup>, passando o Estado a assumir este papel orientado por uma nova lógica - a da universalização e inclusão social, expressada pela criação do SUS<sup>14</sup> - “o único sistema com acesso universal na América Latina” (SOARES, 2000:32).

Quanto ao modelo de atenção e à lógica orientadora das diretrizes políticas da Previdência Social, foi mantida a sua essência de seguro social, reafirmada pela fusão do INPS e do IAPAS e criação do INSS<sup>15</sup> restringindo os benefícios e os serviços de reabilitação profissional apenas para trabalhadores com contratos de trabalho do mercado formal.

No entanto, o debate dessas questões e os ares constitucionais tiveram o efeito, num primeiro momento, de arejar os serviços, e alguns profissionais mais engajados, em especial da Reabilitação Profissional e do Serviço Social, sentiram-se mais esperançosos quanto a novos tempos para a Previdência Social.

Para estes profissionais, por exemplo, o governo ter instituído, em 1992, grupos de trabalho (GT) sobre a temática da Saúde do Trabalhador, divididos em quatro áreas de concentração: Prevenção, Assistência à Saúde, Assistência Previdenciária e Sistema de Informação, representava um enorme avanço, ainda que os serviços de reabilitação profissional tivessem sido profundamente questionados: os CRP(s) e NRP(s) foram criticados por seguirem um modelo de atenção considerado “*ultrapassado, centralizado,*

---

<sup>13</sup> O INAMPS<sup>13</sup> foi extinto em 1993.

<sup>14</sup> Lei nº 8080/ 1990.

<sup>15</sup> Decreto-lei n 99.350 de 27/06/1990.

*inadequado e com desempenho não satisfatório” (RELATORIO DO GT /SUBTEMA “ASSISTÊNCIA PREVIDENCIÁRIA EM ACIDENTES DE TRABALHO”, 1992).*

O pensamento progressista do grupo era de que a crítica era necessária, mesmo resultando em crise de legitimidade dos serviços, para que viessem as mudanças que todos desejavam.

Desse modo, acompanhava-se com atenção os trabalhos desenvolvidos pela Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador<sup>16</sup>, criada no início de 1993, e constituída por especialistas com experiência e qualificação acadêmica reconhecidas, que tinham como tarefa consolidar os dados dos diagnósticos dos GT(s) e apresentar propostas técnicas de integração das políticas e das práticas entre os três ministérios, definindo os papéis e as responsabilidades de cada setor, o plano de custeio de cada área, os mecanismos de articulação interinstitucional e os instrumentos legais e de controle social.

O relatório final da Comissão, em novembro de 1993, apresentou o diagnóstico geral, já há muito tempo conhecido e vivido pelos profissionais no seu dia-a-dia, mas que nunca havia sido publicamente problematizado pelo governo e pela Previdência Social: *“(...) a situação de saúde dos trabalhadores no Brasil não reflete uma condição de cidadania plena e os dados apontam que o trabalho é, para muitos, fonte de morte, mutilações, doenças, desgastes ou sofrimento” (RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1993: 4).*

Após o relatório, várias medidas consideradas avançadas foram tomadas pelos órgãos normativos do INSS, dentre elas, o reconhecimento do NUSAT (Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social de Belo Horizonte - MG) como assessoria técnica a empresas, sindicatos, CRP(s) e Perícias Médicas do INSS em questões como diagnóstico de doenças ocupacionais, emissão de pareceres para a definição donexo causal, metodologias de prevenção, Banco de Dados e elaboração das Normas Técnicas de Avaliação da Incapacidade da Perícia Médica do INSS, indicando a possibilidade de desenvolvimento de trabalhos interinstitucionais articulados no

---

<sup>16</sup> Portaria Interministerial (Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social) nº 01 de 20/04/1993

equacionamento dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais (RESOLUÇÃO INSS Nº 142 de 16/04/1993).

A elaboração da Norma Técnica de LER, de 1993, foi um dos resultados positivos dessa parceria com o NUSAT e foi amplamente usada para o estabelecimento de um projeto de atendimento integrado de LER no município de Campinas. A equipe de LER do CRP-Campinas teve um papel ativo nesse projeto, tendo seu modelo técnico-assistencial sido objeto de pesquisa avaliativa de TAKAHASHI e CANESQUI (2003) e constatado um efeito positivo global de 62% no resgate da autonomia dos adoecidos.

Com base nessa norma técnica, as instituições que compunham o GIL-Campinas (Grupo Interinstitucional de LER do município de Campinas) – Delegacia Regional do Trabalho de Campinas, CRP-Campinas, Grupamento Médico Pericial do INSS de Campinas, Programa de Saúde do Trabalhador/ Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e Ministério Público Federal do Trabalho - criaram uma Recomendação Técnica para LER, assinada pelas suas respectivas coordenações, que foi amplamente utilizada no período de 1993 a 1997 nas intervenções em empresas de maior incidência e prevalência de LER no município de Campinas.

Outras mudanças importantes ocorreram nos procedimentos normativos da Perícia Médica. Elas anunciavam uma possibilidade de reversão da lógica previdenciária de distanciamento e omissão na abordagem dos acidentes de trabalho e doenças profissionais: *(...) torna-se atribuição obrigatória do médico-perito, a vistoria no local de trabalho para o reconhecimento do nexa causal das doenças ocupacionais; (...) reafirma-se a responsabilidade da empresa na emissão da notificação (CAT) em casos de doenças ocupacionais, com ou sem afastamento do trabalho, (grifo nosso) e, nos casos de falha da empresa, o próprio acidentado ou adoecido, seus dependentes, o sindicato, o médico de atendimento e qualquer autoridade pública podem registrá-la no INSS; é atribuição da Perícia Médica do INSS repassar os dados e informações aos outros órgãos públicos envolvidos na atenção à saúde do trabalhador, como a DRT e a Vigilância Sanitária do SUS (ORDEM DE SERVIÇO/ INSS nº 329 de 26/10/1993).*

As vistorias nos locais de trabalho dos trabalhadores acidentados e adoecidos realizadas pelo GIL-Campinas de 1993 a 1997, com a participação do chefe do Grupamento Médico Pericial do INSS de Campinas, foi um aspecto facilitador no equacionamento dos casos de LER naquele período, no que se refere ao estabelecimento do nexos causal e na concessão do auxílio-doença acidentário, criando a massa crítica indispensável para o reconhecimento social da problemática. Do mesmo modo, a ampliação da notificação pela CAT para os sindicatos, serviços de saúde e para os próprios trabalhadores acidentados/adoecidos e suas famílias foi decisiva para a implementação de um esquema de busca ativa da LER/DORT. Até então, a doença ocupacional estava eficientemente retida no âmbito das empresas e os casos só apareciam quando estavam bastante agravados. Assim mesmo davam entrada no INSS como casos de doenças comuns, recebendo, após a avaliação pericial, o benefício na modalidade B-31, não sendo reconhecidos como casos de doença ocupacional. A notificação ampliada rompeu com este ciclo de ocultamento e impunidade, e, em agosto de 1995, o CRP-Campinas tinha 221 casos de LER em programas de reabilitação profissional, todos com nexos causal reconhecido, encaminhados pela Perícia Médica de Campinas (TAKAHASHI, 2000: 21).

Finalmente, para coroar as expectativas, o documento de Ricardo Akel, então Coordenador dos Serviços Previdenciários do INSS, propunha a criação dos CIATS (Centros Integrados de Atenção em Saúde do Trabalhador): *“um espaço de ação integrada entre a Previdência Social, o Ministério do Trabalho e o SUS, um condomínio de serviços públicos afinados, onde cada instituição conserva sua vinculação, natureza e autonomia, mas trabalha de forma integrada com as demais”* (MEMORANDO CIRCULAR Nº 18/93 de 16/11/1993).

O documento do coordenador foi muito bem recebido pelos profissionais que desenvolviam trabalhos interinstitucionais e que tinham a expectativa de transferência dos serviços de reabilitação profissional para o SUS, devido ao caráter terapêutico desses serviços, o que representaria um avanço na busca da integralidade das ações de saúde do trabalhador, envolvendo assistência, vigilância/prevenção e reabilitação. A proposta dos CIATS parecia um caminho que seria trilhado nessa direção.

É interessante notar que, apesar de não ter sido concretizada, a proposta não foi totalmente neutralizada, ressurgindo, doze anos depois, com nova roupagem, mas mantendo sua essência, nas propostas aprovadas pela III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em novembro de 2005, no eixo temático da integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No entanto, naquele momento, o *locus* de disputa política foi o II Seminário de Atividades Previdenciárias, realizado em 1994, em Brasília, tendo sido rejeitada a proposta de transferência da rede nacional de Reabilitação Profissional do INSS para o SUS, o que garantiria a universalidade de acesso a todos os trabalhadores, representando um avanço em termos de Seguridade Social. A argumentação vencedora foi a de que a reabilitação profissional era um benefício da Previdência Social e não um serviço de saúde e, portanto, estava condicionada à contribuição dos segurados, não devendo ter seu acesso universalizado. Tal argumentação foi equivocada porque, como vimos anteriormente, o custeio da reabilitação profissional é proveniente do SAT arrecadado das empresas.

A plenária final reafirmou que a missão da reabilitação era para com os beneficiários da Previdência Social (segurados e seus dependentes), abrangendo apenas os trabalhadores de carteira assinada, excluindo inclusive os portadores de deficiência sem vínculo com a Previdência Social, propondo até mesmo mudanças no parágrafo do texto constitucional que garantia o atendimento desse segmento através da articulação com os recursos financeiros da Assistência (RELATÓRIO FINAL DO II SEMINÁRIO DE ATIVIDADES PREVIDENCIÁRIAS, 1994).

Durante o evento, as coordenações presentes declararam de que não haveria mais investimentos nos serviços previdenciários de Reabilitação Profissional, Perícia Médica e Serviço Social, e o seminário foi conduzido para a discussão de como redimensionar esses serviços de modo que houvesse uma adequação de um novo modelo de atenção aos reduzidos recursos humanos existentes.

Esta proposta de redimensionamento de recursos humanos nos serviços previdenciários estava articulada às diretrizes neoliberais de minimização do papel do Estado, na qual o mesmo deixava de ser executor de políticas sociais para ser apenas seu regulador. Eram dois os grandes eixos de reformas anunciados: a Reforma Administrativa

conduzida pelo MARE (Ministério da Reforma do Estado), criado no governo FHC, e a Reforma da Previdência Social, a cargo do MPAS.

Em seguimento ao seminário, alguns documentos enviados por esses ministérios começaram a circular regularmente no interior dos serviços, fazendo a crítica ao modelo gerencial estatal e propondo sua “modernização”.

As propostas de modernização gerencial, no entanto, apresentavam muita semelhança com as características comuns encontradas nas “novas”<sup>17</sup> políticas de gestão de recursos humanos das empresas, como formas de gestão do trabalho na reestruturação produtiva capitalista.

Nas “novas” políticas de gestão da mão-de-obra nas empresas, a estabilidade no emprego e as possibilidades de carreira são apresentadas como recompensas, mas na verdade recompensas simbólicas, uma vez que são alcançadas apenas por um certo número de trabalhadores, aqueles que conseguem se adaptar às exigências de mudanças constantes e à renovação dos processos de trabalho, mostrando a capacidade de tomar iniciativas que favoreçam a empresa (LIMA, 1996).

Os apologistas ministeriais da Reforma do Estado, com base nessas idéias, fizeram da estabilidade dos servidores públicos o alvo principal de suas críticas:

*“As relações de trabalho no setor público estão engessadas pelo caráter protecionista da legislação, o que tem um efeito **inibidor do espírito empreendedor**, como por exemplo, a aplicação indiscriminada da estabilidade para o conjunto dos servidores, os critérios rígidos de seleção e contratação de pessoal que impedem o recrutamento direto no mercado, em detrimento do estímulo à competência. A estabilidade faz com que os servidores não valorizem seus empregos e os **administradores ficam sem instrumentos para motivar seus funcionários**”* (grifos nossos) (MINISTÉRIO DA REFORMA DO ESTADO, 1995).

---

<sup>17</sup> Na realidade, essas “novas” políticas não trazem em seus fundamentos nenhuma inovação, elas já existem há pelo menos 40 anos. A novidade é que somente mais recentemente elas conseguiram se impor de tal modo a se transformarem em práticas nas organizações (Ver LIMA, 1996).

Na visão do ministro do MARE, a estabilidade era uma “camisa-de-força”, que condicionava o funcionário a permanecer no serviço público, fazendo com que ele recusasse melhores oportunidades de trabalho no setor privado, motivado por sentimentos de insegurança, irracionais e doentios, que não caberia ao Estado resolver.

*“Quando a pessoa se torna desnecessária por excesso de quadros ou desmotivada com seu trabalho, ela seria dispensada, mas indenizada correspondentemente. Nos anos 60, quando a estabilidade do setor privado foi substituída pelo Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), os opositores diziam que o mundo desabaria sobre os trabalhadores, no entanto, isto não aconteceu, as empresas, com esta medida, ganharam mais racionalidade e eficiência e os trabalhadores passaram a ser racionalmente protegidos pelo FGTS”* (grifo nosso) (MINISTÉRIO DA REFORMA DO ESTADO, 1995:10).

O projeto da Reforma Administrativa defendia a distinção entre um núcleo de servidores públicos pertencentes a carreiras consideradas exclusivas do Estado, denominado Núcleo Estratégico do Estado, composto por militares, policiais, juízes, promotores, fiscais, auditores e diplomatas que permaneceriam estáveis e os demais, que deveriam ser “flexibilizados”. Isto é, os executores de serviços sociais e de infra-estrutura não precisariam da proteção do Estado, portanto, não teriam estabilidade e poderiam ser demitidos para melhor eficiência dos serviços (MINISTÉRIO DA REFORMA DO ESTADO, 1995:7).

Na Previdência Social, apenas as carreiras de fiscalização e auditoria deveriam ter a estabilidade preservada. A discussão surgida na época foi em torno da função do médico-perito, se seria considerada uma atividade de auditoria, já que o mesmo tem a decisão sobre a concessão de recursos financeiros previdenciários.

O pano de fundo dessas questões é, como já vimos, a tese neoliberal do Estado Mínimo e a crítica ao caráter demasiado intervencionista do mesmo na economia e nas políticas sociais, considerado o fator responsável pelo endividamento e pela crise fiscal. A transformação do Estado em apenas regulador das políticas sociais, e dentre elas as de previdência social, valorizava as funções de fiscalização e auditoria do INSS, ao mesmo

tempo, que trazia uma depreciação das funções relacionadas à execução das políticas sociais, como os serviços de reabilitação profissional e de serviço social.

Para a execução das políticas sociais a proposta foi a criação de Agências Autônomas (também chamadas de Agências Executivas)<sup>18</sup>, apresentadas como estratégicas para a reforma administrativa, pois operariam no setor de serviços sociais do Estado, não teriam a “rigidez” do modelo burocrático estatal e sua operacionalização seria mais “flexibilizada”.

Em destaque alguns pontos principais da flexibilização das Agências Autônomas:

1. Possibilidade de contratação temporária de funcionários, de acordo com as necessidades designadas nos contratos de gestão com o governo, eliminando-se o concurso público como regra generalizada de ingresso no serviço público.
2. Os incentivos de promoção estão voltados para os resultados, para as metas do contrato de gestão. Haveria a criação de um bônus de resultado, uma recompensa equivalente aos adicionais de participação de lucros das empresas privadas, que pode ser alcançado individualmente ou por equipe e que elimina os incentivos tradicionais do serviço público de assiduidade, tempo de serviço, instrução formal, etc, os quais são concedidos indiscriminadamente.
3. Quebra da estabilidade após dois anos de efetivo exercício (estágio probatório), abrindo a possibilidade de demissão para enxugamento de quadros ou por insuficiência individual de desempenho.

---

<sup>18</sup> A versão mais atualizada é OSIP (Organização Social de Interesse Público), uma ONG (Organização não Governamental) que após um ano de prestação de serviços sociais recebe a certificação do Ministério da Justiça para operar diretamente verbas públicas.

4. Quebra das regras de licitação para a operacionalização de verbas públicas, através de regulamentos mais flexíveis para as agências autônomas, regras que são estipuladas nos contratos de gestão, implicando na ruptura com o princípio da legalidade, um princípio fundamental do Direito Administrativo (art. 37 da Constituição Federal), que condiciona que as atividades da administração pública sejam sempre autorizadas por lei, ao contrário do setor privado, no qual as empresas têm total liberdade de agir desde que as suas ações não estejam proibidas pela lei.

A transformação dos serviços sociais estatais em Agências Autônomas é defendida por NUNES (1996), segundo o qual os resultados seriam: (1) redução dos gastos públicos; (2) racionalização dos processos de trabalho; (3) melhoria da eficiência da administração pública com a eliminação dos desperdícios. O autor toma como exemplo a reforma administrativa britânica, cujo efeito maior foi a redução de 700.000 servidores do *Civil Service* para 500.000, e que, na sua opinião, trouxe mais competitividade e “eficiência” aos serviços públicos ingleses.

*“A reforma brasileira deve levar a um aumento da eficiência, mas, assim como ocorre no setor privado, poderá levar a uma redução no quadro de pessoal. Há, portanto, um **trade-off** entre o nível de emprego do Setor Público e o nível de eficiência. E o trade-off não é, em nossa opinião, um argumento suficientemente consistente para rejeitar a Reforma. A Reforma deve ser vista como uma extensão dos processos de modernização da economia, que decorrem basicamente do processo tecnológico, da competição em escala global, dos padrões exigentes do consumidor e das mudanças na gerência do setor público e privado em todo o mundo” (NUNES, 1996:18).*

O que se observa é que a projeção de racionalidade e eficiência dos defensores das reformas está centrada no mito de que a iniciativa privada é por natureza competente, eficiente e prima pela racionalidade, já que as mudanças - quebra da estabilidade, temporalidade dos contratos de trabalho (trabalho precário), quebra das regras de licitação e trabalho por produção (metas) não são em si garantias de boa gestão.

Nas políticas de gestão empresarial há uma valorização do conceito de cliente, em cuja satisfação é depositada a qualidade dos produtos e serviços, presente também nos documentos que justificavam as propostas das reformas na política administrativa do Estado:

*“A administração pública torna-se mais permeável à participação dos agentes privados e das organizações da sociedade civil: o cidadão passa a ser enfatizado como cliente e os resultados dos serviços públicos somente são considerados eficientes quando as necessidades do **cliente-cidadão** são plenamente atendidas (MINISTÉRIO DA REFORMA DO ESTADO, 1995: 3-4).*

Nos serviços de reabilitação profissional do INSS tomaram corpo as propostas de transformação dos CRP(s) e NRP(s) em Agências Autônomas<sup>19</sup>, o que deveria acontecer após a revogação do Regime Jurídico Único pelo MARE, acarretando a perda da estabilidade e de outros direitos conquistados.

Em 1995, os servidores já sentiam no cotidiano do seu trabalho o agravamento das condições de sucateamento das instalações físicas e da falta de recursos humanos exacerbada pelo intenso processo de aposentadoria dos servidores públicos e pelo oferecimento, pelo governo, dos PDV(s) (Planos de Demissão Voluntária).

Ao contrário da interpretação do Ministro do MARE Bresser Pereira, de que o sistema previdenciário dos servidores públicos “*é equivocado porque garante um segundo salário a pessoas que possuem capacidade de trabalho e querem (grifo nosso) se aposentar aos cinquenta anos de idade*” (MARE, 1995: 11), o estudo de CARVALHO (2002) mostra que a corrida à aposentadoria proporcional (vinte e cinco anos de trabalho, sendo pelo menos dez anos no serviço público), ocorrida no período de 1991 a 1998, de servidores com cinquenta anos ou menos, representou a utilização de um tipo de aposentadoria que tinha pouca aceitação nos anos anteriores e que foi motivada portanto, na análise do autor, por três motivos principais: (1) a quebra da relação de confiança dos servidores para com o

---

<sup>19</sup> A transformação dos CRP(s) e NRP(s) em Agências Autônomas teve a defesa pública da Chefia Nacional da Reabilitação Profissional em seminário sobre Reabilitação Profissional, realizado em 1996 e promovido pela Prefeitura Municipal de Santos em parceria com CRP-Santos.

governo, abalada, desde 1991, pela propaganda político-eleitoral de Collor da “caça aos marajás”, (2) pelas medidas de disponibilidade implementadas e (3) pelas ameaças de perdas de direitos com a reforma administrativa e a reforma previdenciária do governo FHC.

Nesse contexto de insegurança emocional instalado entre os profissionais dos CRP(s) e NRP(s), documentos de circulação regular interna como Circulares, Ordens de Serviço, Memorandos e Resoluções do INSS começaram a trazer questionamentos quanto ao destino da Reabilitação Profissional no INSS, porém, ao mesmo tempo, aventavam propostas reformistas, que supostamente garantiriam a permanência dos servidores e dos serviços.

Dentre as propostas de reformulação e redimensionamento dos serviços, de ajustamento à situação de enxugamento dos seus quadros, estava a criação de “Equipes Volantes” e “Equipes de Extensão”.

As “Equipes Volantes”, apesar de chamadas de equipes, seriam, na prática, duplas formadas por um médico e qualquer profissional de nível universitário, denominado Orientador Profissional,<sup>20</sup>, que se deslocariam dos CRP(s) e NRP(s) para prestar atendimento nas diversas Agências de Previdência Social de sua área de abrangência regional.

As “Equipes de Extensão” também seriam duplas de composição semelhante a anterior, mas seriam formadas por médicos-peritos e assistentes sociais das próprias agências. Estes últimos seriam transferidos dos Grupamentos de Serviço Social em processo de extinção ou de outros órgãos públicos extintos, como a LBA (Legião Brasileira de Assistência), e executariam atividades de reabilitação profissional com a “supervisão” (à distância) dos CRP(s) e NRP(s) (MEMORANDO CIRCULAR Nº 13/94 de 09/01/1995).

---

<sup>20</sup> Foi criada a figura do Orientador Profissional para designar o profissional de nível universitário que faria dupla com o médico no atendimento. Na prática, esse rearranjo resultou na perda de qualificações técnicas de assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e sociólogos, que deixaram de exercer suas atividades terapêuticas e passaram a exercer uma atividade apenas de orientação profissional.

Foram estabelecidas, pela primeira vez, metas quantitativas para os serviços de reabilitação profissional, condicionando a essa produção a permanência dos serviços. A meta nacional estabelecida pela chefia geral, para o ano de 1995, foi de 20.000 segurados reabilitados, 37% a mais do que os resultados obtidos em 1994, para a qual eram conclamados todos os servidores da área a *“envidar esforços no sentido de alcançá-la”* (MEMORANDO CIRCULAR Nº13/94 de 09/01/1995).

Os serviços que haviam desmantelado suas equipes multiprofissionais tradicionais e se adequado à nova modalidade de “equipe” (dupla de médico e Orientador Profissional), conseguindo atender pelo menos 50 segurados/mês, eram citados como exemplos bem-sucedidos porque tinham triplicado o número mensal de segurados atendidos (MEMORANDO CIRCULAR Nº 06/95 DE 01/08/1995).

Como muitos serviços, entretanto, estavam resistindo às mudanças, e dentre eles o CRP-Campinas, a orientação da chefia nacional para as chefias locais era de que estas se empenhassem mais na *“identificação dos fatores geradores de desmotivação dos servidores para com as mudanças”*, ao mesmo tempo que colocava a implementação a curto prazo de mudanças institucionais-legais, *“como a oficialização da carreira do Orientador Profissional e as alterações da Lei nº 8.213 referentes à missão e às atribuições da reabilitação profissional”* (MEMORANDO CIRCULAR Nº 8 de 09/11/1995).

As propostas de modificações do texto legal, que constam do Memorando Circular nº 8 de 09/11/1995, estão expostas no quadro abaixo, com a identificação dos objetivos subjacentes, não explicitados no documento oficial:

**Quadro 4-** Propostas de modificação da Lei de Benefícios da Previdência Social vigente em novembro de 1995 , segundo intenção subjacente:

Texto legal vigente em novembro/1995	Proposta da nova redação	Intenção subjacente
<p><i>Art.89 “A habilitação e reabilitação profissional deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho e às pessoas portadoras de deficiência os meios para a (re)educação e (re) adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vivem”.</i></p>	<p><i>Art.89 “A reabilitação profissional é devida obrigatoriamente ao segurado da Previdência Social, inapto temporariamente para o trabalho, mas portador de capacidade laborativa residual”.</i></p>	<p><b>Reafirmar o caráter contributivo do usuário que tem direito à reabilitação profissional, negando a possibilidade de sua transferência para o SUS.</b></p>
<p><i>Art.90. “A prestação de que trata o artigo anterior é devida em caráter obrigatório, inclusive a aposentados e, na medida das possibilidades do órgão da Previdência Social , aos seus dependentes”.</i></p>	<p>Suprimir todo o conteúdo do artigo vigente, dando ao artigo a seguinte redação:</p> <p>Art. 90 São funções essenciais da Reabilitação Profissional :</p> <p>I-Avaliação e definição da capacidade laborativa residual</p> <p>II-Orientação e acompanhamento do programa profissional</p> <p>III-Reinserção no mercado de trabalho</p> <p>IV-Seguimento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho.</p>	<p><b>Dotar a Reabilitação Profissional de característica eminentemente profissional, suprimindo suas atividades terapêuticas.</b></p>

Paralelamente a pressão hierárquica superior para a implementação dessas diretrizes, o Coordenador Geral dos Serviços Previdenciários, Dr. Baldur Schubert, apresentou uma proposta que criticava o sistema previdenciário como omissivo e ineficiente no manejo das questões relativas aos acidentes de trabalho e doenças profissionais, apropriando-se do discurso dos profissionais que vinham fazendo institucionalmente a crítica ao sistema, mas propondo como solução a privatização do SAT e a transferência dos serviços de reabilitação profissional para as seguradoras privadas (SCHUBERT, 1995).

Em campanha nacional do norte ao sul do país, o coordenador apresentou “suas críticas”, buscando a adesão de sindicalistas, profissionais de saúde, cooperativas médicas, dirigentes de fundos de pensão e de planos privados de saúde.

Vejamos os principais problemas previdenciários apontados:

1. A omissão do INSS nas atividades de promoção à saúde e de prevenção dos acidentes de trabalho e doenças profissionais: *“o segurador (INSS) é essencialmente um pagador de benefícios pecuniários post-factum, prestados à guisa de reparação.*
2. As dificuldades de caracterização das doenças profissionais cujo *“nexo causal é eminentemente epidemiológico, cada vez mais amplo, ubíquo e complexo”*. Segundo o documento, a consequência dessa dificuldade seria a transferência das decisões para a esfera jurídica, de andamento longo e oneroso, com intervenção nem sempre oportuna de advogados e peritos judiciais.
3. Os conflitos ocasionados pela diferença entre as lógicas das instituições que têm interface com a questão dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais: *“a do Seguro, que necessita da certeza (...) da incapacidade para o trabalho de seus segurados, a da Saúde, que privilegia o diagnóstico e o tratamento dos pacientes e a da Vigilância, que se preocupa em afastar os trabalhadores expostos das fontes de exposição, o mais precocemente possível, valorizando manifestações subclínicas (...) ainda que inespecíficas”* (grifos do documento).

4. A baixa capitalização da experiência da Reabilitação Profissional: “*a valiosa (grifo nosso) experiência do INSS em trabalhar na reabilitação profissional dos acidentados de trabalho, preparando-os para a reinserção no trabalho, é quantitativamente insuficiente*” (SCHUBERT, 1995:10).

E as soluções que viriam com a constituição de um novo modelo de gerenciamento do SAT embasado “*na experiência internacional acumulada nessa área*”, constituído das seguintes propostas:

1. “*Enfoque preventivo: o novo SAT deve focar a prevenção dos danos e a promoção de condições saudáveis de trabalho, reorientando o processo atual, centralizado na reparação*”.
2. “*Integralidade: o conjunto das atividades preventivas, de assistência à saúde, reabilitação profissional (grifo nosso), serviço social e pagamento de benefícios que são devidos a todo segurado e que deverão ser prestados de forma global*”.
3. “*Gestão diferenciada: modelo misto de gestão, com a participação estatal no controle e na supervisão e a operacionalização por organizações de independência administrativa*”.
4. “*Ampla participação onde o SAT deve ser gerido por empregadores e empregados, através da criação de entidades privadas, sem fins lucrativos, cujos integrantes são solidários entre si e com autonomia de gestão. Como seriam entidades de gestão privada com recursos públicos, sua concessão ficaria a cargo do poder público. O Estado, no caso representado pelo MPAS/INSS, deveria assumir o papel de coordenador, fiscalizador e avaliador e não de executor*” (SCHUBERT, 1995:11).

A proposta abrangia a criação de mútuas, entidades sem fins lucrativos, que seriam responsáveis pela atenção aos acidentados de trabalho, porém, concorrendo com as seguradoras privadas:

*“(...) os sistemas montados por empresários e empregados (mútuas) atendem aos interesses de patrões e trabalhadores, diminuem os conflitos e as tensões sociais; são descentralizados, cooperativos (entidades colaboradoras) com a Previdência Social e competitivos entre si; modelo exitoso em inúmeros países, aceito como justo socialmente, de custo relativamente baixo e efetivo em termos de redução da sinistralidade, pelo seu enfoque preventivo e de grande participação social”.*

*“O SAT, por meio das mútuas, abordaria o segurado na integralidade, isto é, proporcionaria ações de prevenção, reabilitação em seu sentido amplo, desde a assistência médica até a reabilitação profissional e social, e compensação financeira (auxílios, aposentadorias e pensões)” (SCHUBERT, 1995:12).*

O novo modelo do SAT estabeleceria mecanismos de estímulo à prevenção, que recompensariam e gratificariam as empresas que investissem em prevenção e penalizariam aquelas que não investissem ou que apresentassem sua sinistralidade acima de determinados patamares:

*“A tarifação individual (por empresa) consideraria uma parte fixa em função do risco da atividade econômica e uma variável de acordo com o desempenho (sinistralidade) e o plano de investimentos da empresa, acoplado ao sistema bônus/malus. A consequência seria a redução ou o aumento das alíquotas de contribuição de acordo com o desempenho” (SCHUBERT, 1995:12).*

O projeto de privatização do SAT foi contido pela resistência sindical, aliada a representantes políticos de partidos progressistas. Também não ocorreram as alterações do texto da Lei nº 8.213/1991, mas as mudanças já implementadas no cotidiano da maior parte dos serviços foram regulamentadas, dois anos depois, pelo Decreto nº 2.172 de 05/03/1997. Esse decreto, apesar de manter inalterado o conteúdo do art. 89 da referida lei, suprimiu de forma sutil as atividades terapêuticas da reabilitação profissional e reafirmou as atividades de conteúdo profissionalizante, em seu art. 197, que, conforme pode ser observado,

manteve uma redação semelhante à proposta pela Divisão Nacional da Reabilitação Profissional, apresentada no Quadro 4, na pág.99 deste capítulo.

Diz o art. 197, do Decreto nº 2.172/1997:

*“O processo de habilitação e de reabilitação profissional do beneficiário será desenvolvido por meio das funções básicas de:*

*I - avaliação e definição da capacidade laborativa residual;*

*II - orientação e acompanhamento da programação profissional;*

*III - articulação com a comunidade, com vistas ao reingresso no mercado de trabalho;*

*IV - acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho.”*

Não é objetivo deste estudo pesquisar as transformações na Lei de Benefícios da Previdência Social (Lei nº 8.213/1991), uma vez que nosso foco é a área de reabilitação profissional, no entanto, durante a investigação nos deparamos com as inúmeras medidas provisórias, decretos e leis que alteraram significativamente o conteúdo e os critérios da concessão de benefícios e serviços previdenciários pelo projeto de reforma da Previdência Social no Brasil. A relação desta legislação correlata está apresentada no Quadro 5, em anexo.

Voltando ao processo de mudanças no cotidiano dos serviços de reabilitação profissional, as metas para o biênio 1996/1997 foram definidas com *“um aumento de 200% em relação à meta de 1995”*, ou seja, 80.000 segurados deveriam ser reabilitados em dois anos. As metas deveriam ser atingidas através da otimização das Equipes Volantes (50 segurados atendidos por viagem) para as 126 Agências da Previdência Social no país e das Equipes de Extensão (MEMORANDO CIRCULAR Nº 8 de 09/11/1995).

Na realidade, foram utilizadas duas estratégias básicas para a adesão dos servidores às propostas de reforma: (1) a divulgação eficiente do mito de que a permanência dos serviços dependia do aumento da cobertura e da agilização dos programas

e (2) os apelos ao voluntarismo dos profissionais, como se a eficiência dos serviços dependesse exclusivamente das atitudes pessoais de engajamento, sem uma análise das condições reais de trabalho, do sucateamento das instalações físicas e dos equipamentos dos CRP(s) e da defasagem dos seus quadros de pessoal.

Alguns trechos de documentos podem ser ilustrativos dos apelos ao voluntarismo dos profissionais:

*“A necessidade de mudança de cultura interna (...) de fomento ao desenvolvimento de uma mentalidade participativa, compromissada e criativa, buscando a valorização do serviço não somente pelos próprios servidores, mas também pelos usuários, pela Previdência Social e pela sociedade em geral”* (MEMORANDO CIRCULAR Nº 3 de 15/03/1995).

*“As perspectivas mais alvissareiras para o ano de 1996, ainda que continuem algumas dificuldades, principalmente em relação à carência de recursos humanos em algumas unidades executivas, o que exige de todos nós maior vinculação, interesse, dedicação, sabedoria, capacidade e vontade de promover e desenvolver as ações de reabilitação profissional com eficiência e eficácia, buscando a efetividade dos resultados, a valorização do serviço e a satisfação profissional”* (grifos nossos) (MEMORANDO CIRCULAR Nº 01 de 12/02/1996).

As estratégias de apelo ao voluntarismo foram utilizadas também para atribuir aos servidores a responsabilidade pelas críticas sociais de ineficiência dos serviços já muito sucateados e defasados, conforme demonstraram FERREIRA e colaboradores (1995) na análise institucional realizada no CRP-São Paulo, através da metodologia da Análise Coletiva de Trabalho (ACT). Segundo o relatório dos autores, essa antiga estratégia de responsabilizar os funcionários pela ineficiência dos serviços já havia sido utilizada no desmonte de outros órgãos públicos e teve efeitos deletérios sobre o conjunto dos funcionários do CRP-São Paulo, aumentando os sentimentos de injustiça, provocando retração e comodismo no grupo, conseguindo neutralizar as resistências:

*“Quando o clima se deteriora e as cisões entre os funcionários se aguçam, aparece toda a sorte de acusações e auto-acusações: ‘ os funcionários são passivos, reproduzem a estrutura’, o problema está nas assistentes sociais ‘que assumem tudo’, ou no médico, ‘que fica pouco’, ou na chefia imediata ‘que não tem controle’”*  
(FERREIRA et al., 1995:8).

O processo de mudanças na área de reabilitação profissional foi denominado “Plano de Modernização da Reabilitação Profissional”, e um balanço feito no final de 1996 apontava que “70% dos CRP(s) (14 dos 21 existentes) e 3 NRP(s) já funcionavam com a nova estrutura. As Equipes de Extensão já estavam em funcionamento em doze estados e as Equipes Volantes já prestavam serviços em 17 % dos Postos de Seguro Social do país” (RELATÓRIO DA DIVISÃO NACIONAL DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL de 30/11/1996).

A oficialização da nova estrutura funcional da Reabilitação Profissional ocorreu em 07/03/1997 através do Decreto nº 2.172 de 06/03/1997, normatizada internamente por duas Resoluções da Presidência do INSS.

A primeira resolução implementava a descentralização da rede de atendimento da Reabilitação Profissional para as Agências de Benefícios do INSS através das Equipes de Extensão e das Equipes Volantes. (RESOLUÇÃO Nº 423/MPAS/INSS de 07/03/1997). Os profissionais que já atuavam como Orientadores Profissionais foram igualmente transferidos para as agências de benefícios, e os médicos da reabilitação profissional passaram a atuar como médicos-peritos.

A segunda estabelecia como funções básicas do processo de reabilitação profissional (1) a avaliação e a definição da capacidade laborativa, (2) a orientação e o acompanhamento do Programa Profissional, (3) a articulação com a comunidade para reingresso no mercado de trabalho e (4) o acompanhamento e a pesquisa de fixação no mercado de trabalho (RESOLUÇÃO Nº 424/ MPAS/INSS de 07/03/1997).

A institucionalização deste modelo de atenção, reduzido pela supressão das equipes multiprofissionais e das suas atividades terapêuticas, teve o efeito de neutralizar os focos de resistência remanescentes, com a total reorganização da atenção em unidades

mínimas denominadas UERP (Unidade Executiva de Reabilitação Profissional), significando, na prática, o desmonte dos CRP(s) e NRP(s).

A seguir, preparando a base legal para que as UERP desenvolvessem apenas atividades de regulação e não de execução, o INSS abriu a possibilidade para que as empresas realizassem a reabilitação profissional de seus trabalhadores acidentados e adoecidos do trabalho, cabendo às UERP(s) apenas a homologação da readaptação:

*“À vista das exigências da legislação trabalhista e previdenciária, no que se refere à troca de função, as empresas interessadas no reaproveitamento de seus empregados, que mesmo não estando em percepção de benefícios sejam portadores de patologias incapacitantes, deverão celebrar convênio ou acordo de homologação de readaptação com as UERP(s)” (RESOLUÇÃO Nº 439/ MPAS/ INSS de 10/04/1997).*

Além de o “Plano de Modernização” alterar e reduzir o modelo assistencial da Reabilitação Profissional do INSS, também levou à extinção das funções ligadas às políticas públicas da Previdência Social, como Assistentes Sociais, Psicólogos, Sociólogos, Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, através da Lei nº 10.355 de 26/12/2001, instituindo-se os cargos de Procurador da Previdência Social, Auditor Previdenciário, Auditor Médico-Pericial, Analista de Benefícios Previdenciários (nível superior) e Técnicos de Benefícios Previdenciários (nível médio). A minuta de extinção apresentada em 1996, que tinha como justificativa o equilíbrio das receitas e despesas do INSS, previa o enxugamento de 924 cargos de nível superior e 4.423 de nível médio. Como citamos anteriormente, as atividades de reabilitação profissional na Previdência Social atualmente integram um subprograma da Perícia Médica denominado “Reabilita”. No entanto, desconhecemos a quantidade de profissionais existentes hoje em nível nacional. Temos conhecimento de que dos 150 profissionais existentes no CRP-Campinas no início dos anos 1990, apenas 10 fazem parte do programa “Reabilita” na Agência de Benefícios do INSS de Campinas em 2006.

Para efeito didático, o processo de mudanças das práticas da reabilitação profissional do INSS pode ser dividido em três fases distintas:

Na fase *Pós-Constituição de 1988 (1993 a 1994)*, com a redemocratização do país e a emergência de movimentos sociais e sindicais que culminaram com a criação do SUS, houve a problematização de questões previdenciárias importantes, como os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, criando um espaço político que possibilitou a execução de projetos loco-regionais inovadores, realizados através de trabalho interdisciplinar e interinstitucional. O projeto terapêutico a Grandes Amputados, o projeto da Equipe de Doenças Profissionais e o projeto da Equipe de LER, desenvolvidos no CRP-Campinas, são expressões desse período institucional mais favorável.

Na fase *Plano de Modernização da Reabilitação Profissional do INSS (1995 a 2000)*, ocorreu a oficialização da redução do modelo de atenção e o desmonte dos CRP(s) e NRP(s), após um processo avançado de sucateamento das instalações físicas e de carência brutal de recursos humanos, devido a suspensão de investimentos na área.

A redução ainda maior da cobertura aos trabalhadores acidentados e adoecidos do trabalho e o decréscimo dos índices de resolutividade quantitativa dos serviços pelo não-cumprimento de metas intencionalmente utópicas, proporcionaram leituras de ineficácia e ineficiência que legitimaram as medidas de desativação dos serviços, de redução das atividades e de supressão dos atendimentos terapêuticos, implementadas por chefias aliadas ao projeto nacional de privatização do SAT.

Na fase *Programa Reabilita (2001 aos dias atuais)*, o processo está centrado na agilização e na homologação da aptidão para o retorno ao trabalho. Nos casos de trabalhadores demitidos ou para aqueles não acolhidos pelas empresas no retorno ao trabalho, o programa de reabilitação profissional é concluído apenas pela avaliação da aptidão, embasado pelo art. 200, parágrafo 1º, do Decreto 2.172/1997: “*Não constitui obrigação da previdência social a manutenção do segurado no mesmo emprego ou a sua colocação em outro para o qual foi reabilitado, cessando o processo de reabilitação profissional com a emissão do certificado a que se refere o caput*”.

Diante desses resultados, uma primeira conclusão se impõe: é patente a hegemonia da concepção de seguro social para o sistema previdenciário brasileiro. A imagem-objetivo construída pelo plano de trabalho denominado *Revisão Organizacional do INSS*, elaborado pela FIA/USP (Fundação Instituto de Administração da Universidade de São Paulo), entidade contratada pelo INSS para consultoria e assessoria de seu projeto de modernização gerencial, ilustra bem essa concepção:

*“Uma seguradora de grande porte e âmbito nacional, bem avaliada quanto aos serviços prestados aos seus clientes, apoiada em um sistema de gestão ágil, confiável e seguro nas respostas, com pessoas preparadas, integradas e comprometidas com a alta qualidade do atendimento, utilizando intensamente a informatização, com uma situação econômico-financeira equilibrada”* (FUNDAÇÃO INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO, 1997).

Os objetivos específicos definidos pelo projeto foram: (1) a melhoria da qualidade dos serviços prestados; (2) o aumento da arrecadação previdenciária; (3) a redução dos custos operacionais; e (4) a diminuição da ocorrência de erros e fraudes.

A definição de tais objetivos evidencia a preocupação com as questões de eficiência, de equilíbrio e saneamento das finanças, à similitude dos objetivos administrativos empresariais, sem contudo, atender outras questões mais pertinentes à concepção de seguridade social, tais como: a inclusão de outras fontes de custeio, com separação operacional e orçamentária, a visibilidade dos custos e benefícios, o controle social dos agentes envolvidos, a extensão da cobertura, o enfoque preventivo e não apenas previdenciário, a gestão e a aplicação descentralizada dos recursos do SAT e equilíbrio atuarial considerando no cálculo da alíquota os objetivos de proteção social definidos coletivamente.

O escopo do projeto foi baseado nas normas administrativas do INSS, já bastante restritivas em 1997, excluindo a Constituição brasileira, a legislação previdenciária ou qualquer outra concepção filosófica ou política de Seguridade Social (FUNDAÇÃO INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO, 1997: 7).

A metodologia de trabalho foi apresentada como uma triangulação entre “(1) as entrevistas e seminários com os dirigentes do INSS, (2) a normatização interna vigente, literatura e dados de prestadores de serviços a grandes públicos e (3) pesquisas com clientes/beneficiários do INSS”, e o produto final apresenta “uma nova estrutura organizacional do INSS a partir do aproveitamento das decisões, visões, experiências e expectativas dos dirigentes, gerentes e chefes, por meio do estímulo permanente de manifestações individuais e negociação em grupo” (FUNDAÇÃO INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO, 1997: 9-10).

A “modernização” gerencial do INSS valorizou o consenso para evitar conflitos e administrar com eficácia as contradições, buscando a adesão dos funcionários aos valores da organização, assemelhando-se às políticas de gestão empresarial implementadas nas empresas. No entanto, essa valorização mostra-se superficial na medida em que se observa que a metodologia contemplou chefias, clientes e formadores de opinião<sup>21</sup>, mas excluiu os servidores da interlocução com os formuladores do projeto.

---

<sup>21</sup> Dentre os formadores de opinião convidados, estava Terezinha Corrêa, representante da MAPFRE, seguradora espanhola que tinha grande interesse pela privatização do SAT no Brasil. Atualmente a MAPFRE já opera no mercado brasileiro de seguros privados através da compra da seguradora brasileira Vera Cruz.

***CAPÍTULO 3***  
***O RELATO DE CASOS***



### 3.1- O Caso Alice:

Alice tinha 43 anos e trabalhava como lavadeira num hotel quando sofreu um acidente durante seu trabalho, operando máquina centrífuga. O acidente resultou em uma amputação traumática no nível de 1/3 distal do Membro Superior Direito. Após o acidente, passou por tratamentos médicos e de reabilitação física, e, avaliada pela Perícia Médica do INSS, foi considerada um caso com seqüela já estabilizada, mas que necessitava de protetização. Em 03/12/1991, foi encaminhada para o CRP-Campinas.

Avaliada pela equipe multiprofissional do CRP, foi considerada elegível para participar do projeto de atenção a grandes amputados, sendo atendida por uma equipe composta de médico ortopedista, especializado em órteses e próteses, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicóloga. Ficou oito meses aguardando em fila de espera e iniciou o programa em 18/08/1992. Por ter sido encaminhada de uma localidade distante, tinha suas passagens semanais de ida e volta e o pagamento de hospedagem na cidade de Campinas custeado pelo INSS para viabilizar seu programa de reabilitação profissional.

O médico da equipe, na avaliação inicial, achou que Alice tinha necessidade de passar por uma cirurgia de regularização do coto por excesso de partes moles e dor no coto. Alice concordou com a cirurgia, mas expressou sentir-se mais confiante em realizá-la em Campinas e com um cirurgião indicado pelo médico da equipe. Foi encaminhada então ao HC da UNICAMP, realizou todos os exames preparatórios, cardiológicos e de laboratório, e, quatro meses depois, submeteu-se à cirurgia com bom resultado estético e funcional.

O trabalho na terapia ocupacional foi iniciado com troca de lateralidade, mesmo antes da cirurgia, porque a amputação atingira seu braço direito e ela era destra. A troca de lateralidade objetivava ganhos de autonomia e foi indicada pela equipe, apesar do planejamento de protetização em curto prazo, por considerar

que as amputações de membro superior apresentam mais dificuldades e maiores possibilidades de insucesso do que as amputações de membro inferior.

O prognóstico da terapeuta ocupacional, desde o início, era de um trabalho de troca de lateralidade mais lento, devido às condições de falta de apoio do coto para a escrita. No entanto, o resultado foi surpreendente e, com a troca de lateralidade, Alice obteve a independência total para as AVD(s).

A psicoterapia individual semanal abordou as dificuldades de Alice em lidar com suas perdas, objetivando a aceitação de si e de seus limites. Os temores da cirurgia foram também trabalhados, mas no sentido também de uma “cirurgia” mais abrangente que estava acontecendo naquele momento na vida de Alice, uma cirurgia referente a aspectos do seu funcionamento emocional.

Desde os primeiros atendimentos, o seu relacionamento com a assistente social mostrou-se bastante conflitivo, porque se sentia muito pressionada e angustiada quando solicitada a discutir aspectos de sua vida profissional, passada e futura.

A cada reunião da equipe para a discussão do caso de Alice, que acontecia geralmente a cada dois meses, eram avaliados os ganhos de reabilitação física com a cirurgia, com o programa de fisioterapia, com a troca de lateralidade e participação nos grupos de AVD(s) da terapia ocupacional e os ganhos no fortalecimento emocional com a psicoterapia, sendo Alice considerada pela equipe preparada para iniciar seu processo de protetização.

As dificuldades de relacionamento com a assistente social eram constantemente discutidas pela equipe e, no entendimento da psicóloga, vinham de sentimentos de rejeição e falta de amor que a paciente sentia por parte de sua mãe e transferia para a figura da Assistente Social. Esses aspectos foram abordados em terapia individual, mas o caso e a conduta foram discutidos e orientados também junto à assistente social.

A tensão, entretanto, agravou-se a seguir com o pedido de substituição da assistente social pela paciente. A assistente social, orientada pela psicóloga, garantiu a possibilidade de troca, porém sugeriu que Alice refletisse sobre os ganhos que obteria com essa troca. Alice reconheceu que tinha dificuldades de relacionamento de forma geral e que a troca de assistente social não resolveria seu problema. Ambas acordaram em adiar os trabalhos sobre as questões profissionais, buscando primeiramente harmonizar o relacionamento, o que seria feito através de esclarecimentos de dúvidas previdenciárias e de outras situações envolvidas, até que Alice pudesse lidar melhor com seus conflitos pessoais.

O médico prescreveu prótese funcional com cotovelo *Balzer*, mão e gancho funcional e, após um processo de licitação de cinco meses de duração, Alice recebeu a prótese em 05/10/1993, um ano e dois meses após o início do programa. O treino da prótese foi feito no setor de TO (terapia ocupacional). Os resultados positivos obtidos foram gradativos, e, com cinco meses de treino da prótese, a paciente conseguia usá-la por 8 horas consecutivas, embora referisse muito cansaço no coto ao retirá-la.

O início dos trabalhos na área profissional aconteceu ainda durante o processo de compra da prótese, quando, após a obtenção de ganhos de funcionalidade no programa de TO, Alice colocou que gostaria de fazer uma experiência como telefonista no PABX do CRP. A sugestão foi bem recebida pela equipe. No entanto, após avaliar os prós e os contras, foi consenso que este estágio de observação deveria ser feito na comunidade, pois a paciente poderia experimentar o desafio de enfrentar profissionalmente o convívio com as pessoas e não se limitar apenas ao âmbito do CRP, onde ela já se sentia totalmente aceita.

Alice acatou a decisão da equipe e foi encaminhada para estágio no PABX de uma empresa metalúrgica de grande porte de Campinas. Após o estágio, mantida a motivação para a função de telefonista, ela foi encaminhada para um curso de telefonista, realizado aos sábados, necessitando permanecer em Campinas também nos finais de semana, durante os dois meses de realização do curso, com o custeio do INSS.

Durante o curso de telefonista, foi constatado que Alice tinha problemas de visão e foi encaminhada ao oftalmologista da Policlínica (SUS). Recebeu os óculos pelo programa de reabilitação. Com boa avaliação da escola, Alice recebeu, no final de outubro de 1993, seu certificado de telefonista de PABX.

Nesse momento, na avaliação da psicóloga, a paciente havia obtido uma melhora significativa nas suas relações interpessoais, aprendendo a lidar melhor com suas dificuldades, utilizando menos defesas maníacas para o enfrentamento de seus problemas, estando preparada para encerrar a terapia individual e participar dos grupos psicoterapêuticos para amputados.

Após a conclusão do curso de telefonista Alice apresentava interesse em realizar um estágio como telefonista em sua cidade de origem. No entanto, apresentava queixas físicas em relação à prótese, que não obtinham melhora com medicação e fisioterapia.

O médico sugeriu então algumas mudanças na prótese, o que foi feito pelo fornecedor. Após as mudanças, reiniciou-se na TO o programa gradativo de treino da prótese.

Após concluir dois anos de programa no CRP, Alice apresentou uma nova postura em relação à área profissional, sentindo-se fortalecida a ponto de voltar à empresa e discutir seu vínculo empregatício, fazendo valer seus direitos.

A assistente social fez contato com o proprietário do hotel e solicitou a realização de um estágio como telefonista. Apesar de ter se colocado num primeiro momento disposto a colaborar, o empregador posteriormente informou ter sido processado pela paciente e condenado a pagar uma indenização que considerava injusta. Queria negociar um novo valor de indenização para oferecer uma nova função na sua empresa. Caso contrário, pagaria os direitos e iria demiti-la. Alice foi orientada a buscar ajuda com seu advogado.

O suporte da psicóloga nesta fase do programa mostrou-se fundamental. Foram trabalhados os sentimentos de raiva e mágoa em relação ao empregador. Conjuntamente ao trabalho psicoterapêutico em grupo, houve o

retorno ao atendimento individual para abordagem do sofrimento mencionado e da angústia relatada pela paciente diante da finalização do programa e do desligamento do CRP. O programa de psicologia foi finalmente encerrado com indicação de acompanhamento psicológico de suporte em sua cidade, paralelo ao retorno ao trabalho.

Alice conseguiu por conta própria um estágio de trinta dias em uma fundação filantrópica de sua cidade, na atividade de telefonista, que, após ser concluído, obteve boa avaliação do RH da fundação e confirmação por escrito ao CRP do interesse de contratação. A carta encaminhada a assistente social relatava, inclusive, a realização de algumas adaptações no equipamento de PABX para torná-lo ajustado às limitações funcionais de Alice. Em reunião de equipe de 04/05/1995, após dois anos e oito meses de programa, Alice foi considerada reabilitada para retorno ao trabalho na função de telefonista de PABX e desligada do CRP.

### 3.1.1- O modelo técnico-assistencial

Alice foi assistida no CRP-Campinas de agosto de 1992 a maio de 1995 pela Equipe de Grandes Amputados, a qual havia realizado algumas das inovações nos seus modos de intervenção, rompendo com o modelo de atendimento médico-centrado e trabalhando na construção de uma atenção integrada em equipe interdisciplinar. O Quadro 6, na seqüência, sintetiza o programa terapêutico e de profissionalização desenvolvido pela equipe.

## Quadro 6- Síntese do programa terapêutico e profissional do caso Alice

<p><b>Antecedentes: Recepção CRP-Campinas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Triagem da documentação enviada pela Agência do INSS de Catanduva.</li><li>✓ Agendamento para as avaliações iniciais com a equipe.</li><li>✓ Retorno das datas para a Agência de Catanduva para pagamento das primeiras passagens e diárias.</li></ul>
<p><b>Acolhimento: GI (Grupo de Interpretação) (acolhimento)</b></p> <p>Assistente Social:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Explicações sobre o programa de reabilitação profissional, funcionamento e objetivo, sobre a distribuição espacial dos setores nos oito andares do CRP, sobre diárias e passagens e sobre as regras de faltas e abandono de programa.</li></ul>
<p><b>Etapa 1:</b></p> <p><b>1.1 Avaliação Inicial (20/02/1992)</b></p> <p><b>A. Abordagem física:</b></p> <p>1) Médico Ortopedista:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Avaliação clínica geral.</li><li>✓ Avaliação de incapacidade (<i>prejudicada/ paciente destra</i>).</li><li>✓ Avaliação da capacidade laborativa residual.</li></ul> <p>2) Fisioterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Avaliação física geral.</li><li>✓ Avaliação das condições do coto.</li></ul> <p>3) Terapeuta Ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Avaliação da destreza manual.</li><li>✓ Avaliação da autonomia para AVD(s).</li></ul> <p><b>B. Abordagem social:</b></p> <p>4) Assistente Social:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Levantamento dos fatores sociais (familiares, econômicos, profissionais) que interferem no programa de reabilitação profissional.</li></ul> <p><b>C. Abordagem psicológica:</b></p> <p>5) Psicóloga:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Avaliação dos aspectos emocionais preexistentes agravados pela experiência traumática da amputação.</li></ul> <p><b>1.2 RAI (Reunião de Avaliação Inicial) (12/03/1992)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Discussão do caso pela equipe (<i>elegível para programa de protetização e reabilitação profissional, mas com prognóstico reservado</i>).</li><li>✓ Planejamento inicial do programa de reabilitação profissional.</li></ul>

**Etapa 2:**

**2.1 Programa preparatório para protetização (24/03/1992 a 05/10/1993)**

**A. Abordagem física:**

1) Médico:

- ✓ Encaminhamento para cirurgia de regularização do coto.
- ✓ Prescrição de medicação analgésica e antibiótica.
- ✓ Prescrição de óculos.
- ✓ Revisão da cirurgia.
- ✓ Prescrição de prótese funcional convencional, com cotovelo de Balzer, mão e gancho.

2) Fisioterapeuta:

- ✓ Programa no setor de fisioterapia para fortalecimento muscular dos membros superiores com vistas à protetização.
- ✓ Melhoria das condições de dor e choques.
- ✓ Preparação física do coto.
- ✓ Alta no setor.

3) Terapeuta Ocupacional:

- ✓ Programa na oficina de TO para troca de lateralidade.
- ✓ Melhoria da escrita e das atividades de recorte.
- ✓ Participação nos grupos de AVD(s).
- ✓ Contato com outros pacientes em treino de prótese para conhecer as possibilidades e os limites da prótese funcional e adequação das expectativas.

**B. Abordagem sócio-profissional:**

4) Assistente Social:

- ✓ Discussão dos aspectos profissionais (inviabilizada no momento pelas dificuldades de relacionamento da paciente com a profissional).
- ✓ Trabalho voltado exclusivamente para a melhoria do relacionamento entre ambas, com orientação da psicóloga da equipe.
- ✓ Encaminhamento para as reuniões em grupo do Serviço Social.
- ✓ Encaminhamento para tratamento odontológico.
- ✓ Acompanhamento do processo judicial contra a empresa pelos danos causados pelo acidente de trabalho.
- ✓ Primeira abordagem profissional (estágio de observação como telefonista no CRP-Campinas).
- ✓ Discussão do parecer da equipe de que a paciente deveria enfrentar o desafio de fazer um estágio de observação na comunidade e não no CRP.
- ✓ Contato com o SPMT (Serviço de Pesquisa de Mercado de Trabalho) para levantamento das possibilidades de estágio na comunidade.

- ✓ Encaminhamento e supervisão de estágio como telefonista em empresa metalúrgica de Campinas.
- ✓ Contato com o SPMT para análise da função de telefonista e para levantamento dos cursos de telefonista na comunidade.
- ✓ Providências e encaminhamento para o curso de telefonista aos sábados, de 11/09 a 16/10/1993.

**C. Abordagem psicológica:**

5) Psicóloga:

- ✓ Abordagem dos sentimentos de rejeição.
- ✓ Compreensão do seu funcionamento emocional interno.
- ✓ Percepção das próprias dificuldades.
- ✓ Regressão na relação com os pais.
- ✓ Abordagem da transferência das dificuldades de relacionamento com a mãe para a figura da assistente social da equipe.
- ✓ Mobilização de recursos de ego para fortalecimento emocional e aceitação de si e de seus limites/ reestruturação pessoal
- ✓ Indicação para o atendimento terapêutico em grupo

**2.2 RR (Reunião de Reavaliação de casos) (18/09/1992, 19/11/1992, 22/03/1993 e 17/07/1993)**

- ✓ Discussão dos resultados obtidos pelas áreas.
- ✓ Ajustes necessários à programação.
- ✓ Decisões quanto aos encaminhamentos de estágios e curso.

**Etapa 3:**

**3.1. Treino de prótese e preparação para a reinserção profissional.**

**A. Abordagem física:**

1) Médico:

- ✓ Recebimento da prótese e avaliação da compatibilidade com a prescrição.
- ✓ Encaminhamento para a terapia ocupacional para treino da prótese.
- ✓ Prescrição à ortopedia para preenchimento da prótese.
- ✓ Prescrição de adaptações na prótese.
- ✓ Prescrição de medicação analgésica.

2) Terapeuta Ocupacional:

- ✓ Treino da prótese.
- ✓ Treino do uso do gancho funcional nas AVD(s).
- ✓ Encaminhamento à enfermeira para orientação sobre a higiene e os cuidados com o coto e a prótese.
- ✓ Autonomia total nas AVD(s)/ Alta no setor (primeira alta).
- ✓ Retorno ao setor para treino da prótese modificada.

- ✓ Alta no setor com orientação para treino em domicílio e massagens do coto com creme (alta definitiva).

3) Fisioterapeuta:

- ✓ Retorno ao setor para fornecimento e orientação para uso de ataduras elásticas.

**B. Abordagem psicológica:**

5) Psicóloga:

- ✓ Atendimento grupal.
- ✓ Retorno ao atendimento individual semanal, conjuntamente ao de grupo, para a abordagem das defesas maníacas utilizadas para lidar com o sofrimento.
- ✓ Desenvolvimento da auto-estima e da auto-confiança.
- ✓ Alta do atendimento em grupo.
  
- ✓ Abordagem individual da angústia mobilizada pela aproximação do desligamento do CRP.
- ✓ Abordagem das dores do coto que podem ser resultado de um processo de psicossomatização pelo medo e a insegurança motivados pelo desligamento.
- ✓ Abordagem dos sentimentos de raiva e mágoa mobilizados pela negativa do empregador.
- ✓ Alta com sugestão pela continuidade de acompanhamento psicológico na comunidade, conjuntamente ao retorno ao trabalho.

**C. Abordagem social:**

4) Assistente Social:

- ✓ Acompanhamento semanal do curso de telefonista.
- ✓ Avaliação positiva da escola: aprovação e recebimento de certificado.
- ✓ Contato com empregador para negociação de retorno ao trabalho na função de recepcionista/ telefonista do hotel.
- ✓ Solicitação ao SPMT de estágio de telefonista por 30 dias na Fundação Padre Albino de Catanduva (sugerida pela paciente), entidade filantrópica mantenedora da Faculdade de Medicina de Catanduva, do Hospital Escola Emílio Carlos e da Santa Casa de Misericórdia de Catanduva.
- ✓ Desligamento do CRP diante da avaliação de estágio positiva e compromisso da fundação na contratação da paciente.
- ✓ Encaminhamento à Perícia Médica de Catanduva com avaliação da equipe de mudança de função e parecer de concessão de auxílio-acidente.

**3.3 RR (Reuniões de Reavaliação de casos) (23/08/1993, 13/12/1993, 14/06/1994, 26/10/1994 e 14/03/1995).**

### 3.1.2- Os recursos de infra-estrutura

Como já assinalamos anteriormente, o projeto de implantação da rede nacional de reabilitação profissional, nas décadas de 1970 e 1980 foi pautado em diretrizes de auto-suficiência, segundo as quais as unidades a serem implantadas, CRP(s) e NRP(s), deveriam estar dotadas de todos os recursos de infra-estrutura, como instalações físicas adequadas, dotações orçamentárias/ recursos financeiros e recursos humanos necessários à execução de um programa de reabilitação integral, compreendendo as etapas de reabilitação física, psicossocial e profissional. O programa terapêutico de Alice ilustra esta política, também observada na rede da assistência médica do INAMPS na época.

Alguns serviços tiveram sua estrutura adaptada a essas diretrizes e outros foram construídos para essa finalidade e dentro de *padrões técnicos e arquitetônicos internacionais* (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, s/d).

Segundo FERREIRA (1985: 16), a implantação de um CRP ou NRP em determinada cidade implicava a observância dos seguintes critérios: (1) número suficiente de beneficiários que justificasse a criação do serviço; (2) número de beneficiários das cidades circunvizinhas que apresentassem facilidade de transporte; (3) condições de arrecadação (contribuições previdenciárias) da cidade que possibilitassem uma base econômica que viabilizasse a execução dos programas; (4) disponibilidade de pessoal técnico especializado nas categorias que integravam a equipe de reabilitação profissional; (5) recursos universitários para a formação de técnicos e para a utilização complementar de recursos assistenciais, em especial os hospitais-escolas.

O CRP-Campinas foi inaugurado em 1979 com as seguintes instalações físicas: consultórios individuais disponibilizados para cada profissional da equipe – médico, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional; dependências e equipamentos da clínica de fisioterapia com hidroterapia, eletroterapia e salão de ginástica; oficina de terapia ocupacional com dependências e objetos para simulação de AVD(s) e IAVD(s); e salas para reuniões em grupo.

Os recursos materiais do programa de reabilitação profissional eram disponibilizados de acordo com o plano terapêutico de cada caso e prescritos pelos profissionais da equipe. As dotações orçamentárias e os recursos financeiros garantiam passagens, diárias para hospedagem e alimentação na cidade de Campinas para usuários de outras localidades. No caso Alice, foram garantidos também o pagamento das mensalidades do curso de telefonista, a compra da órtese (óculos) e das próteses (funcional e de gancho) e sua posterior adaptação. Acrescentou-se aos custos, o recebimento mensal do auxílio-doença acidentário durante os trinta e três meses de duração do programa, pagos pela Agência do INSS de origem da segurada.

Os recursos humanos envolvidos no atendimento do caso foram os profissionais da Equipe de Atenção a Grandes Amputados. Além dos conteúdos desenvolvidos pelos profissionais descritos no Quadro 6, outros profissionais atuaram como suporte técnico e administrativo, tais como a enfermagem, os sociólogos do SPMT e os auxiliares de enfermagem que atuavam na Oficina de TO e na clínica de fisioterapia.

Como os serviços de reabilitação profissional do INSS tinham abrangência regional, os peritos das agências encaminhantes viabilizavam o acesso da população usuária obedecendo aos seguintes critérios: *trabalhadores que se encontravam física e mentalmente impossibilitados de exercerem suas atividades profissionais, mas que apresentassem condições de retorno ao trabalho em curto prazo* (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, s/d).

O encaminhamento aos CRP(s) e NRP(s) era da competência exclusiva do setor de Perícia Médica do INSS e orientado pelos seguintes critérios: a) prioridade dos acidentados de trabalho ou portadores de doenças profissionais legalmente a eles equiparados; b) precocidade do encaminhamento para *serem evitadas a estruturação de seqüelas e as situações de ganho secundário pela dependência ao benefício* (grifo nosso); c) idade-limite de 40 anos, face às exigências de retorno a um emprego em um mercado de trabalho altamente competitivo (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, s/d).

No formulário de encaminhamento denominado GERP (Guia de Encaminhamento a Reabilitação Profissional) deveria constar o diagnóstico principal, as afecções intercorrentes, as justificativas médicas e do Serviço Social, os exames complementares realizados e a cópia da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).

É importante lembrar, entretanto, que havia um critério básico anterior para o acesso aos serviços, que era o de ser trabalhador com vínculo empregatício formal em empresa vinculada e contribuinte do Regime Geral da Previdência Social.

No atendimento integral aos trabalhadores acidentados de trabalho, preconizado pelo SUS (Lei 8080/1990), o CRP participava de uma forma bem abrangente, quase que completa, realizando todo o atendimento de reabilitação física e psicossocial, mas estabelecendo encaminhamentos de referência/contra-referência com outras instituições de saúde, de acordo com as necessidades do caso. No programa de Alice houve participação do SUS-Campinas na consulta oftalmológica, na realização dos exames pré-cirúrgicos e na cirurgia realizada no hospital-escola da UNICAMP.

### 3.1.3- Os resultados do programa de Alice

Em relação ao atendimento assistencial, podemos observar, na prática, o princípio da integralidade em saúde na execução do programa de reabilitação profissional de Alice. Entretanto, constatamos que o programa foi longo (33 meses), pontual, individualizado, e não desencadeou nenhuma ação preventiva. A centrífuga que mutilou Alice provavelmente continuou mutilando mãos e braços. A empresa legalmente responsável pela preservação da saúde e integridade da trabalhadora não foi acionada pelo INSS para assumir sua responsabilidade no caso. O caminho indicado para a paciente foi a via judicial.

Na nossa avaliação, concordamos com a equipe que considerou o programa de Alice eficaz nos seus objetivos terapêuticos e de profissionalização com volta ao trabalho. Porém, não foi possível analisar a eficiência (relação custo-benefício) ou a efetividade do mesmo. Os valores de custos não foram registrados em prontuário e também seria

complexo designar valores monetários correspondentes aos ganhos de autonomia ou redução de incapacidade.

Quanto à efetividade, também não encontramos registros de pesquisa de fixação, ou seja, se a trabalhadora reabilitada permaneceu ou não empregada.

### 3.2- O caso José Carlos:

José Carlos tinha 42 anos, era motorista profissional, desempregado, morador da cidade de Franca. Sofreu um acidente de trabalho, em janeiro de 2002, quando fazia um serviço de eletricitista- antenista em casa de parentes na cidade de São Paulo: em cima do telhado, ao tocar no fio de alta tensão, recebeu várias descargas elétricas. José Carlos nunca havia trabalhado como eletricitista em regulação de antenas, mas aceitou o serviço devido à sua condição de desemprego. Foi socorrido no Hospital do Servidor Público e depois de dez dias internado teve a sua mão direita amputada. Ele é destro.

No seu prontuário do Centro de Fisioterapia do SUS do município de Piracicaba consta o seguinte diagnóstico: amputação de 1/3 proximal de antebraço D mais seqüelas de queimaduras elétricas em MSE. Na avaliação física da fisioterapeuta que o atendia foi constatada a presença de um desvio cubital e leve garra flexora, limitações funcionais para a realização dos movimentos do punho e da mão esquerdos, com alterações de sensibilidade e temperatura principalmente no polegar.

Amparado pela legislação que garante a condição de segurado por um ano ao desempregado não-contribuinte da Previdência Social, pleiteou benefício por incapacidade na Agência do INSS de Franca, no que foi atendido. Foi comprada a prótese funcional pela mesma agência, José Carlos relata, porém, a intermediação de um deputado federal da região na agilização do processo. O seu desejo é ter uma prótese mioelétrica, tendo solicitado a um programa de televisão,

mas não foi atendido. Segundo seu relato, a prótese sonhada custa R\$ 35.000,00 e seu fornecimento não é feito nem pelo SUS, nem pelo INSS.

Lidar com as dificuldades da vida cotidiana tem sido para ele um processo difícil, mas diz ter sido muito importante a ajuda inicial da terapeuta ocupacional do Hospital do Servidor Público, da qual recebeu um adaptador para comer, para escovar os dentes e pentear os cabelos sem ajuda e aprendeu também a usar melhor a mão esquerda, muito afetada pelas queimaduras. Para tomar banho e ir ao banheiro, contou com o auxílio da mulher.

Submeteu-se a várias cirurgias reparadoras da mão esquerda em tendões, articulações, nervos e enxertos de pele. Tem prognóstico médico reservado para a recuperação dos movimentos do MSE. No entanto, na ocasião da entrevista, estava encaminhado para mais uma cirurgia reparadora no Hospital do Servidor, aguardando em fila de espera.

Depois do acidente, sentiu mudanças negativas no seu relacionamento familiar, mas atribuiu-as à sua própria vontade de se isolar, de se esconder e de não querer conversar com ninguém. Não havia recebido, até então, ajuda psicológica, mas faz muitas orações, sentindo-se recompensado por elas, porque acredita ter conseguido “passar por cima do que lhe aconteceu”.

Relata que o seu lazer foi prejudicado porque gostava de jogar futebol com amigos e pescar, atividades que não consegue mais realizar.

Sente-se discriminado pelos olhares curiosos das pessoas, principalmente de crianças que, segundo seu relato, o olham muito e o apontam para as mãos.

Nunca teve problemas de relacionamento com o INSS. Coloca ter sido sempre bem atendido pelos médicos-peritos durante os dois anos e meio que passou por perícias regulares. Foi aposentado por invalidez em 2004, pela Agência do INSS de Franca, tendo se mudado em seguida para Piracicaba e transferido seu benefício. Nunca participou de programa de reabilitação profissional pelo INSS, desconhecendo seu direito a esse serviço. No momento da entrevista, estava sendo atendido apenas pela fisioterapia do SUS-Piracicaba.

### 3.3- A comparação entre os casos

Através dos relatos dos casos de trabalhadores amputados, apresentamos dois modos diferentes de atenção a trabalhadores acidentados pela Previdência Social, em duas épocas distintas: Alice, na década de 1990, quando ainda vigia o programa terapêutico e profissional de reabilitação profissional do INSS, e José Carlos, na década de 2000, na vigência do programa profissional Reabilita.

O estudo dos casos não nos permitiu comparar os tratamentos terapêuticos e seus resultados porque, para tanto, seria necessária a aplicação da mesma metodologia de pesquisa em programa de reabilitação profissional em ambos os casos. A conduta previdenciária, no caso José Carlos, restringiu-se à aquisição de prótese pela Agência de Benefícios de Franca, sendo que o treino foi feito pela ortopedia que a confeccionou, e à concessão do auxílio-doença previdenciário (B.31) (o trabalho de José Carlos era informal) durante o período de tratamento no Hospital do Servidor Público de São Paulo e, posteriormente, da aposentadoria por invalidez previdenciária (B.32). Na mudança para Piracicaba, está sendo atendido pela fisioterapia do SUS-Piracicaba e aguarda em fila de espera por uma vaga de cirurgia no hospital em São Paulo.

A análise comparativa dos dois casos limitou-se a identificar, no primeiro caso, a assistência em reabilitação profissional e no segundo, a ausência deste tipo de assistência, ficando a conduta previdenciária reduzida à concessão de benefícios.



***CAPÍTULO 4***  
***A TRAJETÓRIA DE INCAPACITAÇÃO COLETIVA DE***  
***TRABALHADORES ADOECIDOS POR LER/DORT:***

*Histórias de Vida, Trabalho e Incapacidade*



Um certo rapaz de 19 anos, quando passava em frente à fábrica de alimentos e sentia o cheiro, pensava: *Um dia eu ainda vou trabalhar nessa empresa porque o cheiro é muito bom, lembra os tempos de infância e adolescência quando trabalhei com meus pais na padaria!* Os pais do Ari tiveram padaria, seus avós e bisavós também. Quando ele conseguiu o emprego na fábrica, sentiu a sensação de um sonho realizado. Trabalhou na empresa por dez anos e foi demitido.

O mesmo sonho era partilhado por Raquel, então com 35 anos: *Aquela fábrica era meu sonho de entrar e trabalhar ali, quando eu consegui entrar lá eu chorei de felicidade!* Ela permaneceu ligada a seu sonho por doze anos.

Teotônio, aos 30 anos, estava desempregado, os filhos passando necessidades, a mulher com a mão na cabeça sem saber o que fazer, quando foi admitido na grande montadora de peças pesadas, que exportava para os Estados Unidos. Prometeu a si mesmo: *Eu vou zelar, vou trabalhar e zelar.* Sentiu que cumpriu a sua parte por quatorze anos.

Aquela senhora de 40 anos, quando começou a trabalhar na copa do hospital mais antigo e mais importante de sua cidade pensou: *Trabalhar aqui, nossa! Era tudo o que eu queria!* Lídia adorava o que fazia, amava mesmo, tinha mania de limpeza e, no hospital, tudo tinha que ser muito limpo:

*A gente tinha que manter tudo muito limpo e arrumado, uma beleza!  
A gente passava álcool em todas as vasilhas também. As dos pacientes que tinham HIV então... A gente cuidava muito, elas eram separadas. Era um trabalho muito braçal, mas de muita cabeça também, de muita responsabilidade!*

Foram seis anos nesse trabalho.

Nos relatos dos trabalhadores, a dimensão do trabalho como realização. O espaço do trabalho como mediador central da construção da identidade humana e social é um dos enfoques principais dos trabalhos de DEJOURS (2004) e de outros autores da psicodinâmica do trabalho.

Nas relações cotidianas, a partir do “olhar do outro”, são efetuadas as trocas materiais e afetivas que fazem com que os sujeitos, ao longo de suas trajetórias de vida, possam constituir suas singularidades, em meio às diferenças.

Se, por um lado, as lógicas, os desafios, os valores e as regras do mundo da produção e do trabalho entram em conflito com a singularidade de cada trabalhador, tornando-se elementos geradores de sofrimento psíquico, por outro lado o trabalho é também a oportunidade mais consistente de desenvolvimento psíquico para os indivíduos adultos. O trabalho pode, ao mesmo tempo, levar ao sofrimento e ao adoecimento e representar fonte de prazer e de desenvolvimento humano.

O trabalho é, portanto, muito mais do que o ato de trabalhar ou vender a força de trabalho em busca de remuneração para a subsistência. Configura-se em um dos grandes alicerces de constituição dos sujeitos e de sua rede de significados. Em processos como reconhecimento, gratificação e mobilização das habilidades e inteligência, o trabalho atua como elemento central na constituição da subjetividade (LANCMAN, 2004).

ANTUNES (2005: 32-33), ao problematizar a tão propalada crise atual do trabalho pela redução do trabalho vivo e ampliação do trabalho morto, corporificado no maquinário técnico-científico, afirma não ser plausível conceber o fim do trabalho, nem em seu sentido (auto) formativo<sup>22</sup>, sua dimensão concreta como intercâmbio entre o ser social e a natureza, nem em sua dimensão abstrata como dispêndio de energia no processo de produção de mercadorias.

Na conversão cada vez mais aprimorada do trabalho vivo em trabalho morto através do desenvolvimento dos *softwares*, em que a máquina informacional passa a desenvolver atividades que antes eram particulares à inteligência humana, há uma inter-relação, uma constante retroalimentação entre o trabalho vivo e a maquinaria. Tal análise é contrária à tese de que o trabalho esteja sendo substituído pela ciência como principal força produtiva (ANTUNES, 2005:35).

Para o autor, o que se presencia no mundo do trabalho atual, no contexto da reestruturação produtiva do capital, é uma interpenetração das atividades produtivas (fabris) e dos serviços, um intercâmbio maior das atividades de execução com as atividades de concepção, demandando a necessidade de desenvolver uma concepção mais ampliada que

---

<sup>22</sup> O autor lembra Lukács e sua obra *Ontologia do ser social*, na qual o trabalho é visto pela perspectiva marxista de elemento fundante da natureza humana, atividade útil e vital, protoforma da atividade humana e seu principal elemento diferenciador.

dê conta de compreender as novas formas de ser do trabalho no capitalismo contemporâneo e não a sua negação. A tendência que se apresenta em curso é a busca por uma força de trabalho mais complexa, multifuncional, que passa a ser explorada, de uma forma geral, de maneira mais intensa e mais sofisticada nos setores produtivos dotados de maior incremento tecnológico (ANTUNES, 2005:37).

As novas tecnologias foram apresentadas aos trabalhadores como melhorias, como alternativas ao trabalho pesado e penoso, e foram acolhidas, de início, pelos trabalhadores, com impressões de encantamento pela modernização:

*Eles compraram a linha da Itália, e aquilo para nós pareceu uma coisa super moderna, fantástica. Imagine um sistema de computador depositar direto na batedeira tudo o que antes a gente precisava fazer manual. Se a gente precisava de 400kg de farinha, digitava no computador, e vinham 400kg. de farinha. Maravilha, a gente não ia mais precisar carregar sacos de 50kg de farinha, 120kg de açúcar cristal, 80Kg de xarope. (ARI, masseiro de uma fábrica de biscoitos)*

Mas as dificuldades vieram logo a seguir:

*Só que o sistema era falho. Em dias frios, dias chuvosos, dias de muita umidade, a farinha criava uma casca dentro da tubulação e impedia que viesse (a vácuo) aquela quantidade que a gente tinha pedido. Era complicado. Então, a gente tinha que fazer 20 massas, 30 massas jogando sacas de farinha na mão. A empresa tinha mudado o sistema para silos, mas mantinha um estoque de sacos de farinha por causa das muitas falhas do sistema. Quando o sistema entrava em pane, eles chamavam o pessoal técnico da Itália para consertar. Isto demorava dias e a gente ficava fazendo tudo no manual. O pior é que, com a automatização das linhas, eles passaram a mandar embora muita gente, e quando o sistema falhava, e ele falhava muito, não havia gente suficiente para operar no manual, que já era bem pesado antes, quando tinha muito mais funcionários (ARI).*

A mesma impressão de intensificação pela aceleração do ritmo do trabalho foi percebida por Raquel, ajudante de produção da mesma fábrica de biscoitos:

*Quando eu comecei na fábrica era um ritmo, depois que foi automatizada as masseiras, tudo ficou muito mais rápido... Os biscoitos que saíam do forno vinham em doze carreiras pela esteira de resfriamento. Eu tinha que pegar quatro carreiras, quatro carreiras e meia, depende, porque cada carreira dá mais que 100 biscoitos, a pega tem que ser muito rápida. (RAQUEL)*

Como o ritmo de trabalho é imposto pela velocidade das esteiras, operadas em processo contínuo, quando acontece algum imprevisto na linha, os trabalhadores têm que desenvolver uma atividade de retirada rápida dos biscoitos que vão se acumulando, para não comprometer o funcionamento normal do processo. Os biscoitos retirados serão devolvidos à esteira, tão logo seja solucionado o problema, caracterizando um re-trabalho:

*Se der “bobeira”, o biscoito vai descer sem ninguém pegar, aí você leva pito porque a turma seguinte vai ter que trabalhar dobrado e pegar a parte deles e também a sua parte, o que é impossível, ou então vai ter que colocar o que estiver sobrando na esteira numa caixa, senão vai cair tudo no chão e perder os biscoitos. É o desespero! Isto é o que chamamos de coro! O que não conseguimos pegar e tem que ser colocado na caixa é chamado de coro. Carreira estourada é chamada de coro.<sup>23</sup> (RAQUEL)*

O relato do ajudante de produção da mesma empresa mostra sua percepção em relação às mudanças geradas pela informatização das masseiras:

*Com a informatização, teve muita demissão, muita mesmo. Não sei se quem não era demitido passou a trabalhar mais, porque acho que, mesmo antes, a gente já trabalhava muito. Como meu trabalho é bem produção, não tem como não trabalhar. Mas o que eu acho é que quem não era mandado embora passou a trabalhar em baixo de muita pressão. A pressão era demais. (CELSO, 34 anos)*

---

<sup>23</sup> Provavelmente ligada à expressão popular “não deu no couro”.

A percepção de intensificação do trabalho também está presente no depoimento da auxiliar de telefonia, 28 anos, trabalhadora de empresa prestadora de serviços para uma antiga estatal recém-privatizada:

*Quando o sistema foi informatizado, diminuiu a escrita, mas aumentou a nossa digitação. Quando a gente passou a fazer tudo no computador e não tinha mais nada no papel (só anotava o nome do instalador das linhas pra não esquecer), a gente ficava com o fone de ouvido o dia inteiro. O trabalho aumentou muito, eu me sentia muito mais cansada. Era muito barulho, muita gente falando junto, só no 1º andar trabalhavam num grande salão umas duzentas pessoas. Só que, para passar o serviço para os instaladores que estavam na rua, éramos só duas para fazer o serviço. Eu passava o endereço, o cabo, o fio, tudo direitinho, e quando eles terminavam o serviço, eles ligavam pra mim pra dar baixa. Aí a gente digitava tudo que ele fez lá, o material que ele usou, tudo correndo, porque, nessa altura, ele já estava com oito, dez serviços na mão pra fazer. A gente tinha que entrar em várias telas para procurar o material que eles usaram, um por um, cada tipo de fio, para dar baixa no estoque.*  
(ROSA)

Segundo ANTUNES (2005: 37), “na interação da máquina informatizada com o trabalho intelectual operário, este acaba por transferir seus atributos pessoais a uma nova máquina que resulta desse processo, requerendo uma força de trabalho mais complexa, mais multifuncional, que vai ser explorada de maneira mais intensa e sofisticada”. Nos operários especializados, as mudanças geraram conflitos e resistências porque percebem a ameaça de extinção de suas profissões:

*Houve uma mudança muito grande na minha empresa. Eles pediram para que todos os funcionários fossem fazer uma entrevista, e, nessa entrevista eles falaram da empresa, de todos os benefícios que a gente tinha direito, mas pediram pra gente esquecer tudo o que tinha vivido ali, que ia ser uma nova vida. Só que, nessa nova vida, eu não ia mais ser soldador especializado, eu tinha que jogar praticamente no lixo a minha profissão, que eu me esforcei tanto pra conseguir e manter, e que a empresa me ajudou, eu reconheço. Eu tinha que fazer um curso de mecânica geral. Eu perguntei: mas vocês vão me*

*tirar da solda? Eu vou ser mecânico geral? Eles disseram: Não! mas você tem que saber também de mecânica geral, ninguém mais aqui vai ser especializado, todos vão zerar a carreira e começar tudo de novo. Isto eles fizeram pra todo mundo, não só pra mim.*  
(TEOTÔNIO, soldador, indústria metalúrgica de grande porte)

Para a intensificação da exploração do capital sobre o trabalho faz-se necessária a participação ativa do trabalhador. Dentre os métodos de gestão da mão-de-obra utilizados pelas chefias, para garantir a produtividade do trabalho em tempos e quadros de pessoal cada vez mais reduzidos, destacam-se as ameaças de demissão e os atos de demissão praticados como “espetáculos” coletivos, os quais, em tempos de desemprego alto, funcionam como estratégias disciplinadoras eficazes dos trabalhadores:

*A pressão nessa época era muito grande, porque tinha o “podão”, como a gente chamava, aonde eles iam demitindo um monte de gente. Eu fiquei. Aí o gerente fazia reunião com os que ficavam e falava assim pra gente: “Nós já enxugamos tudo o que tinha que enxugar, nós tiramos todas as gorduras, só ficou a carne. Se já chegou na carne e não tem mais o que cortar, e então, se vocês ficaram é porque são bons, mas eu não quero só bom, de bom a rua está cheia, o que eu quero é o melhor, eu não quero o possível, eu quero o impossível”. (RAQUEL)*

*O pessoal do RH ficava lá na portaria de entrada da fábrica escolhendo: “Você vai pro vestiário, você vai pro refeitório”. Pro vestiário era demissão. Teve vezes que a gente estava sentado no refeitório comendo, e eles chegarem lá olhando por cima de todo mundo, escolherem alguém, e então, olhando para o cara eles falavam assim: “Você, fulano, vem”. Aí mandava o cara pro vestiário se trocar pra ser despedido. Quem ficava sentia esse medo na pele. Eu passei essa fase, fiquei oito anos, mas depois fui demitido também. (CELSO)*

*A cobrança era terrível demais. Eles colocaram um relógio em cada computador e também no computador do supervisor. Conforme a gente tirava o telefone do gancho para atender, começava a contar os minutos no telefone dele. Se passasse do tempo, ele vinha que nem maluco: “Com quem você está falando, heim? Deixe eu ver... Por*

*que você está demorando todo esse tempo? Está passando ou está baixando?” Eu explicava: “Mas o instalador está no poste, e o consumidor está embaixo, falando com ele”. “Mande ele desligar”! “Mas está difícil de pegar linha, está congestionado”. “Não quero saber, mande ele entrar depois”. Aí, a gente tinha que desligar mortificada, porque o coitado do instalador estava lá em cima do poste, no sol quente, na chuva. A gente acatava as ordens, porque sabia que se não fizesse ia ser mandada embora. Eles ameaçavam muito, diziam que quem não quisesse fazer as coisas daquele jeito, iria pra rua. Eles chamavam você toda hora e diziam isto. Todo mundo trabalhava com medo de ser mandado embora... Ai! meu Deus! eu tenho filho pra cuidar... Ai, que que eu faço! Meu marido está desempregado... eram as coisas que a gente mais ouvia lá. Não tinha ninguém pela gente... era cada um por si e Deus por todos.*  
(ROSA)

Outra tendência observada na reestruturação produtiva do capital é o aumento significativo do trabalho feminino com percentuais de remuneração bem menores do que os auferidos pelo trabalho masculino. Na divisão sexual do trabalho, são destinadas às mulheres trabalhadoras (em alguns países às trabalhadoras imigrantes<sup>24</sup>) as atividades dotadas de menor qualificação, mais elementares e fundadas em trabalho intensivo (ANTUNES, 2005:29), conforme podemos observar no relato da Wanda, 47 anos, ajudante de produção de indústria cerâmica:

*A fábrica de pisos contratava mulheres para a linha, porque a mulher é mais atenciosa, mais minuciosa do que os homens para tirar os defeitos. A fábrica estava sendo automatizada, com robô e tudo. Só que quando eles contrataram a gente, a linha automatizada ainda não estava totalmente pronta. Meu trabalho era de oito horas, sem descanso, com meia hora de almoço. A gente ficava próxima do forno, e o piso saía ainda bem quente. A gente tinha que pegar ele na mão, olhar com bastante atenção, ver onde estavam os defeitos e tentar tirar os defeitos. Depois você separava os pisos em três tipos de classificação e encaixotava. Como os pisos saíam muito rápido do forno, se você tivesse um momento de vacilo, caía tudo no chão.*

---

<sup>24</sup> Acrescenta-se à discriminação o fator etnia.

*Mas, a gente vai adquirindo tanta habilidade e a gente vai naquela loucura acelerada, que logo eu já conseguia pegar, olhar, tirar o defeito, classificar o que estava muito (defeituoso), separar para fazer cacos, encaixotar e ainda contar as caixas. Tudo era muito supervisionado, com muita pressa. Se você não conseguisse dar conta da loucura e começasse a deixar cair no chão, você não ficava. Só ficavam aquelas que conseguiam “pegar” o serviço logo.*  
(WANDA, 47 anos, indústria cerâmica)

Na nova morfologia do trabalho, a categoria “classe trabalhadora” incorpora também o conjunto dos trabalhadores improdutivos, ou seja, os trabalhadores do setor de serviços, seja para o uso público, seja para o uso privado, não se constituindo, entretanto, em elemento direto na criação da mais-valia. Esses trabalhadores vivenciam situações objetivas e subjetivas que têm similitude com as situações vivenciadas pelos trabalhadores produtivos (ANTUNES, 2005:51).

Os relatos a seguir ilustram essas condições:

*Eu entrava às 7 horas da manhã, não tinha hora de almoço e não tinha hora pra sair. No papel, a gente tinha horário direitinho, a empresa exigia que a gente colocasse e assinasse, mas, na verdade não era assim. Se você for olhar, está lá no ponto, horário de saída 16 e 48, mas a gente nunca tinha hora pra sair. Como faltava funcionário, tinha vezes de eu entrar às 7 horas da manhã e sair de lá às 2 horas da madrugada, porque não tinha pessoal pra preparar o jantar e a ceia também, porque a empresa fornecia a ceia também, a metalúrgica trabalhava em três turnos sem parar.* (LÚCIA, 35 anos, cozinheira de restaurante industrial terceirizado de uma empresa multinacional do ramo metalúrgico)

*Eu trabalhava na central de atendimento do banco. Eu escrevia muito, abria muitas contas. Trabalhava muito, todos os dias fora do horário, às vezes até duas horas extras sem remuneração. O gerente pressionava muito. Meu banco era estatal, tinha sido privatizado, e acho que o gerente geral, que tinha mudado depois da privatização, era também muito pressionado por conta do novo banco que estava surgindo e por isso ele pressionava demais os que estavam abaixo*

*dele. A pressão para que a gente atingisse as metas diárias era enorme. Só tinha valor quem conseguisse vender os produtos do banco: abrir novas contas, investimentos, seguros etc... (CARMEM, bancária há 19 anos em banco estatal, ora privatizado)*

*A gente era muito pressionada na hora de servir as dietas dos pacientes. Lá era assim: a padrão (enfermeira padrão<sup>25</sup>), em primeiro lugar, as outras enfermeiras, abaixo (técnicas, auxiliares, atendentes), as copeiras em terceiro, e as faxineiras, nem pensar, coitadas. A gente chegava a levar três vezes comida pro mesmo paciente na UTI. A comida ficava lá, gelada, e eles não davam. Faltavam funcionários pra nós, mas faltava pra eles também. Eu sentia dor quando eu pegava aqueles galões pesados de feijão, de arroz, todos de inox pesado. De manhã, eram os do leite e de chá. O elevador vivia quebrado, e a gente tinha que subir as rampas do hospital, duas grandes rampas que tinha lá, empurrando o carrinho, erguendo o carrinho, porque o piso tinha umas borrachas. Chegava a ficar dois dias sem elevador, e a gente usando a rampa. Além dos leitos, a gente servia os médicos e as enfermeiras da renal, onde os pacientes fazem hemodiálise, que era particular. A gente não recebia a mais por isso, mas, como eles pagavam para o hospital, o hospital mandava, e a gente tinha que fazer, mesmo faltando funcionário. Quando nem bem terminava o café, já chegava a hora do almoço. E assim era, sem parar, sem intervalo, porque não tinha funcionário. Onde antes tinha sete ou oito funcionários, a gente passou a trabalhar com três, quatro. (LÍDIA, copeira de hospital)*

*Eu trocava a roupa dos quartos duas vezes na semana, mas todo dia tinha a roupa da copa, do restaurante, as toalhas de mesa. Eram 100 lençóis, 60 toalhas de banho, 60 toalhas de rosto, os pisos dos banheiros. Uma vez por mês, eu lavava todos os edredons. Eu tinha que lavar os lençóis de manhã e já tinha que passar à tarde, senão ia faltar roupa. Não tinha reserva. Pra lavar, eu usava uma Brastemp e um tanquinho. Eu batia no tanquinho, depois colocava na máquina pra enxaguar e centrifugar. Quando tinha menos roupa, eu colocava direto na máquina. Só que a máquina quebrava muito. Quando ela*

---

<sup>25</sup> Trata-se de um termo não mais utilizado para designar o profissional de enfermagem de nível universitário, mas que continua sendo linguagem corrente nos hospitais.

*quebrava, eu tinha que lavar tudo na mão. Ela demorava muito pra arrumar. Eu cheguei a lavar 100 lençóis na mão. Pra torcer, é bem pesado. As toalhas eu não passava, punha na secadora, elas saíam quentinhas, eu só esticava todas elas e guardava. Os lençóis, eu não punha na secadora, porque, mesmo que pusesse, eu tinha que passar. Então, eu recolhia do varal, dobrava em quatro, ia fazendo uma pilha bem alta e ia passando com o ferro. Não era um ferro a vapor, era um ferro desses pretinhos, comum. Eu fiz este serviço sozinha, nos cinco anos que fiquei lá. (NEIDE, 48 anos, lavadeira de apart-hotel)*

A intensificação e a sobrecarga de trabalho não estão apenas no espaço das empresas, podem ser encontradas também nos serviços domésticos remunerados:

*Eu trabalhava numa casa grande. Não era uma casa difícil de limpar, mas era muito grande. Tinha quatro quartos, muitos banheiros, porão, jardim grande, cachorro, gato. O problema maior era a roupa. Meu patrão e o filho trabalhavam numa fazenda, e a roupa deles vinha muito suja. Dava muito trabalho. Não era só colocar na máquina e pronto. Além disso, eles tinham mania de dormir com o gato. A roupa da cama era cheia de pelos. Eles não eram organizados com a roupa deles. Eles tiravam a roupa e deixavam em qualquer lugar. Eu tinha que ficar catando e arrumando. O rapaz gostava de usar camiseta branca ou clarinha. Ele tinha cinco gavetas só de camisetas. Se ele ia pegar uma camiseta que estava por baixo, ele jogava todas as outras em cima da cama e deixava lá. Às vezes eu tinha que passar tudo antes de guardar. Eu tinha que dar conta de limpar, arrumar, passar roupa, cozinhar não, ela deixava quase tudo pronto. (DALVA, empregada doméstica de uma residência por onze anos)*

A construção de uma trajetória coletiva de incapacitação tem por pressuposto que os trabalhadores adoecidos por LER/DORT têm em comum muito mais do que as experiências de sofrimento. Seus relatos sobre o trabalho são exemplos reais deste partilhar mais amplo.

As histórias que se seguem são também reveladoras das causas sociais de um adoecimento que é coletivo, ainda que vivido de forma singular por seus protagonistas.

Entretanto, não há um reconhecimento científico de consenso para a gênese das LER/DORT. Dentre seus modelos explicativos, podemos distinguir dois grandes grupos: (1) o dos que atribuem a causalidade preponderantemente a fatores individuais e (2) o dos que atribuem o peso maior do adoecimento a fatores relacionados com a organização do trabalho.

No primeiro grupo, as causas fundamentais das LER/DORT estão nos fatores intra-psíquicos do indivíduo, tais como as explicações da teoria psicossomática, da teoria da histeria de conversão ou da teoria do perfil psicológico de propensão individual. Em todas essas teorias os fatores relacionados ao trabalho têm um papel secundário, são apenas desencadeadores de problemas de base pré-existentes.

*Na teoria psicossomática*, os indivíduos adoecidos são portadores de um “aparelho psíquico atípico”, que, quando submetidos às atividades repetitivas, sem conteúdo e estressantes, só conseguem reagir através de pensamentos concretos. Devido a essa impossibilidade de desenvolver pensamentos abstratos que podem neutralizar mentalmente os conflitos, os indivíduos transferem o sofrimento para quadros clínicos, os quais representam a expressão dos conflitos na dimensão física.

*Na teoria da histeria de conversão*, as LER/DORT são expressões de conflitos psíquicos de indivíduos com personalidades histéricas, e os sintomas físicos são produtos mentais nesses indivíduos, não havendo alterações físicas e funcionais objetivas. A cura depende de tratamento psicoterápico que trabalhe os eventos traumáticos anteriores que deram origem aos sintomas histéricos.

*Na teoria do perfil psicológico de propensão*, os indivíduos adoecidos têm um conjunto de características psíquicas constituídas na infância que resultaram em personalidades obsessivas, compulsivas e perfeccionistas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005: 18-19).

No segundo grupo, as explicações sobre a causalidade das LER/DORT enfatizam os *fatores referentes à organização do trabalho*, tais como, a inflexibilidade e a alta intensidade do ritmo de trabalho, a execução de grande quantidade de movimentos repetitivos em grande velocidade, a sobrecarga de determinados grupos musculares, a falta de autonomia sobre o modo e o ritmo de execução das tarefas, a ausência das pausas, mobiliários e equipamentos desconfortáveis e exigências de produtividade obtidas através de métodos de gestão sob pressão, com punições e ameaças constantes de demissão.

Os nossos achados reforçam as explicações do segundo grupo, constatadas nas falas dos trabalhadores:

*Eu comecei a sentir as dores num período que eu chamei de “enxuga gastos”. A gente trabalhava muito acelerado, porque, como eles tinham diminuído o quadro de funcionários e a empresa estava vendendo muito bem mesmo, então eles começaram a aumentar o ritmo das máquinas. No começo eu tinha dois ajudantes, e assim mesmo tinha dias que a gente queria ir tomar um fôlego, ir ao banheiro e não tinha condições. Logo em seguida eles demitiram os dois meninos e eu fiquei sozinho. Aí piorou muito. Pra ajudar, o sistema dava muita pane. Era complicado, então, porque eu tinha que fazer 20 massas, 30 massas, jogando as sacas de farinha na bateadeira na mão. Nessa época eu comecei a sentir dor e muita canseira, tinha momentos que eu corria atrás da bateadeira, esticava o braço na escada pra ver se a dor passava... As dores eram muitas, e eu ficava muito cansado também porque agora eu tinha que cronometrar tudo para não perder a massa. A massa tinha que ser batida em quatro minutos, se passasse do ponto, um minuto a mais que fosse, a gente perdia tudo. Eu tinha que prestar atenção no que acontecia com as minhas massas, e, fazer isso sentindo dor, me deixava muito cansado, uma canseira fora do normal (ARI).*

O relato do Ari acima aponta alguns fatores relacionados ao trabalho determinantes no estabelecimento do nexos causal para LER/DORT: (1) o uso excessivo da força (carregamento sozinho de sacos de farinha de 50Kg), (2) a aceleração do trabalho (meta de produção de 30 massas por dia) e (3) a requisição de atenção concentrada em

tarefas de grande responsabilidade (o tempo pequeno de batimento da massa na bateadeira com perda total do produto quando ultrapassado).

*Quando a carreira (biscoito salgado) vem passando, você tem que cortar a carreira (separar) com os dois dedinhos, pode ver que é até meio afundadinho (mostra as marcas nas laterais dos dedos mínimos). Você corta ela aqui e segura, você pega de bastante, se pega de pedacinho leva coro. Então, você corta assim, espreme (comprime), ela fica bem durinha (o pedaço retirado da carreira), aperta ela, e quando ela está bem apertadinha, põe rápido na máquina que vai pra embalagem. Aí rapidamente você pega a 2ª, a 3ª e a 4ª carreira, você tem que pegar quatro de cada vez, porque são doze e ficam quatro meninas, duas de cada lado, então cada uma tem que pegar pelo menos quatro carreiras. E você não pára o tempo todo (RAQUEL).*

O depoimento de Raquel mostra o trabalho realizado por movimentos repetitivos sem pausas. O ritmo de trabalho é imposto pela velocidade das esteiras, em ciclos curtos de execução das tarefas, exigindo muitos movimentos musculares e articulares dos membros superiores. Nessa empresa, o trabalho na carreira impunha uma postura corporal inadequada devido ao *layout* das esteiras, levando os trabalhadores a realizar inúmeras vezes uma torção de quadril para a retirada dos biscoitos da esteira de resfriamento e colocação na esteira da máquina de embalagem. Esses movimentos eram realizados sem as pausas necessárias à recuperação dos músculos e articulações.

*Começou doendo muito a palma da mão e a perna esquerda a formigar, acho que era porque eu só digitava e não levantava do lugar. Tinha dia que eu só ia ao banheiro uma vez por dia, porque não dava, eu só não, a maioria do pessoal, tamanha correria. O dia inteiro, todos os dias, era só isso, era muita coisa e muita correria, credo, e eu fui ficando mal, ficando mal (ROSA).*

O relato da Rosa mostra, além dos movimentos repetitivos das mãos e dedos, exigidos pela digitação intensa, a existência de posturas estáticas para a sustentação dos braços elevados e a permanência da posição sentada durante toda a jornada de trabalho, negligenciando também as necessidades fisiológicas vitais.

*Quando comecei a trabalhar em supermercado, ainda não tinha leitura ótica, então, a gente tinha que empurrar a mercadoria com a mão esquerda e digitar com a mão direita. A gente tinha que empurrar pacote de arroz, de açúcar, caixa de leite, empurrando, passando compras enormes. Aí, eu comecei a sentir dor fazendo essas atividades, mas assim mesmo fiquei quatro anos. Depois eu fui ser assistente de supervisora. Mas, além de supervisionar, a gente tinha que abastecer, arrumar e limpar as prateleiras. Eu continuava sentindo dores. Depois passei a trabalhar no inventário e digitava muito: as supervisoras faziam os pedidos aos fornecedores e passavam pra mim, eu tinha que colocar logo os pedidos no sistema, porque, quando as mercadorias chegassem, tinha que estar tudo digitado no computador. Era muita coisa pra fazer e o meu braço doía muito. As mudanças sempre foram por necessidade do supermercado, nunca por causa da minha LER. Eu não dizia que tinha dores, eu não sabia que tinha LER. (MARIA, 41 anos, caixa de supermercado)*

Na fala da Maria, também são encontrados os múltiplos fatores de determinação das LER/DORT: os movimentos repetitivos, as posturas estáticas de sustentação dos membros superiores em elevação, o uso excessivo da força para manusear as mercadorias pesadas, a pressão exercida pela fila e as dificuldades de atendimento ao público. As mudanças de tarefas ocorridas durante o processo de adoecimento não alteraram o padrão das exigências musculares e articulares envolvidas.

Em todas as falas, percebe-se como pano de fundo a pressão e as atitudes autoritárias das chefias exigindo rapidez e produtividade. As ameaças de demissão, no contexto atual de desemprego estrutural, são cotidianamente utilizadas como métodos gerenciais de aceleração do trabalho com patamares de produtividade cada vez mais altos, ou seja, a organização de um trabalho intensificado, em tempos cada vez mais reduzidos. Os relatos sobre o trabalho, em sua totalidade, corroboram os relatórios denexo causal realizados pelos médicos que diagnosticaram o adoecimento por LER/DORT.

A sintomatologia das LER/DORT é múltipla e diversificada, destacando-se: a dor espontânea ou à movimentação passiva, ativa ou de contra-resistência; as alterações sensitivas de fraqueza, cansaço, peso, dormência, formigamento, sensação de diminuição, perda ou aumento da sensibilidade, choques e agulhadas; as dificuldades principalmente no uso dos braços e mãos e, algumas vezes, sinais de hipotrofia ou atrofia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001: 425).

O adoecimento e a incapacitação por LER/DORT ocorrem de forma insidiosa, processual, conforme o observado nos depoimentos, obedecendo alguns padrões de estagiamento da doença, embora esses estágios não sejam absolutos e precisos em sua diferenciação.<sup>26</sup>

*Tudo começou com um formigamento na mão, e parecia que eu não tinha mais controle no braço, ele virava, sabe, era uma coisa estranha, parecia quando você toma uma anestesia e fica tudo esquisito. Tudo caía da mão, pacotinho de biscoito, e o que era pior, a carreira estourava. Para pegar a carreira você tem que pegar firme, senão a carreira estoura e os pacotes esparramam na esteira. Ela (a doença) começou devagar, não veio de uma hora para outra, ficava uma semana sem doer, depois vinha de novo. Depois começou a doer quase sempre e começou a aparecer uns caroços nos braços. Aí começou a ficar insuportável, porque eles aceleraram a fábrica.*  
(RAQUEL)

*Quando eu comecei a sentir formigamento, cansaço, dores, eu procurei trabalhar da minha forma, poupando o meu lado esquerdo. O pior era quando eu chegava em casa e tomava banho pra dormir, era complicado, nossa! A mão parecia que tinha sumido, eu tinha que colocar ela na água fria para ela voltar. Aí, ia voltando a sensibilidade. Eu não queria me afastar, porque estava prestes a me casar, e eles, de repente, por causa disso, poderiam me mandar embora justo na época do meu casamento.* (CELSO)

---

<sup>26</sup> Sobre os estagiamientos da LER/DORT e seus critérios de reconhecimento ver MÉLENNEC (1997, apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001:438-439).

*Depois de uns seis meses, pode ser até menos, que eu trabalhava lá, eu comecei a chegar em casa e sentir que a mão não fechava mais. Ela inchava muito, e uma dor que eu nunca havia sentido antes, que eu não consigo nem classificar, acho que era alucinante. Eu não sabia por que, não entendia. Em casa eu não tinha aonde colocar as mãos, não tinha como dormir. Foi uma coisa terrível. Eu nunca tinha sentido isso na minha vida. (WANDA)*

*Como foi acontecendo de pouquinho, eu ia levando... eu levava remédio pra dor, Anador, e tomava. Às vezes eu ia ao banheiro e esfregava, esfregava e passava. Quando doía muito o meu punho, eu pegava um esparadrapo largo e apertava bem, parecia que doía menos. Um dia, quase morri de susto, estava enfaixada desse meu jeito, meu chefe passou e perguntou: “o que você tem aí?”. Eu respondi: Não é nada não, dormi em cima do punho. Quando não passava, eu tomava Anador. (RAQUEL)*

Em seguida, começam as manifestações de incapacidades no trabalho:

*A marreta começou a cair da minha mão. Sempre que eu ia levantar a marreta para bater num ponto de solda, eu não conseguia mais, ela caía da minha mão. A minha munheca já não agüentava mais o peso da marreta. Ela descia só com o peso da marreta e não mais com a força do meu braço. Eu já não tinha mais força no braço. No começo eu não sentia dor, eu sentia umas pontadas, umas fisgadas, mas dor constante não. Eu só sentia dor quando levantava a marreta. (TEOTÔNIO)*

*Eu comecei a ter muita dificuldade para fazer o meu serviço, sentia muita dor no braço. Tinha as peças de carne. Como era mais barato, eles compravam a carne em peças de 40kg, e eu tinha que receber essas carnes, tinha que pesar, pôr na embalagem certa e guardar no freezer. Depois, quando eu precisava pegar uma peça, se ela estava no fundo, eu tinha que tirar tudo do freezer. Muitas vezes eu já estava no fogão, na chapa quente, e tinha que entrar no freezer, eu já não estava mais agüentando fazer isto. (LÚCIA)*

*Eu comecei a sentir problemas quando enrolava o pão no guardanapo. Eu enrolava bem, sabia fazer uma dobra que ele ficava bem durinho, bonitinho, não soltava. De repente, eu comecei a enrolar o pão e o pão caía da mão, e olha que o pão é bem leve, não é? Primeiro eu fui sentindo peso, depois foi inchando, inchando, e aí começou a doer muito. Eu comecei a deixar cair pão no chão, a me queimar com os caldeirões, eu tinha que pegar as coisas em prateleiras altas e não conseguia mais segurar o peso delas. Eu perdia a força no braço, ele inchava, ficava diferente, mas a minha chefe só olhava, eu tenho certeza que ela achava que era fingimento.*  
(LÍDIA)

*A casa que eu trabalhava, tinha que encerar uma parte, e eu não conseguia mais rodar os braços pra encerar. Todos os banheiros tinham azulejo até o teto, e como erguer os braços pra limpar? Mas eu só percebi que estava grave quando comecei a deixar cair coisas no serviço. Eu quebrei até uma travessa de louça que a minha patroa gostava muito, e ela nem sabe, porque eu comprei outra e coloquei no lugar.* (DALVA)

*Quando eu já não conseguia fazer tudo como fazia antes, porque eu era assim: pau pra toda obra, mas já não agüentava mais, e meus colegas de trabalho começaram a olhar torto, mas principalmente os encarregados e as pessoas que olhavam as linhas para eles. Porque eles achavam, eu acho, que a gente queria se encostar, que estava com preguiça, devem ser coisas mais ou menos desse tipo que passam pela cabeça deles. Eu sofria muito com isso. Eu me lembro que eu estava pegando a carreira e me deu uma dor bem forte no ombro e a carreira estourou (deixou cair os biscoitos). Meu chefe estava passando, ele virou e gritou: *Que que é, está dormindo?*  
(RAQUEL)*

*No início, eu não contei meu problema para ninguém. Só o meu encarregado sabia, mas ele era meu amigo e segurou as pontas. Depois eu tive que contar para os colegas, porque, como eu não agüentava mais carregar peso do lado esquerdo, o pessoal que trabalhava comigo veio conversar porque sobrava pra eles. Aí eu fui conversando, explicando que eu não tinha mais força no braço*

*esquerdo, tinha só do lado direito. Como tinha uns caras muito legais, eles falaram: “Tudo bem eu pego do lado esquerdo”. Só que, com o tempo eu senti o lado direito começando a doer. (CELSO)*

A procura pelo médico aconteceu nos estágios mais avançados do adoecimento e, quando aconteceu, foi através dos médicos das empresas, especializados em medicina ocupacional. Mas, ao contrário do que se esperaria, não houve o diagnóstico da doença ocupacional, a emissão da CAT, nem tampouco o desencadeamento de medidas preventivas de afastamento do trabalho e avaliação ergonômica das atividades.

Os procedimentos médicos centraram-se principalmente em medicação analgésica e antiinflamatória, sem afastamento das condições que geraram o adoecimento, tendo um efeito paliativo perverso sobre os sintomas e levando ao agravamento dos quadros clínicos devido à permanência da exposição aos fatores causais:

*Quando começou a doer praticamente todo o dia, toda a hora, doía no trabalho, doía em casa, eu acordava no meio da noite com dor, eu fui procurar o médico lá do ambulatório. O médico lá da empresa dizia que era dor muscular e que passava. Não falou nada que era LER. Naquela época era proibido falar de LER lá. Já tinham algumas pessoas que estavam afastadas, e as meninas que olhavam as linhas passavam a comunicação. Colocam na “rádio peão”, passa pra um, passa pra outro, que quem falar que tem LER, vai ser mandada embora. Imagine! Eu nem falava, eu precisava trabalhar e não falava nada. Mas chega uma hora que a gente não consegue mais agüentar. Ele deu medicação para dor e me mandou voltar a trabalhar. (RAQUEL)*

*Eu procurei o médico da empresa e ele falou: “Isto é cansaço físico. Hoje você vai tomar Cataflan, a enfermeira vai aplicar em você, daqui a três dias você vai tomar outro Cataflan”. No outro dia eu estava quase sem dor, aí, eu pensei: Esse negócio é bom mesmo, está resolvendo. Eu voltei a trabalhar normal, passou três dias, a dor voltou. Parecia programado. O médico falou: “Toma outra injeção depois de três dias!” Tomei, maravilha. Eu fiquei praticamente de três em três dias tomando Cataflan. Ele dizia que com o tratamento com Cataflan eu ia ficar bom. No final de semana o médico me dava*

as ampolas para eu tomar em casa. Como parecia que não resolvia, eu falei com a enfermeira lá do ambulatório da empresa e ela falou: “Você está tomando muito Cataflan, acho melhor você procurar um especialista.” Eu procurei um ortopedista, ele pediu uns exames e me disse que eu estava com inflamação nos tendões. Eu não sabia nada de LER, não sabia que tinha a ver com o trabalho. Eu mostrei, então, os exames que o ortopedista tinha pedido para o médico da empresa, e ele falou: “Imagine, isto não é nada não, é só cansaço. Você está trabalhando demais. De agora em diante,  você só vai fazer o seu serviço normal (grifo nosso)”. Pode continuar tomando Cataflan, se você precisar”, ele disse. (ARI)

Quando eu procurei o médico da empresa, ele me mandou fazer fisioterapia e me receitou remédio, mas não falou nada de LER nem de CAT. Eu já tinha tido um afastamento porque fracturei um dedo trabalhando, acidente de trabalho. Fiquei parado trinta e nove dias, mas, por LER, nunca fiquei afastado, não sabia na época o que era essa doença. (CELSO)

Eu procurei o médico da empresa e ele disse que eu não estava agüentando por causa da minha estrutura física, então, eu devia pedir a conta. Nada de LER. Ele dizia: “Se você não agüenta, você tem que pedir a conta”. Mas porque essa dor? O que está acontecendo? “Passa gelo”, ele mandava. E eu continuava a trabalhar. (WANDA)

O médico da empresa pediu para eu fazer alguns exames em Campinas. Eu fui, trouxe os exames, ele me afastou, eu fiquei em recuperação, afastado do trabalho. Não me lembro quantos dias. Quando eu voltei, foi para o mesmo trabalho. Quando doía muito, ele me dava cada injeção horrível. Eu tinha que poupar a mão o tempo todo. Aí, a dor subiu, veio pro cotovelo, pro ombro. Teve uma época que eu pensei que estava sofrendo do coração, porque sentia uma pontada no peito do lado esquerdo e o meu problema era do lado direito. Aí eu voltei a conversar com o médico e ele me mandou pra São Paulo fazer uns exames na clínica Santa Catarina. Fiz uma ressonância magnética e deu duas hérnias na cervical, isso explicava as pontadas no peito. Eu continuei trabalhando, fazendo o mesmo

*trabalho. Ficava afastado, voltava, ficava afastado, tomava medicamento. Sempre que o médico me afastava, era muito medicamento para aliviar as dores. Sempre que estava bom, voltava pro mesmo trabalho, fazendo a mesma peça. (TEOTÔNIO)*

*O serviço médico do banco ficava em São Paulo, eles não vinham para Piracicaba. Para os exames periódicos, a empresa contratava um cardiologista, que pedia alguns exames de laboratório. Ninguém falava em LER. Eu fui ao ortopedista do convênio já com medo de ser LER, porque tinham outras pessoas com LER no banco. Mas ele, sem qualquer exame, disse para eu não me preocupar, que não era LER. Receitou anti-inflamatórios e analgésicos e me afastou por três meses. Eu fiz fisioterapia e depois voltei a trabalhar no mesmo atendimento. (CARMEM)*

*A gente não tinha médico de empresa lá, quando nós trabalhávamos no prédio da Telefônica, só passamos a ter quando mudamos para o prédio próprio da empresa. Quando as dores aumentaram demais, eu procurei um ortopedista, ele me afastou por quinze dias, eu fiz fisioterapia, quando voltei, fui para minhas tarefas de sempre. (ROSA)*

*Quando eu já não estava agüentando mesmo, eu começava a trabalhar e não conseguia, eu passei no médico, não no médico da empresa, que lá não tinha, foi no ortopedista. Ele me deu fisioterapia e remédios, e eu continuei trabalhando. Mesmo a fisioterapia, eu fiz trabalhando. Não resolvia nada. Eu fiz então um exame, aí ele disse: “É síndrome do túnel do carpo, precisa operar”. Eu pensei: imagina que eu vou operar, e continuei trabalhando. Mesmo com dor, eu tomava remédio e não faltava, continuava trabalhando. (LÚCIA)*

*Quando não estava mais agüentando as dores, eu passei por um ortopedista do convênio e fiquei vinte e cinco dias afastada. Eu até tenho uma eletroneuromiografia dessa época. Mas o médico não abriu a CAT, ele não viu relação com o meu trabalho, não falou nada. Ele me imobilizou, fiquei esses dias afastada e voltei a trabalhar no mesmo lugar. O braço continuava doendo do mesmo jeito. (MARIA)*

*Quando eu não estava mais conseguindo trabalhar, eu fui ao médico do SUS, e ele me deu um afastamento de sete dias, me mandou fazer fisioterapia e receitou medicamentos. Eu fiz fisioterapia e voltei a trabalhar, fazendo o mesmo serviço que eu fazia antes. Quando doía muito, eu ia à farmácia perto da casa da minha patroa e tomava injeção. (DALVA)*

*Quando eu voltava para o trabalho, era sempre no mesmo lugar, fazendo a mesma coisa. Todos me olhavam feio, principalmente o chefe e as encarregadas de linha, porque eu já não conseguia mais fazer o meu serviço direito como eu fazia antes. Eu tive vários atestados, de dois dias, de nove dias, várias vezes, e voltava sempre pra carreira. (RAQUEL)*

Em alguns casos, depois que os trabalhadores já estavam com seus quadros agravados, o médico da empresa resolveu intervir no trabalho, mas era tarde demais...

*No final, quando a dor já não passava mais e eu não conseguia mais dar conta do meu serviço, o médico da empresa tentou me tirar da carreira e colocar na varredura da linha. Mas ficou tão pesado como era na carreira porque tinha dias que dava mais de 200kg. de biscoito na varredura. Tentaram me deixar apenas datando pacote. Mas como você fica perto da linha, não deu certo também. Vem uma colega e pede: Você fica um pouco pra mim que eu preciso ir ao banheiro, não estou mais agüentando! Você fica. Aí outra também pede e outra. Você vai ficar pra uma e não ficar pra outra? No final do dia é como se você não tivesse saído da linha. (RAQUEL)*

*Quando eu estava com um ano e pouco de firma e já não agüentava mais, eu estava indo direto ao Pronto Socorro do meu bairro e tomando Voltaren. Aí não agüentei mesmo e pedi a conta. Quando eu estava fazendo os trinta dias, o médico percebeu que eu estava mal mesmo, ele tentou me mudar de função e me colocou para fazer a faxina do escritório, mas também era um trabalho terrível. Pra lavar, a gente usava uma mangueira igual à de bombeiro. E o dono não queria um barro lá, se passasse um caminhão e sujasse, a gente tinha que limpar em seguida. O pior mesmo era varrer, doía tudo, ombros, mãos, costas. Só foi bom para a conjuntivite crônica que eu tinha quando trabalhava no pó da produção. (WANDA)*

Na seqüência dos relatos, percebe-se que o afastamento prolongado do trabalho não tem qualquer caráter preventivo e ocorre apenas nos casos já bem agravados, precipitados por episódios agudos, por cirurgias, pela ocorrência de acidentes de trajeto ou pela demissão dos trabalhadores adoecidos.

Abaixo, um relato de ocorrência de episódio agudo, desencadeando o afastamento do trabalho:

*Aí eu tive uma crise, a mais forte de todas. Eu estava na linha, eu tinha que erguer o braço e o meu braço travou. Não conseguia mais mexer, ele parou de mexer, se eu tentasse erguer ele, eu berrava de dor. Eu fui levada para o ambulatório da fábrica e a enfermeira falou: você tem que ir agora para o hospital! Foi difícil para tirar o uniforme e pôr a minha roupa. Uma colega minha teve que ajudar. Sozinha, eu não conseguia fazer nada. Eu fui de ambulância e, chegando lá comecei a tomar remédio até melhorar, até poder mexer de novo. (RAQUEL)*

Nos próximos relatos, os episódios agudos foram seguidos de intervenções cirúrgicas:

*Um dia eu estava com muita dor, muita dor mesmo, e fui à ortopedia do hospital, como eu sempre fazia. O Dr.X me atendeu e falou para eu fazer uma infiltração. Eu tinha medo, mas como eu já estava com muita dor, achei que não tinha nada a perder. O médico fez essa infiltração apressado, na hora de muito movimento lá na ortopedia. Doeu, mas doeu, eu cheguei em casa com dor, dor, tomei Anador, não dormi a noite inteira. Eu pensava: Como vou trabalhar amanhã com essa dor! Pela manhã eu desmaiei e meu marido me levou para o hospital. O médico então disse que era túnel do carpo, que eu tinha que operar, que era só um cortinho e que eu ia ficar boa. Eu operei, piorei e hoje estou afastada com problemas nos dois braços. (LÍDIA)*

*Quando já não tinha mais jeito de trabalhar, eu operei. Foi em setembro de 2002. Eu já não estava mais agüentando, eu chegava no serviço e logo em seguida tinha que sair da cozinha, não agüentava.*

*Eu tinha perguntado para o médico: Doutor, eu vou operar e ficar boa? “Você vai ficar boa.” Quantos dias eu posso voltar a trabalhar? “Em trinta dias você vai estar ótima”. Eu operei e fiquei pior ainda. Com dois meses de cirurgia eu ainda não conseguia fazer nada, sabe o que é nada mesmo? Nem comer sozinha eu conseguia.*  
(LÚCIA)

A seguir, o relato de um episódio agudo seguido de demissão:

*Eu estava trabalhando e sentia muita dor, não levava atestado porque eu pensava que era do rim, tomava chá, tomava remédio. Aí, um dia, eu deitei boa e não consegui levantar no dia seguinte. Meus filhos me levaram para o Mário Gatti (Hospital do SUS de Campinas) e depois eu fiquei tratando no ambulatório. Quando eu voltei a trabalhar, primeiro eles colocaram alguém pra me ajudar, mas foi pouco tempo, depois eles me mandaram embora.* (NEIDE)

Os dois depoimentos a seguir destacam-se pelo desencadeamento de acidentes de trajeto e, em um dos casos, o acidente de trajeto foi seguido de demissão:

*Num dos meus retornos ao trabalho, eu fui mandada para Campinas para fazer um treinamento pelo banco. Eu tinha muita dor e tomava muito remédio. Na hora em que saía para almoçar, fui atropelada por um ônibus. A culpa (grifo nosso) foi minha, que me distraí, e graças ao motorista do ônibus que eu estou viva. Ele bateu com o ônibus no meu braço porque conseguiu desviar a tempo. Fiz cirurgia para colocar pino e fios de aço, justamente no cotovelo esquerdo onde tinha a LER. Fiquei afastada desde então, porque a LER se agravou no braço onde ficou a seqüela do acidente e, em janeiro de 2005, fui aposentada por invalidez pelo INSS.* (CARMEM)

*Naquele período onde eu estava com muita dor, tomando Cataflan direto, eu sofri um acidente de bicicleta à noite, quando eu estava voltando para casa. Me ralei todo. Não sei como não morri. Fiquei afastado por um tempo mais longo. Quando voltei, eu ainda não estava bem, as dores tinham piorado. Eles me mandaram fazer um exame, no mesmo lugar que eu tinha feito o primeiro exame pedido*

*pelo ortopedista e tinha dado um problema, mas depois não deu mais nada. Acho que eles fizeram alguma coisa lá, porque: como poderia não dar mais nada se as dores tinham piorado? Quando eles viram que não tinha dado nada, eles me demitiram. (ARI)*

Em vários casos, o agravamento tem como desfecho a demissão:

*O meu caso foi se agravando. Veio também a hérnia lombar e foi ficando cada vez mais difícil. Começou uma dormência na ponta dos dedos, eu mal conseguia caminhar. Eu fiz uma tomografia e o médico falou que eu precisava operar. Aí, eles aproveitaram que o médico da empresa que acompanhava meu caso estava de férias, me passaram por outro médico e me demitiram. Foi uma conversa complicada com esse médico, eu não assinei o papel (o ASO)<sup>27</sup>, porque lá estava escrito que eu estava apto a trabalhar. Como assinar, se eu não estava. Eles me mandaram embora, deram baixa na carteira. Depois que o meu médico voltou de férias, eu falei com ele, ele falou com o chefe que eu não podia ser demitido, que tinha trabalhado mesmo doente. Não adiantou. Eles mandaram eu resolver na justiça. (TEOTÔNIO)*

*Um dia, quando eu já não agüentava mais tanta pressão, tanta ameaça de demissão, eu resolvi enfrentar e disse que a gente tinha direitos. Eu estava com muita dor, o supervisor sabia, o médico da empresa sabia, eu estava voltando de um afastamento de três dias que ele tinha me dado. O RH me chamou e disse que ia me colocar na lista dos que seriam demitidos. Eu disse: Se o senhor acha que deve, pra mim vai fazer falta, mas se o senhor quer... (ROSA)*

No relato seguinte, a demissão foi acompanhada de uma atitude de violência moral por parte do empregador:

*Como eu já não conseguia mais dar conta do serviço e o médico falou que eu precisava me afastar por um tempo maior pra fazer o tratamento, eu falei para a minha patroa que eu ia procurar o sindicato das domésticas para saber como fazer com o INSS. Minha patroa deu a maior força. Eu fui e eles me orientaram. Quando eu*

---

<sup>27</sup> Atestado de Saúde Ocupacional – relatório emitido pelo SESMT por ocasião do exame demissional.

*voltei, como ela tinha desconfiança em colocar outras pessoas, porque a casa ficava só com a empregada, ela disse que pagaria um salário mínimo pra eu fazer o tratamento e ir só de sexta-feira e ficar lá orientando a faxineira. Eu concordei, porque, na verdade, eu era registrada com menos do que eu ganhava e o pagamento do INSS ia ser menos também. Depois de uns dias, eles ligaram pra mim e pediram para eu levar minha carteira profissional. Eu nem desconfiei. Quando eu cheguei lá, meu patrão estava fazendo as minhas contas. Me pagaram o salário do mês e os trinta dias de aviso prévio, depois de onze anos de trabalho. Quando eu fui falar com minha patroa, ela falou que tinha contratado outra pessoa, que eu não estava dando conta do serviço e ainda me fez uma grande humilhação perguntando na minha frente para a menina que estava lá se ela tinha achado uma saia dela que tinha sumido, dizendo assim que eu tinha pegado a saia. Nunca mais me procuraram, nem um telefonema pra saber como eu estou passando. (DALVA)*

O desfecho é a demissão, entretanto, não é percebida pelo trabalhador como relacionada ao adoecimento:

*Eu não acho que foi por causa da doença que eu fui demitido. Foi uma encarregada nova de lá, eu tinha tido um problema com ela durante as férias, fora do trabalho, relativo à empresa, mas fora do local de trabalho. Quando eu voltei de férias, ela me viu como inimigo, não diferenciou o profissional do pessoal, me deu gancho de três dias e depois me demitiu. (CELSO)*

Na história a seguir, a demissão foi a pedido da trabalhadora já adoecida, entretanto, não houve a sensibilidade, por parte da chefia, em perceber esse adoecimento:

*A minha demissão não foi por causa da LER, fui eu que falei que queria ser demitida. Foi numa época que eles estavam demitindo muita gente. Eu comentava com as pessoas que eu queria ser demitida porque já não estava mais agüentando, eu estava ficando doente mentalmente. Eu brigava muito com a menina que trabalhava comigo, estava muito irritada com as dores, só que logo a gente estava conversando de novo. Acho que eles não queriam me demitir, mas hoje eu vejo que eles podiam ter visto que eu não estava boa e me dado um afastamento até melhorar. (MARIA)*

A procura pelo CEREST foi motivada pela recusa de abertura de CAT<sup>28</sup> pela empresa, pela necessidade de estabelecimento denexo causal para o INSS:

*Nem com aquela crise que fui parar no hospital o médico da empresa falou que era LER. Eu fiquei afastada pelo INSS por um tempo, mas, em seguida, eu recebi alta e não me sentia em condições de trabalhar. O perito disse que ia dar alta pra mim porque ele queria uma CAT. Aí, eu vim com a Dra. W., aqui da Saúde do Trabalhador. Ela falou com a empresa e eles abriram CAT. Quando o médico da empresa me encaminhou pra fazer fisioterapia, ele escreveu que era de origem ocupacional, então, quando a médica daqui falou com ele, que ele tinha que abrir CAT porque já tinha afirmado que meu problema era de lá (RAQUEL).*

*Como me demitiu, a empresa se negou a abrir CAT pra mim. A minha CAT foi aberta pela Saúde do Trabalhador depois de seis meses que eu tinha sido mandado embora. Quando nós<sup>29</sup> fomos lá na empresa fazer o nexo, a médica perguntou como que eu estava doente desde 1992 e eles não tinham ainda aberto a CAT. O CEREST me pediu a documentação da doença, mas eu tive que fazer nova, porque a que eu tinha ficou lá na empresa e eles não liberaram. Liberaram mais tarde, depois que eu entrei na justiça e o juiz pediu. Tudo para comprovar que eu estava doente. (TEOTÔNIO)*

*Depois de quatro, cinco meses que eu estava demitida, a minha vizinha, que também tem LER, viu num jornalzinho sobre a Saúde do Trabalhador e me falou. Eu vim e eles me mandaram no Ministério do Trabalho, falar com o Dr. Y. que estava de férias. Eu voltei lá depois de trinta dias e ele disse: “Se você tivesse vindo logo no outro dia que você foi mandada embora, eu poderia fazer alguma coisa, agora não posso fazer mais nada.” Ele falou então para eu voltar aqui e procurar a Dra W. Ela me atendeu, pediu vários exames, que não deram nada, mas ela disse que só apareceria mais tarde se eu continuasse no trabalho. A doutora abriu a CAT, mas o INSS aceitou como auxílio-doença e não como acidente de trabalho. O perito me*

---

<sup>28</sup> Comunicação de Acidente de Trabalho, também utilizada para notificar a doença ocupacional ao INSS.

<sup>29</sup> A equipe de vigilância do CEREST-Piracicaba, juntamente com o trabalhador.

*deu alta, e eu estou entrando com um requerimento (Pedido de Reconsideração de Alta) com uma carta da Dra. W. pra Perícia do INSS. (ROSA)*

*Quando aconteceu a demissão, eu fiquei muito nervoso, muito desesperado. Um amigo meu, que já era paciente da Saúde do Trabalhador, falou pra mim. Eu passei pela Dra. W, ela me consultou, me explicou da LER/DORT, abriu minha CAT, eu peguei a CAT e dei entrada no benefício do INSS. Faz dois anos que eu estou afastado. (CELSO)*

*Quando eles me demitiram, eu não sabia o que fazer, daquele jeito, com dor. Como eu ia arranjar outro emprego? Uma colega minha falou aqui da Saúde do Trabalhador, ela vinha aqui, e eu consegui uma consulta. O médico daqui me consultou, me afastou pelo INSS e abriu minha CAT. Isto faz tempo, foi em 1997. (NEIDE)*

*Quando eu estava fazendo os 30 dias, eu procurei o sindicato para fazer um tratamento dentário e encontrei um diretor que me disse: “Não, você não pode sair doente de lá”. Ele marcou pra mim consulta com a Dra. W. na Saúde do Trabalhador, que eu nem imaginava que existia, nunca tinha ouvido falar. Ela me consultou, me afastou, faltavam uns 2, 3 dias para acabar o aviso prévio. Ela abriu a CAT, a firma relutou um pouco, mas acabou assinando a CAT. O CEREST fez vistoria lá, eu vi as fotos, mas acho que não foi feito nexo causal até hoje. Ah! se eu recebo B.91 é porque tem nexo causal reconhecido? Não sei direito como isso funciona. Faz quase cinco anos que estou afastada. (WANDA)*

*Eu operei em setembro, quando foi no dia seis de janeiro eles ligaram na minha casa pra dizer que tinha chegado um aviso pra me dispensar. A firma é de São Paulo, então tudo é com a nutricionista. Eles não tinham aberto a CAT, eu tinha ficado afastada só por doença. Aí, eu falei pra essa nutricionista: Eu não vou assinar meu aviso porque eu estou com carta de afastamento. Ela falou: “tudo bem então”. Quando foi em fevereiro o INSS me deu alta, eu voltei pra empresa. Aí, eles queriam de novo me dispensar. Mas fiquei segura, porque era o mês do dissídio e eles não podem dispensar ninguém. Então eu tive que voltar a trabalhar, mas eu não estava*

*boa, sentia muitas dores, não conseguia fazer meu serviço e a nutricionista mandou eu procurar o médico que me operou. Eu marquei consulta e até o dia da consulta eu continuei trabalhando como podia. Ele falou: “Você não devia ter voltado a trabalhar, você está afastada do trabalho desde hoje”. Aí, ele escreveu uma carta para a empresa, falando do meu problema e pedindo para eles abrirem a CAT. Eles abriram. Não continuo fazendo o tratamento com o médico que me operou porque a empresa tirou meu convênio. Mas Deus é bom, quando ele fecha uma porta, ele abre outra, e eu vim aqui na Saúde do Trabalhador e a médica daqui me encaminhou pra fisioterapia da Prefeitura (SUS) e eu fiquei acompanhada por eles aqui. (LÚCIA)*

*Quando eu procurei o CRST, eu já estava trabalhando na padaria de um outro supermercado e tinha que entrar numa câmara de congelados com 20º negativos, sem roupa adequada. Este novo trabalho também me custava muito, doía, doía, eu já tinha ido no ortopedista, mas não adiantava nada. Eu vim então procurar a Dra. W. Eu tinha ouvido falar que ela era muito boa. Ela me atendeu bem, abriu minha CAT, me afastou do trabalho e me deu atestado para entrar pelo INSS. Só que eu fiquei com medo, não entreguei na empresa o atestado e não afastei. Logo depois, um belo dia, o gerente me chamou e pediu para eu assinar minha demissão. Alguém deve ter falado pra ele que eu tinha ido ao CEREST. Eu voltei com a Dra. W., ela abriu outra CAT e, aí sim, eu me afastei pelo INSS, faz dois anos isto. (MARIA)*

*Quando eu tive mesmo que afastar de uma vez, eles me enrolaram até para dar a CAT e não deram. Foi uma advogada amiga da minha irmã que me ajudou a me afastar pelo INSS. Eles só abriram a CAT porque a médica aqui da Saúde do Trabalhador pediu e o médico do trabalho de lá abriu. (LÍDIA)*

Os sintomas da LER/DORT e as limitações funcionais decorrentes trazem impactos importantes nas atividades da vida cotidiana. Os relatos mostram como a incapacidade invade os vários domínios da vida, das tarefas domésticas ao autocuidado e cuidado com os filhos, das atividades de lazer aos relacionamentos sociais e afetivos:

*Mesmo estando afastada, em casa, é minha filha que faz todo o serviço. Antes era eu que fazia tudo. A faxina de casa eu não consigo fazer de jeito nenhum. Se eu faço alguma coisa, à noite fica tudo dormente, eu preciso ficar mexendo (faz gestos de massagem no braço) para voltar. Os dedos ficam grossos, parece que a mão não quer acordar. Dói demais. A minha cama, como é alta, eu consigo estender, mas a da minha filha, só ela que estende. Cozinhar, eu até consigo, só que agora só faço coisas mais fáceis, uma abobrinha eu consigo cortar, uma abóbora eu não corto. Pra lavar a roupa, eu tive que comprar uma máquina, porque, aí, a roupa sai quase seca, não precisa torcer. Pra estender, eu deixo o varal bem baixinho e depois coloco um bambu para levantar. Eu fico chateada quando quero fazer alguma coisa e não consigo. Eu não choro porque não sou de chorar, mas fico bem triste. Esta dor é uma dor cansada, que não deixa você em paz! (NEIDE)*

*Na minha casa não faço mais limpeza como fazia. Meus filhos só usam roupa que não precisa passar e, as calças jeans, eles mesmos lavam. Não consigo torcer roupa. Eu tive que cortar os cabelos, porque não conseguia mais cuidar deles. Quebro muito copo e prato em casa porque falta força nas mãos. Eu comprei aquelas louças de criança, de plástico, que, mesmo que caia, não quebra. (DALVA)*

*Eu já quebrei muita coisa e ainda quebro. A mão incha e eu fico sem movimento. Eu sinto dores nas mãos. É lógico que não é daquele jeito que quando eu fazia o serviço lá, mas dói muito pra fazer qualquer coisa em casa. Outro dia eu comprei um litro de mel e quebrei, estava cheio. A impressão que eu tenho é que estou segurando firme, mas não estou, cai. Eu acho que tenho a força, o que eu não tenho é o controle da força. (WANDA)*

*Eu faço as tarefas da casa porque a minha mulher trabalha, mas tenho muitas dificuldades. Eu ponho a roupa na máquina para bater e torcer, mas pôr no varal, não tem jeito eu tenho que fazer. Eu só posso fazer isto uma vez por semana, se eu tiver que fazer mais vezes, não consigo. Se eu estou passando um pano na casa, ou varrendo, e começam as dores, eu paro, deixo lá e falo para a minha mulher que eu não tive condições. É uma dor muito forte, é uma dor lá dentro do osso, só tendo para saber o que a gente sente. (CELSO)*

*Se eu vou ao centro, pagar uma conta no banco, por exemplo, é uma dificuldade para ficar em pé no ônibus, quando ele está lotado, ou para ficar em pé na fila. Quando eu chego em casa, estou muito cansada. Não é como antes, não, que eu entrava na fábrica, só sentava para almoçar e não ficava cansada. Eu gosto muito de flor, antes eu carpia, arrumava o jardim, agora não consigo mexer nem dez minutos, tenho que parar. Outro dia eu fui tirar tiririca do jardim. Nossa! No dia seguinte amanheci ruim, com os braços que pareciam que eu tinha carregado saco de 100 kg. a noite inteira de tão pesados que ficaram e as mãos inchadas. (RAQUEL)*

*Até no banho meu marido teve que me ajudar. Foi uma humilhação terrível. Eu tenho muitas dificuldades até hoje para tomar banho, escovar dentes e pentear cabelo. Mesmo em casa eu tenho muita dor. Tudo que eu faço tenho dor. Se eu lavo uma louça, pouca louça, eu tenho dor. Está tudo comprometido, tudo cheio de pelote. Eu estava acostumada a trabalhar direto, então, começou a parte depressiva, entendeu, porque antes eu podia fazer tudo, e, agora, tudo que você vai fazer tem dor, e tem coisa que a gente nem consegue fazer. Eu não sei explicar direito, mas mexe muito com a gente. Tem dias que eu estou melhor, mas, se eu fico sozinha, até na rua, se eu começo a pensar como era a minha vida antes e como é hoje, eu começo a chorar sozinha. (LÚCIA)*

*É muito difícil você não conseguir mais cuidar de sua casa como antes. Eu não consigo, tenho que pedir para minha irmã ir a cada quinze dias dar uma faxina geral, completa. Ela lava os azulejos, esfrega o quintal, faz a limpeza pesada. Cozinhar eu consigo, porque é só uma panelinha para duas pessoas, eu e meu marido. Minha irmã me ajudou a comprar uma máquina de lavar roupa. É triste não conseguir nem ariar uma panela. Minha sobrinha consegue espelhar uma panela, e eu não consigo nem fazer o que faz uma menina de sete anos. Eu tinha cabelo comprido, vinha quase na cintura, mas, quando eu ia pentear, doía muito, lavar era um sofrimento, então eu cortei bem curtinho. (MARIA)*

*Minha filha tem cabelo comprido e, como ela só tem dez anos, eu que tenho que pentear, e, às vezes eu' tou penteando, e dá a dor. Não é toda a vez, mas, se dá a dor, eu tenho que dar uma parada, dar uma descansada, daí continuo. Ela entende, pega o seu brinquedo “o doutorzinho” e quer cuidar de mim. (RAQUEL)*

*Como sempre trabalhei fora, nunca fiz as tarefas da casa. Com a LER posso menos ainda. Mas isso não foi problema para mim. O pior, o mais difícil de agüentar, foi não conseguir cuidar de meu filho de um ano de idade, que ainda dependia muito de mim, e nem carregar ele no colo eu conseguia. Eu sempre gostei de fazer crochê, bordar, costurar. Hoje não consigo mais fazer. Eu às vezes tento começar algum trabalho, mas depois de dez minutos tenho que parar, a dor chega muito forte. A LER prejudicou também meu relacionamento familiar. Meus filhos eram pequenos, exigiam muito de mim, e eu não podia atendê-los. Até minha vida sexual ficou prejudicada, não sabia onde colocava os braços, doía por qualquer coisa. (CARMEM)*

*Minha filha é pequena, só tem dois anos, ela ainda quer muito colo e isto é uma coisa que não dá pra eu fazer. Então, eu levo na escolinha, e ela fica o dia inteiro lá, e isto é muito pra minha cabeça. Eu ando muito nervosa com isto. No ano passado, no aniversário da minha filha, em todas as fotos ela estava no colo do pai, porque meu braço... (chora). Eu não conseguia pegar nem uma bandeja, que dirá carregar minha filha. (ROSA)*

*Na minha vida pessoal, eu sinto muitas dificuldades. Coisas que eu gostava de fazer antes, como nadar, jogar futebol, não dá mais pra fazer. Quando a gente sente dor, a gente não quer ficar em lugar movimentado, então, eu me afastei um pouco dos amigos, da sociedade. Antes eu gostava muito de sair, de bater papo com os colegas, de uma pescaria, e fui deixando tudo por causa da dor que é insuportável. (CELSO)*

*Na minha vida com a família, as coisas mudaram. Uma coisa que eu sempre gostei muito foi de brincar com meus dois filhos, dois meninos, pegar eles no colo, abraçar com força, e já não dava mais pra fazer. Meus filhos são maravilhosos, entenderam a minha*

*doença. A mulher às vezes parecia não compreender, tivemos momentos muito difíceis, porque, entre nós, mudou muito também.*  
(ARI)

*Eu cheguei a me separar por causa da LER. Meu marido é uma pessoa de estilo antigo, daqueles homens que querem a comida no prato, a roupa na mão, que a mãe fazia tudo e você também tem que continuar fazendo. Eu fazia, agora não dá mais. Nós acabamos voltando.* (WANDA)

Os protocolos terapêuticos de LER/DORT enfatizam a importância do diagnóstico precoce e do afastamento do trabalho para os trabalhadores sintomáticos. Mesmo os casos mais leves, para os quais se considera ser desnecessário o afastamento do trabalho, os pacientes devem ser remanejados para atividades isentas de sobrecarga mecânica, ao mesmo tempo em que se implementam as medidas corretivas dos fatores causais.

Mesmo com o diagnóstico das afecções específicas e a identificação mais precisa possível das estruturas afetadas, os esquemas clássicos de tratamento, quando aplicados de forma isolada para cada tipo de entidade nosológica, parecem não resolver, porque outros grupos musculares são solicitados para evitar a exacerbação do quadro doloroso, o que resulta em dores difusas e inespecíficas.

A presença de desequilíbrios emocionais é frequentemente notada devido a fatores gerados por situações especiais de trabalho ou como repercussões do adoecimento, em especial nas situações de afastamento do trabalho e com o estabelecimento de relações sociais discriminatórias.

Os vários tratamentos descontínuos e desarticulados entre os médicos, fisioterapeutas e psicólogos que atuam nos casos, apresentam-se pouco resolutivos, acarretando na necessidade de prolongamento do afastamento do trabalho. Como resultante dessa dinâmica percebe-se a institucionalização dos trabalhadores nos serviços que proporcionaram melhor acolhimento:

*Eu fiz e continuo fazendo muito tratamento, fisioterapia, acupuntura, acompanhamento psicológico, terapia em grupo, Grupo de Apoio no CEREST, e sempre tomando remédio. Eu tomo muito antiinflamatório, Cataflan, eu acho que tomo pelo menos duas vezes por semana. Fazendo tratamento, eu melhora, quando não faço fisioterapia e acupuntura, eu pioro. (RAQUEL)*

*Nesses quatro anos que estou afastada, não fiquei um dia sem dor, por isso eu tomo muito remédio. Já fiz muita fisioterapia, e nada. Eu sinto uma dor desesperada na nuca. Esta semana mesmo eu fiquei internada. Eu acho que estou prejudicando meu estômago de tanto tomar antiinflamatório. Eu tomo também calmante para conseguir dormir. Toda vez que vou passar pelo perito do INSS eu tenho que levar a prova de que faço tratamento aqui na saúde do trabalhador. (WANDA)*

*Eu não tomo mais remédio, chega, cansei. Só faço fisioterapia e acupuntura, duas vezes por semana. Se não fossem esses tratamentos, acho que não ia agüentar, ia enlouquecer. (TEOTÔNIO)*

*Eu estou cansada, faz dez anos que eu faço tratamento. Já fiz tudo que você possa imaginar, com pouco resultado. Já tomei muito remédio. Atualmente estou com um ortopedista de Campinas, faço acompanhamento com a psicóloga e faço fisioterapia. O médico me orientou a procurar uma atividade física leve, permanente, ioga talvez, ainda não me decidi. Tomo ainda medicamento para dor, não todos os dias, somente quando vejo que não vou conseguir agüentar. (CARMEM)*

*Faz quatro anos que estou em tratamento. Agora, só com a médica da Saúde do Trabalhador. Ela me encaminha para a fisioterapia do SUS. Sem fisioterapia, piora, e eu tenho que tomar mais remédio. Eu estou com o psiquiatra do Posto e tomo o remédio que ele dá. Acho que já melhorei um pouco. (LUCIA)*

As atitudes discriminatórias para com as pessoas com incapacidades são uma importante vertente de análise na temática da incapacidade com consistente contribuição das Ciências Sociais (SUSMAN, 1994:15).

As atitudes discriminatórias e os estigmas<sup>30</sup> estão relacionados com as normas sociais e os padrões de conduta valorizados pela sociedade. Para os teóricos adeptos de uma visão sociopolítica da incapacidade, não são as deficiências e as limitações funcionais os maiores problemas enfrentados pelas pessoas com incapacidades, mas as respostas sociais negativas a eles dirigidas.

Na trajetória de incapacitação por LER/DORT ficou evidenciado o problema das atitudes discriminatórias vivenciadas pelos adoecidos. As atitudes sociais de negação da doença buscam transformar as expressões de sofrimento e incapacidade dos adoecidos em comportamentos de simulação e obtenção de ganhos financeiros secundários.

O não-reconhecimento da LER/DORT como doença ocupacional está vinculado à legitimidade e à permanência das formas contemporâneas de organização da produção e do trabalho, que estão resultando em precarização do trabalho, em diminuição dos postos de trabalho, em intensificação dos ritmos de trabalho, em sobrecarga e desgaste dos trabalhadores.

No entanto, as atitudes discriminatórias ocorrem em âmbito ampliado. Não são apenas as empresas, os médicos de empresa e os peritos do INSS, para os quais haveria motivações econômicas e institucionais, que resistem em reconhecer a origem ocupacional das LER/DORT, mas também a família, os amigos, os colegas de trabalho e a sociedade em geral parecem negar ao paciente a veracidade do seu adoecimento e sofrimento.

Na visão de LIMA e OLIVEIRA (1995:150), os discursos de negação da doença apresentam à pessoa com incapacidades por LER/DORT um contexto social desconfirmador que contribui para o agravamento do sofrimento emocional causado pela convivência constante com a dor e com as limitações funcionais para a vida e para o trabalho:

*A complicação maior desta doença na minha vida é o não-entendimento lá de casa. Com todos os documentos médicos que tenho que provam a minha doença, na minha casa sou visto*

---

<sup>30</sup> A obra clássica de Ervin Goffman “*Stigma*” aborda o problema em relação aos portadores de deficiência na sociedade americana.

*como uma pessoa que não trabalha porque não quer. Minha mulher fala que eu tenho uma saúde de ferro. Isto, pra mim, é muito dolorido, mais dolorido até que a própria doença.* (TEOTÔNIO)

Esse contexto de desconfirmação da incapacidade por LER/DORT apóia-se fundamentalmente na difusão de idéias de simulação ou exagero da sintomatologia, que se expressam em denominações populares preconceituosas da doença percebidas em escala mundial, tais como *migrant arm* (braço de imigrante) ou *Kangoo paw* (pata de canguru) utilizadas na Austrália, ou *lerdeza* e *tenopreguicite*, usadas no Brasil (MAGALHÃES, 2003).

SATO (2003) acredita que o problema da discriminação encontra reforço no paradigma positivista da medicina, pois a invisibilidade da LER/DORT no corpo, ou seja, a inexistência aparente de uma deficiência que possa ser identificada por um observador externo, leva a seu descrédito nas relações sociais:

*Foi difícil conviver com as outras pessoas depois da LER. Como essa é uma doença que, olhando assim pra gente, ninguém fala que a gente está doente, as pessoas olham assim pra gente: “ah! essa aí não tem nada, ela está mentindo pra poder não trabalhar”. Eu acredito que quem realmente está doente e gostava muito de trabalhar sofre bastante, porque uma coisa é a gente ganhar o dia-a-dia com o suor da gente, outra coisa é a gente ficar assim praticamente um... a gente se sente um parasita, a gente se sente mal, não se sente bem mesmo. Às vezes eu pensava que era melhor ter um câncer, porque a gente faz quimioterapia, cai o cabelo e aí todo mundo acredita que você está doente.* (RAQUEL)

*As pessoas não acreditam muito e eu fico triste. Os meus vizinhos também acham que é graça, eles não acreditam, eles imaginam assim: “ela está forte”. Tem uma amiga minha, que trabalhou comigo, ela não acredita muito não. Ela fala assim pra mim: “Isto aí é porque as pessoas querem encostar”. Acho que só acredita mesmo quem já passou por isto, aí sabe sim como a gente fica. Quem não sabe, não acredita, acha que é graça. Eu não fico mais chateada quando os outros não acreditam. Não quer acreditar? Paciência! Meus filhos mesmo, eles não acreditam totalmente que eu não posso,*

sabe? “Ah! Mãe, faz isso”. “Eu não posso que meu braço dói muito!” “Ah! Mãe não é assim também”. Eles não acreditam muito, tem horas que a gente fica um pouco desesperada, estava acostumada a fazer tudo, não depender dos outros, e agora chega neste ponto...(NEIDE)

No depoimento a seguir fica evidente a diferença de comportamento dos amigos e colegas de trabalho diante dos diferentes eventos sofridos pela paciente: o adoecimento por uma doença crônica “invisível” é recebido com descrédito e o acidente de trajeto, com lesões traumáticas visíveis, acentuadas pela colocação da placa de platina, o engessamento, a tipóia e cicatrizes cirúrgicas, desencadeia reações de acolhimento:

*Os parentes e os amigos, aqueles que não têm LER, não acreditam. Eles fazem muita piadinha: “Será mesmo que dói tanto? Será que você não quer mesmo é ter uma folga? Até eu...” Os comentários no banco, dos colegas, eram os piores possíveis, porque aparentemente não tínhamos nada. Meu médico costumava dizer que quando a LER começa a aparecer é porque nos tornamos inválidas. Quando aconteceu o atropelamento, eu recebia telefonemas do banco, lembranças e melhoras dos amigos. A partir do momento que não voltei mais a trabalhar por causa da LER, sumiram todos.*  
(CARMEM)

O isolamento do convívio social parece ser a atitude de defesa tomada pelos lesionados diante de um meio social no qual são desacreditados e vistos como aproveitadores e que, portanto, lhes é hostil:

*Os amigos não entendem a nossa doença, eles vêem a gente saudável e forte por fora e falam: “Esse cara está enganando todo mundo, ele não tem nada”. Eu já cortei vários amigos por causa disto. Eles não falam na frente, mas, aí, você ouve comentários dos outros: “Fulano estava falando que você não tem nada, que está bem e não quer trabalhar”. Eu sei que eles falam porque estão por fora, não entendem a doença, mas achei melhor me afastar.*(CELSONO)

A invisibilidade da LER/DORT, no entanto, é apenas imediata, pois, segundo os médicos experientes no atendimento da doença, no exame clínico, a sensibilidade tátil do examinador permite que eles percebam as alterações anatômicas. Contudo, é insuficiente para fazer frente à valorização da objetividade do paradigma científico dominante. Essa valorização da objetividade é de tal forma hegemônica que induz a conduta médica de encaminhar os pacientes com regularidade a exames tecnológicos de alto custo, tais como, ultrassonografia e ressonâncias magnéticas, para atestar a veracidade dos adoecimentos, sendo insuficiente a apresentação dos sintomas e queixas, colocando em dúvida a percepção do trabalhador sobre seu próprio corpo.

A crença na objetividade dos exames de imagem vai determinar a realidade da assistência em saúde e da proteção previdenciária dos trabalhadores adoecidos porque ao se acreditar que eles sejam simuladores, as suas falas serão sempre colocadas em dúvida e haverá sempre a busca em testá-los, procurando *a priori* indícios de falsidade e simulação.

Essa racionalidade é verificada também no senso comum, mas encontra reforço na literatura técnico-científica, como mostra o estudo de QUITNER (1995) sobre o debate técnico ocorrido na Austrália nos anos 1980, resultante das pressões sociais realizadas por empregadores e seguradoras, após a epidemia de LER no país. No período, houve uma intensa polêmica em torno da questão, com comentários de alta subjetividade que oscilaram entre a simpatia extrema para com os lesionados e a sua crítica pejorativa e preconceituosa.

Na visão do autor, isso ocorreu porque a medicina australiana omitiu-se em reconhecer a LER, nos anos 1970, como um importante problema de origem ocupacional e deixou que a problemática fosse levada para as salas de consultoria privada, com outros interesses que não os de saúde, o que afetou profundamente as relações entre os médicos e os pacientes.

A idéia de simulação dos trabalhadores, em especial das trabalhadoras imigrantes, foi considerada como uma estratégia de obtenção de benefícios previdenciários. Tratava-se de um esteriótipo, que tinha raízes raciais históricas na Austrália, e que já havia sido associado anteriormente aos problemas de coluna. Porém, para os casos de LER, ganhou suporte da literatura médica australiana. Dentre os estudos australianos destacaram-

se os de AWERBUCH (1985, apud QUINTNER, 1995), o criador do termo *Kangoon paw*, que descreve a LER como uma epidemia local, e os de LUCIRE (1988, apud QUINTNER, 1995), que defende a doença como psicogênica, relacionada a quadros de personalidade ansiosa, inseridos em condições estressantes que levam seus portadores a demonstrarem comportamentos simbólicos de dor por serem incapazes de reelaborar a angústia básica desses comportamentos.<sup>31</sup> A citada autora critica o amparo legal dado pelo Estado aos adoecidos, dizendo que eles estariam incluídos no mesmo “pote de mel” das doenças verdadeiramente relacionadas ao trabalho e indicando como solução para a redução dos afastamentos do trabalho a supressão do direito à compensação dos danos.

Com base na difusão dessas idéias, várias práticas de gerência discriminatórias foram aplicadas aos adoecidos, principalmente às trabalhadoras imigrantes, e muitas táticas foram utilizadas para livrar as empresas dos trabalhadores por ela incapacitados:

*“No âmbito das perícias médicas das seguradoras previdenciárias a velha ideologia da culpabilização das vítimas, muito utilizada para com os acidentes de trabalho, ressurgiu na epidemia australiana de LER. Os peritos se comportaram como “policiais médicos” e o objetivo era de forçar os trabalhadores a voltarem ao trabalho, a despeito da dor e da incapacidade. Além disso, os médicos peritos contratados pelas seguradoras privadas queriam obter evidências que poderiam exonerar os empregadores da responsabilidade pelas condições de trabalho. Esses interesses eram buscados a qualquer custo e refletiram na realização de técnicas grosseiras de exame, de assédio moral e sexual às lesionadas, de tal modo que as associações de portadores criaram a estratégia de fornecerem acompanhantes para a realização dos exames periciais das seguradoras (QUINTNER, 1995:260).”*

---

<sup>31</sup> Ver as teorias explicativas das LER/DORT focalizadas nas características individuais, apresentadas nas págs.150-151.

Na expressão dos trabalhadores brasileiros pudemos perceber similitudes de comportamento nos médicos-peritos do INSS:

*As perícias sempre foram para mim um martírio. Os peritos tratam a gente muito mal. Eles perguntavam para mim, por exemplo, o que estava acontecendo no B. que ninguém queria mais trabalhar, insinuando que nós éramos folgados, que nos outros bancos não tinha isso. Teve um perito que até perguntou se não era o serviço de casa que estava prejudicando, e não o do banco. Uma das vezes que eu fiquei afastada, estava ainda com muita dor e tive alta novamente, o perito do INSS não me examinou, desconsiderou a carta do meu médico, apenas olhou pra mim e disse: “Você está ótima, corada, bem disposta, com cara ótima.” (CARMEM)*

*Eu sempre morri de medo de entrar pelo INSS. Ter que entrar no INSS pra mim foi horrível, porque a gente ouvia falar tanto mal, que levava três a quatro meses pra receber. O próprio médico do trabalho da empresa falou que, com o que a gente recebia, não dava nem pra comprar uma cesta básica. Eu chorei muito quando tive que afastar pelo INSS. Eu tinha medo de ter problemas de dinheiro, mas não tive, o salário não foi menos, não atrasa, nunca faltou, só no primeiro mês que demorou, mas eu recebi tudo depois. Mas a gente ter que se afastar é humilhante por causa do atendimento do INSS, que é muito ruim. Desde a recepção, eles parecem que não' tão nem aí com a gente, cada um fala uma coisa, deixa a gente perdida. Teve perito que só faltou bater em mim dentro da sala. Ou, então, eu que fiquei com uma vontade muito grande de levantar e sentar a mão na cara dele pelas barbaridades que eles falam pra gente. Eles gritam, eles rasgam o atestado médico e praticamente jogam na cara da gente. Acho que nem um cachorro vira-lata que entrasse na minha casa eu tinha coragem de fazer o que os peritos fazem com a gente. (RAQUEL)*

*Eu passo por perícia a cada dois, três meses. Já fiz perícia lá no INSS e nos consultórios (credenciados). Teve um perito lá do INSS que foi muito ruim, ele ficou xingando, maltratando, minha pressão foi pra 20 e ele nem me falou. Eu saí de lá me sentindo mal e nem sabia que era a pressão que tinha subido, só quando eu passei na*

*próxima perícia que o outro perito falou: “Vamos ver a pressão da senhora, baixou um pouco, está 16, porque a senhora estava com 20 de pressão na última vez, a senhora precisa ver isto.” Esse foi bonzinho, me tratou bem. Eu já passei também por um perito, no consultório, bem bravo, que me falou assim: “A senhora sabe que no Brasil tem um milhão de pessoas que têm o mesmo problema que a senhora e não recebe benefício? A senhora sabe que a senhora pode perder o benefício?” Aí eu falei: mas, doutor, eu não consigo trabalhar. Ele falou: “Ih! Tem muita gente que está sem serviço e está vivendo!” Passar pela perícia é muito ruim, a gente já chega lá tremendo, a gente não sabe o que vai encontrar. (NEIDE)*

*Passar pela Perícia do INSS é ter que provar uma dor que só você sente, que não tem como, e que o médico perito não acredita de cara, desconsidera o que você fala, a carta do seu médico, os exames, tudo. Ele te humilha muito. Teve um perito que perguntou pra mim se eu sabia o que era 171. Eu disse que sabia, aí ele falou: “Você sabe que tanto você quanto sua médica estão sendo estelionatárias porque ela está pedindo aposentadoria por invalidez pra você e você entrou aqui com suas próprias pernas, seus próprios braços, você não é inválida. Então, isso que vocês estão fazendo é 171, é estelionato. Nesse dia eu tive que ser internada, estava com 18 por 11 de pressão, eu fiquei horrorizada. Ele falava essas coisas e muito mais e não me deixava responder. A perícia é um trauma violento pra gente. Um mês antes eu já fico depressiva, pensando no que vou ter que agüentar. (WANDA)*

Alguns trabalhadores, devido aos relatos de outros trabalhadores de maus-tratos por parte da Perícia Médica do INSS, vivem momentos de expectativa e muita tensão no período que antecede as avaliações periciais, porém, colocam não terem vivido nenhuma experiência desagradável nesses relacionamentos:

*Eu tenho sorte, só peguei médico perito bom no INSS. Eu sei que tem gente que sofre muito com os peritos de lá, mas eu tive sorte. (LÍDIA)*

*Com os peritos do INSS, não tive problemas, eu levo os exames que fiz quando comecei a tratar aqui e os atestados do Dr... Sei que não vou ficar pra sempre afastada, mas quero trabalhar em alguma coisa que não force tanto os braços como o serviço de doméstica.*  
(DALVA)

*Eu nunca tive dificuldades com os peritos do INSS. Eles me deram um atestado de incapacidade para o trabalho, e eu estou afastado desde 2002. Eu tenho 33 anos de INSS pago, faltam dois anos pra completar, e eu não acho justo a gente lutar tanto pra conseguir uma aposentadoria por mérito e aí ter que se aposentar por invalidez. Inclusive o perito do INSS disse que tava me dando o documento da incapacidade por mérito meu, ele foi uma pessoa muito legal.*  
(TEOTÔNIO)

*Eu nunca tive problema com médico perito. Mas, como o pessoal começa a contar que foi maltratado, que eles chegam a ofender com palavras, você fica imaginando que também pode acontecer com você e, aí, fica nervoso. Mas eu não tive problemas, graças a Deus. Nenhum médico nunca desconfiou que eu não tinha o problema.*  
(CELSO)

Nos relatos dos trabalhadores humilhados e agredidos moralmente pelos médicos-peritos torna-se explícito o entendimento desses profissionais de que os pacientes exageram nas queixas, simulando suas doenças e incapacidades para serem compensados financeiramente pela Previdência Social.

OLIVEIRA (2000), por exemplo, afirma que os trabalhadores alegam grau elevado de sofrimento e incapacidade, desproporcional aos sinais “objetivos” encontrados nos exames, não esclarecendo, entretanto, se seriam os exames físicos ou os exames de diagnóstico por imagem:

*“... o aumento da prevalência das queixas de dor crônica, principalmente as relacionadas ao trabalho, em uma época de melhoria acentuada das condições de trabalho (grifo nosso), e do aumento da longevidade é intrigante” (OLIVEIRA, 2000:2).*

Para o autor, trata-se unicamente de simulação, cuja motivação do simulador seria o ganho secundário obtido pela condição de doente, como por exemplo, *“a liberação social da responsabilidade de trabalhar pela situação de incapacidade, onde a sociedade aceita arcar com o ônus através da previdência social, expressada em licenças médicas, benefícios e aposentadorias”* (OLIVEIRA, 2000:4). A simulação é definida por ele como *“um comportamento consciente onde o indivíduo escolhe os momentos e os locais certos para agir de modo a parecer doente, abastecendo-se dos sintomas da vida diária como fadiga, dor de cabeça, dolorimentos musculares e das doenças da moda como LER/DORT”* (OLIVEIRA, 2000:4).

TREVISOL-BITTENCOURT e colaboradores (2001) apresentam a simulação como um estado resultante da combinação de riqueza sintomatológica com pobreza semiológica e colocam que esta condição está muito presente nas atividades médicas periciais do INSS de avaliação da incapacidade *“onde o paciente não está em busca de um diagnóstico que oriente um tratamento, mas de um benefício que julga ter direito (grifo nosso) e onde o médico-perito é interpretado como um obstáculo, de onde se estabelecem os conflitos da relação”* (TREVISOL-BITTENCOURT et al, 2001:5).

MAENO (2001:13) não concorda com as análises de simulação, fingimento ou má-fé dos trabalhadores e acredita que elas têm objetivos econômicos, ligados aos interesses de empresas e seguradoras. Em sua experiência clínica com pacientes de LER/DORT, observa que estes procuram esconder ao máximo seus sintomas, em especial das chefias e médicos das empresas, para evitar a discriminação e, o que é mais importante, o risco da demissão.

Para a autora, a difusão das idéias de simulação não considera as relações de trabalho e a sobrecarga do sistema músculo-esquelético dos trabalhadores em inúmeras funções e atividades, nem tampouco as reações de intolerância e rejeição das empresas por ocasião do retorno ao trabalho dos trabalhadores lesionados.

Na polarização entre a veracidade da incapacidade por LER/DORT e a simulação dos adoecidos, consideramos elucidativa a pesquisa realizada por VERTHEIN e MINAYO-GOMEZ (2000:11) com os médicos-peritos do INSS do Rio de Janeiro. Os

autores constataram que as bases neurológicas e psiquiátricas das teorias de predisposição individual, as quais, como mencionado anteriormente, contrariam as abordagens epidemiológicas e ergonômicas da LER/DORT como doença ocupacional, são utilizadas pela instituição para a recusa persistente de nexos causais dos casos periciados, descaracterizando o componente trabalho na sua geração.

O trabalhador simulador, definido como “*aquele que finge para não trabalhar*”, aparece também com frequência nos discursos dos médicos-peritos para a negação do nexo causal e dos benefícios por incapacidade, uma vez que eles acreditam que a concessão está sendo manipulada pelos trabalhadores, com a cumplicidade de seus médicos-assistentes, para enfrentar a crise econômica e social provocada pelo desemprego.

Assim sendo, as teorias de psicossomatização e simulação servem de subsídio às estratégias institucionais de regulação econômica para a redução de custos com benefícios por LER/DORT, sendo os médicos-peritos os executores centrais destas medidas:

*“A utilização desses subsídios, considerados validados cientificamente, têm uma dupla operacionalização: servem a descaracterização do nexo-causal atendendo a demanda institucional de redução dos custos com doenças do trabalho, mas servem também a construção de um sujeito-doente, que mesmo sendo reconhecido como portador de vários diagnósticos, não tem o seu processo de adoecimento e incapacidade associados ao seu histórico profissional” (VERTHEIN e MINAYO-GOMEZ, 2000:11).*

Os autores chamam a atenção para a alta frequência de diagnósticos de doenças degenerativas em trabalhadores na faixa de 35 a 45 anos, reconhecidos pelo INSS, demonstrando o deslocamento dos referenciais de causalidade das LER/DORT, presentes nos processos de trabalho, para elementos denominados nos laudos médicos dos peritos como “dados subjetivos em LER”, havendo, portanto, uma caracterização de um “sujeito-doente em LER” fixada no (pré) conceito de uma natureza mórbida, tipologicamente codificada como ansiosa, tensa, obsessiva, histérica etc., que estaria sendo generalizada a

todos os lesionados, ou ainda, de uma natureza simuladora das pessoas que se fingem de doente para não trabalhar (VERTHEIN e MINAYO-GOMEZ, 2000:17).

Trata-se, portanto, de uma polêmica que extrapola a discussão diagnóstica da LER/DORT, uma vez que o objetivo maior é o de descontextualizar, no processo de estabelecimento da enfermidade, os fatores biomecânicos e psicossociais na produção do adoecimento, legitimando a permanência da precariedade dos processos de trabalho e da irracionalidade da busca pela competitividade e produtividade sem limites.

#### 4.1- O perfil do grupo estudado

Com a finalidade de melhor compreender a trajetória de adoecimento e incapacitação dos trabalhadores entrevistados, situando os conteúdos de sua expressão, levantamos em seus prontuários médicos alguns dados que possibilitassem a composição de um perfil do grupo estudado. Cabe ressaltar que, para a concepção sociomédica da incapacidade, desenvolvida no capítulo 1 e que fundamenta este estudo, as características demográficas, natureza e duração da incapacidade e contextos ambientais de trabalho são fatores importantes na determinação da incapacidade e da desvantagem social. Os dados levantados foram organizados em quadros e apresentados a seguir:

**Quadro A-** Trabalhadores adoecidos por LER/DORT, segundo a idade, o sexo, a escolaridade, a ocupação e o ramo de atividade.

<b>Trabalhadores<sup>32</sup></b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Ramo de Atividade</b>
TEOTÔNIO	49	M	2º Grau	Soldador	Metalúrgico
WANDA	49	F	1º Grau	Ajudante de Produção	Indústria Cerâmica
NEIDE	48	F	1º Grau	Lavadeira	Hotelaria
RAQUEL	48	F	2º Grau	Ajudante de Produção	Alimentício
CARMEM	44	F	Superior	Bancária	Bancário
LÍDIA	44	F	1º Grau	Copeira	Hospitalar
DALVA	42	F	1º Grau	Empregada Doméstica	Trabalhador Doméstico
MARIA	41	F	2º Grau	Caixa	Supermercados
LUCIA	38	F	1º Grau	Cozinheira Industrial	Administração de Restaurantes
CELSO	34	M	2º Grau	Ajudante de Produção	Alimentício
ARI	33	M	2º Grau	Masseiro	Alimentício
ROSA	28	F	2º Grau	Auxiliar de Telefonia	Serviços Telefônicos

No Quadro A, podemos observar que o grupo de trabalhadores entrevistado encontra-se na faixa economicamente ativa da população, em idades que variam de 28 a 49 anos, idade média de 40 anos, o que reforça a afirmativa de que os custos sociais da incapacidade por eventos causados pelo trabalho são altos, uma vez que as perdas com os acidentes e adoecimentos não apenas representam ônus para a Previdência Social (benefícios) e o SUS (assistência médica), mas também porque esses trabalhadores são precocemente retirados do mercado de trabalho, deixando de contribuir para a produção econômica coletiva nacional.

Observamos que há predominância, mas não exclusividade, das mulheres no grupo dos adoecidos (82% X 18%), decorrente das formas de inserção social dos trabalhadores(as) no modelo econômico capitalista de produção e da distribuição do trabalho feminino no Brasil por ocupações e ramos de atividades, demonstrando a existência de uma divisão sexual do trabalho a partir da construção social de práticas e relações de trabalho operada pelo capital dentro do espaço fabril e dos serviços: as

<sup>32</sup> Os nomes utilizados são fictícios para preservar a identidade dos entrevistados.

atividades de concepção ou baseadas em capital intensivo (máquinas e equipamentos) são preenchidas pelo trabalho masculino e as que requerem menor qualificação, mais elementares e baseadas no trabalho repetitivo, são destinadas às mulheres trabalhadoras (ANTUNES, 2005).

Quanto à escolaridade, não há disparidade entre as porcentagens (46% X 54%) dos que cursaram o 1º e o 2º Graus e apenas uma trabalhadora com curso superior, pertencente ao setor bancário, no qual o nível de escolaridade superior é exigência de recrutamento. Essa situação vem sendo alterada pela nova morfologia do trabalho após a reestruturação produtiva das empresas: a escolaridade passa a ser um recurso de seletividade e não das qualificações exigidas pelas tarefas.

**Quadro B-** Trabalhadores adoecidos por LER/DORT segundo o tempo de empresa, o tempo de afastamento do trabalho e a situação empregatícia e previdenciária.

<b>Trabalhadores</b>	<b>Tempo de empresa<sup>33</sup></b>	<b>Tempo de afastamento<sup>34</sup></b>	<b>Situação empregatícia e previdenciária</b>
CARMEM	19 anos	5 anos	Aposentado(a) por Invalidez
TEOTÔNIO	14 anos	3 anos	Desempregado(a) com Benefício (B.91)
MARIA	13 anos	3 anos	Desempregado(a) com Benefício (B.31)
RAQUEL	11 anos	3 anos	Empregado(a) com Benefício (B.91)
DALVA	11 anos	2 anos	Desempregado(a) com Benefício (B.31)
ARI	10 anos	4 anos	Desempregado(a) com Benefício (B.91)
LÚCIA	9 anos	3 anos	Empregado(a) com benefício (B.91).
CELSO	8 anos	2 anos	Desempregado(a) com benefício (B.91)
LÍDIA	6 anos	3 anos	Empregado(a) com benefício (B.91)
ROSA	5 anos	1 ano	Desempregado(a) com benefício (B.31)
NEIDE	5 anos	4 anos	Desempregado(a) com benefício (B.91)
WANDA	1 ano	4 anos	Empregado(a) com benefício (B.91).

<sup>33</sup> Até a data do último afastamento do trabalho

<sup>34</sup> Até a data da entrevista

No Quadro B, observamos que os trabalhadores permaneceram trabalhando por muito tempo, na mesma empresa, até o afastamento definitivo do trabalho. O tempo médio do grupo foi de nove anos. Quanto ao afastamento do trabalho, o tempo médio é alto, três anos, o que pode ser explicado pelo longo período de exposição aos fatores causais, levando à maior gravidade da enfermidade e intensificando as relações de incapacidade. A totalidade do grupo não passou pelo programa Reabilita do INSS.

**Quadro C-** Trabalhadores adoecidos por LER/DORT segundo a origem da incapacidade, os diagnósticos, o tipo e a natureza da incapacidade, os tratamentos realizados e os exames complementares.

<b>Demandantes</b>	<b>Origem</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>Tipo/ Natureza</b>	<b>Tratamentos</b>	<b>Exames Complementares</b>
RAQUEL	DP	-Síndrome do túnel do carpo -Tendinite de bíceps -Hérnia de disco cervical	Física/ Crônica	-Ortopedia -Fisioterapia -Acupuntura -Psiquiatria -CEREST -Grupos de Apoio	-RX de coluna -ENMG <sup>35</sup> -Ressonância Magnética
ARI	DP/ AT de Trajeto	-Síndrome do túnel do carpo -Tendinite do supraespinhoso -Neuropatia do nervo mediano D	Física/ Crônica	-Ortopedia -Fisioterapia -CEREST -Grupos de Apoio	-Ultra-som -ENMG -Ressonância Magnética
CELSO	DP	-Epicondilite D -Tendinite do supraespinhoso -Lesão no menisco D	Física/ Crônica	-Ortopedia -Fisioterapia -Acupuntura -CEREST -Grupos de Apoio	-Ultra-som -ENMG -Ressonância Magnética
TEOTÔNIO	DP	-Hérnia de disco cervical -Tendinite de bíceps -Epicondilite -Tendinite do supraespinhoso	Física/ Crônica	-Ortopedia - Fisioterapia -Acupuntura	-RX <sup>36</sup> de coluna cervical e lombar - ENMG -Ressonância Magnética
CARMEM	DP/ AT de Trajeto	-Cervicobraquealgia -Tendinite calcificada do Supraespinhoso -Cisto Sinovial -Tendinite pós-traumática cotovelo E	Física/ Crônica	-Ortopedia -Fisioterapia -Acupuntura -Psicologia -Cirurgia -Grupos de Apoio	-Ultra-som de ombros, cotovelo e braços -ENMG
LÍDIA	DP	-Tenossinovite -Síndrome do túnel do carpo -Tendinite do supraespinhoso	Física/ Crônica	-Ortopedia -Fisioterapia -Cirurgia -Acupuntura	ENMG
ROSA	DP	-Síndrome do túnel do carpo -Epicondilite -Tendinite do supraespinhoso	Física/ Crônica	-Ortopedia -Fisioterapia -CEREST	-Ultra-som

<sup>35</sup> Eletroneuromiografia (ENMG).

<sup>36</sup> Radiografia

LÚCIA	DP	-Tenossinovite -Síndrome do túnel do carpo	Física/ Crônica	-Ortopedia -Fisioterapia -Cirurgia	-Ultra-som -Ressonância Magnética
MARIA	DP	-Cervico-braquealgia bilateral -Síndrome do túnel do carpo	Física/ Crônica	-Ortopedia -Fisioterapia -Psicologia -Acupuntura	-ENMG -Ressonância Magnética -Tomografia coluna cervical
WANDA	DP	-Neuropatia compressiva do nervo mediano à direita -Síndrome do túnel do carpo -Hérnia de disco cervical	Física/ Crônica	-Ortopedia -Neurologia -Acupuntura -Psicologia -Fisioterapia -CEREST -Grupos de Apoio	-ENMG -Ressonância Magnética -Tomografia coluna cervical
NEIDE	DP	-Cervicobraquealgia -Síndrome do túnel do carpo -Tendinite do supraespinhoso	Física/ Crônica	-Ortopedia -Fisioterapia -CRST -Psicologia -Grupos de TO <sup>37</sup>	-Ultra-som -RX de ombro
DALVA	DP	-Síndrome do túnel do carpo -Tendinite do supraespinhoso	Física/ Crônica	-Ortopedia -Fisioterapia -CEREST -Grupos de TO	Ultra-som

No Quadro C, o tipo de incapacidade predominante é a física, com evolução para doença crônica nos doze casos, com repercussões emocionais importantes que demandaram em atendimentos psiquiátricos e/ou psicológicos.

Os múltiplos tratamentos levantados sugerem que foram abordagens isoladas e pouco resolutivas, que resultam em longos períodos de afastamento do trabalho.

---

<sup>37</sup> Terapia Ocupacional

A quantidade de exames tecnológicos de imagem que se submeteram os trabalhadores do grupo estudado é um aspecto importante a ser observado. Inferimos sua relação com a “invisibilidade” das limitações físicas em LER/DORT, que gera a necessidade constante de provar a doença e a incapacidade, para convencer a perícia médica do INSS da necessidade de manutenção do afastamento do trabalho e do recebimento de benefícios da previdência social. Os exames prescritos com tamanha regularidade respondem provavelmente a objetivos não-médicos, mas sim ao contexto social desconfirmador da LER/DORT.

## *CONCLUSÕES*



As práticas de reabilitação em geral sofreram a influência da concepção sóciomédica da incapacidade emergente nos anos 1970, de modo que os profissionais que atuam nesta área começaram a perceber que os problemas de incapacidade não estão apenas na dimensão do individual, mas estão inseridos em um contexto social a ser considerado pelas ações de intervenção.

No Brasil, a organização da atenção em reabilitação profissional na Previdência Social foi, desde os seus primórdios, estruturada em equipes multiprofissionais, em reconhecimento à concepção de que fatores emocionais e sociais interagem no estabelecimento da incapacidade para o trabalho e que, portanto, necessitam ser trabalhados para a restauração da capacidade laborativa.

Entretanto, o modelo técnico-assistencial convencional da reabilitação profissional previdenciária foi instituído e desenvolvido nos serviços dentro de uma lógica médico-centrada, mas progressivamente foi apresentando algumas rupturas face aos novos modelos explicativos da incapacidade, como a ICIDH da OMS nos anos 1980.

Alguns exemplos de programas de reabilitação profissional inovadores foram dados no presente estudo, como a síntese do atendimento terapêutico da Equipe de Grandes Amputados (Caso Alice) e a citação do trabalho da Equipe de Doenças Profissionais, ambos do CRP-Campinas, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990. Essas equipes avançaram para uma atenção integral, interdisciplinar e por projeto, e, na atuação da equipe em doenças relacionadas ao trabalho, houve avanços também para um trabalho interinstitucional, que articulou reabilitação com prevenção.

Como pano de fundo desses projetos inovadores, havia a conjuntura política favorável proporcionada pela reabertura democrática e a inscrição constitucional de conceitos como os de cidadania e seguridade social.

Nos anos 1990, contudo, a aceitação pelo governo brasileiro das orientações dos órgãos financeiros internacionais acordadas pelo Consenso de Washington definiu novas diretrizes políticas, econômicas e administrativas que configuravam um novo tipo de Estado caracterizado pela diminuição do seu tamanho, pela privatização de serviços de

natureza social, por políticas sociais focalizadas, pela busca da eficiência e agilidade da máquina estatal, “modernizada” com a implementação de novos modelos gerenciais.

Este Estado reinventado passa a concentrar sua atuação na formulação e na avaliação de políticas públicas, ficando a execução a cargo das ONG(s) (Organizações Não Governamentais) ou empresas.

As reformas brasileiras – Administrativa e Previdenciária – da década de 1990 foram inspiradas neste ideário e trouxeram mudanças significativas para a organização e a conduta da Previdência Social.

O desmonte da rede nacional de serviços de reabilitação profissional do INSS, articulado ao projeto de privatização do SAT, foi um dos efeitos das mudanças reformistas. Graças à resistência organizada do movimento sindical, de profissionais de saúde e de um grupo de parlamentares comprometidos com a área da saúde do trabalhador, o governo enfrentou sérias dificuldades para concretizar a transferência do seguro de acidentes de trabalho para as seguradoras privadas. No entanto, não puderam ser evitadas as conseqüências desse processo na reabilitação profissional: (1) a desativação dos CRP(s) e NRP(s) do INSS; (2) a desarticulação de suas equipes multiprofissionais; (3) a evasão de profissionais através da aposentadoria proporcional e dos PDV(s); e (4) a situação atual de um número reduzido de assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, sociólogos e outros, que atuam como Orientadores Profissionais, realizando um trabalho restrito, coadjuvante da Perícia Médica do INSS.

O projeto de privatização do SAT teve sua justificativa na crítica da omissão e da ineficiência da Previdência Social no manejo dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, inclusive pela reabilitação profissional, porém, concluído o plano de “modernização”, o qual culminou com o programa Reabilita, os pontos críticos diagnosticados não foram equacionados:

1. A Previdência Social continua com sua conduta de omissão frente às questões de prevenção dos acidentes de trabalho e doenças profissionais. Os dados estatísticos apresentados na introdução deste trabalho continuam

alarmantes. Não há estímulos à notificação, ao contrário, as agências de benefícios colocam obstáculos administrativos e periciais para dificultar a emissão das CAT(s), favorecendo o ocultamento dos casos no âmbito das empresas.

2. A caracterização das doenças profissionais, em especial da LER/DORT, continua sendo dificultada pela não aceitação donexo causal, mesmo nas situações em que a emissão da CAT pelos órgãos públicos e sindicatos está respaldada por vistorias técnicas da Vigilância da Saúde do Trabalhador. As vistorias nas empresas realizadas pelos médicos-peritos para a avaliação de nexos são agendadas com quinze dias de antecedência, contrariando a norma básica de fiscalização, que é o elemento “surpresa”, e não são realizadas na ocasião da emissão da CAT. Os processos estão acumulados, trazem sérios prejuízos aos trabalhadores quanto à regularização das situações previdenciárias<sup>38</sup> e, quando ocorrem, já houve muitas mudanças nos postos e nas condições de trabalho, o que na maior parte dos casos não são consideradas pelos médicos-peritos, resultando em recusa donexo-causal. A utilização do nexoe epidemiológico para aceitação donexo causal, que poderia vir a equacionar esses problemas, já foi aprovada pelo controle social, no entanto, tem encontrado resistências e ainda não foi implantado pela Previdência Social.
3. As instituições que fazem interface com a problemática dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais – Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social – continuam desarticuladas, o que resulta em baixo poder de intervenção diante do poderio das empresas.
4. A reorganização dos serviços de reabilitação traduziu-se na redução do seu modelo de atenção e na diminuição drástica de seus quadros de pessoal. Se, antes da “modernização” a experiência da área era considerada de baixa

---

<sup>38</sup> Os trabalhadores recebem o auxílio doença previdenciário (modalidade B.31), destinado aos casos de doenças comuns ou acidentes de qualquer natureza, enquanto aguardam a morosidade das vistorias periciais de nexo causal, correndo o risco de serem demitidos na ocasião das altas por não terem direito à estabilidade de doze meses prevista na Lei 8.213/1991.

capitalização e de baixa cobertura, com o programa Reabilita, a participação se tornou quase que inexistente.

As medidas administrativas que afetaram o conteúdo e a oferta dos serviços de reabilitação profissional do INSS foram decididas no âmbito institucional interno, como aspectos meramente organizacionais, sem o controle social dos órgãos de representação dos trabalhadores.

As mudanças implementadas pelas reforma administrativa e a previdenciária foram embasadas em idéias de flexibilização, enxugamento, eficiência e modernização, semelhantes às práticas organizacionais das empresas após a reestruturação produtiva capitalista.

A reforma da Previdência Social reafirmou o caráter histórico de Seguro Social do sistema previdenciário brasileiro, em contraposição à concepção de Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988. Foram alterados alguns artigos e revogados outros, referentes à Lei de Benefícios da Previdência Social, estabelecendo-se mais exigências para a comprovação do tempo de atividade, restrições à aposentadoria especial e mudanças nos critérios periciais de avaliação da incapacidade e de alta para retorno ao trabalho.

Diante do exposto, acreditamos que a Previdência Social brasileira vem se distanciando cada vez mais de suas funções fundamentais de proteção social aos trabalhadores que, temporária ou permanentemente, são atingidos na sua capacidade de trabalho, o que, em essência, representa a razão de existência dos sistemas previdenciários.

Os trabalhadores demandantes de benefícios da Previdência Social, por sua vez, são homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho e que, despossuídos dos meios de produção, não têm alternativas de sobrevivência senão a de vender seu trabalho sob a forma de assalariamento, constituindo “*a-classe-que-vive-do-trabalho*” (ANTUNES, 2005:49).

Esses trabalhadores, ao se acidentarem ou adoecerem *do trabalho*, tornam-se “*incapacitados*” *pelo e para o trabalho*, compondo uma classe que está se tornando cada vez mais numerosa e que, parafraseando Antunes, podemos denominar de

*“classe-que-vive-do-benefício-da-Previdência-Social”*, compreendendo homens e mulheres que demandam a proteção social do Estado para sobreviverem nesses períodos de incapacidade e afastamento do trabalho. São trabalhadores que apresentam grandes dificuldades para retornar ao mercado de trabalho devido às suas condições de saúde, mas em cujo processo de incapacitação interagem fatores sociais tais como as exigências de produção e a exploração intensiva e acelerada da força de trabalho, o que os torna discriminadamente descartáveis e facilmente substituíveis pelos muitos desempregados à procura de trabalho.

A resposta previdenciária à questão da incapacidade, diante do aumento do número de trabalhadores demandantes de benefícios, a nosso ver, agravada pela ausência dos programas de reabilitação profissional, tem sido dada por medidas de regulação econômica que incluem desde a recusa do estabelecimento do nexos causal, o estímulo às altas administrativas programadas baseadas em listas padronizadas de deficiências até as dificuldades de acesso aos recursos contestatórios e morosidade nos seus julgamentos.

A avaliação dos gestores do INSS, manifestadas na mídia, aponta, como causas desse aumento na concessão de benefícios por incapacidade (1) o desemprego, ou (2) os esquemas de fraudes das agências ou (3) a incompetência do poder judicante do médico-perito diante da simulação dos requerentes, em especial os de LER/DORT.

Diante dos achados que conformaram a trajetória coletiva de incapacitação dos trabalhadores adoecidos por LER/DORT, as causas apresentadas pela gestão da Previdência Social são falsas questões, porque, mesmo existentes, não conseguem anular a significância dos dados macro-estatísticos que apontam o aumento da incidência e prevalência da incapacidade por essa doença ocupacional como efeitos da reestruturação produtiva capitalista e dos relatos de adoecimento e sofrimento, os quais ocorrem no espaço micro dos casos, mas são agravados pela ineficiência do órgão estatal de proteção social e sua omissão em ações de prevenção. A rotulação de simulação do sofrimento dos acidentados e adoecidos, em última análise, considerados como fraudadores, tem como finalidade criar “o caldo de cultura” necessário à legitimação das medidas previdenciárias restritivas que objetivam apenas a contenção de despesas.

A avaliação médico-pericial feita a partir de um diagnóstico relacionado com a incapacidade abordada por um ângulo exclusivamente médico será sempre uma avaliação limitada a aspectos físicos, insuficiente para avaliar o potencial laborativo de uma pessoa que integra outras dimensões - emocionais, sociais e profissionais.

A complementaridade entre a Perícia Médica do INSS e os programas de reabilitação profissional dos CRP(s) e NRP(s) ampliava a capacidade de avaliação e intervenção da Previdência Social diante da complexidade do problema da incapacidade. A decisão atualmente fica a cargo somente do médico-perito, o qual, pela própria lógica pericial da instituição, não tem a possibilidade de aplicação de qualquer técnica ou instrumento de avaliação, e julga a partir de um código interpretativo que sofre a influência de fatores como a inserção profissional do médico e a lógica normativa institucional, permeada pela conjuntura política de encolhimento do papel do Estado e de redução dos gastos públicos.

Os achados não nos permitiram concluir sobre os efeitos do desmonte dos CRP(s) e NRP(s) na saúde da classe trabalhadora. Entretanto, na nossa prática profissional cotidiana observamos que os trabalhadores estão totalmente desassistidos em suas necessidades de reabilitação profissional, uma vez que, nem o SUS, nem as mútuas ou seguradoras privadas assumiram a responsabilidade dessa atenção, o que lhes confere um grau ainda maior de desvantagem social quando por ocasião do retorno ao trabalho. Mas esta é uma hipótese para uma próxima pesquisa.

***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***



1. Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: Ed. EDUSC; 2001. 144 p.
2. Amâncio, J. B. Pneumoconiose: Silicose. In: Buschinelli JT, Rocha LE, Rigotto RM, org. Isto é trabalho de gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil. Petrópolis: Ed. Vozes; 1994. p.508-49.
3. American Foundation for the blind. State Vocational Rehabilitation Services[acesso em 02 de maio de 2003]Disponível em URL: [http:// www.afb.org](http://www.afb.org).
4. Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MIG, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando a deficiência. Revista de Saúde Pública 2000; 34(1): 97-103.
5. Antunes R. O caracol e sua concha – ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Ed. Boitempo; 2005. 135p.
6. Awerbuch M. RSI or “Kangaroo paw”. Medical Journal of Australia 1985; 142: 237-238.
7. Badley E, Desmuelles M. The impact of Arthritis on Canadians. In: Arthritis in Canada - An Ongoing Challenge. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2003.
8. Baumgarten M. Reestruturação Produtiva e Industrial In: Cattani AD. Dicionário Crítico sobre trabalho e tecnologia. 4.ed. Petrópolis/ Porto Alegre: Ed.Vozes/ Ed.UFRGS; 2002. p.268-71.
9. Blumenthal SM. Vocational rehabilitation with the industrially injured worker. The Journal of Hand Surgery 1987; 12A (5): 926-30.
10. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 3.ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1989. 191p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. 580 p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Lesões por esforços repetitivos (LER) Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. 35p.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª. Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
14. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social/ Instituto Nacional da Previdência. Manual de Reabilitação Profissional. Rio de Janeiro (RJ): INPS; 1986.
15. Brasil. Ministério da Previdência Social/ Dataprev/CGEA Estatísticas de Acidentes de Trabalho 2002 [Acesso em 12 de fevereiro de 2006] Disponível em URL: <http://www.previdencia.gov.br>.
16. Brasil. Presidência da República/ Câmara da Reforma do Estado. Diretrizes da Reforma do Estado. Livro Branco. Brasília (DF); 1995.
17. Bresnitz EA, Frumkin H, Goldstein L, Neumark D, Hodgson M, Needleman C. Occupational Impairment and Disability among Applicants for Social Security Disability Benefits in Pennsylvania. American Journal of the Public Health 1994; 84(11):1786-90.
18. Buñuales MTJ, Diego PG, Moreno JM. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001. Revista Española de Salud Pública 2002; 76(4): 1-12.
19. Bureau of the census. Disability Status:2000. USA [acesso em 15/10/2004] Disponível em URL: <http://www.census.gov>.
20. Carneiro Filho A, Souza MC. Reabilitação Profissional. In: Lianza S. Medicina de Reabilitação. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 1995. 452p.
21. Carvalho AV. O caminho do tempo: trajetórias de vida do servidor público aposentado. [Tese-Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.
22. Castel R. As metamorfoses da questão social – uma crônica do salário. Tradução de Iraci D.Poleti. 2.ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999. 611p. título original: Les metamorphoses de la question sociale.
23. Cros-Courtial ML, Vericel M. Case Study: Legal classification of disabled people. In: Disability and Work. Encyclopedia of Occupational Health and Safety [versão em CD-ROM] Geneva: OIT, 1998. p.17.9 – 17.12.

24. Cytrynowicz R. A serviço da pátria: a mobilização dos enfermeiros no Brasil durante a Segunda Guerra Mundial. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. 2000; VII(1): 73-91.
25. Dejours C. A banalização da injustiça social. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. 3.ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2000. 154p. título original: *Souffrance em France: la banalisation de l'injustice sociale*.
26. Ferreira IM. *Reabilitação Profissional e Serviço Social*. São Paulo: Cortez Editora; 1985. 96p.
27. Ferreira LL, Donatelli S, Schlithler CRB. *Análise Coletiva do Trabalho entre funcionários de um Centro de Reabilitação Profissional da Previdência Social em São Paulo*. São Paulo: Fundacentro; 1995.Dig.
28. Fernald CD. Terminology preferences: an American perspective of USA-British differences and their consequences. 1996. In: 10<sup>th</sup> World Congress of International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities, Helsinki; 1996.
29. Feuerstein M, Callan-Harris S, Hickey P, Dyer D, Armbruster W, Carosella AM. Multidisciplinary rehabilitation of chronic work-related upper-extremity disorders. *Journal of Occupational Medicine* 1993; 35(4): 396-403.
30. Fundação Instituto de Administração/ Universidade de São Paulo. *Revisão da Estrutura Organizacional do INSS (plano de trabalho)* São Paulo; 1997. Dig. 18p.
31. Grahame R. The decline of rehabilitation services and its impact on disability benefits. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2002; 95: 114-17.
32. Hall DMB. Commentary. *Archive Disability Child* 1995; 73: 94.
33. Hennington EA. *Saúde e Trabalho: Considerações sobre as mudanças na legislação acidentária brasileira e sua influência sobre a classe trabalhadora*. [Dissertação] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1996.
34. Huang GD, Feuerstein M. Occupational upper-extremity-related disability: demographic, physical and psychosocial factors. *Military Medicine* 1998; 163: 552-58.

35. Jannuzzi GSM, Jannuzzi N. Portadores de Necessidades Especiais no Brasil: Reflexões a partir do censo demográfico de 1991. *Revista Integração. MEC/SEES* 1995; 15: 40-46.
36. Johnston M, Pollard B. Consequences of disease: testing the WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) model. *Social Science Medicine* 2001; 53: 1261-73.
37. Jongbloed L, Crichton A. A new definition of disability: Implications for Rehabilitation practice and Social Policy. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1990; 57 (1): 32-38.
38. Kearney PM, Pryor J. The International Classification of functioning, disability and health (ICF) and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 46(2): 162-70.
39. Kuorinha I, Vükari-Juntura E. Prevalence of neck and upper limbs disorder and work load in different occupational groups: problems in classification and diagnosis. *Journal Human Ergology* 1982; 11: 65-72.
40. Lancman S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI, org. *Christophe Dejours - Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília/ Rio de Janeiro: Ed. Paralelo/ Ed. Fiocruz; 2004. p.23-34.
41. Laville C, Dionne J. *A construção do saber*. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 1999.
42. Leigh JP, Miller TR. Ranking Occupations based upon the costs of job-related injuries and diseases. *Journal Occupational Environmental Medicine* 1997; 39(12): 1170-82.
43. Lima AB, Oliveira F. Abordagem psicossocial da LER: ideologia da culpabilização e grupos de qualidade de vida. In: Codo W, Almeida MCCG, org. *LER - Lesões por esforços repetitivos*. Petrópolis: Ed. Vozes; 1995.
44. Lima MEA. *Os equívocos da excelência: as novas formas de sedução na empresa*. Petrópolis: Ed.Vozes; 1996. 357 p.
45. Lucire Y. Social iatrogenesis of the Australian disease "RSI". *Community Health Studies* 1988; 12: 146-50.

46. Lund J, Bjerkedal T. Permanent impairments, disabilities and disability pensions related to accidents in Norway. *Accident Analysis and Prevention* 2001; 33(1): 19-30.
47. Mackenzie EJ. Epidemiology of injuries: current trends and future challenges. *Epidemiological Review* 2000; 22(1): 112-119.
48. Maeno M. Reinserção de Trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos no Mercado de Trabalho [Dissertação] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
49. Magalhães LV. O fenômeno mundial das LER: respostas sociais. In: Ruiz RC, org. Um mundo sem LER é possível. Ed. Rel-UITA; 2003. p.38-58.
50. Magalhães R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(3): 569-79.
51. Marasciulo ACE. Avaliação do desempenho do programa de benefícios por incapacidade do Instituto Nacional da Previdência Social, Gerência de Florianópolis, SC, 2000-2002. [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
52. Medeiros MAT. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas: trajetória de uma experiência. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.
53. Mello Jorge MH, Gotlieb SLD, Laurenti R. Saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999. OMS; 2001.
54. Mesa-Lago C. Social Security in Developing Countries. USA: Claredon Press Oxford; 1991.
55. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/ ABRASCO; 1996. 269 p.
56. Momm W, Geicker O. Disability: Concepts and Definitions. *Disability and Work. Encyclopedia of Occupational Health and Safety* [versão em CD-ROM]. Geneva: OIT, 1998. p.17.2 – 17.9.
57. Momm W, Iuchi M. International Labor Standards and national legislation in favor of disabled persons *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* [versão em CD-ROM] Geneva: OIT, 1998. p.17.14-17.18.

58. Murray CJL. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. In: Murray CJL, Lopez AD. WHO – Global Comparative Assessments in the Health Sector. Geneva: WHO; 1994.
59. Nagi SZ. Disability concepts revised: implications for prevention In: Disability in America: toward a National Agenda for prevention; 1991. p.309-327.
60. Nunes MA. Agências Autônomas – Projeto de Reforma Administrativa das autarquias e fundações públicas federais do Setor de Atividades Exclusivas do Estado. Brasília; 1996.Dig.
61. Okpatu SO, Sibulkin AE, Schenzler C. Disability Determinations for adults with mental disorders: Social Security Administration vs. Independent Judgments. American Journal of Public Health 1994; 84(11): 1791-95.
62. Oliveira JAA, Teixeira SMF. *(Im)Previdência Social – 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Ed. Vozes / Abrasco; 1989. 356p.
63. Oliveira JT. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. Arq.Neuropsiquiatria 2000; 58 (2A ): 1-10.
64. Oliver FC. O problema da incapacidade e da deficiência. Terapia Ocupacional 1991; 2(23): 66-77.
65. Organização Mundial de Saúde. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. OMS: 1980; p.51-78.
66. Organização Mundial de Saúde. Classificação de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde. OMS: 2001.
67. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Genebra: OMS; 2000.
68. Organização Internacional do Trabalho. Convenção nº 159; 1983.
69. Pati GC. Countdown on hiring the handicapped. In: Spiegel AD, Podair S., ed. Rehabilitating people with disabilities into the mainstream of society. Noyes Medical Publications; 1981.

70. Pereira PAP. Necessidades Humanas – subsídios à crítica dos mínimos sociais São Paulo: Cortez Editora; 2000. 215p.
71. Quintner JL. The Australian RSI debate: stereotyping and medicine. *Disability and Rehabilitation* 1995; 17(5): 256-62.
72. Raskin C. Social Policy and Human Rights: Concepts of Disability. *Disability and Work. Encyclopedia of Occupational Health and Safety* [versão em CD-ROM]; Geneva: OIT; 1998. p.17.11-17.14.
73. Ribeiro HP. A violência oculta do trabalho – as Lesões por Esforços Repetitivos. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 1999. 240p.
74. Rieser R. The social model of disability. *Invisible Children*. In: *Joint Conference on Children. Images and Disability*, 1995.
75. Rocha EF. *Corpo deficiente: em busca de reabilitação? Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiências físicas*. [Dissertação]. São Paulo(SP): Universidade de São Paulo; 1990.
76. Rosen G. Da polícia médica e medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Ed.Graal; 1980. 401 p.
77. Sato L. *Subjetividade, saúde mental e LER*. In: Ruiz RC. Org. *Um mundo sem LER é possível*. Ed. Rel-UITA; 2003. p.61-78.
78. Schubert B. *Considerações sobre o acidente de trabalho no Brasil*. Instituto Nacional da Previdência Social. Brasília (DF); 1996.
79. Seyfried E. Vocational rehabilitation and employment support services. *Disability and Work. Encyclopedia of Occupational Health and Safety* [versão em CD-ROM]. Geneva: OIT, 1998. p.17.18-17.22.
80. Shaar K, Mccarthy M. Definitions and determinants of handicap in people with disabilities. *Epidemiological Reviews* 1994; 16(2): 229-42.
81. Soares, LBT. *Terapia Ocupacional Lógica do capital ou do trabalho?* São Paulo: Ed. HUCITEC; 1991. 217p.

82. Soares LT. Os custos sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina. Questões da Nossa Época, n.78. São Paulo: Cortez Editora; 2000. 118p.
83. Social Security Administration. Disability Benefits, 2002 [acesso em 02 de maio de 2003] Disponível em URL: [http:// www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).
84. Susman J. Disability, Stigma and Deviance. Social Science Medicine 1994; 38(1): 15-22.
85. Takahashi MABC. Avaliação em Reabilitação Profissional – a experiência de adoecer por LER e o resgate da autonomia: uma trajetória singular. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.
86. Takahashi MABC, Sabino MO, Ilário E. A experiência de um núcleo de saúde do trabalhador hospitalar: construção e crise. In: Livro de Resumos do VII Congresso Paulista de Saúde Pública; 2001, Santos (SP); 2001 p.100.
87. Takahashi MABC, Canesqui AM. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19(5): 1473-83.
88. Tissi MC. Deficiência e trabalho no setor informal. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1998.
89. Toldrá RC. Aprender a vivir: la construcción de la identidad de la persona con discapacidad física. [Tese – Doutorado]. Barcelona – Espanha: Universidade de Barcelona; 1996.
90. Trevisol-Bittencourt PC, Ferreira MA. Condições mais frequentes em um ambulatório de perícia neurológica. Arq Neuro-psiquiatria. 2001; 59(2A): 1-9.
91. Verbrugge LM. Disability. Rheumatic Disease Clinics of North America 1990; 16(3): 741-61.
92. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. Social Science Medicine 1994; 38(1): 1-14.
93. Verbrugge LM, Juarez L. Profile of Arthritis. Disability Public Health Reports 2001; 116: 157-79.

94. Verthein MAR, Minayo-Gomez C. A construção do “sujeito-doente” em LER. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos* 2000; 7(2): 329-47.
95. Woodside HH. O desenvolvimento da terapia ocupacional: 1910-1920. PUC-Campinas; 1979. Mimeo.
96. Yasuda S, Wehman P, Targett P, Cifu D, West M. Return to work for persons with traumatic brain injury. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 2001; 80(11): 852-64.
97. Zola PHN. Self, identity and the naming question: reflections on the language of disability. *Social Science Medicine* 1993; 36: 167-73.

Documentos:

1. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Relatório do GT/Sub-tema “Assistência Previdenciária em Acidentes de Trabalho”; 1992.
2. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Relatório Final da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador; 1993.
3. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Resolução INSS n. 142 de 16 de abril de 1993.
4. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Ordem de Serviço INSS n.329 de 26 de outubro de 1993.
5. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Memorando Circular n. 18/93 de 16 de novembro de 1993.
6. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Relatório Final do II Seminário de Atividades Previdenciárias; 1994.
7. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Memorando Circular n. 13/94 de 09 de janeiro de 1994.
8. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Memorando Circular n. 03/95 de 15 de março de 1995.

9. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Memorando Circular n.06/95 de 01 de agosto de 1995.
10. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Memorando Circular n.08/95 de 09 de novembro de 1995.
11. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Memorando Circular n.01 de 12 de fevereiro de 1996.
12. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Relatório da Divisão Nacional de Reabilitação Profissional de 30 de novembro de 1996.
13. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Resolução n.423/MPAS/INSS de 07 de março de 1997.
14. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Resolução n.424/MPAS/INSS de 07 de março de 1997.
15. Brasil. Instituto Nacional da Previdência Social. Resolução n.439/MPAS/INSS de 10 de abril de 1997.

***ANEXOS***



## ANEXO 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/ Resolução 196/96- CONEP

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_,  
declaro ter sido informado(a) sobre os objetivos da pesquisa Incapacidade e Previdência Social realizada no \_\_\_\_\_ e conduzida pela pesquisadora Mara Alice Batista Conti Takahashi, RG. 6.918.03, Rua Tuiuti nº 590, Vila Gallo Americana-SP. Fone: (019) 3461.39.82.

Declaro ter ciência que o objetivo desse trabalho é compreender os aspectos sociais que interagem na incapacidade dos trabalhadores acidentados de trabalho ou portadores de doenças profissionais, afastados do trabalho e demandantes de benefícios da Previdência Social, para auxiliar nas ações preventivas que evitariam o adoecimento ou o agravamento do processo de incapacitação.

Os procedimentos da pesquisa envolvem entrevistas gravadas diretamente pelo pesquisador o qual garante que estas serão resguardadas da identificação dos entrevistados e de suas empresas de vínculo.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de natureza científica e acadêmica tais como, elaboração de tese de doutorado, apresentações em congressos e publicação de artigos científicos em revistas especializadas.

O pesquisador garante também que minha participação não envolve desconforto físico, nem moral, nem riscos de qualquer natureza e, por isso, não estão previstos ressarcimentos nem indenizações. Minha participação nesta pesquisa também está isenta de qualquer ônus financeiro.

\_\_\_\_\_  
Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/ UNICAMP  
Caixa Postal 6111- CEP. 13083-970 Campinas, SP  
Fone: (019) 3788.8936 Fax: (019) 3788.892  
E-mail: [cep@head.fcm.unicamp.br](mailto:cep@head.fcm.unicamp.br)



## ANEXO 2

**Quadro 3-** Procedimentos das principais categorias profissionais da Reabilitação Profissional, segundo manual do INPS (1986).

<b>Médico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Realiza anamnese física e ocupacional para determinar a elegibilidade e o potencial laborativo</li><li>❖ Prescreve recursos terapêuticos tais como fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia , órteses e próteses.</li><li>❖ Estabelece, com base no diagnóstico e prognóstico, o programa de reabilitação profissional, juntamente com o assistente social.</li><li>❖ Acompanha sistematicamente todos os casos, ajustando ou retificando o programa original.</li><li>❖ Prescreve medicamentos e faz encaminhamentos especializados fora do âmbito do CRP.</li><li>❖ Acompanha os ganhos obtidos pela programação, definindo para a equipe as possibilidades, depois de analisar as exigências de trabalho.</li><li>❖ Realiza o desligamento por intercorrência médica, após a conclusão do programa ou em qualquer fase do mesmo.</li></ul>
---------------	--

## **Assistente Social**

- ❖ Esclarece aos reabilitandos os objetivos e os recursos do programa de reabilitação profissional.
- ❖ Verifica, através de entrevista, os aspectos sociais que possam interferir no programa de reabilitação.
- ❖ Estabelece, conjuntamente com o médico, o programa a ser desenvolvido.
- ❖ Providencia a concessão dos auxílios-materiais de acordo com o programa prescrito.
- ❖ Visita a empresa analisando com o empregador as possibilidades de reabsorção do reabilitando.
- ❖ Estuda com a equipe as funções oferecidas pela empresa, avaliando-as de acordo com as condições psicofísicas atuais, após cumprimento do programa de reabilitação.
- ❖ Encaminha para cursos profissionalizantes ou treinamento em empresas, realizando o seguimento.
- ❖ Encaminha para estágio profissional na empresa após definição de função compatível, realizando o seguimento.

<p><b>Psicólogo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realiza atendimento individual ou grupal para identificar situações conflitivas, reduzir tensões e ansiedades.</li> <li>❖ Atua na percepção do reabilitando quanto a realidade de suas limitações para superar atitudes de rejeição ou super-proteção.</li> <li>❖ Identifica reações, potencialidades e limitações, atuando de modo integrado com a equipe na condução de um programa seguro.</li> <li>❖ trabalha as potencialidades e as dificuldades do segurado.</li> </ul>
<p><b>Fisioterapeuta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realiza a avaliação física indicada pelo encaminhamento médico.</li> <li>❖ Inicia o programa indicado pela prescrição médica.</li> <li>❖ Estimula a capacidade residual através de técnicas específicas.</li> <li>❖ Realiza treinamentos de órteses e próteses de membros inferiores, orientando os amputados quanto ao funcionamento e cuidados necessários.</li> </ul>

<p><b>Terapeuta Ocupacional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Avalia os aspectos físicos, senso-perceptivos, emocionais e da vida diária, através de observações e exame da eficiência funcional.</li> <li>❖ Traça a programação na Oficina de TO, selecionando as atividades relacionados às necessidades físicas do caso em relação às perspectivas profissionais, aos aspectos da independência nas atividades da vida diária e ao treinamento de órteses e próteses de membros superiores.</li> </ul>
<p><b>Fonoaudiólogo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Avalia, de acordo com o encaminhamento médico, as condições de percepção auditiva, capacidade respiratória e funções de fala: a emissão da voz; clareza na dicção; disponibilidade lingüística; defeitos do ritmo e disfasias.</li> <li>❖ Avalia a coordenação motora para identificação da lateralidade dos membros superiores e inferiores e os órgãos visuais.</li> <li>❖ Inicia programação de acordo com prescrição médica.</li> </ul>

**Sociólogo**

- ❖ Realiza levantamentos de empresas, ocupações e recursos profissionalizantes.
- ❖ Realiza a análise de função, relatando as exigências psicofísicas das tarefas, observadas nos postos de trabalho e por informações de empregadores, supervisores e trabalhadores.
- ❖ Emite pareceres para subsidiar a avaliação da viabilidade de retorno ao trabalho, na mesma função ou em outra, compatível com a capacidade do reabilitando.
- ❖ Realiza visitas de divulgação em empresas e instituições quanto aos objetivos e recursos dos programas de reabilitação profissional.



### ANEXO 3

**Quadro 5-** Levantamento cronológico dos atendimentos registrados em prontuário do caso Alice

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Médico-perito do INSS de Catanduva-SP	03/12/1991 (GERP)	Justificativa do encaminhamento: lavadeira de hotel, 43 anos, amputação traumática MSD por AT em centrífuga: “ao retirar a roupa da centrífuga ficou com o MSD preso e sofreu amputação ao nível do braço D”.
Assistente Social da Agencia do INSS de Catanduva-SP	03/12/1991 (GERP)	Aspectos sociais relevantes: “Requerente tem a expectativa de obter uma prótese porque está tendo dificuldades para trabalhar”.
Psicóloga	18/08/1992 (oito meses em fila de espera)	Trabalho dirigido para a aceitação de si, dos outros e dos próprios limites.
Psicóloga	03/09/1992	A abordagem continua. Vem adquirindo percepção do seu funcionamento interno. Entramos também nas dificuldades em lidar com as perdas.
Assistente Social	03/09/1992	Refere sentir-se pressionada quando solicitada que analise sua situação profissional atual e pesquisar seus interesses profissionais. Parece estar estabelecendo bom vínculo com o CRP. Procuramos esclarecer sobre o processo de reabilitação e da alta.
Médico	08/09/1992	Relata sentir dor no coto. Melhora quando toma medicação e não faz esforço. Percebe-se no exame físico excesso de partes moles dolorosas. Sugiro cirurgia para regularização do coto.

Fisioterapeuta	08/09/1992	A avaliação médica sugere cirurgia de regularização do coto, devido ao excesso de partes moles. Fará programa no setor.
Terapeuta Ocupacional	16/09/1992	Relata melhora gradativa da destreza manual, apesar da previsão de resultados lentos devido a falta de apoio do coto para a escrita. Refere dúvidas quanto a cirurgia, mas relata que só faria de fosse em Campinas com a orientação do médico da equipe. Continua em programa no setor até ser encaminhada para a cirurgia.
<b>Reunião de Equipe</b>	18/09/1992	Discutimos aspectos ligados à condição física e a necessidade de cirurgia.
Psicóloga	24/09/1992	Traz para a discussão a indicação da cirurgia e seus temores, mas mostrando-se disposta a realizá-la. Discutimos a situação observando que ela teme uma cirurgia mais abrangente, uma cirurgia na sua vida.
Médico	29/09/1992	Comparece dizendo-se disposta a fazer a revista cirúrgica do coto com o Dr. G. Fiz o encaminhamento.
Terapia Ocupacional	14/10/1992	Realizou exames preparatórios para a cirurgia. Mostrou-se satisfeita com o atendimento do Dr. G, que lhe explicou como seria feita a cirurgia.
Psicólogo	18/10/1992	Mesmo enfoque - o preparo da cirurgia do coto e a cirurgia mais abrangente. Observa-se que ela vive uma situação muito especial onde quer se livrar não apenas da dor do coto, mas de muitas outras dores que está disposta a trabalhar.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Fisioterapeuta	20/10/1992	Em fase pré-operatória. Parece estar satisfeita e ter compreendido os objetivos da cirurgia.
Psicóloga	20/10/1992	Preparando-se para a cirurgia. Fará exames cardiológicos solicitados pelo cirurgião. Continua em processo de cirurgia mais abrangente. Vem adquirindo maior percepção do seu funcionamento mental.
Terapeuta Ocupacional	10/11/1992	Melhora gradativa da destreza manual E, facilitação nas AVD(s) e na coordenação motora para a escrita. Apresenta dificuldade interna para a troca de lateralidade talvez que por não ter ainda elaborado a seqüela do AT.
<b>Reunião de equipe</b>	19/11/1992	Com indicação de cirurgia para melhorar suas condições de adaptação a prótese. A segurada se sentiu confiante com o especialista de Campinas (SUDS/UNICAMP). Foi mantida em programa para ter condições de realizar os exames preparatórios e continuar o atendimento psicológico, com o apoio de toda a equipe. O serviço Social está agilizando os exames (o cardiológico está muito moroso).
Psicóloga	26/11/1992	Informou que a cirurgia foi marcada para 10/12/1992. Revela certa tensão e expectativas próprias de pré-cirurgia. Deverá retornar em 07/01/1993. Discutimos alguns aspectos do seu relacionamento interpessoal.
Psicóloga	16/12/1992	Telefonou dizendo que ficou em Campinas e que quer ser atendida no CRP. Mostrou-se defendida a ponto de negar que foi orientada a retornar a sua cidade após a cirurgia, suspendendo a programação no CRP. Deveria retornar somente em janeiro. Será atendida no dia 21/12/1992 para discutirmos a questão

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Psicóloga	21/12/1992	Discutido e trabalhado o relatado acima. Observo que ela se defendeu de retornar a Catanduva verbalizando que não gosta de lá (foi lá que me acidentei, lá adquiri bronquite). Tal situação defensiva se repete em outros relacionamentos. Quando se sente ameaçada, defende-se a ponto de agir como se a situação não tivesse ocorrido.
Psicóloga	11/02/1993	Reafirma resultado positivo da cirurgia e relata sentindo-se sem dor e conseqüentemente mais tranqüila. Tem plano de obter a prótese no CRP e tentar alguma atividade profissional ainda não definida. Continua a reestruturação pessoal.
Terapeuta Ocupacional	02/03/1993	Participa ativamente das AVD(s) na cozinha. Troca suas experiências de adaptação durante as atividades práticas. Quer participar do grupo apesar de referir independência para a maior parte das AVD(s).
Fisioterapeuta	10/03/1993	Obteve progresso após cirurgia. Melhora geral do coto.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Assistente Social	18/03/1993	Compareceu somente após ser convocada. Mostrou-se agressiva, reconhecendo sua postura, mas evitando falar sobre o assunto. Refere estar insegura e sem condições de definir planos para a área profissional. Solicitei prazo para refletir sobre esses objetivos.
<b>Reunião de equipe</b>	22/03/1993	Obteve melhora na programação de fisioterapia e passará por avaliação médica para a prescrição da prótese. Na TO já obteve troca de lateralidade e independência nas AVD(s). A assistente social vem encontrando dificuldades para trabalhar a área profissional porque os vínculos de amizade feitos em Campinas e no CRP fazem com que a segurada não deseje voltar mais a Catanduva. Sua programação profissional continua sem definição e com a perspectiva de se tornar morosa. Falta o prognóstico da psicóloga, a qual está em férias.
Psicóloga	01/04/1993	Apresenta-se bem disposta, bem cuidada e com boa aparência. Mas internamente está desorganizada, insegura e carente afetivamente. Tem seus relacionamentos interpessoais prejudicados por sentir-se não amada e rejeitada. Tem muita dificuldade em se relacionar com a assistente social da equipe porque revive nessa relação os sentimentos de rejeição e de falta de amor por parte de sua mãe (transferência). Discutimos a situação.  OBS: Discutimos com a assistente social o caso e a conduta.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Assistente Social	01/04/1993	Mostra-se de início muito tensa e insegura ao reafirmar suas dificuldades de relacionamento, dizendo que gostaria de mudar de assistente social. Garantimos a possibilidade de troca e sugerimos sua reflexão sobre os ganhos que obteria com essa troca. Reconheceu suas dificuldades de relacionamento de forma geral, o que a troca do técnico não resolveria. Colocamos a proposta de aguardar a ocasião oportuna para trabalhar sua área profissional. No momento, estaríamos buscando harmonizar nosso relacionamento, clareando dúvidas e esclarecendo situações. A proposta foi aceita demonstrando alívio diante da possibilidade de resolver seus conflitos pessoais.
Médico	23/04/1993	Prescrição de prótese funcional com cotovelo Balzer, mão e gancho.
Psicóloga	29/04/1993	Mostra-se melhor em lidar com a figura da assistente social, trabalhando seus conflitos.
Terapia Ocupacional	30/04/1993	Participa do grupo das AVD(s) e reforça a caligrafia.
Assistente Social	11/05/1993	Apresenta-se descontraída relatando aspectos pessoais. Fala sobre o atendimento dentário que encaminhamos para Catanduva. Solicita orientações sobre o processo judicial que move contra sua empresa.
Assistente Social	17/05/1993	Oferece boa participação no atendimento, relata e avalia situações e planos no aspecto pessoal como manter sua casa em Catanduva. É estimulada a estabelecer planos também na área profissional.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Psicóloga	18/05/1993	Traz aspectos referentes à protetização e inicia fala sobre área profissional.
Fisioterapeuta	19/05/1993	Refere leve sensação de choque no coto, o que não impede o uso da prótese.
Terapeuta Ocupacional	26/05/1993	Tem dificuldade nas atividades de recorte, o que será trabalhado no setor.
Psicóloga	17/06/1993	Continuamos o trabalho em relação aos sentimentos de rejeição, sentimentos decorrentes da idéia de separação e perdas. A ausência do atendimento no CRP pela greve, levou ao desenvolvimento de dor no coto, provavelmente psicossomatização. Discutimos a respeito.
Psicóloga	24/06/1993	Mostra sentir que seu programa está caminhando para o final, sentindo grande angústia diante de perder o CRP. Mostra angustia diante da área profissional não conseguindo definir uma área de interesse.
Assistente Social	30/06/1993	Discutida a importância de iniciar um preparo profissional junto com o tratamento físico em andamento para viabilizar condições de volta ao trabalho no desligamento do CRP. Demonstra dificuldade em se desligar do CRP onde se sente acolhida e protegida. Relata angustia quando imagina esse desligamento. Valorizamos seu potencial para reassumir o convívio social fora do CRP. Após muito desviar o assunto e comparar seu comportamento com o de outros segurados, apontou a função de telefonista do CRP. Estimulada a colocar sua decisão para a psicóloga e a refletir sobre o assunto, mostrou-se contrariada. Levaremos à reunião com a possibilidade de fazer um estágio de observação no PABX do CRP.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Psicóloga	01/07/1993	Sente-se ameaçada e angustiada com a idéia de término do seu tratamento no CRP. Volta a manifestar suas dificuldade com a assistente social decorrente da forma distorcida como percebe a atuação da mesma. Paralelamente coloca que talvez pudesse se preparar com PABX, manifestando certo interesse por essa atividade.
Psicóloga	08/07/1993	Mostra a necessidade de ser reconhecida como uma pessoa interessada, empenhada. Mantém a expectativa de obter um estágio-observação no PABX do CRP.
<b>Reunião de equipe</b>	17/07/1993	Não deseja voltar à empresa (hotel). Tem interesse em ser treinada como telefonista no PABX do próprio CRP (onde se sente aceita). A equipe ponderou vários aspectos e decidiu que a observação deverá ser fora do CRP. Será solicitado ao SPMT (Serviço de Pesquisa de Mercado de Trabalho) um levantamento das possibilidades. Continua em programa na Fisio, TO e Psicóloga. A compra da prótese está em processo de licitação.
Assistente Social	18/07/1993	Acatou a decisão da equipe de estágio na comunidade. Quer continuar na fisio e na TO durante o estágio, reafirmando seu vínculo com o CRP.
Fisioterapeuta	19/07/1993	Relata que quando não faz fisioterapia sente dor. Acredito que se trata de uma situação de dependência porque após a cirurgia o coto está bem melhor.
Psicóloga	20/07/1993	Continua a abordagem da sua relação com o CRP e da necessidade de ser aceita e valorizada.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Assistente Social	21/07/1993	Mostra-se tensa e irritada no atendimento. Colocou várias questões sempre com agressividade. Refere-se a seus relacionamentos com os técnicos do CRP com crítica e desagrado.
Assistente Social	28/07/1993	O SPMT informa da possibilidade de estágio na Singer. Esclarecemos sobre o estágio e orientamos as providências necessárias. Aceitou o estágio proposto apesar do comportamento hostil.
Psicóloga	29/07/1993	As dificuldades nos relacionamentos interpessoais decorrem do sentimento de que não é querida. Distorce a comunicação com as pessoas, sentindo-se sempre prejudicada. Trabalhamos as relações interpessoais para melhorá-las.
Psicóloga	05/08/1993	Mostra-se abatida. Descreve o estágio de forma apática, concluindo que tem condições para operar o PABX. A experiência na empresa lhe despertou sentimentos de desconfiança. Isso se processa da seguinte forma: busca atenção e quando não tem, assusta-se, desconfia e não consegue usufruir.
Assistente Social	05/08/1993	Fizemos a visita a Singer com a segurada. Esta bem gripada, mas tem sido assídua no estágio, demonstrando interesse pela função.
Assistente Social	11/08/1993	Avaliamos juntas os objetivos e os resultados do estágio. Mantém motivação para a função de telefonista e avalia que fisicamente e emocionalmente tem condições para exercer tal atividade. Discutimos então o encaminhamento a um curso da comunidade e um posterior treinamento de colocação na cidade de origem.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Psicóloga	12/08/1993	Contrariamente a semana anterior, comparece bem disposta e bem cuidada. Mantenho o conteúdo anterior.
Assistente Social	18/08/1993	Discutimos o levantamento do curso de telefonista feito pelo SPMT. Reafirma seu interesse e disposição para o curso. Mostra-se cordial.
Psicóloga	19/08/1993	Mantém-se bem cuidada, bem disposta e com bom estado de ânimo. Libera mais energia para discutir a área profissional, reafirmando seu interesse pela função, liberando impulso construtivo.
<b>Reunião de equipe</b>	23/08/1993	Continuará na programação diária e será encaminhada para o curso de telefonista aos sábados. A TO vai treiná-la a escrever com a prancha para apoiar o papel. A assistente social fará contato com a escola para prepará-la sobre as limitações e as adaptações necessárias.
Assistente Social	25/08/1993	Apresentado o resultado da reunião e as providências para o curso de telefonista, uma vez por semana, aos sábados.
Fisioterapeuta	31/08/1993	Informa que passou mal do estomago a noite. Foi encaminhada para consulta com o médico da equipe.
Psicóloga	02/09/1993	Continua apresentando melhora significativa nas relações interpessoais. Vem desenvolvendo a auto-aceitação resultante do auto-conhecimento.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Psicóloga	09/09/1993	Vem se mostrando mais tranqüila, lidando melhor com suas dificuldades. Indico atendimento em grupo (grupo de amputados) visando estreitar relações interpessoais. Início a discussão.
Assistente Social	09/09/1993	Mostra-se interessada no curso de telefonista. Providenciado diárias e passagens para permanecer em Campinas nos finais de semana.
Psicóloga	16/09/1993	Traz para a discussão a fantasia e a angústia mobilizadas pelo início do curso e pela indicação de psicoterapia em grupo. Mostra temer perder seu espaço, sua individualidade e sua privacidade. Trabalhamos essa questão. Quer lidar com isso, fazer o curso e participar do grupo terapêutico.
Assistente Social	16/09/1993	Avaliou de forma positiva a 1ª aula do curso e mantém sua motivação para essa nova profissão.
Psicóloga	23/09/1993	Continua sendo trabalhada a indicação para grupo e o início de curso. Vem lidando bem com esses aspectos, com visível melhora e adequação aos dados de realidade. Abordado também as relações familiares onde ela consegue uma melhor percepção de si nessas relações.
Psicóloga	30/09/1993	Traz para a discussão o andamento do curso e o início do processo de confecção da prótese. Mostra sentir nessas situações medo de “ser passada para traz”, de ser prejudicada e não atendida em suas necessidades. Discutida a situação e em especial, a forma como lida com isso, ficando agressiva, invasiva e autoritária.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Médico	05/10/1993	Recebeu a prótese. Encaminhado para a TO para treino.
Terapeuta Ocupacional	08/10/1993	Recebeu a prótese funcional. Faz algumas adaptações à prótese na carga. Refere forte pressão no coto só conseguindo usá-la por 30 minutos.
Psicóloga	08/10/1993	Inicia atendimento de grupo. Lida com a angústia diante do novo, colocando-se à vontade e buscando conhecer a experiência de outros diante da amputação. Faz referência ao recebimento da prótese, mostrando-se satisfeita.
Enfermeira	13/10/1993	Compareceu ao setor de enfermagem para receber as orientações sobre a higiene e os cuidados com o coto e a prótese.
Psicóloga	15/10/1993	Relaciona-se com os demais do grupo, buscando se aproximar, se certificar que é aceita e querida.  Obs: Comparece sem a prótese, relatando que está se adaptando gradativamente. Queixa-se de dor no coto.
Fisioterapeuta	26/10/1993	Desligada do setor nesta data devendo continuar com o treino de prótese na TO. Entendeu e recebeu bem seu desligamento.
Assistente Social	27/10/1993	Fizemos acompanhamento do curso de telefonista. Atingiu bom desempenho durante as tarefas, conforme avaliação final enviada pela escola. Recebeu o certificado. Aguardaremos definição do processo de prótese para iniciar a pesquisa de mercado de trabalho na cidade de origem para colocação.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Psicóloga	05/11/1993	Comparece pontualmente, parecendo já estar lidando melhor com a situação grupal, podendo expor como tem momentos que ainda se sente rejeitada, não querida, em especial agora amputada. Trabalhado esse aspecto. Relata muita dor e dificuldade para usar a prótese.
Psicóloga	19/11/1993	Continua trabalhando a questão da aceitação pessoal e da amputação. Mostra estar elaborando os aspectos abordados.
Terapeuta Ocupacional	22/11/1993	Já usa a prótese durante duas horas consecutivas. Continua fazendo treino de gancho funcional e surpreendentemente já realizou as AVD(s) com bom desempenho.
Psicóloga	26/11/1993	Mesmo conteúdo. Tem usado de defesas maníacas para lidar com o sofrimento, no entanto, percebe isto e procura elaborar essas questões.
Psicóloga	03/12/1993	Menos maníaca, mais reflexiva, trabalha a aceitação física e a protetização.
<b>Reunião de Equipe</b>	13/12/1993	Segurada em treino de prótese na TO apresentando ainda dificuldade de usá-la por tempo prolongado. Após a conclusão do treinamento da prótese será levantada no mercado de trabalho de Catanduva uma possibilidade de colocação na função de telefonista, uma vez que a segurada concluiu o curso com excelente aproveitamento, superando as expectativas da equipe. Prossegue o atendimento em grupo terapêutico.
Psicóloga	17/12/1993	Coloca-se ativamente no grupo, buscando lidar com seus aspectos internos.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Psicóloga	07/01/1994	Está usando a prótese de modo mais natural. Mostra-se serena, porém, usando excesso de otimismo como defesa para a angústia. Discutimos a respeito.
Terapeuta Ocupacional	13/01/1994	Treino de prótese funcional e gancho. Tem apresentado adaptação gradativa permanecendo por 5 horas. Após esse tempo sente dor e incomodo no coto. Refere facilitação para algumas AVD(s) como, por exemplo, lavar roupa. Está mais aberta às nossas orientações.
Psicóloga	14/01/1994	Mostra-se mais equilibrada nas emoções. Mostra sentir-se mais aceita e querida, diminuindo os sentimentos persecutórios.
Psicóloga	11/02/1994	Hoje está tensa e insegura. Parece sentir-se ameaçada, e, lida com isto expressando-se mais agressivamente. A proximidade de nossas férias pode ter gerado o observado. Mostra medo pelo futuro e verbaliza que sente que seu atendimento no CRP está chegando ao fim. Trabalhamos esses aspectos.
Psicóloga	18/02/1994	Mostra-se menos tensa, lidando com as nossas férias e a proximidade do término de seu programa de reabilitação.
Psicóloga	25/02/1994	Diante da interrupção do atendimento psicológico devido as minhas férias demonstra certa insegurança. Trabalhada a questão, bem como o receio de não superar seus conflitos. Aponto-lhe os aspectos que já vem superando.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Terapeuta Ocupacional	29/03/1994	Melhora gradativa do uso da prótese funcional, realizando atividade bi-manual com gancho funcional. Estava com a prótese folgada devido à atrofia do coto (diminuição do diâmetro em 2 cm), mas a loja fornecedora já realizou preenchimento com boa adaptação. Consegue ficar por 8 horas contínuas, após retirá-la refere cansaço no coto. Ao reavaliar todo o processo, reconhece os resultados positivos, o que a deixa mais tranqüila. Mostra-se mais tranqüila também em relação à alta que deve ocorrer em 15/04/1994.
Psicóloga	08/04/1994	No início, muito calada e abatida, mas no decorrer do atendimento vai se colocando e mostrando como vem se equilibrando melhor emocionalmente.
Psicóloga	29/04/1994	Mais à vontade e bem disposta, coloca-se e trabalha seu desligamento.
Assistente Social	29/04/1994	Mais tranqüila, refere planos de volta ao trabalho e providências que pretende tomar quando retornar a sua cidade.
Psicóloga	06/05/1994	Apresenta-se angustiada, não conseguindo se mobilizar para encaminhar a área profissional. Mostra-se angustiada com o desligamento. Discutimos este aspecto.
Psicóloga	27/05/1994	Trabalhamos sua auto-estima visando fortalecimento emocional para o desligamento do CRP.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Psicóloga	10/06/1994	Apresenta-se sem a prótese referindo “furúnculo” que impede seu uso. Parece haver um movimento em mostrar-se fragilizada e merecedora de cuidados, provavelmente para adiar o enfrentamento da área profissional e o desligamento do CRP.
Assistente Social	10/06/1994	Relata contato com proprietário de um hotel que acenou com a possibilidade de colocação. Solicita nossa ajuda. Ao mesmo tempo refere problemas de saúde, problemas com o coto e necessidade de refazer a prótese.
<b>Reunião de equipe</b>	14/06/1994	Os resultados da TO foram positivos quanto ao uso e treino da prótese. No acompanhamento psicológico vem sendo discutido seu desligamento do CRP. Apresenta interesse e toma providencias de volta ao trabalho, mas apresenta também queixas físicas. Aguardamos resposta de empresa para encaminhamento de estágio em cidade de origem. Solicitamos a direção prorrogação de prazo de programa.  Anotação: programa prorrogado para avaliação de prótese. Prontuário deve retornar a supervisão em 60 dias.
Psicóloga	17/06/1994	Continuamos a trabalhar o desligamento, ajudando-a a lidar com a insegurança, fortalecendo sua autoconfiança. A queixa de dor no coto pode estar ligada ao desligamento.
Médico	17/06/1994	Queixa de dor no coto. Receita medicação.
Médico	27/06/1994	Paciente refere melhora. Será mantida a prótese.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Médico	14/07/1994	Paciente com coto em boas condições. Dor diminuiu. Discuti com o fornecedor e ele fará as mudanças que pedi nos próximos 10 dias.
Psicóloga	15/07/1994	Aguardando mudanças na prótese. Continua o trabalho com os sentimentos mobilizados pelo desligamento.
Psicóloga	29/07/1994	Aguarda alteração na prótese. Foi atendida pelo médico e pela TO. Mostra a necessidade de confiar em alguém, a necessidade de apoio.
Psicóloga	05/08/1994	Apresenta-se fazendo uso da prótese já com as mudanças solicitadas pelo médico. Inicia nova adaptação, mostrando que precisa de tempo para assimilar a mudança.
Terapeuta ocupacional	16/08/1994	Em fase de adaptação à prótese funcional após mudanças no cartucho. Programa diário de 4 horas.
Psicóloga	18/08/1994	Angustiada diante das mudanças na prótese e no grupo terapêutico.
Terapeuta Ocupacional	31/08/1994	Está com boa adaptação – 2 horas ininterruptas. Refere dor no coto independente do uso da prótese.
Psicóloga	04/09/1994	Realizado ultimo atendimento em grupo. Retomo o atendimento individual.
Médico	19/09/1994	Dor no coto após 3 horas de treinamento. Diminuir o tempo de treinamento. Receita medicação.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Assistente Social	20/09/1994	Coloca nova postura em relação à área profissional: quer retornar a empresa de vínculo e fazer valer seus direitos. Discutimos a respeito.
Terapeuta Ocupacional	26/09/1994	Reiniciando programa diário de treino com menor tempo de uso da prótese, menos que 3 horas. Está tomando medicação. Nega incomodo ou dor.
Terapeuta Ocupacional	07/10/1994	Já está usando a prótese por mais tempo, ficando três horas consecutivas. Foi orientada a procurar usar ao máximo, mas com retiradas periódicas para aliviar o coto massageando com creme hidratante. Pelo tempo de treino acho que já esteja esgotado prazo máximo de uso com movimentos de abertura/ fechamento do gancho. Colocada a necessidade de treino também em casa.
Terapeuta Ocupacional	10/10/1994	Realiza treino da prótese em casa com maior tolerância apesar de ainda referir incomodo. Orientada a usar o maior tempo possível, mas não deixar de retirar a prótese e massagear com creme.
Psicóloga	14/10/1994	Mesma abordagem visando ajudá-la a desligar-se do CRP.
Terapeuta Ocupacional	18/10/1994	Tolerância máxima de uso de 3 horas, usando o gancho funcional. Após esse período, não consegue fazer funcionar o gancho, referindo dor e queimação no coto. Acreditamos que não vamos conseguir melhores resultados. Queixa-se dos efeitos colaterais da medicação.
Médico	20/10/1994	Substituição da medicação devido a efeitos colaterais relatados pela paciente.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Terapeuta Ocupacional	25/10/1994	Tolerância de 3 horas consecutivas no uso da prótese funcional. Após esse tempo consegue mantê-la sem usar o gancho funcional. Fase final de programa. Será mantida até 14/11/1994.
<b>Reunião de equipe</b>	26/10/1994	Previsto desligamento da TO e psicologia. Continua a área profissional com contatos com a empresa de vínculo conforme decisão da seguradora.
Psicóloga	04/11/1994	Já consegue abordar a questão profissional. Definida a situação com a empresa será encaminhada para estágio. Continuamos trabalhando o desligamento.
Assistente Social	13/11/1994	Contato com o proprietário do hotel onde colocamos toda a evolução do programa de reabilitação da segurada. Apesar das dificuldades de relacionamento, o empregador afirma que vai colaborar.
Assistente Social	19/11/1994	Colocamos sobre o contato com o empregador. Mostra-se decidida a retornar a empresa com forte motivação para ocupar a função de telefonista.
Psicóloga	21/11/1994	Continua o trabalho de desligamento, o qual é vivenciado com sofrimento.
Terapeuta Ocupacional	24/11/1994	Alta no setor. Apresentou tolerância ao uso da prótese funcional e adaptação a carga por várias horas. Só tira para dormir e tomar banho. Tolerância ao uso do gancho por 3 horas consecutivas. Mostra-se satisfeita com os resultados obtidos.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Psicóloga	29/11/1994	Relata dificuldades nas negociações com o empregador. Discutimos tal aspecto. Trabalhamos o fortalecimento para o contato com o empregador.
Psicóloga	28/12/1994	Discutido e trabalhado o conteúdo da negociação com o empregador. Revela sentimentos de mágoa e raiva em relação ao empregador, o que a imobilizou. Consegue no atendimento perceber isto.
Assistente Social	28/12/1994	O empregador telefonou queixando-se do relacionamento com a segurada. Informa ser juiz do trabalho em Catanduva e ter sido processado e condenado a pagar uma indenização que considera injusta. Pretende negociar um novo valor de indenização e oferecer uma função na empresa. Caso contrário, pagará os direitos e irá demiti-la. A segurada foi orientada a buscar ajuda de seu advogado.
Psicóloga	06/01/1995	Continua com dificuldades para entrar em contato com o empregador devido aos seus sentimentos de medo, raiva e mágoa. Discutimos esse aspecto.
Assistente Social	03/02/1995	Retornando de férias atendemos a segurada que informa não ter assumido ainda nenhuma posição junto à empresa. Sente-se insegura em manter contato direto com o empregador. Rediscutimos sua atual situação e a finalização do programa no CRP.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Psicóloga	17/02/1995	Relata que fez várias tentativas de contato com o empregador e que ele não quis recebê-la, mas informou através do advogado que não vai aceitá-la na empresa. Discutimos quais os passos diante da conduta do empregador. Discutimos o encerramento do programa no setor previsto para 10/03 e fizemos a indicação de continuidade de acompanhamento psicológico em sua cidade, paralelo ao retorno a atividade profissional.
Psicóloga	24/02/1995	Mostra-se lidando com seu desligamento, ora sentindo-se preparada, ora com sentimentos de abandono. Trabalho a situação.
Psicóloga	10/03/1995	Feito o desligamento do setor, ajudo-a a lidar com o termino do atendimento.
Assistente Social	14/03/1995	O SPMT apresentou oferta de estágio de treinamento, com possibilidade de colocação, em uma fundação filantrópica de Catanduva, que havia sido sugerida pela segurada. A oferta será levada para a reunião de equipe.
<b>Reunião de equipe</b>	14/03/1995	Revisamos a programação da segurada, sua evolução e definimos a conduta para encaminhamento de estágio de 30 dias.
Assistente Social	20/04/1995	Retorna do estágio relatando desempenho bom e a possibilidade de permanecer na função de telefonista da Fundação. A carta de avaliação, contudo, não confirma a contratação e fala da necessidade de adaptações no equipamento de PABX. Fizemos contato com o gerente de RH que manteve as informações dadas à segurada. Solicitamos carta.

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO TERAPÊUTICO</b>
Assistente Social	04/05/1995	Recebemos nova carta confirmando o desejo de contratação na função de telefonista e informando a realização das adaptações necessárias no equipamento de PABX. Fizemos os procedimentos de desligamento com encaminhamento da GERP a Perícia Médica de Catanduva.
GERP (Preenchimento do verso do documento de encaminhamento).	04/05/1995	Segurada com seqüela de amputação MSD em 1/3 distal por acidente de trabalho, tendo recebido prótese funcional com boa adaptação. Passou por programa de reabilitação com médico, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicóloga. Fez curso de telefonista, estágio em empresa, mas não a de vínculo, com compromisso de contratação. Caso encerrado nesta data com retorno ao trabalho e mudança de função. Indicado auxílio-acidente.

## ANEXO 4

Quadro 6: Alterações da Lei nº 8.213/91 (Lei de Benefícios da Previdência Social), segundo documento e tipo de modificação realizada, de 1991 a 2005.

<b>Documento</b>	<b>Tipo de modificação</b>
Lei 8.222/1991	Alteração
Decreto 357/1991	Regulamentação
Decreto 503/1992	Legislação Correlata
Lei 8.444/1992	Alteração
Lei 8.542/1992	Revogação Parcial
Lei 8.620/1993	Alteração
Lei 8.647/1993	Alteração
Decreto 882/1993	Legislação Correlata
Medida Provisória 381/1993	Alteração Provisória
Medida Provisória 408/1994	Alteração Provisória
Medida Provisória 425/1994	Alteração Provisória
Medida Provisória 434/1994	Revogação Parcial
Medida Provisória 446/1994	Alteração Provisória
Lei 8.861/1994	Alteração
Medida Provisória 457/1994	Revogação Parcial
Lei 8.870/1994	Alteração
Medida Provisória 482/1994	Legislação Correlata
Lei 8.880/1994	Legislação Correlata
Decreto 1.197/1994	Regulamentação Parcial
Medida Provisória 598/1994	Alteração Provisória
Medida Provisória 637/1994	Alteração Provisória
Medida Provisória 679/1994	Alteração Provisória
Medida Provisória 728/1994	Alteração Provisória
Medida Provisória 782/1994	Alteração Provisória
Medida Provisória 793/1994	Alteração Provisória

Medida Provisória 809/1994	Alteração Provisória
Medida Provisória 819/1995	Legislação Correlata
Medida Provisória 848/1995	Alteração Provisória
Medida Provisória 872/1995	Legislação Correlata
Medida Provisória 880/1995	Legislação Correlata
Medida Provisória 908/1995	Alteração Provisória
Medida Provisória 923/1995	Legislação Correlata
Medida Provisória 927/1995	Legislação Correlata
Medida Provisória 951/1995	Alteração Provisória
Medida Provisória 976/1995	Alteração Provisória
Lei 9032/1995	Alteração
Medida Provisória 1002/1995	Alteração Provisória
Lei 9063/1995	Alteração
Medida Provisória 1117/1995	Legislação Correlata
Lei 9129/1995	Alteração
Medida Provisória 1523/1996	Alteração Provisória
Medida Provisória 1523-01/1996	Alteração Provisória
Medida Provisória 1523-03/1997	Alteração Provisória
Medida Provisória 1523-04/1997	Alteração Provisória
Decreto 2172/1997	Regulamentação
Medida Provisória 1523-05/1997	Alteração Provisória
Medida Provisória 1523-06/1997	Alteração Provisória
Medida Provisória 1523-07/1997	Alteração Provisória
Medida Provisória 1523-08/1997	Alteração Provisória
Medida Provisória 1511-13/1997	Regulamentação Provisória
Medida Provisória 1523-10/1997	Alteração Provisória
Medida Provisória 1523-11/1997	Alteração Provisória
Medida Provisória 1523-12/1997	Alteração Provisória
Medida Provisória 1523-13/1997	Alteração Provisória
Lei 9.506/1997	Alteração

Medida Provisória 1.596-14/1997	Alteração Provisória
Lei 9.528/1997	Alteração
Medida Provisória 1608-13 /1998	Alteração Provisória
Medida Provisória 1608-14 /1998	Alteração Provisória
Lei 9639/1998	Alteração
Medida Provisória 1.663-10/1998	Alteração Provisória
Medida Provisória 1.663-11/1998	Alteração Provisória
Medida Provisória 1.663-12/1998	Alteração Provisória
Medida Provisória 1.663-13/1998	Legislação Correlata
Medida Provisória 1.663-15/1998	Legislação Correlata
Medida Provisória 1.723/1998	Legislação Correlata
Lei 9.711/1998	Alteração
Medida Provisória 1.729/1998	Alteração Provisória
Lei 9.732/1998	Alteração
Emenda Constitucional	Legislação Correlata
Lei 9796/1999	Legislação Correlata
Decreto 3048/1999	Legislação Correlata
Medida Provisória 1799-06/1999	Alteração Provisória
Medida Provisória 1911-07/1999	Acréscimo
Medida Provisória 1911-08/1999	Alteração Provisória
Medida Provisória 1911-09/1999	Alteração Provisória
Medida Provisória 1891-08/1999	Alteração Provisória
Medida Provisória 1911-10/1999	Alteração Provisória
Medida Provisória 1891-09/1999	Alteração Provisória
Medida Provisória 1911-11/1999	Alteração Provisória
Medida Provisória 1891-10/1999	Alteração Provisória
Medida Provisória 1911-12/1999	Alteração Provisória
Lei 9876/1999	Alteração
Decreto 3266/1999	Alteração
Medida Provisória 1969-11/1999	Alteração Provisória

Medida Provisória 1999-13/1999	Alteração Provisória
Medida Provisória 1999-14/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 1969-13/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 1999-15/2000	Acréscimo
Medida Provisória 1969-14/2000	Acréscimo
Medida Provisória 1999-16/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 1969-15/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2022-16/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 1999-18/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 1999-19/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2022-17/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2022-18/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2043-19/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2049-20/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2043-20/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2043-21/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2049-22/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2060/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2049-23/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2060-01/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2049-24/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2060-02/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2049-25/2000	Alteração Provisória
Lei 10.099/2000	Acréscimo
Medida Provisória 2123-27/2000	Acréscimo
Medida Provisória 2129-04/2000	Acréscimo
Medida Provisória 2123-28/2000	Alteração Provisória
Medida Provisória 2129-05/2001	Acréscimo
Medida Provisória 2129-06/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 1123-29/2001	Acréscimo

Medida Provisória 2129-07/2001	Acréscimo
Medida Provisória 2123-30/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2143-31/2001	Acréscimo
Medida Provisória 2129-08/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2143-32/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2129-09/2001	Acréscimo
Medida Provisória 2129-10/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2143-33/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2151/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2143-34/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2151-01/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2187-11/2001	Acréscimo
Medida Provisória 2143-34/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2143-35/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2187-13/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2143-36/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2151-03/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2151-02/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2187-12/2001	Alteração Provisória
Medida Provisória 2216-37/2001	Alteração Provisória
Lei 10.403/2002	Alteração
Lei 10.421/2002	Alteração
Medida Provisória 65/2002	Revogação Parcial
Medida Provisória	Alteração Provisória
Lei 10.559/2002	Revogação Parcial
Lei 10.684/2003	Alteração
Lei 10.699/2003	Alteração
Lei 10.710/2003	Alteração
Medida Provisória 130/2003	Alteração Provisória
Medida Provisória 138/2003	Alteração Provisória

Lei 10.820/2003	Alteração
Lei 10.839/2004	Alteração
Medida Provisória 167/2004	Alteração Provisória
Lei 10.887/2004	Alteração
Medida Provisória 242/2005	Alteração Provisória

Fonte: SIXLEX/ [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) em 02/11/2005