

Mara Takahashi¹
Mina Kato²
Rose Aylce Oliveira Leite³

Incapacidade, reabilitação profissional e Saúde do Trabalhador: velhas questões, novas abordagens

Disability, occupational rehabilitation, and Worker's Health – old questions, new approaches

¹ Editora convidada. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/Cerest, Piracicaba, SP.

² Editora associada. Fundacentro, São Paulo, SP.

³ Editora associada. Ministério da Ciência e Tecnologia. Museu Paraense Emílio Göeldi/MPEG, Belém, PA.

A prática da reabilitação profissional é a resposta pública à questão da incapacidade para o trabalho, mas aqui trataremos especificamente da incapacidade decorrente de sequelas de acidentes de trabalho e de agravos de etiologia ocupacional.

No mundo ocidental capitalista, a obrigatoriedade legal da prestação dos programas de reabilitação profissional está tradicionalmente vinculada aos sistemas de Previdência Social, uma vez que seus resultados positivos reduzem o tempo e, conseqüentemente, os custos de concessão dos benefícios previdenciários, bem como evitam a incapacidade permanente para o trabalho (MOOM; GEICKER, 1998). No Brasil, com a estatização do Seguro do Acidente de Trabalho (SAT) em 1967, os serviços de reabilitação profissional foram implantados no então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, desmontados na década de 1990 pelo atual Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), transformaram-se em procedimentos administrativos de retorno às empresas após alta pericial (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

A construção teórica do modelo de atenção em reabilitação profissional é bastante escassa na literatura brasileira. A prática mostra ter potencialmente um papel socialmente mais relevante e, através de seus serviços e programas terapêuticos e de profissionalização, realiza uma intervenção estruturada com o objetivo de reduzir e superar as limitações funcionais, emocionais e sociais, intervindo no estabelecimento da incapacidade para o trabalho e possibilitando aos trabalhadores reabilitados os meios necessários para o retorno a um trabalho compatível e saudável. A eficácia e a efetividade destes programas são qualificações de resultados articulados diretamente a uma construção social mais ampla, permeada por interesses de classes e projetos políticos em disputa: o conceito de incapacidade. Da legitimidade deste processo depende a efetivação de políticas públicas de seguridade social mais abrangentes e inclusivas.

Se, por um lado, as mudanças nas elaborações teóricas desta concepção, ao longo dos últimos dois séculos, refletem as transformações históricas, políticas e sociais das sociedades capitalistas ocidentais, por outro, retratam o acúmulo do conhecimento científico definidor e incorporador das ideias às práticas. Deste construto paradigmático hegemônico emanam as decisões consolidadas na implantação de políticas públicas e na organização estatal de modelos de atenção em serviços de atendimento à população com incapacidades. A evolução deste processo reflete um longo caminho de lutas políticas e conquistas sociais. Partindo da concepção de tragédia pessoal, segundo a qual a incapacidade é um problema individual e as “vítimas”, por intolerância social e omissão do Estado, são confinadas ao ocultamento, contando apenas com o cuidado familiar e a benemerência da paróquia e da

burguesia abastada, chegou-se até a concepção socioambiental que apresenta evidências de que a incapacidade é um fenômeno de relação que não se realiza num vácuo social, que as determinações estruturais e os fatores sociais são preponderantes no seu estabelecimento e superação.

A magnitude dos dados estatísticos das pessoas com incapacidades reforçam a importância das práticas de reabilitação profissional. No Brasil, o último censo demográfico contabilizou 24.600.256 pessoas que relataram ter algum tipo de deficiência ou de incapacidade, representando 14% da população geral (BRASIL, 2000). Nos dados por faixa etária, o intervalo de 20 a 49 anos de idade, período mais produtivo da vida das pessoas e, portanto, de maior absorção pelo mercado de trabalho formal e informal, é também onde se situaram 35% dos informantes com incapacidades, revelando o determinismo das condições de vida e de trabalho dos trabalhadores no Brasil como causa de incapacidades e não apenas como resultante do processo de envelhecimento natural da população.

Este panorama censitário é corroborado pelas estatísticas alarmantes dos acidentes e doenças do trabalho no país, como os dados apresentados pela Dataprev para o ano de 2007, que registram a ocorrência de 653.090 casos, distribuídos por 50 CID(s) mais incidentes e que resultam em sequelas com limitações funcionais (BRASIL, 2007). Destes, merecem destaque as sequelas de acidentes de trabalho (CID Grupos S e T), primeira causa de afastamento do trabalho, e as LER/DORT, que ocupam o segundo lugar (CID Grupos G e M). Marcam presença significativa nos bancos de dados da Previdência Social os transtornos psíquicos relacionados ao trabalho (algumas patologias do Grupo F), porém, estes casos são minimamente contemplados pelos programas de reabilitação profissional, sendo sua atenção desenvolvida no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede do Sistema Único de Saúde. Cabe ressaltar que os dados previdenciários referem-se apenas ao mercado formal e são divulgados através do Anuário, restritos ao período de doze meses.

Este dossiê temático “Incapacidade, reabilitação e Saúde do Trabalhador” ressalta o desenvolvimento das políticas e práticas de reabilitação no país e pretende contribuir para minimizar a carência de literatura sobre o tema, apresentando experiências de serviços, proposição de novas práticas e estudos observacionais.

O artigo de Maeno e Vilela traz um histórico da reabilitação profissional no Brasil, coordenada pela Previdência Social, e ressalta a ineficiência do serviço em diferentes momentos, fundamentando a necessidade de construção social de um modelo capaz de superar a situação de exclusão de uma parcela significativa de trabalhadores que sofrem restrições físicas, psicológicas e sociais decorrentes de acidentes traumáticos e de adoecimento crônico, como os acometidos por lesões por esforços repetitivos (LER/DORT).

Em busca de caminhos alternativos para tratar e reintegrar estes trabalhadores no mercado de trabalho, surgiram experiências no âmbito da Renast/SUS, como as relatadas por Takahashi e cols. e Lima e cols., implementadas por intermédio de programas de reabilitação profissional de trabalhadores com LER/DORT, respectivamente no CRST de Piracicaba, São Paulo, e no Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (CESAT) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Surgem ainda propostas metodológicas como a apresentada por Simonelli e cols., com o objetivo de identificar as potencialidades do trabalhador reabilitado utilizando, de forma integrada, a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) e a avaliação do ambiente de trabalho por meio da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), objetivando a uma maior aproximação entre “as exigências do trabalho e as potencialidade do trabalhador, numa visão social do problema da reinserção”. Na mesma linha, uma aplicação prática do uso da CIF como critério para avaliar as condições de saúde dos trabalhadores e identificar fatores facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho é apresentada por Tolrá e cols.. As autoras apontam a importância do acolhimento e do suporte dos profissionais de saúde como facilitadores e, como principais obstáculos, a ausência de programas adequados de reabilitação profissional e a desarticulação dos diversos atores sociais envolvidos. Uma nota técnica de Nubila ao final do dossiê esclarece sobre a CIF e as potencialidades de seu uso.

O artigo de Mendes e Lancman apresenta uma abordagem integrativa para o tratamento dos acometidos de LER/DORT, na qual se associou um grupo de apoio à cinesioterapia, promovendo um espaço onde os “pacientes puderam expressar e compartilhar seus problemas e sentimentos”. Os resultados da experiência, mesmo com as limitações de número de sessões e do tamanho reduzido dos grupos, reforçam o pressuposto de que as vivências grupais permitem ao trabalhador transformar percepções individuais em percepções coletivas. Ao conhecerem outras experiências semelhantes, os participantes, além de se identificarem com os outros trabalhadores, reconhecem o seu adoecimento como um processo decorrente do próprio trabalho e compreendem que sua situação não é única, passando a se reorganizarem individualmente a partir do pertencimento grupal.

Livramento e cols. contribuem com uma reflexão interdisciplinar, propondo uma integração da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) com a Atenção em Saúde do Trabalhador, mais especificamente para potencializar as possibilidades de prevenção, tratamento e reabilitação da LER/DORT a partir da terapia do Qi Gong. Mostra que a MTC, numa visão holística do indivíduo, permite uma abordagem mais global do processo de adoecimento que favorece a recuperação e a reabilitação do trabalhador.

Muitos dos artigos deste dossiê tratam da LER/DORT, uma síndrome que é estritamente relacionada ao trabalho e é prevalente em trabalhadores de diversos ramos de atividades, como lembra o artigo de Livramento e cols.. A dor e as limitações funcionais podem estar presentes no exercício de atividades, mesmo naquelas consideradas leves ou não relacionadas com linhas de produção. É o caso dos músicos, como ilustrado pelo artigo apresentado por Oliveira e Vezzà. “Os resultados [de seu estudo] indicam que, para os músicos, a dor *faz parte do negócio*”. A saúde desses profissionais, assim como de outros trabalhadores, que continuam em suas atividades apesar da dor e das limitações funcionais, não é uma questão que pode ser resolvida apenas com conscientização corporal e conhecimento da etiologia ocupacional. A compreensão da interligação de vários fatores de ordem biológica, psicológica, social e do ambiente físico é que vai trazer a possibilidade de prevenir os agravos e intervir para a promoção de saúde do trabalhador como indivíduo.

Para que os trabalhadores mantenham-se no controle de suas condições de saúde, além da busca de uma intervenção de prevenção primária, é imprescindível discutir as relações sociais de emprego e as políticas públicas de inclusão de pessoas com incapacidades. As medidas de proteção social relativas à inclusão dos trabalhadores reabilitados e das pessoas com deficiência estão estabelecidas pela lei que trata dos benefícios da Previdência Social. A lei nº 8.213, de dezembro de 1991, refere-se às cotas de emprego a ambos os segmentos. O artigo de Vasconcelos mostra a complexidade da prática de inclusão social através de falas de trabalhadores deficientes de Salvador, Bahia, identificando os mitos e os estigmas sociais associados a sua implementação. O artigo de Maeno e Wunsch versa sobre a realidade oposta, a de exclusão social e econômica, retratada na experiência de algumas trabalhadoras do ramo eletroeletrônico de São Paulo acometidas por LER/DORT ao longo de vários anos. Os autores analisam as dificuldades de reinserção profissional desses trabalhadores após demissão pela empresa e constata a ineficácia da política estatal de reabilitação profissional. As entrevistas foram realizadas já há algum tempo, mas a questão permanece e os dados refletem-se na atualidade.

Os artigos aqui apresentados reafirmam que é a sociedade, com suas formas de organizar a produção e o trabalho, permitidas ou não, que vai imprimir, nas relações sociais, as atitudes de acolhimento ou discriminação e, nas relações institucionais, as ofertas de modelos de atenção pautados pela proteção social ou pela segmentação da desvantagem e da exclusão. As propostas exitosas, assim como as propostas de mudança, podem servir de referência para atuação dos profissionais de saúde e reabilitação, assim como subsidiar o planejamento de ações e o desenvolvimento de competências na gestão de políticas públicas da Saúde do Trabalhador, da Previdência Social e do Trabalho.

E, finalmente, completando a dinâmica de contribuição, tais experiências, quando socializadas e apropriadas pelos usuários e suas instâncias de controle social, podem produzir o *empowerment* (empoderamento) que legitima e garante a efetividade das intervenções e a permanência dos serviços.

Referências

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 jan. 2006.

_____. Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico de 2007*. 2007. Disponível em: <www.previdencia.gov.br>. Acesso em: 17 mar. 2009.

MOOM, W.; GEICKER, O. Disability: concepts and definitions. In: *Disability and work*. Encyclopedia of

occupational health and safety. Geneva: OIT, 1998. p. 17.14-17.18. CD-ROM.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, 2008.