

ARTIGO DE REVISÃO

Reabilitação profissional como política de inclusão social

Occupational rehabilitation as a social inclusion policy

Maria Maeno ¹, Mara Alice Conti Takahashi ², Mônica Angelim Gomes de Lima ³

RESUMO

Este artigo faz uma breve análise de aspectos históricos e institucionais da reabilitação profissional no Brasil, e propõe desafios conceituais e estruturais a serem superados, condição necessária para que seja construída uma política de inclusão social nessa área. Aborda o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, criada Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2001, como ferramenta na reabilitação profissional.

PALAVRAS-CHAVE

saúde do trabalhador, políticas públicas, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, reabilitação

ABSTRACT

This paper briefly analyzes the historical and institutional aspects of occupational rehabilitation in Brazil and presents the conceptual and structural challenges to be overcome, a condition necessary for constructing a social inclusion policy in this field. It includes the use of the International Classification for Functionality, Disability, and Health (CIF) – created by the World Health Organization (WHO) in 2001 – as a tool in occupational rehabilitation.

KEYWORDS

occupational health, public policies, International Classification of Functioning, Disability and Health, rehabilitation

1 Médica sanitária, Mestre em Saúde Pública, Pesquisadora da Fundação Jorge Duprat Figueiredo – Fundacentro - Ministério do Trabalho e Emprego. Docente do Mestrado Integrado de Saúde do Trabalho e Meio Ambiente – Senac São Paulo.

2 Socióloga, Doutora em Saúde Coletiva, Supervisora da Equipe de Reabilitação Profissional do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba – SP.

3 Médica sanitária e do trabalho, Doutora em Saúde Pública, Professora de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
A/C Maria Maeno
Rua Capote Valente, 710 - Caixa-Postal 11484
Cerqueira Cesar
São Paulo - SP
Cep 05409-002

Recebido em 11 de Novembro de 2008, aceito 03 de Março em de 2009.

INTRODUÇÃO

A necessidade de readaptação nas atividades cotidianas está intimamente relacionada às mudanças nas capacidades das pessoas em diferentes momentos da vida. É fato que, com o passar dos anos, há alterações nas características dos indivíduos, que podem ter implicações nos seus modos de organizar a vida,¹ nas relações familiares, com os amigos, com a sociedade em geral e com o trabalho.

Fácil compreender que uma pessoa aos 25 anos de idade tenha mais resistência física e agilidade do que aos 50 anos, mesmo sem apresentar qualquer doença. Assim, dependendo das exigências de atividades específicas, mulheres gestantes, obesos mórbidos ou pessoas com alto grau de miopia, para exemplificar, podem se beneficiar de programas de reabilitação profissional para que, readaptados, possam continuar a exercer suas atividades laborais de forma compatível com a condição de funcionalidade modificada.

A reabilitação profissional atua nos casos em que a incapacidade e a conseqüente restrição laboral seja avaliada como estabilizada e de longa duração. Consiste na reinserção do trabalhador, seja na mesma empresa ou em outra, quando este estiver sem vínculo empregatício, e sua concepção abrange aspectos sanitários, previdenciários, sociais e legais. Segundo a legislação brasileira, o Ministério da Previdência Social, através do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), é o responsável por esta atribuição.

Diferentemente da reabilitação profissional, a reabilitação física e psicossocial faz parte das atribuições da área assistencial e compete ao setor da Saúde, ainda que a linha divisória entre ambas seja tênue e suas ações estejam diretamente embriçadas. As intervenções terapêuticas em reabilitação, através dos cuidados dos profissionais de saúde ou dos especializados em reabilitação profissional, não são lineares, seqüenciais ou realizadas em etapas estanques, mas atendem à integralidade de um processo dinâmico de recuperação que tem a potencialidade de eliminar, reduzir ou eliminar a incapacidade.²

Aspectos históricos e institucionais-legais

No Decreto-Lei nº 7.036/1944, que tratava da reforma da lei do acidente de trabalho, o artigo 90 referia-se à “readaptação profissional”, devida a todos os incapacitados para o trabalho, com o objetivo de restituir-lhes, parcial ou totalmente, “a capacidade na primitiva profissão ou em outra compatível com as suas novas condições físicas.” O conceito envolvia conotações de recuperação e reinserção no trabalho, por meio “de prática da fisioterapia, da cirurgia ortopédica e reparadora, mas ainda do ensino conveniente em escolas profissionais especiais”.

Porém, foi no Decreto-Lei nº 48.959/1960 que o termo reabilitação profissional foi institucionalmente consolidado como resposta pública à questão da incapacidade e detalhado, abrangendo a “assistência educativa e de readaptação profissional”, com vistas a proporcionar aos “beneficiários da Previdência Social, quando doentes, inválidos ou de algum modo física ou mentalmente deficitários, com a amplitude que as possibilidades administrativas, técnicas e financeiras e as condições locais permitirem, os meios de reeducação ou readaptação profissional indicados para que possam trabalhar em condições normais”. Ressalte-se, ainda, a inclusão da esfera psíquica como objeto de atenção da legislação e o detalhamento das fases

desse processo, tais como “exames iniciais, entrevistas e avaliações de natureza física, psicológica e social, para estabelecimento dos respectivos diagnósticos, indicação do tratamento adequado, realização do tratamento nos campos médicos, de recuperação e ou de reajustamento social, conforme tenha sido indicado, orientação profissional, formação profissional, colocação ou reemprego, acompanhamento do caso até a plena reabilitação profissional”.

Considerando a necessidade de integração entre as atividades que compunham o processo de reabilitação profissional, o texto legal determinava que os setores de manutenção de benefício, de assistência médica e os Centros de Reabilitação Profissional (CRP) deviam trabalhar de forma articulada, detalhando cada uma de suas etapas. Adicionalmente, esse Decreto-Lei já determinava a reserva de cotas de cargos pelas empresas para os reabilitados.

Nas décadas de 1970 e 1980, a área de reabilitação profissional expandiu-se sendo executada por meio dos Centros de Reabilitação Profissional (CRP), unidades de maior porte, providas de várias equipes multiprofissionais e dos Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP), unidades de menor porte, com uma ou duas equipes multiprofissionais. Essas unidades possuíam capacidade administrativa, técnica e financeira para cumprir as atribuições determinadas na legislação em um modelo hospitalocêntrico, no qual se baseava a assistência médica previdenciária da época. Disponham de setores assistenciais-terapêuticos, de oficinas para o ensino e treinamento profissionalizante, de pesquisas de mercado, com recursos materiais e humanos dentro dos serviços. Havia profissionais de diversas formações, entre as quais médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professores de nível secundário e superior, e de diversos ofícios atuando nas diversas atribuições, o que implicava instalações em grandes áreas físicas e alto custo. A grande demanda era constituída de acidentados com seqüelas físicas evidentes.³

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu o conceito de Seguridade Social, compreendido como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Enquanto a Constituição Federal determinou que o Sistema Único de Saúde (SUS) fosse de acesso e cobertura de cunho universal e integral, a Previdência Social manteve o caráter de seguro social, contributivo e de filiação obrigatória aos trabalhadores do mercado formal, restringindo os benefícios e os serviços de reabilitação profissional apenas para os seus segurados.

Em 1994, houve uma tese no II Seminário de Atividades Previdenciárias, que sustentava que as atividades de reabilitação profissional deveriam ser universalizadas e transferidas para o SUS, considerando que o custeio da reabilitação profissional vinha do Seguro de Acidente de Trabalho (SAT) das empresas.³

Na década de 1990, ainda com os centros de reabilitação profissional em funcionamento, testemunhou-se a não eficiência no atendimento à nova população de trabalhadores encaminhados pelas perícias do INSS. Adicionalmente aos “grandes incapacitados”, eram trabalhadores que sofriam dores e lesões músculo-esqueléticas crônicas, freqüentemente não explicados pelas pobres evidências em exames complementares, acompanhadas de sofrimento psíquico importante. Não eram mais um ou dois trabalhadores por empresa e sim, dezenas e, às vezes, centenas de trabalhadores da mesma empresa.^{4,5}

Tampouco eram somente os trabalhadores, em geral homens, que em atividades típicas industriais haviam se acidentado em quedas ou máquinas sem dispositivos de proteção e apresentavam seqüelas, geralmente visíveis. Estes continuavam a ser parte da clientela dos CRP, mas dividiam a atenção desses equipamentos e profissionais com os pacientes com Lesões por Esforços Repetitivos (LER), na sua grande maioria mulheres, que haviam adoecido em um trabalho com pouco gasto energético, menos perigoso, mas que trabalhavam em linhas reguladas por esteiras, cujas atividades de montagem ou embalagem exigiam a execução de movimentos repetitivos, em particular dos membros superiores, ao mesmo tempo em que, permaneciam horas sentadas ou em pé, sem possibilidades de locomoção durante a jornada de trabalho, a não ser para suas necessidades fisiológicas, que, no entanto, só podiam ser satisfeitas quando as trabalhadoras eram substituídas por outras, como peças de uma grande engrenagem que não podia ter seu funcionamento interrompido. Como recolocar essas inúmeras trabalhadoras na mesma empresa e nos mesmos postos, sem eliminar ou minimizar os fatores que haviam contribuído para a ocorrência do adoecimento ou para o seu agravamento? As discussões apontavam para a necessidade de outros modelos de reabilitação profissional e vários profissionais dos centros de reabilitação profissional sentiam a urgência de mudanças conceituais e de diretrizes nas práticas implementadas para que resultados efetivos pudessem ser obtidos na recolocação desses trabalhadores, acometidos por quadros do sistema músculo-esquelético diversificados, tais como tendinite, tenossinovite e síndrome do túnel do carpo, acompanhados freqüentemente de dores generalizadas ou de vários grupos musculares. Apesar da diversidade, inicialmente esses quadros clínicos eram reconhecidos, pela direção geral do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS), como “tenossinovite” relacionada a determinadas condições de trabalho⁶ e em 1987, como “tenossinovite do digitador” por ter sido essa a categoria que liderou o movimento pelo reconhecimento da doença ocupacional⁷ e em 1991 como Lesões por Esforços Repetitivos (LER).⁸

Já naquela época, o contingente de trabalhadores adoecidos por LER era tão expressivo e disseminado entre os mais diferentes ramos econômicos, que havia uma exigência de respostas urgentes do poder público. Para ilustrar esta mudança de perfil epidemiológico, ressalte-se que entre setembro de 1995 a setembro de 1996, entre 2.616 casos atendidos no CRP de São Paulo, 1.250 eram de LER, 380 de lesões nas mãos, 250 de amputação de dedos, 209 de lesões de membros inferiores, 114 de lombalgia e 100 de lesões de dedos, entre os diagnósticos mais freqüentes.⁹

O Sistema Único de Saúde (SUS), que desde a então recente Constituição Federal, tinha entre suas atribuições a de execução de ações em saúde do trabalhador, publicou normas referentes aos aspectos preventivos, clínicos e ao fluxo entre as áreas assistencial e previdenciária.^{10,11} No âmbito do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), dava-se o reconhecimento do Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social de Belo Horizonte-MG (NUSAT), que teve importante papel da elaboração da Norma Técnica de LER do INSS em 1993.¹² Em alguns municípios, como o de Campinas, interior do Estado de São Paulo, o Grupo Interinstitucional de LER (GIL), constituído pela Delegacia Regional do Trabalho de Campinas, Centro de Reabilitação Profissional de

Campinas, Grupamento Médico-Pericial do INSS de Campinas, Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e Ministério Público do Trabalho, utilizou amplamente essa Norma Técnica, desdobrando-a em uma Recomendação Técnica para LER, assinada pelas coordenações institucionais, e que serviu de base para intervenções conjuntas, de 1993 a 1997, nas empresas de maior incidência e prevalência de LER do município de Campinas: uma estratégia que resultou na diminuição da subnotificação dos casos de LER, no seu reconhecimento como doença ocupacional e no aumento da demanda no CRP de Campinas.³

Já em 1995, ocorria uma operação dentro da Previdência Social, de mudança estrutural da reabilitação profissional, com a criação de duas modalidades de equipes. As volantes formadas por um médico e um profissional de nível superior, qualquer que fosse sua formação básica, que teria a atribuição de orientação profissional. Essas equipes volantes, sediadas nos Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional, prestariam serviços nas Agências de Previdência Social de sua área de abrangência geográfica. A outra modalidade de equipe de reabilitação profissional era a equipe de extensão, constituída por um médico-perito e um assistente social. Metas nacionais de segurados reabilitados foram estabelecidas; mensagens mais ou menos explícitas de que a permanência e fortalecimento da reabilitação profissional dependiam do empenho e esforço dos profissionais eram constantes; o sucateamento dos equipamentos se aprofundou; o enxugamento do quadro de recursos humanos ocorreu de forma importante, principalmente pelas aposentadorias e pedidos de demissão voluntária e ressaltava-se a função reguladora da instituição. Esse processo de mudanças na área de Reabilitação Profissional, denominado Plano de Modernização da Reabilitação Profissional, foi oficializado por meio de um decreto,¹³ devidamente normatizado por meio de resoluções, que consagraram o fim de qualquer atividade terapêutica das equipes e instituíram a atribuição reguladora, posteriormente fortalecida, pela possibilidade da reabilitação profissional ser realizada pelas empresas e apenas homologada pelo INSS, por meio de um sub-programa da do setor da perícia médica, denominado Reabilita. Pelo decreto em vigor,¹³ as obrigações da Previdência Social encerravam-se com a emissão do certificado de reabilitação profissional, sem qualquer compromisso com trabalhadores demitidos ou mesmo com aqueles cujo acolhimento não ocorria por parte da empresa. Essas mudanças estavam articuladas com o movimento de privatização do Seguro de Acidente de Trabalho, então em curso.

Novos desafios conceituais em reabilitação profissional

A Reabilitação Profissional enquanto política pública, tradicionalmente vinculada aos sistemas previdenciários, tem o desafio de lidar com a complexidade da incapacidade humana, em especial daquela precocemente adquirida por acidentes de trabalho e doenças profissionais. O entendimento, em profundidade, dessa questão talvez seja o mais importante conceito-ferramenta desta prática social.

É importante ressaltar que a concepção de incapacidade teve sua evolução histórica nos dois últimos séculos (do século XIX aos dias atuais) refletindo as transformações políticas e sociais do trabalho nas sociedades capitalistas, embasadas pelo acúmulo do conhecimento

médico-acadêmico e de outras disciplinas derivadas, como a fisioterapia e a terapia ocupacional, incorporado às práticas de reabilitação, e permeadas por interesses e projetos em disputa, cuja hegemonia consolidou-se tanto nos contextos macro-político das políticas de proteção social, quanto na dimensão micro-política da organização dos serviços de atenção às pessoas com incapacidades.

Os sistemas de Previdência Social têm, como critério central de concessão de benefícios, o reconhecimento pericial da incapacidade para o trabalho, condição legitimada socialmente para o não-trabalho.

Anterior ao período da incapacidade com direito a suporte público, o modelo explicativo da incapacidade, dominante no século XIX era o denominado “modelo tragédia pessoal” porque legava ao indivíduo, às famílias e à caridade da burguesia e da Igreja, o cuidado das pessoas com deficiências, onde o confinamento em hospitais e asilos, ou seja, a assistência em regime de exclusão era a prática de cuidados da época. Este era o destino daqueles que não se enquadravam à ordem do trabalho. Do mesmo modo, aqueles que supostamente eram capazes de trabalhar, mas não o faziam, eram historicamente rechaçados da área da benemerência, recebendo o rótulo de “vagabundos”, considerados infratores pela gestão política da mendicância no processo de urbanização europeia.¹⁴

É interessante notar, que dois séculos depois, o critério se atualiza, mantendo-se em certa medida as formas tradicionais de equacionar a distinção entre as vítimas das doenças, dos acidentes e, por via de consequência, da incapacidade, que, por analogia, podemos considerar “os bons indigentes” e os “preguiçosos, vagabundos e malandros”, os atuais “simuladores”, tão problemáticos para a avaliação pericial deste século.

A ausência de critérios técnicos de avaliação, os quais deveriam abranger aspectos físicos, psicológicos e sociais que interagem no estabelecimento da incapacidade, demandando, portanto, avaliações por equipes multiprofissionais, impõem dificuldades insuperáveis à Perícia Médica na realização do seu trabalho, levando os médicos-peritos, responsáveis solitários por este papel social, a utilizar como ferramenta operacional a busca insana por segurados simuladores, aqueles que não estariam socialmente legitimados a não trabalhar, em última análise, fraudadores do sistema de seguro social. Continua merecendo a piedade aquele que exhibe a dor, o sofrimento, a lesão física e a incapacidade em um corpo mutilado ou deformado, resultante de um trágico evento testemunhado. Trata-se de uma versão moderna do modelo tragédia pessoal.

O modelo explicativo sócio-médico, nascido nos anos 1970, ainda não hegemônico nos serviços de reabilitação, enfatiza o coletivo, as determinações estruturais e os fatores sociais no estabelecimento e na superação da incapacidade. Este modelo teórico mostra evidências de que é a sociedade, com suas formas de organizar a produção e o trabalho, o consumo e as práticas sociais, que imprime, nas relações sociais, as atitudes de discriminação e exclusão, e que esta situação requer investimentos dos agentes sociais para ser transformada em contextos receptivos à reabilitação e à inclusão, através da eliminação de barreiras arquitetônicas e ideológicas.

A Reabilitação Profissional desenvolvida por equipes multiprofissionais, articulada em ações assistenciais, de profissionalização e de intervenção nos ambientes de trabalho geradores de acidentes

de trabalho e doenças profissionais, pode ser uma via importante de superação do modelo tragédia pessoal vigente na sociedade, e como tal, nos sistemas previdenciários, centrado em critérios excludentes de regulação moral.

Passada mais de uma década da publicação do decreto¹³ que instituiu formalmente mudanças significativas na reabilitação profissional que culminou no Reabilita, não se identificam ainda por parte do Ministério da Previdência Social propostas que incluam alguns quesitos imprescindíveis para a construção de base de uma política pública, que permita efetivamente a reabilitação profissional, entendida como a inserção do trabalhador em um trabalho que permita sua integração social plena. Isso exigiria um esforço para diminuir o descompasso entre a descentralização dos serviços de reabilitação profissional e a contratação de profissionais suficientes, com composição e qualificação adequadas. A situação que persiste há mais de uma década no INSS teria que ser enfrentada de fato, com mudanças na sua estrutura interna e nos aspectos culturais, para possibilitar uma real integração entre a reabilitação profissional e a perícia médica. Embora ambas as estruturas sejam subordinadas à gerência de benefícios por incapacidade, não trabalham de forma integrada, sobretudo no equacionamento de casos complexos, que exijam a intervenção integrada com outros setores governamentais, tais como a Saúde e o Trabalho, sem a qual, o processo de reabilitação profissional se reduz ao encaminhamento burocrático do segurado para a empresa, que por sua vez não tem política e tampouco programa de acolhimento para trabalhar as potencialidades do trabalhador. Essa prática, comum em todo o país, leva à existência de cidadãos de segunda classe dentro das empresas, constituída por adoecidos e “reabilitados”, que em um contexto de exigência de metas e produtividade, não considera as diferenças entre as pessoas, igualando-as no tocante às demandas de desempenho, o que abre possibilidades para o desenrolar de situações de humilhações e assédio moral.¹⁵

Um dispositivo normativo em forma de convênio do INSS com empresas, permite a elas que desenvolvam programas internos de readaptação de seus funcionários, com emissão de certificado de habilitação de readaptação profissional por parte do INSS. Este modelo, embora especifique como atribuições do INSS a realização do potencial laborativo, a análise do relatório conclusivo do programa profissional realizado pela empresa e a elaboração do laudo conclusivo de programa de reabilitação profissional, de fato, tem sido desenvolvido como um recurso de diminuição da fila de encaminhados à reabilitação profissional pela perícia médica, sem o devido controle de qualidade por parte do INSS. Tampouco há acompanhamento para avaliar a qualidade da reinserção do trabalhador na empresa e o tempo de permanência desse trabalhador nos quadros da empresa. Um agravante desse modelo é a previsão do programa abranger empregados sem percepção de benefício por incapacidade, isto é, um trabalhador com uma doença qualquer, que interfira no desempenho de sua atividade, pode ser readaptado pela empresa, o que é desejável; porém, prevê-se a emissão de certificado de homologação de readaptação por parte do INSS, também sem o devido controle de qualidade por parte do órgão emissor.

De fato, esses dispositivos normativos, embora sejam explicitamente referentes à reabilitação profissional, não preenchem os critérios mínimos necessários para uma real reinserção dos

trabalhadores no trabalho, como parte de uma integração social efetiva. Os segurados sem vínculo não contam com recursos para reinserção no mercado de trabalho, valendo-se de redes precárias, baseadas em vínculos familiares, religiosos e de amizade, para em geral, adentrarem no mercado de trabalho precarizado.^{4,16} Um outro aspecto decisivo, para que haja possibilidades de um corpo técnico multidisciplinar que, institucionalmente trabalhe no processo de reabilitação profissional como parte de uma política de inclusão social, é a definição de critérios amplos de avaliação de incapacidade. É anacrônico o modelo pericial, que continua tendo o médico como o único profissional a avaliar a incapacidade laboral de uma pessoa nas perícias e a quem se confere a atribuição exclusiva de encaminhamento à reabilitação profissional. O regulamento do benefício de prestação continuada da assistência social à pessoa com deficiência e ao idoso deu um passo na necessária ampliação da abordagem, ao incluir inovações importantes que fortalecem as possibilidades do exercício da cidadania por parte do beneficiário, entre elas, o uso da CIF para a avaliação de deficiência e grau de incapacidade e o acompanhamento dos beneficiários e de suas respectivas famílias no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do seu acesso a outras políticas.¹⁷ Ao contrário, o INSS, em 2007, propôs diretrizes médico-periciais sobre transtornos psíquicos e músculo-esqueléticos, que vinculavam a definição de incapacidade exclusivamente à doença, e não à pessoa, com determinada doença e repercussões sobre sua funcionalidade, em um determinado contexto social e com determinada atividade laboral. Essas diretrizes deverão ser definidas, por um grupo interno, até o dia 31 de dezembro de 2008.^{18,19}

CIF – Como ferramenta a ser utilizada na reabilitação profissional

Estudos em Quebec²⁰ mostram que as demandas dos diferentes atores do processo de reabilitação profissional são algumas vezes complementares e muitas vezes divergentes, o que gera situações de tensão e conflitos e exige uma abordagem integrada. Fatores sócio-demográficos, crenças, atitudes além da motivação na relação com o trabalho são aspectos que têm forte influência na efetividade da reabilitação profissional, motivação esta, condicionada a vários elementos, entre os quais a cultura do local de trabalho na relação com o trabalhador reabilitado e o grau de bem estar deste trabalhador em seu local de trabalho. Segundo esses estudos, a efetividade de Programas de Reabilitação, notadamente a fase de retorno ao trabalho, depende em grande medida das ações do empregador, ao assumir a responsabilidade de implantar, gerir, avaliar e financiar programas de retorno ao trabalho, com a participação dos trabalhadores e do Estado.

A falta de tecnologia adequada para a avaliação da incapacidade-funcionalidade, que englobe as múltiplas dimensões atingidas no processo de adoecimento e favoreça a interlocução com os profissionais de saúde, com o próprio trabalhador e com os demais co-participantes é identificada em vários países, e tem requerido o desenvolvimento de ações específicas em torno da abertura de diálogos e negociações entre representação de trabalhadores, profissionais de saúde, empresários e seguradoras de saúde.²⁰⁻²⁴

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e

Saúde – CIF - foi criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2001, com objetivo de “proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde.”²⁵ Portanto, a CIF foi elaborada tendo como finalidade estabelecer mecanismo de comunicação entre profissionais de saúde, fundamentada na utilização de uma linguagem unificada e padronizada, que possibilitasse a identificação dos impactos na vida cotidiana dos indivíduos e grupos populacionais decorrentes de doenças e de mudanças estruturais físicas e psíquicas. Tem sido crescente o número de estudos que utilizam a CIF como referência teórica para a discussão da funcionalidade em várias entidades nosológicas e em particular na dor crônica e desordens músculo-esqueléticas.^{26,27}

Modelo teórico da CIF: concepção e perspectiva epistemológica

O principal diferencial da CIF é seu ponto de partida: a aceitação da diversidade humana, a defesa da “legitimidade da biologia diferente” e das “singularidades dos seres humanos.”²⁸ Este ponto de vista reorienta a perspectiva teórica e suas conseqüências práticas, privilegiando os aspectos positivos de uma determinada condição de saúde. A CIF parte da funcionalidade, termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação, que indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo, com uma determinada condição de saúde e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais); e seu conceito complementar incapacidade, que indica as limitações de atividades e restrições da participação, aspectos negativos da interação entre um indivíduo e seus fatores contextuais.^{25,29,30} A CIF propõe um modelo de funcionalidade e de incapacidade que tem em seu centro a atividade humana no seu cotidiano e no mundo real, o que exige uma ampliação de recursos, sistemas, objetivos e resultados terapêuticos. Há uma mudança do foco, da incapacidade para a funcionalidade, do contexto da deficiência e do que não é possível ser realizado, para a perspectiva da saúde, das possibilidades, a partir da aceitação da diferença e da intervenção não só no doente e na doença, mas na interação doente-contexto sócio-cultural.

A ampla divulgação da CIF no mundo vem sendo conduzida pela Organização Mundial de Saúde desde 2001,³¹ com o estímulo para sua aplicação em todas as áreas da saúde. Este esforço tem requerido, de um modo geral, o treinamento e a participação intensa de diversas áreas profissionais no sentido de identificar a melhor forma de viabilizar a utilização desta classificação complexa. Uma estratégia de ampliação do uso da CIF foi a elaboração dos “core set”, que nada mais são do que a seleção de itens essenciais para a descrição e qualificação da demanda de situações de saúde específicas.

Nos últimos anos, vários *core sets* foram elaborados para avaliação da funcionalidade de condições de saúde crônicas como: osteoartrose, artrite reumatoide, dor generalizada, acidente vascular encefálico, dentre outros. No Brasil, o *core set* para avaliação de pacientes com LER é o primeiro do campo da saúde do trabalhador, e está em fase final de elaboração.

A utilização da CIF afinada com a concepção sócio-médica da incapacidade apresenta-se como uma ferramenta de avaliação alentadora. Sendo assim um novo patamar de abordagem teórica,

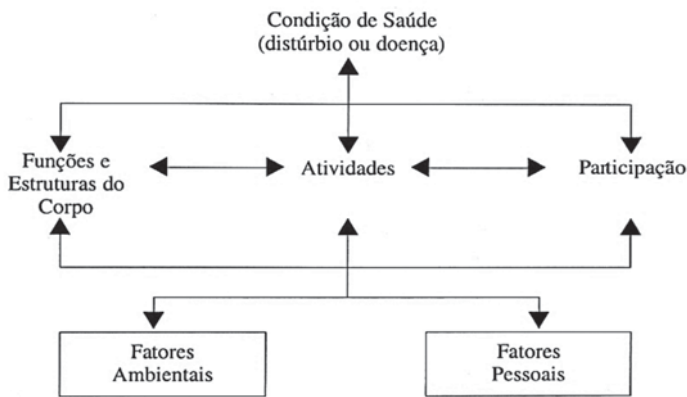


Figura 1
Modelo de funcionalidade e de incapacidade CIF.²⁵

incluindo as várias dimensões de interação entre o funcionamento físico e psicológico humano, com as ações e atividades, as tarefas que constituem as demandas dos sujeitos, a participação esperada socialmente, tanto na vida cotidiana quanto no trabalho.

CONCLUSÃO

A construção de um modelo de atenção à saúde, que inclua a reabilitação a partir da integralidade das ações das diversas pastas de governos, requer transparência e a clara defesa desse direito, cuja operacionalização deve ser explicitada à sociedade. É urgente pensar a reabilitação profissional dentro de uma política nacional de saúde do trabalhador, transversal e intersetorial, cujo objetivo principal deve ser o de combate às condições de trabalho precárias e adoecedoras, em uma perspectiva de que parcerias não representam igualdade de papéis e de responsabilidade dos parceiros. Ao Estado cabe sempre o papel de tomar o seu devido lugar de guardião das leis e de regulador legal e social em benefício do exercício da cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
2. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med*. 1994;38(1):1-14.
3. Takahashi MAC. Incapacidade e Previdência Social: uma leitura da trajetória de incapacitação dos trabalhadores [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.
4. Maeno M. Reinserção de trabalhadores com lesões por esforços repetitivos no mercado de trabalho [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
5. Lacerda EM, Nácul LC, Augusto LG, Olinto MT, Rocha DC, Wanderley DC. Prevalence and associations of symptoms of upper extremities, repetitive strain injuries (RSI) and 'RSI-like condition'. A cross sectional study of bank workers in Northeast Brazil. *BMC Public Health*. 2005;5:107.
6. Brasil. Instituto Nacional de Seguro Social. Circular Origem n. 501.001.55 n. 10, de 07 de novembro de 1986. Orienta as Superintendências para que reconhecessem a tenossinovite como doença do trabalho. Rio de Janeiro: 1986 Nov 11.
7. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria n. 4062/MPAS/GM, de 6 de agosto de 1987. Reconhece a tenossinovite como doença do trabalho. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 1987 Ago 7.
8. Oliveira CR. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): normas técnicas para avaliação de incapacidade. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social; 1991.

9. Matsuo M. Acidentado do trabalho: reabilitação ou exclusão? [dissertação] (dissertação de mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
10. São Paulo (Estado). Resolução SS 197/91: Norma Técnica - LER (Lesões por Esforços Repetitivos). São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 1992.
11. Minas Gerais (Estado). Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social / Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Resolução 245/92: Norma Técnica - LER (Lesões por Esforços Repetitivos). Belo Horizonte: Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social / Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 1992.
12. Brasil. Ministério da Previdência Social. L.E.R - Lesões por Esforços Repetitivos - normas técnicas para avaliação de incapacidade. Brasília: Ministério da Previdência Social; 1993.
13. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 2.172, de 5 de março de 1997. Regulamenta os Benefícios da Previdência Social. *Diário Oficial da República Federativa da Brasil, Brasília (DF)*; 2007 Mar 06. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1997/2172.htm>
14. Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. São Paulo: Vozes; 1998.
15. Soboll LAP. Violência psicológica e assédio moral no trabalho bancário [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
16. Seligmann-Silva E. A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: Silva Filho JF, Jardim S. A danção do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá; 1997. p. 19-63.
17. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso. Brasília (DF): *Diário Oficial da República Federativa da Brasil, Brasília (DF)*; 2007 Set 28; Seção 1:16.
18. Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social. Portaria nº 06 INSS/DIRBEN, de 8 de maio de 2008. Constitui Grupo de Trabalho para elaborar diretrizes médicas para a área de Clínica Médica. [texto na Internet]. Brasília (DF); 2008 Maio 12. Disponível em: <http://www.perito.med.br/sites/1100/1200/00001238.pdf>
19. Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social. Portaria nº 09 INSS/DIRBEN, de 12 de maio de 2008. Constitui o Grupo de Trabalho para implantar, avaliar as diretrizes médicas para a área de Psiquiatria e participar das ações de capacitação relativas ao tema [texto na Internet]. Brasília (DF); 2008 Maio 14. Disponível em: <http://www.perito.med.br/sites/1100/1200/00001241.pdf>
20. Baril R, Clarke J, Friesen M, Stock S, Cole D; Work-Ready Group. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Soc Sci Med*. 2003;57(11):2101-14.
21. Swartzman LC, Teasell RW, Shapiro AP, McDermid AJ. The effect of litigation status on adjustment to whiplash injury. *Spine*. 1996;21(1):53-8.
22. Kumar S. Disability, injury and ergonomics intervention. *Disabil Rehabil*. 2001;23(18):805-14.
23. Adams JH, Williams AC. What affects return to work for graduates of a pain management program with chronic upper limb pain? *J Occup Rehabil*. 2003;13(2):91-106.
24. Niemistö L, Rissanen P, Sarna S, Lahtinen-Suopanki T, Lindgren KA, Hurri H. Cost-effectiveness of combined manipulation, stabilizing exercises, and physician consultation compared to physician consultation alone for chronic low back pain: a prospective randomized trial with 2-year follow-up. *Spine*. 2005;30(10):1109-15.
25. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
26. Chen J, Devine A, Dick IM, Dhaliwal SS, Prince RL. Prevalence of lower extremity pain and its association with functionality and quality of life in elderly women in Australia. *J Rheumatol*. 2003;30(12):2689-93.
27. Drummond AS, Sampaio RF, Mancini MC, Kirkwood RN, Stamm TA. Linking the Disabilities of Arm, Shoulder, and Hand to the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *J Hand Ther*. 2007;20(4):336-43.
28. Mazzoni AA. Deficiência x participação: um desafio para as universidades [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
29. Lima MAG, Riberto M, Neves R. Reabilitação social do paciente com dor crônica. In: Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JT, Teixeira MJ. Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed; 2009. p 1382-89.
30. Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Acta Fisiatr*. 2003; 10 (1): 29-31.
31. ICF: International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2