

TENDÊNCIAS E REFLEXÕES

Perícia médica e reabilitação profissional: o atual modelo de perícia e uma proposta multidimensional aplicada em um projeto piloto em Santa Catarina

The cross-examination of medical experts and occupational rehabilitation: the present cross-examination model and a multidimensional proposal applied in a pilot project in Santa Catarina

Alfredo Jorge Cherem ¹, Roberto Carlos Ruiz ², Alessandre Tramontim ³, Domingos Lino ⁴

RESUMO

Este artigo aborda aspectos da prática atual da perícia médica na área de Reabilitação Profissional (RP) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), bem como, descreve uma outra metodologia de trabalho aplicada em um projeto piloto coordenado pelo Ministério Público do Trabalho (MPT). Assim, pretende-se discutir as possibilidades de aperfeiçoamento deste serviço através da interação entre o médico perito e a equipe multiprofissional. O modelo apresentado proporciona avanços na qualidade da perícia com fins de reabilitação, contribuindo desta forma com a tomada de decisão baseada em evidências a partir de dados apresentados e discutidos em equipe.

ABSTRACT

This paper delves into current practices of the cross-examination of medical experts in the area of Occupational Rehabilitation (OR) of the National Institute of Social Security (INSS) and also describes another methodology applied in a pilot project coordinated by the Public Labor Ministry (MPT). Therefore this work intends to discuss the possibilities of improving this service by interactions between the medical expert and the multi-disciplinary team. The following model contributes to the clinical quality of rehabilitation, thus contributing to a decision based on evidence and data presented and discussed as a team.

PALAVRAS-CHAVE

medicina ocupacional/legislação & jurisprudência, médicos do trabalho, reabilitação

KEYWORDS

occupational medicine/legislation & jurisprudence, occupational health physicians, rehabilitation

1 Médico Fisiatra, Doutor em Ergonomia, Perito médico do INSS - Reabilitação Profissional.

2 Médico, Mestre pela Universidade Estadual de Campinas.

3 Médico Ortopedista, Especialista em Saúde e Medicina do Trabalho.

4 Coordenador Geral de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade - Ministério da Previdência Social.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Alfredo Jorge Cherem
Av. Bocaiúva, 2173 - Apto 201
Florianópolis - SC
Cep 88015.530
E-mail: alfredo.cherem@gmail.com

Recebido em 29 de Janeiro de 2009, aceito em 05 de Março de 2009.

INTRODUÇÃO

Etimologicamente a palavra *habilitare* vem do latim e significa tornar uma pessoa apta, capacitada e *re-habilitare* implica restituir uma capacidade ou reparar uma aptidão anteriormente perdida, através de um conjunto de procedimentos e técnicas aplicadas a pessoas com necessidades especiais, com a finalidade de recuperação das condições funcionais. A Reabilitação, no sentido mais amplo e abrangente, deve incluir questões relacionadas a vida de modo geral, incluindo independência nas atividades de vida diária (AVDs), enquanto que a Reabilitação Profissional (RP) tem um enfoque mais direcionado, visando o retorno ao trabalho. Especificamente em relação ao INSS, este processo de reabilitação possui caráter legal obrigatório em casos selecionados e deve proporcionar o reingresso ao mercado de trabalho dos beneficiários com incapacidade parcial ou portadores de alguma deficiência.

Diniz,¹ discutindo o significado de deficiência, descreve que este conceito não é uniforme e linear: “... como no caso da saúde, da educação ou até mesmo da pobreza, há diferentes definições para deficiência. Regra geral, deficiência pressupõe a existência de variações de algumas habilidades que sejam qualificadas como restrições ou lesões. O que inexistente, no entanto, é um consenso sobre quais variações de habilidades e funcionalidades caracterizam deficiência. Há pessoas com lesões que não experimentam a deficiência, assim como existem pessoas com expectativa de lesões que se consideram deficientes...”. A discussão deste conceito proposta pelo autor deixa claro que este processo é singular, dinâmico e multidimensional.

Por sua vez, Takahashi² numa reflexão sobre a construção histórico/social do conceito de incapacidade, destaca que “... a concepção de incapacidade não é a expressão natural de uma condição biológica humana, congênita ou adquirida, mas está articulada a determinações estruturais e as lutas sociais de sociedades singulares. A história social da incapacidade é também a história da noção de corpo. Desde o século XVIII, a medicina havia se apropriado do corpo como objeto de suas práticas, no entanto, foi no século XIX que aconteceu a mais radical de todas as mudanças no conhecimento clínico, a anatomoclínica, que possibilitou a integração de um conhecimento coerente do que era dito sobre as doenças e a visibilidade proporcionada pela dissecação de cadáveres...”.

A partir destes pressupostos pode se concluir que Reabilitação Profissional não se trata de uma área do conhecimento fruto de uma relação uni causal determinante do sintoma ou centrada apenas em aspectos anatomopatológico. O conceito de RP não se inscreve exclusivamente na área técnica, mas é dinâmico e carrega dentro si a evolução política das sociedades. Scaranello³ descreve isto de maneira objetiva, desenvolvendo seu trabalho a partir de uma perspectiva histórico político cultural, onde analisa o atual estado da RP no Brasil a partir do seguinte cenário:

• *A relação Estado e Sociedade desde o final do século XIX, permeada pelo processo de regulação social que, em maior ou menor escala, resultou, inicialmente, num Estado Liberal Conservador ou no Estado de Bem Estar Social. Dos embates e lutas, com avanços e retrocessos, surgiu à institucionaliza-*

ção das políticas sociais, a reestruturação produtiva, e, nas últimas décadas, as nefastas reformas propostas pelo ideário neoliberal.

• *A Previdência Social junto com a saúde e a assistência social compõe a seguridade social. A Previdência por sua vez, constitui-se numa instituição pública que tem por objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados, em casos de riscos sociais, tais como: doença, incapacidade, invalidez, idade avançada, morte e desemprego, além do salário-maternidade e auxílio-reclusão.*

• *Neste conjunto se inscreve a Reabilitação Profissional, caracterizando-se como serviço social prestado à população usuária, configurando-se, portanto, como um programa de governo, custeado pelo mesmo, no âmbito da Política Social.*

Desta forma, cabe resgatar que até o final da década de 80, a assistência ao tratamento médico-cirúrgico, a reabilitação física e a reabilitação profissional dos segurados afastados do trabalho em função de doença ou acidente de trabalho era da competência dos extintos INPS e INAMPS. A Constituição de 1988⁴ redefiniu as competências da Saúde, Previdência Social e Assistência Social sendo que a reabilitação física – assim compreendida como a prática médico assistencial - passa a ser atribuição do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto que a Reabilitação Profissional torna-se atribuição do INSS, nos termos do artigo 89 da lei da lei 8213 / 91:⁵ “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...”. A normatização infra-legal deste tema se dá através dos artigos 136 a 141 do Capítulo V do Decreto 3.048 de 06 de maio de 1.999.⁶ Em relação ao organograma da área de RP, o artigo 17 do Decreto 5.870 de 08 de agosto de 2006⁷ aprova a estrutura regimental do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS referindo que entre outras, é da competência das Gerências-Executivas a supervisão das Agências da Previdência Social – APSs sob sua jurisdição nas atividades de RP.

O modelo de Reabilitação Profissional da Previdência Social vigente desde o início desta década é denominado *Reabilita*, e teve como justificativas básicas para sua implantação, dentre outras, os seguintes aspectos:

- a concentração do programa anterior em unidades de reabilitação localizadas em grandes centros urbanos;
- a reduzida capilaridade para a prestação dos serviços;
- a ausência de articulação com a sociedade, dificultando a reinserção do reabilitando no mercado de trabalho.

O *Reabilita* buscou a descentralização da RP com conseqüente ampliação da rede de atendimento, disponibilizando este serviço no âmbito de todas as gerências executivas do INSS do Brasil, e permitindo a ampliação do alcance das ações através de parcerias e diversificação do atendimento, procurando envolver a comunidade no processo de reintegração do reabilitado.

Diante deste novo quadro, a Reabilitação Profissional está inserida nas Agências da Previdência Social – APS através das Equipes de RP das APS – ERPAPS e das chefias da RP, que administram e

supervisionam este serviço âmbito das Gerências Executivas. As equipes são constituídas por médico perito e orientador profissional – OP, que desenvolvem as funções de reabilitação profissional nas APS. Estas equipes têm como funções básicas às definidas pelo artigo 137 do Decreto 3.048 / 99:

- a avaliação do potencial laborativo;
- a orientação e acompanhamento do programa profissional;
- a articulação com a comunidade para a reintegração no mercado de trabalho.

No tocante especificamente ao trabalho do perito da RP, podem-se descrever suas atribuições resumidamente como:

- avaliar o potencial laborativo do segurado no que se refere aos aspectos físicos, potencialidades, contra-indicações e prognóstico para retorno ao trabalho;
- avaliar as perdas e restrições funcionais;
- identificar a estabilização do quadro clínico;
- realizar análise dos postos de trabalho nas empresas;
- identificar os casos passíveis de RP;
- acompanhar os casos de protetização;
- participar com o OP da análise conjunta dos casos para a conclusão da avaliação do potencial laborativo (biopsicosocial) com elaboração de programa profissional;
- participar de palestras e seminários divulgando a RP.

Outra possibilidade de atuação da RP é através da qualificação profissional, utilizando-se dos recursos da área de educação disponíveis na comunidade como, por exemplo, escolas profissionalizantes, Universidades, Ministério do Trabalho e Emprego e outros serviços dos Governos Estaduais ou Municipais. Isso se operacionaliza através de cursos e treinamentos efetivados a partir de parcerias, contratos ou credenciamentos, com acompanhamento *in loco* do programa desenvolvido nestes locais. Concluindo o processo de RP, o INSS emite um certificado individual indicando a função para a qual o reabilitado foi capacitado profissionalmente, sem prejuízo do exercício de outra atividade para a qual se encontre habilitado. Nesta certificação é obrigatório constar às restrições que porventura apresente o segurado.

O encerramento do processo de RP se dá através do instrumento de Pesquisa de Acompanhamento e Fixação no Mercado de Trabalho, aplicado após seis e doze meses do reinício da atividade laboral do segurado reabilitado, onde se acompanha sua situação após seu retorno ao trabalho, monitorando assim a eficácia do programa desenvolvido.

CONSIDERAÇÕES

O Processo de Reabilitação Profissional

Tendo em vista que o foco deste artigo trata de trabalhadores vinculados à Previdência Social através de contrato de trabalho via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), teceremos maiores considerações sobre o processo de RP dos segurados vinculados ao mundo do trabalho por este tipo de relação formal.⁸

Quando um empregado necessita afastar-se da empresa de vínculo (EV) por período superior a 15 dias, o mesmo se encaminha para avaliação pericial junto ao INSS. Após os trâmites administrativos iniciais, este segurado é avaliado por um médico perito. Quando esse

profissional constata que o segurado apresenta capacidade laboral não lhe é concedido o benefício da Previdência Social, e o mesmo é re-encaminhado à EV. No outro extremo das possibilidades das decisões periciais, quando existe incapacidade laboral completa, omniprofissional, ou seja, que implica na impossibilidade total para qualquer atividade, o segurado é aposentado por invalidez. Entre estas duas possibilidades extremas inscritas entre a plena capacidade laboral e incapacidade total, que resultam respectivamente em negativa da concessão do benefício previdenciário a concessão de aposentadoria por invalidez, existem várias outras, como um afastamento de curta ou média duração, afastamento prolongado, ou afastamento com encaminhamento a RP.

A situação que nos cabe aqui aprofundar é especificamente a possibilidade intermediária, quando existe capacidade laboral, porém com restrições.

Vale ressaltar ainda que o INSS vem produzindo um conjunto de protocolos que versam sobre patologias nas áreas da Psiquiatria, Ortopedia, Clínica Médica e Medicina Ocupacional para auxiliar na decisão do médico perito.

Particularidades da atuação da Reabilitação Profissional

A atuação prática específica do médico perito da RP desenvolve-se da seguinte maneira: o segurado previamente agendado comparece na secretaria da RP e é encaminhado para a avaliação. O médico realiza as atividades de avaliação clínica, conforme resumidamente descrito nos parágrafos anteriores e com base nestes dados efetua um prognóstico. A seguir o segurado é avaliado pela OP e no mesmo dia ocorre à análise conjunta entre estes dois profissionais e o responsável pelo serviço para definição da conduta a ser tomada. Existem quinze possibilidades de conclusão previstas para cada caso, sendo a mais comum o cumprimento de programa de RP para retorno ao trabalho.

A evolução do processo de reabilitação profissional ocorre basicamente em quatro etapas:

- avaliação da capacidade laborativa residual;
- orientação e acompanhamento da programação profissional;
- preparação profissional e articulação com a comunidade para ingresso no mercado de trabalho
- acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho.

A primeira etapa consiste na análise global dos seguintes aspectos: perdas funcionais e as funções que se mantiveram conservadas, habilidades e aptidões, potencial para aprendizagem, experiências profissionais e situação empregatícia, nível de escolaridade, faixa etária e mercado de trabalho de origem para definição da capacidade real de trabalho dos beneficiários.

A segunda etapa refere-se à condução do reabilitando a escolha consciente e esclarecida da atividade a exercer no mercado de trabalho, mediante o conhecimento de sua capacidade laborativa e dos requisitos necessários ao exercício das profissões e oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho local, bem como o planejamento da sua profissionalização.

A requalificação profissional é um fator que amplia consideravelmente as possibilidades de readaptação, adequando o segurado

às tendências do mercado de trabalho, consiste na terceira etapa que é realizada mediante a utilização dos recursos disponíveis na comunidade como cursos e estágios, articulada a um conjunto de ações dirigidas ao levantamento de oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho, preferencialmente na localidade de domicílio do reabilitando com propósito de seu reingresso.

A quarta e última etapa consiste em um conjunto de ações para constatar o ajustamento do reabilitado ao trabalho, a efetivação do processo de reabilitação e a obtenção de dados que realimentem o sistema gerencial visando à melhoria do serviço.

Assim, quando a equipe de reabilitação conclui que o segurado deva ser encaminhado para a efetiva reabilitação na sua EV, é enviado para a empresa um ofício com uma relação de perguntas para obter-se conhecimento inicial da situação de trabalho do empregado. Este ofício de encaminhamento/descrição de função/atividade solicita os seguintes dados: I- Identificação do segurado; II- Identificação da empresa; III- Descrição da função com relato em detalhes das tarefas desempenhadas pelo(a) empregado(a); IV- Exigências da função considerando: instrução/escolaridade, experiência profissional e tempo mínimo exigido para aprendizagem na função; V- Material, máquina e equipamento de trabalho relacionando os materiais utilizados: produto manipulado pelo trabalhador (tecido, couro, espuma ...) e as máquinas utilizadas (elétrica, eletrônica, manual, tamanho, forma, marca e fabricante) com descrição do tipo de operação executada pela máquina bem como dos equipamentos de proteção individual utilizados; VI- Condições ambientais em relação ao ambiente interno/externo e aspectos ambientais de poeira, umidade, calor, ruído, frio, odores; VII- Exigências da função quanto a esforço físico de carregar, empurrar, imprimir força e erguer peso, ritmo de trabalho, movimentos mais exigidos, posições necessárias e utilização da visão e VIII- Riscos de quedas, esmagamento, cortes, queimaduras, amputação, contusão, choques, outros. Este documento deverá especificar o nome e cargo do profissional que o preencheu.

Nesta etapa inicial, o médico perito realiza uma análise do posto de trabalho onde são avaliados e preenchidos em documento próprio os dados observados, iniciando pela identificação da empresa e prosseguindo com: 1- Nome da função; 2- Descrição sumária da tarefa; 3- Descrição detalhada das tarefas; 4- Natureza da função que pode ser qualificada, semi-qualificada, não qualificada, administrativa, supervisão, administração e técnica; 5- Frequência de posições, movimento, força e ritmo nas posições: em pé, andando; em pé parado; agachado; curvado; deitado; sentado; ajoelhado e equilibrado. Percentual de tempo de até 25%, 26 a 50%, 51 a 75% e 76 a 100% e em relação aos movimentos, especificando o lado direito e esquerdo e percentual de tempo de até 25%, 26 a 50%, 51 a 75% e 76 a 100%. A seguir, existe uma avaliação das amplitudes articulares, sem necessitar especificamente de goniometria. Coluna cervical: flexão, extensão e rotação; articulação do ombro: flexão, extensão, adução e abdução; articulação do cotovelo: flexão, extensão; antebraço: pronosupinação; articulação do punho: flexão, extensão; dedos da mão: flexão, extensão; movimentos de pinça: fina, média, grossa; preensão: garra, gancho, chave; coluna toracolombar: flexão, extensão, inclinação, rotação; articulação coxofemoral: flexão, extensão; articulação do joelho: flexão, extensão, semiflexão e articulação tibiotársica: flexão, extensão.

No item Força, especificar o peso em kilogramas se levanta do solo, carrega, empurra. Em até 25%, 26 a 50%, 51 a 75% e 76 a 100%; os ritmos dos movimentos: lentos, moderados e rápidos e a produtividade mínima exigida; 6- Materiais, e equipamentos de segurança utilizados.

Em relação às características do ambiente, o item 7 diz respeito as seguintes condições ambientais do trabalho: ao ar livre; em local aberto; em altura; abaixo do nível do solo; sob temperatura superior a 35° ou inferior a 15°C; sujeito à ação de gases, fumaças e vapores, iluminação artificial, natural ou intensa intermitente (tipo clarão de solda). O item 8- Condições e riscos no trabalho: avalia a existência de ruídos fortes, moderados, intermitentes e contínuos; existência de poeira; existência de detritos; ventilação artificial; piso molhado ou escorregadio; vapor d'água; sujeito a vibrações; cortes profundos nas mãos; cortes profundos em outras partes do corpo; choques elétricos, quedas e radiação; contato com insetos, animais, vísceras, materiais passíveis de contaminação, fogo, substâncias corrosivas, substâncias tóxicas e substâncias inflamáveis ou materiais explosivos. 9- Tipo de responsabilidade exigida do empregado por terceiros, materiais, equipamentos e informações confidenciais. 10- Características físicas e psicofísicas necessárias ao desempenho da função classificando como inexpressivo, levemente significativo, significativo, muito significativo; resistência ao sono; resistência para trabalho rápido por tempo prolongado; resistência para trabalhar em pé; trabalhar com as duas mãos ao mesmo tempo; trabalhar com mãos e pés ao mesmo tempo; destreza de mãos e braços; destreza de pés e pernas; destreza digital; discriminação tátil; capacidade de distinguir cores; capacidade de distinguir detalhes; capacidade de distinguir distância entre objetos; capacidade de distinguir formas e tamanhos diferentes; capacidade de perceber sons diferentes; percepção olfativa; rapidez de reações; atenção concentrada; atenção difusa; memória; habilidade abstrata; habilidade verbal; habilidade numérica; habilidade espacial; habilidade mecânica; criatividade; estabilidade emocional; iniciativa; liderança; espírito de equipe e sociabilidade. 11- Exigências para o exercício da função: faixa etária; sexo; escolaridade; exige experiência ou treinamento para a função; horário de trabalho; hora extra; intervalo entre as tarefas e para lanche. 12- Remuneração: salário médio mensal; hora extra; abono por produção, periculosidade e insalubridade.

A análise do ambiente na empresa pressupõe uma inter-relação com a equipe do serviço de engenharia, segurança e medicina do trabalho, o que envolve o médico do trabalho e outros técnicos da área, recursos humanos e gerência ou mesmo direção da empresa, bem como com a presença do segurado/empregado, o que é fundamental para possibilitar uma decisão mais rápida da situação laboral.

É importante destacar que decisões que se fazem na ausência do principal interessado, o trabalhador, podem ser um forte indicador de insucesso. Como descreveu Vasconcellos⁹ “... o conhecimento que o trabalhador tem do processo de trabalho, o seu saber operário, raramente é levado em consideração, seja no nível intra-empresarial, quando se discute o gerenciamento dos riscos, seja no nível fiscal, quando se intervém sobre a empresa, seja no nível legislativo ou normativo quando se traçam às diretrizes de controle dos riscos a que ele está exposto. A exclusão do trabalhador destes processos é uma prática brasileira, equivocada do ponto de vista técnico...”

Importante destacar ainda que possa ser interessante ao médico perito reabilitador conhecer as Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego,^{10,11} em especial as NRs 7 e 9, que contemplam a obrigatoriedade da elaboração e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) respectivamente. Quando se constatar que tais programas não são fidedignos com a realidade encontrada, é importante fazer tal registro junto à equipe da empresa, bem como, aos órgãos de fiscalização caso necessário.

Por sua vez a NR 17 - Ergonomia apesar de não estar contemplada dentro dos riscos ambientais a serem descritos no PPRA, deve receber a devida atenção durante o processo de RP. Assim, quando as queixas do segurado referem-se a sobrecarga ergonômica laboral, o médico perito deve verificar se a empresa realizou a análise ergonômica do trabalho (AET) e quais as medidas corretivas informadas pelo analista que foram efetivamente implementadas.¹²

Ainda em relação à legislação, é importante atentar às chamadas cotas para deficientes. Neste sentido, o artigo 141 Do decreto 3048 / 99 auxilia o trabalho da RP no que toca a inserção de pessoas com deficiência, pois prevê a contratação das mesmas na seguinte proporção: I - até duzentos empregados, 2% por cento; II- de duzentos e um a quinhentos empregados, 3% por cento; III- de quinhentos e um a mil empregados, quatro por cento; ou IV- mais de mil empregados, 5% por cento.

Uma outra experiência de Reabilitação Profissional em Santa Catarina

Tendo em vista o grande número de trabalhadores afastados do seu labor em agroindústrias, e sem perspectiva de retorno ao trabalho, ocorreu a mobilização do Ministério Público do Trabalho - 12a. Procuradoria Regional do Trabalho-SC, que através de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) envolveu vários atores públicos – ai incluído o INSS – para a operacionalização de um projeto piloto de RP, que foi desenvolvido em 2007 e 2008 em uma grande agroindústria da cidade de Videira (Santa Catarina). Este trabalho foi chamado de Programa de Reabilitação Ampliado (PRA).

Outros artigos deste suplemento descrevem detalhadamente a referida experiência^a e seus resultados, e não nos ateremos a alguns detalhes abordados pelos referidos artigos, uma vez que o objetivo deste artigo em especial, é o de focar no modo como foi desenvolvido o trabalho de perícia médica dos reabilitados ali envolvidos, que totalizaram um grupo de 425 trabalhadores.

O modelo de atuação de perícia no processo de RP do PRA ocorreu de maneira distinta do tradicionalmente praticado pelo INSS, descrito anteriormente.

Após a análise pericial dentro dos moldes legais, onde ficou constatada a existência de incapacidade para o trabalho, porém, com capacidade laboral residual para exercer outras funções, o segurado era encaminhado para uma avaliação de uma equipe multiprofissional do PRA com técnicos que dispunham de competências profissionais

nas seguintes áreas: fisioterapia convencional, psicologia, terapia ocupacional, acupuntura, massoterapia, osteopatia, reeducação postural global (RPG), escola de coluna, educação física, grupo informativo, ergonomia e assistência social. Esses profissionais realizavam uma avaliação inicial e propunham um plano de tratamento, a partir do diagnóstico e considerando ainda as orientações médicas prescritas. Concluído o tratamento assistencial proposto, agendava-se nova avaliação com a Perícia Médica. Na data da realização do exame médico-pericial a equipe multiprofissional apresentava ao perito um relatório sobre a evolução do caso. A seguir, este médico perito avaliava o segurado e estudava o parecer dessa equipe. Se persistisse a incapacidade, o segurado retornava ao tratamento assistencial; caso o segurado se encontrasse em condições de retorno total ou parcial ao trabalho, assim ocorria, porém em postos de trabalho que não agravassem sua patologia. Em outras circunstâncias em que a conclusão era de incapacidade total, definitiva e sem possibilidade de qualificação em outro trabalho, o segurado era aposentado por invalidez.

Vale ressaltar, que neste projeto piloto viabilizado pela atuação do Ministério Público do Trabalho (MPT), a equipe assistencial do PRA pode ser estruturada segundo o que seria considerado desejável no Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com a legislação, oportunizando assim cuidados assistenciais adequados.

CONCLUSÃO

Tendo em vista o descrito, os resultados obtidos pelo PRA são bastante promissores, e estarão sendo descritos quantitativamente em outros trabalhos a serem publicados.

O Ministério da Previdência Social (MPS) está neste momento coordenando um processo de mudança do atual modelo de RP do INSS, e esta é uma experiência que pode trazer importantes contribuições e críticas às mudanças que estão por vir.

Participar da prática da RP a partir de um trabalho desencadeado pelo MPT, que propiciou a operacionalização de um serviço assistencial envolvendo mais de 25 profissionais através de mais de 10 modalidades de suporte clínico, demonstrou que a prática médico pericial de reabilitação profissional pode ser exercida com mais qualidade e competência caso seja praticada a partir da equipe multiprofissional.

Ao se refletir sobre a principal diferença do modelo tradicional de RP do INSS e do modelo piloto do PRA, em especial, sobre o trabalho de equipe materializado através da apresentação do seu relatório conjunto, constatou-se que este processo forneceu subsídios sólidos para a conclusão pericial dos casos, quando comparado ao modelo tradicional de RP.

Todos os peritos envolvidos nesta experiência foram unânimes em afirmar que um processo de trabalho assim organizado, facilita em muito a prática médico pericial, sobretudo qualificando-a.

Destaca-se ainda que é necessário um perfil diferenciado ao médico perito da RP, que se configura como um reabilitador, e portanto, se envolve em muito não só com o segurado, bem como, com toda situação ao seu entorno, ai compreendido desde sua situação laboral até sua família se necessário.

A questão que se coloca ao médico perito da RP do INSS e os demais componentes deste processo, diz respeito a como aperfeiçoar e aprimorar sua acuidade visual, ampliar a capacidade de escuta e

a Participaram do Programa de Reabilitação Ampliada trabalhadores portadores de doenças e agravos a saúde de dois grandes grupos segundo o Código Internacional das Doenças (CID): a) grupo F (Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais); b) Grupo M (Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo).

identificar os sinais e sintomas orgânicos e psíquicos, geralmente pouco visíveis ou perceptíveis, para tornar o profissional mais atento e preciso na realização do diagnóstico da incapacidade funcional de patologias que lhe cabe identificar. Tudo isto, sem deixar de lado a perspectiva de que este segurado é um indivíduo inserido na nossa sociedade, o qual tem outras necessidades além daquelas clinicamente detectáveis. Neste sentido a RP necessita de Médicos Peritos com habilidades específicas para melhor compreender e atuar no processo que envolve segurados e empresas a partir de um determinado contexto social.

Muito embora tenha se concluído que esta foi uma experiência com êxito, é obrigatório ressaltar que se constatou a necessidade de modificações junto aos atuais postos de trabalho na agroindústria, não só para acolher adequadamente aqueles que têm capacidade residual de trabalho e retornam a vida produtiva, bem como, para evitar a ocorrência de novas lesões incapacitantes.

REFERÊNCIAS

1. Debora Diniz D, Squinca F, Medeiros M. Qual defini ciência? Perícia médica e assistência social no Brasil. *Cad. Saúde Pública* Rio de Janeiro; 23(11):2589-96.
2. Takahashi MABC. Incapacidade e Previdência Social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990 [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.
3. Scaranello AFS. O serviço social na reabilitação do INSS: a experiência da agência da Previdência Social de São José do Rio Preto – SP [dissertação]. Franca: Universidade Estadual Paulista; 2006.
4. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
5. Brasil. Lei n. 8213 de 14 de agosto de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e da outras providências [texto na internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 1991 Jul 24 [citado 2008 Nov 06]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75662>
6. Brasil. Decreto n. 3.048 de 06 de maio de 1999. Aprova Regulamento da Previdência Social [texto na internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 1999 Maio 07 [citado 2008 Out 03]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/superpesnew2.asp>
7. Brasil. Decreto n. 5.870 de 08 de agosto de 2006. Aprova Estrutura Regimental do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS [texto na internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 2006 Ago 09 [citado 2008 Out 03]. Disponível em: <http://portal.in.gov.br/in>
8. Brasil. Decreto-Lei n. 5.452 de 01 de Maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho [texto na internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 1943 Ago 09 [citado 2009 Jan 29]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del5452.htm>
9. Vasconcellos LCFA voz do povo é a voz de Deus: provérbios da boca do povo e os riscos a saúde no trabalho. *Boletim da Saúde*. 2006;20(1):159-68.
10. Brasil. Portaria n. 24 de 29 de Dezembro de 1994. Norma Regulamentadora 7 - Programa de controle médico de saúde ocupacional [texto na internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 1994 Dez 30 [citado 2009 Jan 29]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_07.pdf
11. Brasil. Portaria n. 25 de 29 de Dezembro de 1994. Norma Regulamentadora 9 - Programa de prevenção de riscos ambientais [texto na internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 1994 Dez 30 [citado 2009 Jan 29]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_09.pdf
12. Brasil. Portaria n. 3.751 de 23 de Novembro de 1990. Norma Regulamentadora 17 – Ergonomia [texto na internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 1990 Nov 26 [citado 2009 Jan 29]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1990/p_19901123_3751.pdf