

## **REABILITAÇÃO PROFISSIONAL PÚBLICA, UM DIREITO DO CIDADÃO**

Embora a reabilitação profissional seja um direito preconizado pela Convenção nº 159 da Organização Internacional do Trabalho - OIT, pela Lei 8.213/91 e clamada pela 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, efetivamente, o aparato estatal oferece possibilidades limitadas para que esse processo ocorra.

Os trabalhadores brasileiros, que por algum motivo passam a apresentar limitações físicas ou psíquicas para continuar a exercer a sua atividade de trabalho, são condenados a permanecerem em auxílio-doença por tempo prolongado ou mesmo de forma definitiva, ou são devolvidos para o mercado de trabalho desprovidos de qualquer possibilidade de se manterem. Com essa exclusão social, perdem a Previdência Social, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Assistência Social.

Até os anos 1990, a Previdência Social contava com uma estrutura, insuficiente e limitada, mas que tinha uma prática de avaliação multiprofissional. Com dificuldades e limitações fazia a recolocação profissional. No final daquele período e início dos anos 2000, descentralizou-se a reabilitação profissional para as agências do INSS e gerências executivas. No entanto, a desejada descentralização não se fez acompanhar de adequada estrutura técnica e administrativa, qual seja, formação de equipes multiprofissionais, pessoal de apoio, espaço físico, equipamentos, ferramentas administrativas adequadas, que à luz de cada realidade local e regional, pudessem trabalhar junto às empresas e ao mercado de trabalho, preparando-os para acolher os trabalhadores, com diferentes tipos de limitações, após um processo de reabilitação profissional, abrangendo a re-qualificação profissional e efetiva reinserção.

Atualmente, as agências e gerências executivas contam com orientadores profissionais, em número insuficiente, sem a devida formação, que têm a ingrata incumbência de promover a reabilitação profissional. Se, com equipes multiprofissionais e recursos, a reabilitação profissional é um processo

complexo e difícil, o trabalho solitário, sem os recursos necessários, torna a tarefa penosa e mal sucedida.

Como todas as regras têm suas exceções, também neste caso, é possível listar alguns casos bem sucedidos, restritos a casos isolados. Considerando, ainda, que o processo de reabilitação profissional deve ser antecedido da atenção propiciada pelo Setor Saúde e compreende a efetiva reinserção, é de fundamental importância a discussão e implementação imediata de ação integrada entre as áreas da Saúde, Trabalho, Assistência e Previdência Social.

Um grupo, composto por profissionais da Fundacentro, do CEREST/SP, do CRST Piracicaba, do CRST Campinas, convidados do INSS e estudiosos do tema, realizou uma oficina nos dias 10 a 12 de setembro do corrente ano e elaborou uma proposta de Reabilitação Profissional Pública a ser debatida com a sociedade. Dessa forma, pretende-se instituir um fórum de debate público sobre esse importante tema.

O lançamento do presente documento será feito no dia 23 de outubro de 2007, em Seminário denominado **Reabilitação Profissional Pública, um direito do cidadão**, na Fundacentro – São Paulo – Rua Capote Valente, 710 – SP Capital.

São Paulo, 23 de outubro de 2007.

## **Equipe técnica responsável**

**Daniela Rossi** – Fisioterapeuta do CEREST/SP

**Eclea Spiridião Bravo** – Médica do CRST Piracicaba e do INSS Piracicaba

**Mara Alice Conti Takahashi** – Socióloga do CRST Piracicaba

**Maria Maeno** – Médica, pesquisadora da Fundacentro

**Márcia Cardillo** – Assistente social do CRST Campinas

**Marisol Watanabe** – Terapeuta ocupacional do CRST Campinas

## **Colaboradores**

**Ana Maria Garcia Lourenço** – Reabilitação Profissional do INSS São José do Rio Preto

**Ana Virgínia Buim** – Reabilitação Profissional do INSS Presidente Prudente

**Antonio Arruda Rebouças** – Advogado previdenciário, assessor sindical

**Enidio Ilario** – Médico do Centro de Referência em Reabilitação de Campinas - SUS

**Edith Seligmann-Silva** – Psiquiatra, aposentada da Faculdade de Medicina da USP

**José Carlos do Carmo** – Coordenador do CEREST/SP e auditor da DRT

**Rita de Cássia Ferreira Andrade Senhoras** – Reabilitação Profissional do INSS São João da Boa Vista

**Roberto Carlos Ruiz** – médico perito da Gerência Regional do INSS Florianópolis

# HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

## Abordagem interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional

### Documento para discussão pública

#### I. Introdução

A construção de políticas públicas nacionais de habilitação e reabilitação profissional faz parte de recomendações da ONU, da OMS e da OIT e o Brasil tem legislação consonante com essas recomendações internacionais.

Segundo a legislação brasileira, várias pastas, além das que compõem a Seguridade Social (Saúde, Assistência Social e Previdência Social), devem elaborar políticas e programas de inclusão da pessoa com incapacidades no mercado de trabalho, buscando a igualdade de oportunidades, o que equivale dizer que é preciso buscar diminuir as barreiras físicas dos espaços públicos e privados, ter programas de qualificação, conscientizar a sociedade sobre a inclusão dessas pessoas no âmbito familiar e nos diversos meios sociais. Particularmente, seja para a inclusão, seja para a reinserção dessas pessoas no mercado de trabalho, há a exigência *sine qua non* da eliminação e do controle de condições de trabalho hostis, tais como maquinários que ofereçam riscos de acidentes e agravos à saúde em geral, exposição a fatores de risco físicos, químicos, biológicos, psicossociais e de organização do trabalho, conforme determina o Decreto 3.298/99, o qual atribui, neste processo, um papel importante ao setor Saúde, em todos os níveis de atenção, incluindo a atenção básica. Cabe ressaltar que é necessário o combate, por toda a sociedade, das atitudes de discriminação e assédio moral para com as pessoas reabilitadas, sob pena de não se alcançar de fato uma efetiva integração.

A habilitação e a reabilitação profissional são consideradas enquanto processo orientado a possibilitar que a pessoa com deficiência, a partir da identificação de suas potencialidades laborativas, adquira o nível suficiente de desenvolvimento profissional para ingresso e reingresso no mercado de trabalho e participar da vida comunitária (Decreto 3298, artigo 31). Aqui vale também destacar a importância dos procedimentos de alto custo e complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que financiam, por exemplo, a protetização (órteses e próteses) e também o fornecimento de outros equipamentos de apoio, tais como cadeiras de rodas, etc. O financiamento

destes equipamentos de suporte também está previsto na concessão de recursos materiais do Programa Reabilita do INSS.

Destacam-se também as peculiaridades do setor social representado pelas pessoas com deficiência (ou pessoas portadoras de deficiências - PPDs). É um setor que vem se articulando com rapidez e com grande capacidade de mobilização social, consciente de seu papel de protagonista nos processos que lhes dizem respeito, não aceitando políticas de cunho paternalista (pelo menos as representações emergentes nas instâncias de controle social e também na política em geral). De maneira geral, tem uma trajetória organizativa distinta das lutas dos trabalhadores, daí certo distanciamento na militância com os interesses mais ideológicos e tradicionais dos trabalhadores formais e sindicalizados, o que desperta a simpatia da sociedade civil, fato que contribuiu para um avanço acelerado do arcabouço legal de sustentação para as suas reivindicações.

A legislação sobre o assunto da habilitação e reabilitação profissional, que é muito extensa não será objeto de discussão deste documento, porém, fundamentará os conceitos e a proposta que serão apresentados.

## **II. Bases Legais**

### **Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão – Assembléia Geral da ONU, 10/12/1948**

#### **No seu artigo 23 diz:**

*“1. Toda a pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições eqüitativas e satisfatórias de trabalho e à proteção contra o desemprego.”*

#### **No seu artigo 25 diz:**

*“1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice pi noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes de sai vontade.”*

### **Constituição Federal do Brasil, de 1988**

A Constituição Federal, de 1988, no seu artigo 194 define que a *“seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”*

### **Decreto 129, de 22/05/1991, que promulga a Convenção nº 159 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes.**

A Convenção, na sua parte I, artigo 1, inciso 2 define que *“todo o País Membro deverá considerar que a finalidade de reabilitação profissional é a de permitir que a pessoa deficiente obtenha e conserve um emprego e progrida no mesmo, e que se promova, assim a integração ou a reintegração dessa pessoa na sociedade.”*

Na sua parte II, artigo 3, diz-se que a política nacional sobre a reabilitação profissional e emprego de pessoas deficientes *“deverá ter por finalidade assegurar que existam medidas adequadas de reabilitação profissional ao alcance de todas as categorias de pessoas deficientes e promover oportunidades de emprego para as pessoas deficientes no mercado regular de trabalho.”*

Na parte II, artigo 4, diz que a política de reabilitação nacional sobre profissional e emprego de pessoas deficientes deve ter como base o princípio de igualdade de oportunidades entre os trabalhadores deficientes e dos trabalhadores em geral.

E finalmente na parte III, artigo 6, diz que todo país-membro, mediante legislação nacional e por outros procedimentos, deve adotar medidas para possibilitar a habilitação e a reabilitação profissional e emprego para pessoas deficientes.

**Lei 8213, de 24/07/1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências**

*Art. 62. O segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade. Não cessará o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não-recuperável, for aposentado por invalidez.*

*Art. 89. A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive.*

*Parágrafo único. A reabilitação profissional compreende:*

- a) o fornecimento de aparelho de prótese, órtese e instrumentos de auxílio para locomoção quando a perda ou redução da capacidade funcional puder ser atenuada por seu uso e dos equipamentos necessários à habilitação e reabilitação social e profissional;*
- b) a reparação ou a substituição dos aparelhos mencionados no inciso anterior, desgastados pelo uso normal ou por ocorrência estranha à vontade do beneficiário;*
- c) o transporte do acidentado do trabalho, quando necessário.*

*Art. 92. Concluído o processo de habilitação ou reabilitação social e profissional, a Previdência Social emitirá certificado individual, indicando*

*as atividades que poderão ser exercidas pelo beneficiário, nada impedindo que este exerça outra atividade para a qual se capacitar.*

*Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:*

<i>I - até 200 empregados.....</i>	<i>2%;</i>
<i>II - de 201 a 500.....</i>	<i>3%;</i>
<i>III - de 501 a 1.000.....</i>	<i>4%;</i>
<i>IV - de 1.001 em diante.....</i>	<i>5%.</i>

**Decreto 3049/1999, que aprova o regulamento da Previdência Social, de 06/05/1999, publicada em DOU de 07/05/1999, republicada em 15/05/1999**

*Art.79. O segurado em gozo de auxílio-doença, insuscetível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para exercício de outra atividade, não cessando o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não recuperável, seja aposentado por invalidez.*

*Art.136. A assistência (re)educativa e de (re)adaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visa proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem.*

*Art.137. O processo de habilitação e de reabilitação profissional do beneficiário será desenvolvido por meio das funções básicas de:*

*I - avaliação do potencial laborativo; (Redação dada pelo [Decreto nº 3.668, de 22/11/2000](#))*

*II - orientação e acompanhamento da programação profissional;*

*III - articulação com a comunidade, inclusive mediante a celebração de convênio para reabilitação física restrita a segurados que cumpriram os pressupostos de elegibilidade ao programa de reabilitação profissional, com vistas ao reingresso no mercado de trabalho; e (Redação dada pelo [Decreto nº 4.729, de 9/06/2003](#))*

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

*§ 1º A execução das funções de que trata o **caput** dar-se-á, preferencialmente, mediante o trabalho de equipe multiprofissional especializada em medicina, serviço social, psicologia, sociologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras afins ao processo, sempre que possível na localidade do domicílio do beneficiário, ressalvadas as situações excepcionais em que este terá direito à reabilitação profissional fora dela.*

*§ 2º Quando indispensáveis ao desenvolvimento do processo de reabilitação profissional, o Instituto Nacional do Seguro Social fornecerá aos segurados, inclusive aposentados, em caráter obrigatório, prótese e órtese, seu reparo ou substituição, instrumentos de auxílio para locomoção, bem como equipamentos necessários à habilitação e à reabilitação profissional, transporte urbano e alimentação e, na medida das possibilidades do Instituto, aos seus dependentes.*

*§ 3º No caso das pessoas portadoras de deficiência, a concessão dos recursos materiais referidos no parágrafo anterior ficará condicionada à celebração de convênio de cooperação técnico-financeira.*

*§ 4º O Instituto Nacional do Seguro Social não reembolsará as despesas realizadas com a aquisição de órtese ou prótese e outros recursos materiais não prescritos ou não autorizados por suas unidades de reabilitação profissional.*

*Art.138. Cabe à unidade de reabilitação profissional comunicar à perícia médica a ocorrência de que trata o § 2º do art. 337.*

*Art.139. A programação profissional será desenvolvida mediante cursos e/ou treinamentos, na comunidade, por meio de contratos, acordos e convênios com instituições e empresas públicas ou privadas, na forma do art. 317.*

*§1ºO treinamento do reabilitando, quando realizado em empresa, não estabelece qualquer vínculo empregatício ou funcional entre o reabilitando e a empresa, bem como entre estes e o Instituto Nacional do Seguro Social.*

*§ 2º Compete ao reabilitando, além de acatar e cumprir as normas estabelecidas nos contratos, acordos ou convênios, pautar-se no regulamento daquelas organizações.*

*Art.140. Concluído o processo de reabilitação profissional, o Instituto Nacional do Seguro Social emitirá certificado individual indicando a função para a qual o reabilitando foi capacitado profissionalmente, sem prejuízo do exercício de outra para a qual se julgue capacitado.*

*§ 1º 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**.*

*§ 2º Cabe à previdência social a articulação com a comunidade, com vistas ao levantamento da oferta do mercado de trabalho, ao*

*direcionamento da programação profissional e à possibilidade de reingresso do reabilitando no mercado formal.*

*§ 3º O acompanhamento e a pesquisa de que trata o inciso IV do art. 137 é obrigatório e tem como finalidade a comprovação da efetividade do processo de reabilitação profissional.*

*Art.141. A empresa com cem ou mais empregados está obrigada a preencher de dois por cento a cinco por cento de seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:*

*I- até duzentos empregados, dois por cento;*

*II- de duzentos e um a quinhentos empregados, três por cento;*

*III- de quinhentos e um a mil empregados, quatro por cento; ou*

*IV- mais de mil empregados, cinco por cento.*

*§ 1º A dispensa de empregado na condição estabelecida neste artigo, quando se tratar de contrato por tempo superior a noventa dias e a imotivada, no contrato por prazo indeterminado, somente poderá ocorrer após a contratação de substituto em condições semelhantes.*

**Decreto 3298, de 20/12/1999, que regulamenta a Lei 7853, de 24/10/1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.**

No capítulo VII, seção I, da Saúde, artigo 16, inciso II, diz que os órgãos e as entidades da administração pública federal direta e indireta responsáveis pela saúde devem tomar medidas de desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidentes domésticos, de trabalho, de trânsito e outros, bem

como o desenvolvimento de programa para tratamento adequado a suas vítimas.

No inciso III do mesmo artigo 16 refere-se à criação de rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados, voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho.

No inciso VI do mesmo artigo refere-se ao desenvolvimento de programas de saúde com o objetivo de inclusão social e finalmente, no inciso VII ainda se refere ao importante papel dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade.

### **III. Considerações sobre a relatividade dos conceitos**

Segundo o Decreto 3298/99, deficiência é considerada “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.” A incapacidade é “uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.”

**Quem necessita de habilitação e reabilitação profissional para diminuir ou eliminar a desvantagem que tem na sociedade? Depende da sociedade.**

Não existe um conceito universal de incapacidade, uma vez que, os critérios de seleção para determinar quem é elegível, ou não, para programas de reabilitação profissional vinculados a sistemas de previdência social, dependem, em primeiro lugar, do enquadramento nos critérios de concessão dos benefícios de suporte de renda. Estes critérios podem ser restritos ou mais

abrangentes, de acordo com definições legais de incapacidade que variam muito entre os países.

Para MOOM e GEICKER (1998) a abrangência da clientela assistida pelos programas de reabilitação depende muito do alcance do sistema de proteção social de cada país. Os autores citam exemplos de vários tipos de enunciados legais, sem contudo identificar os países que os adotaram, uma vez que o objetivo do seu estudo não é de comparação entre eles mas sim de reforçar a colocação de que o conceito de incapacidade é um elemento central no fundamento e na lógica de organização dos sistemas de previdência social, enquanto produto de lutas sociais e políticas muito específicas.

Abaixo seguem alguns exemplos de critérios de vários países para a definição de quais pessoas a sociedade acha que necessitam de recebimento de benefícios de previdência social e de reabilitação profissional:

1. 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.
2. 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.
3. 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 (MOOM e GEICKER 1998).

No Brasil, o Decreto nº 3048/1999 que aprova o Regulamento da Previdência Social, em seu art. 71, define de uma forma bastante genérica que o segurado que faz jus ao auxílio-doença (previdenciário ou acidentário) é aquele que está incapacitado para o trabalho ou para sua atividade habitual por mais de 15 dias. No art.104, do mesmo decreto, o auxílio-acidente (benefício

de natureza indenizatória) é devido após a consolidação das lesões, com seqüela definitiva e com redução de capacidade para o trabalho quando houver maior exigência de esforço para o desempenho da atividade.

Quanto a reabilitação profissional, o art.136 diz que a “assistência (re)educativa e de (re)adaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visa proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem”.

Estes enunciados legais revelam que o conceito de incapacidade que embasa a legislação previdenciária brasileira é restritivo, referindo-se exclusivamente à incapacidade física, necessitando de uma revisão mais afinada com os avanços teóricos e técnicos mais recentes das concepções de incapacidade, cidadania e proteção social.

#### **IV. Conceitos e sociedade**

Partindo do princípio que a concepção de incapacidade é uma construção social, sua transformação ao longo dos séculos está articulada às determinações históricas de sociedades singulares.

O modelo explicativo europeu da incapacidade do século XIX era o de tragédia pessoal, de infortúnio que acometia as famílias que eram ajudadas pelos sistemas de benemerência das paróquias. Os burgueses ricos, as confrarias e as associações de auxílio-mútuo das corporações de ofício foram os colaboradores da Igreja nesta empreitada. Não havia ainda se estabelecido qualquer responsabilidade do Estado nesta questão (CASTEL 1998).

Nas sociedades industriais, o problema da incapacidade tornou-se mais complexo. A estreita associação entre saúde e capacidade de trabalho fez parte de um grande projeto político-ideológico de agenciamento e disciplinarização da força de trabalho para atender aos objetivos do processo produtivo, constituindo-se a doença como a única condição legítima para o não trabalho.

A idéia de que a incapacidade tinha que ter um suporte público começou a ser gestada 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 concessão de 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. Já os programas de indenização do seguro do acidente de trabalho, que ganharam força no mesmo período, tinham 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.

Os programas de reabilitação para o trabalho surgiram na mesma época, tanto para a recuperação dos efetivos das forças armadas, quanto da mão-de-obra das fábricas de munição. Os resultados da reabilitação dos feridos de guerra foram surpreendentes: 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 (GRAHAME 2002).

Estes programas de reabilitação para veteranos de guerra e acidentados de trabalho foram então criados em departamentos estatais de vários países, ampliados e estendidos a toda a comunidade, mas suas práticas permaneceram embasadas na concepção de incapacidade como um déficit pessoal até os anos 1970, quando uma nova visão, denominada *abordagem sociopolítica da incapacidade*, tem o potencial de tensionar as abordagens tradicionais.

Novos elementos foram incorporados à discussão da incapacidade: 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, questões que passaram a ser

problematizadas por essa abordagem como aspectos importantes dos programas de reabilitação (JONGBLOED e CRICHTON 1990).

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 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. 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 intersectorialidade entre as diversas políticas públicas, como as de educação, emprego e geração de renda, habitação, transporte, previdência social e outras.

## **V. Reabilitação Profissional como política pública**

A Reabilitação Profissional é a resposta pública à problemática da incapacidade. Os países com sistemas públicos de previdência social também implantaram serviços de reabilitação profissional e medidas de intervenção estatal nas relações de trabalho com o objetivo de eliminar ou reduzir as desvantagens das pessoas com incapacidades, de modo a possibilitar seu retorno ao trabalho.

A área de Reabilitação Profissional na Previdência Social tem um duplo papel: são estratégias de regulação econômica dos sistemas com a finalidade de reduzir o tempo dos benefícios por incapacidade e são formas de intervenção para a redução e superação das desvantagens produzidas pelas incapacidades (MOOM e GEICKER 1998).

Na definição de SEYFRIED (1998) a reabilitação profissional é 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. **O objetivo de um programa de reabilitação profissional só é alcançado quando resulta na inserção da pessoa em um trabalho que permita sua integração social plena.**

## **V. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF<sup>1</sup>**

A CIF pertence à família das classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para aplicação em diagnósticos, conceituação de incapacidade e funcionalidade, codificação para bancos de informações em saúde, sistemas de previdência social e organização de serviços de atenção e reabilitação.

A CIF utiliza uma linguagem comum padronizada com o objetivo de facilitar a comunicação sobre saúde entre os diversos países e entre os vários campos e núcleos científicos. Foi aprovada pela 54ª Assembléia Mundial de Saúde para utilização internacional em 22 de maio de 2001 (Resolução WHA 54.21) e no Brasil tem sido divulgada e assessorada em sua implantação pelo Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português da EDUSP/ Universidade de São Paulo (USP).

---

<sup>1</sup> Texto baseado na conceituação do Anexo 5 da CIF.

O fundamento conceitual da CIF para compreender e explicar a incapacidade e a funcionalidade está expresso em uma dialética de confrontação entre o modelo médico e o modelo social.

O *modelo médico* considera a incapacidade como um problema da pessoa causado diretamente pela doença, trauma ou outro estado de saúde e que requer essencialmente assistência médica fornecida através de tratamento individual por profissionais. Os cuidados objetivam a cura ou a adaptação do indivíduo através da mudança de seus comportamentos.

A assistência médica é a principal medida de intervenção e no nível das relações sociais as reivindicações estão centradas nas reformas e ampliação das políticas de saúde.

O *modelo social* considera a questão da incapacidade como um problema socialmente construído relacionado com os obstáculos à integração plena dos indivíduos na sociedade. Nesta visão, a incapacidade não é um atributo individual, mas sim um conjunto complexo de condições, criadas ou agravadas pelo contexto social. Assim, o enfrentamento da incapacidade requer essencialmente ação social e passa pela responsabilização coletiva da sociedade: a implementação de modificações ambientais necessárias para garantir a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social. A funcionalidade destas pessoas não depende apenas de seu processo de reabilitação, ainda que em nenhum momento a importância deste processo seja negada, mas sim de mudanças sociais que, no nível político, transformam-se em questões referentes à cidadania e aos direitos humanos.

A CIF propõe a integração destes dois modelos<sup>2</sup> explicativos e de abordagem da incapacidade – uma síntese biopsicossocial que ofereça uma visão integrada e coerente das diferentes dimensões da saúde sob uma perspectiva biológica, individual e social.

---

<sup>2</sup> Os termos modelos significam, neste texto, construto teórico ou paradigma.

## **VI. Proposta de estrutura e fluxo para a Reabilitação Profissional da Previdência Social no Brasil**

### **Considerando que:**

- A reabilitação profissional é uma das atribuições do Ministério da Previdência Social e a garantia do resultado desse processo é de responsabilidade legal daquela Pasta.
- A reabilitação profissional efetiva é o resultado de um esforço conjunto de instituições governamentais e de diversos setores sociais (empresas, entidades de ensino, formação e treinamento, entidades sindicais, religiosas e associativas em geral, etc).
- A sua eficácia e efetividade dependem de políticas econômicas que privilegiem não apenas o crescimento econômico do país, mas a vida e a saúde do trabalhador, de políticas preventivas nos ambientes de trabalho, da assistência em saúde para procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação adequados e de mecanismos de intervenção nas relações de trabalho que garantam o acolhimento do mercado de trabalho e das empresas aos habilitados e reabilitados.
- O perfil de morbidade da população brasileira economicamente ativa varia de traumas a doenças crônicas, tais como dor de longa duração e transtornos psíquicos.
- É necessário estabelecer critérios técnicos para avaliar os trabalhadores que, com intervenção das políticas públicas envolvidas, podem retornar de forma saudável e segura aos postos de trabalho, sem ou com mudança de função.
- A reabilitação dos trabalhadores acidentados e portadores de doenças profissionais passa necessariamente por mudanças efetivas na organização dos setores de trabalho.

## **Propõe-se:**

### **No setor pericial:**

1. Que a Perícia Médica do INSS deve articular-se tecnicamente à equipe da reabilitação profissional de sua agência para o equacionamento de casos complexos, que apresentem dificuldades de retorno ao trabalho e que necessitem de intervenção na organização dos setores de trabalho e nas relações de trabalho.
2. Que os casos de pedidos de prorrogação e reconsideração de benefícios por incapacidade, portanto associados à necessidade de períodos mais prolongados de afastamento, devem ser avaliados conjuntamente pelo setor pericial e pela equipe de reabilitação profissional.
3. Que se garanta a manutenção do benefício por incapacidade até que o trabalhador esteja devidamente reabilitado e ajustado em sua empresa de vínculo.
4. Que o modelo explicativo de incapacidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde subsidie a avaliação das equipes de médico-peritos e de reabilitação profissional.

### **No setor da reabilitação profissional:**

1. Constituição de equipes multidisciplinares mínimas (psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e profissional da área social) em cada Gerência Executiva da Previdência Social, com as seguintes atribuições:
  - Levantar por meio de bancos de dados do SUS, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e particularmente do Ministério da Previdência Social (MPS), os principais problemas de saúde do trabalhador no território de abrangência da gerência;

- Elaborar projetos loco-regionais e protocolos de atendimento para as principais casuísticas;
- Supervisionar tecnicamente o atendimento das equipes multidisciplinares das Agências da Previdência Social (APS);
- Articular-se com as instituições que fazem interface com a área de reabilitação profissional tais como MTE, CEREST e Vigilância Sanitária-SUS, Fundacentro, Ministério Público do Trabalho e outras, para implementação das ações definidas nos projetos;
- Implementar a pesquisa de fixação de acordo com a normatização vigente;
- Criar indicadores de impacto para avaliação dos projetos e protocolos de atendimento, bem como do desempenho das equipes.

2. Constituição de equipes multidisciplinares mínimas (psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e profissional da área social) em cada Agência da Previdência Social, com as seguintes atribuições:

- Participar da elaboração de projetos referentes ao seu território de abrangência;
- Implementar as ações dos projetos de acordo com as diretrizes coletivas previamente definidas;
- Avaliar individualmente os casos referenciados pela Perícia Médica, com base nos projetos, definindo em equipe a elegibilidade para o programa de reabilitação profissional;
- Avaliar a capacidade laborativa, caso a caso, em articulação com as estruturas de reabilitação do SUS, bem como Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Ambulatórios de Saúde Mental, Ambulatórios de Dor, de Reumatologia e outras áreas e especialidades;
- Implementar os protocolos de atendimento definidos pelos projetos, viabilizando os recursos materiais e técnicos disponibilizados pela Reabilitação Profissional do INSS;

- Participar das avaliações ergonômicas dos postos de trabalho dos trabalhadores em programa;
- Articular-se com as instituições que fazem interface com a área de reabilitação profissional tais como MTE, CEREST e Vigilância Sanitária - SUS, Fundacentro, Universidades, Ministério Público do Trabalho e outras para implementação das ações de intervenção nas empresas definidas pelos projetos, de acordo com critérios epidemiológicos de magnitude ou por categorias profissionais de maior exposição aos riscos;
- Negociar o retorno ao trabalho com as empresas sob intervenção, definindo as funções compatíveis por meio das análises ergonômicas das atividades de trabalho;
- Acompanhar o período de estágio, juntamente com o sindicato da categoria, garantindo uma volta ao trabalho segura e saudável para os trabalhadores reabilitados;
- Nos casos de recusa das empresas de vínculo, encaminhar denúncia aos órgãos fiscalizadores do cumprimento das medidas legais existentes;
- Para os trabalhadores reabilitados, porém demitidos de suas empresas de vínculo, oferecer e acompanhar cursos de qualificação profissional, em parcerias com empresas, prefeituras, Sistema S, Bancos de Vagas e outros;
- Para os casos de demissão imotivada, fornecer os relatórios sobre a incapacidade, o processo de reabilitação profissional e a desvantagem do trabalhador para ações nas diversas esferas de defesa dos direitos trabalhistas, incluindo a judicial.

#### **No âmbito das Gerências e Agências da Previdência Social:**

- Fornecer apoio logístico às equipes dos setores periciais e de Reabilitação Profissional para a implementação das ações e protocolos definidos nos projetos.

- Fornecer elementos de forma sistemática para a implementação de ações regressivas contra as empresas causadoras de acidentes de trabalho e doenças profissionais para ressarcimento dos custos.
- Avaliar os relatórios técnicos de avaliação dos projetos das Equipes de Reabilitação Profissional, fornecendo apoio técnico para as correções que se façam necessárias para o aumento da eficácia e efetividade dos programas.
- Alimentação e Manutenção de um Banco de Dados da Perícia e Reabilitação Profissional, que forneça os elementos para a análise do desempenho institucional referente à habilitação e reabilitação profissional, fatores de dificuldades, demanda reprimida, acompanhamento da taxa e qualidade da fixação nas empresas, empresas, quantidade e qualidade do acolhimento por empresa. Esse Banco de Dados deve ser de domínio público e deve ter periodicamente seus dados consolidados e fornecidos à sociedade efetivando a participação e o controle social nesse processo.



<p><b>1.3. Prevenção de agravos relacionados ao trabalho</b></p>	<p>previdenciários</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atualização atuarial e Financiamento da Reabilitação Profissional</li> <li>▪ Recursos do SAT e das ações regressivas repassados aos serviços de saúde e reabilitação dos trabalhadores</li> <li>▪ Programas de controle de riscos ocupacionais</li> <li>▪ Implementação de Comitês de Ergonomia</li> <li>▪ Capacitação técnica em Ergonomia e Vigilância em</li> </ul>	<p>nas esferas federal, estaduais e municipais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ministério da Previdência Social</li> <li>○ Ministério da Previdência Social</li> <li>○ Ministério da Saúde</li> <li>○ SESMTS das empresas</li> <li>○ Conselhos de Saúde e da Previdência Social – participação e controle social</li> <li>○ Ministério da Previdência Social</li> </ul>
--	--	--

	<p>Saúde do Trabalhador das equipes de Perícia Médica e Reabilitação Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implantação de Sistemas eficazes de notificação e acompanhamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ministério do Trabalho e Emprego</li> <li>○ Ministério da Saúde/ RENAST, Vigilância Epidemiológica e Sanitária - SUS</li> <li>○ Ministério da Previdência Social</li> </ul>
<p><b>2. Prevenção Secundária:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sistema de saúde descentralizado e resolutivo</li> <li>▪ Detecção precoce de agravos relacionados ao trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ministério da Saúde</li> <li>○ Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde</li> <li>○ Toda a rede SUS (RENAST, unidades de emergência, unidades de saúde da atenção básica, ambulatórios de especialidades e unidades hospitalares, Vigilância Epidemiológica e Sanitária )</li> <li>○ SESMTs das empresas</li> <li>○ Clínicas conveniadas com as empresas</li> </ul>



- nas conferências e conselhos de saúde, da educação, da assistência social, da previdência social, nos conselhos sindicais, etc.
  - nas instituições de representação social, incluindo o poder legislativo;
  - nos conselhos universitários, nos currículos do ensino fundamental, médio e superior.
- Promover, divulgar e discutir o tema: mídia, Câmara de Vereadores, Deputados, Senado, Assembléias Legislativas.
  - Criar redes, blogs e sites sobre o assunto.

### **Referências bibliográficas**

Castel R. As metamorfoses da questão social – uma crônica do salário. Tradução de Iraci D. Poleti. 2.ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1998. 611p. título original: Les metamorphoses de la question sociale.

Grahame R. The decline of rehabilitation services and its impact on disability benefits. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2002; 95: 114-17.

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.

Moom 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.

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.

Takahashi MAC. Incapacidade e Previdência Social: uma leitura da trajetória de incapacitação dos trabalhadores. 2006. 255. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas.