

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

EDNÉIA BOTELHO PADOVANI SEBRIAN

**A MUDANÇA DE PARADIGMAS NA AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE LABORATIVA
DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA: UMA VISÃO SOCIOLÓGICA DAS
INTERCORRÊNCIAS SOCIAIS**

Orientador: Prof. Dr. Nelson Rosário de Souza

**CURITIBA
2013**

EDNÉIA BOTELHO PADOVANI SEBRIAN

**A MUDANÇA DE PARADIGMAS NA AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE LABORATIVA
DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA: UMA VISÃO SOCIOLÓGICA DAS
INTERCORRÊNCIAS SOCIAIS**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Sociologia Política. Curso de especialização em Sociologia Política do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Paraná, turma 2011.

Orientador: Prof. Dr. Nelson Rosário de Souza

**CURITIBA
2013**

RESUMO

Os marcos evolutivos da proteção social mundial arquitetaram a atual política previdenciária brasileira. O produto de mercado instaurado na lógica do seguro social traduz-se em benefícios que garantem o amparo dos cidadãos – segurados – do nascimento à velhice em momentos em que não haja capacidade para o trabalho. Nesta gama de benefícios listam-se os de incapacidade temporária que, denominados de auxílio doença, fornecem pagamento mensal enquanto o trabalhador está acometido por doenças que descontinuam a prática laboral.

A análise da incapacidade laborativa no Brasil é realizada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e é permeada por construções sociais dos conceitos de saúde e doença. Nesse ínterim, os antecedentes históricos da Classificação Internacional de Doença (CID) são essenciais para identificação de patologias, do estabelecimento da relação de nexos causal de doenças geradas a partir de determinada atividade de trabalho e, por fim, do reconhecimento do direito de auferir o benefício.

Novas concepções da Organização Mundial de Saúde com relação à incapacidade revelam que o aspecto biopsicossocial retrata, de um modo mais coerente, o processo que origina e permeia as incapacidades laborativas.

Neste cenário, as intercorrências sociais expressas nas condições de reprodução da vida social podem ampliar a compreensão dos efeitos da incapacidade e fornecer maiores elementos no reconhecimento do direito aos benefícios da Previdência Social brasileira.

Este trabalho tem como premissa apresentar as construções e evoluções sócio-históricas dos conceitos de doença e saúde e dos métodos de classificação, a fim de analisar o processo avaliativo da incapacidade laborativa brasileira historicamente baseada no modelo biomédico. Por fim analisaremos as contribuições advindas das análises das intercorrências sociais e a mudança de paradigmas na análise da incapacidade laborativa, evidenciando a necessidade de adequação dos parâmetros legais numa perspectiva biopsicossocial.

Palavras-chave: Previdência Social. Doença. Incapacidade. Biomédico. Biopsicossocial.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DE DOENÇA X SAÚDE.....	8
3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DAS CLASSIFICAÇÕES DE DOENÇAS.....	12
4 A INCAPACIDADE LABORATIVA PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA	18
5 AS INTERCORRÊNCIAS SOCIAIS COMO FONTE DE SUBSÍDIO À DECISÃO MÉDICO- PERICIAL.....	22
6 CONCLUSÃO.....	25

1 INTRODUÇÃO

'... nada mudará a menos que, ou até que, aqueles que controlam os recursos tenham a sabedoria de se aventurar fora do caminho já batido de uso exclusivo de biomedicina como a única abordagem aos cuidados de saúde" (George Engel)

A previdência social é um seguro de filiação obrigatória, de caráter contributivo, que fornece benefícios monetários aos segurados de acordo com leis e normas pertinentes. Dentre todos os benefícios deste regime destaca-se o auxílio doença onde os trabalhadores/segurados acometidos por problemáticas de saúde e, em decorrência, impedidos de exercer atividade laborativa fazem jus a um benefício mensal até retomar a capacidade laboral.

De acordo com o Boletim Estatístico Gerencial referente ao mês de setembro/2012 (INSS em números) da Previdência Social (BRASIL, 2012), o número de auxílios doenças pagos no referido mês foi de 1.482.079 benefícios, o que ultrapassa a marca de um trilhão de reais.

O processo de reconhecimento do direito de acesso a este benefício é realizado pela perícia médica que se pronuncia a respeito da necessidade de afastamento do trabalho de acordo com cada incapacidade.

Sabe-se que, desde os primórdios, os aspectos relacionados ao estado de doença são caracterizados através da visão biomédica que vincula a doença como atributo do indivíduo sem qualquer influência do meio.

A temática deste trabalho desenha-se a partir das contribuições de diversos autores e da Organização Mundial de Saúde que se afastam da visão cartesiana com o intuito de ampliar a compreensão dos aspectos sociais relacionados à saúde e doença.

Ocorre que esta mudança de paradigma não foi retratada legalmente pela previdência social brasileira na análise da incapacidade laborativa temporária, outrossim, não foi absorvida por alguns profissionais técnicos que realizam tal análise.

Nesta trama, delinea-se como matéria "A Mudança de Paradigmas na Avaliação da Incapacidade Laborativa da Previdência Social Brasileira: uma Visão Sociológica das Intercorrências Sociais", que tem como objetivo analisar se somente

a perspectiva biomédica fundamenta a análise dos benefícios por incapacidade ou se faz necessário à mudança de paradigma e de disposições jurídicas visando a implementação do modelo biopsicossocial, que compreende o processo de funcionalidade e incapacidade humana a partir da individualidade dos sujeitos.

Com efeito, apresentaremos as construções e evoluções sócio-históricas dos conceitos de doença e saúde e, dos métodos de classificação das doenças (CID's), entendendo o processo avaliativo da incapacidade laborativa brasileira realizada pela perícia médica do INSS que, historicamente, baseia-se na visão biomédica.

Por fim analisaremos, através de um caso empírico da Gerência Executiva de Curitiba/INSS, as contribuições advindas das análises das intercorrências sociais e a mudança de paradigmas na análise da incapacidade laborativa evidenciando a necessidade de adequação dos parâmetros legais numa perspectiva biopsicossocial, amplamente debatida e defendida por alguns teóricos e pela Organização Mundial de Saúde.

2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DOENÇA X SAÚDE

A discussão sobre a temática da construção social dos conceitos de saúde e doença contribuirá no entendimento dos traços históricos presentes no que tange, especificamente, a avaliação dos benefícios de incapacidade laborativa temporária realizada pelo INSS. Neste contexto, este capítulo contribuirá para a visualização da mudança de paradigmas entre os conceitos de doença e saúde favorecendo, nas conclusões finais, a discussão sobre a congruência na adequação dos parâmetros legais para análise dos benefícios por incapacidade.

A descrição conceitual de doença e saúde está interligada ao contexto social-político-econômico e cultural do período histórico e, também, ao próprio sujeito. Albuquerque e Oliveira (2002) definem que os estados de saúde e doença são dinâmicos, sujeitos a constantes mudanças e, sob o ponto de vista coletivo de Maia, Sousa e Grace (2011), estes conceitos estão entrelaçados aos significados da natureza, do corpo e de diversos elementos que compõe a vida.

Nesta perspectiva, as civilizações pré-históricas utilizavam fundamentações mágicas ou religiosas para entender os processos de doença e saúde. Maia, Sousa e Grace (2011) descrevem que, posteriormente, outras observações foram assimiladas com fatores ecológicos, causas endógenas e até como fatores externos aos organismos.

Sob a influência do período mecanicista a partir do século XVII, o mundo e o indivíduo foram compreendidos em partes fragmentadas, reduzidas a pequenas peças de um grande maquinário. Segundo Albuquerque e Oliveira (2002) este panorama influenciou a medicina na criação do modelo biomédico tradicional que, basicamente, utiliza-se da visão cartesiana de mundo correlacionando a doença com a avaria de uma máquina. Trata-se de um conceito reducionista que ressignifica a cura de determinada doença à reparação de uma máquina com a troca de peças específicas. Aliado às teorias positivistas, a doença passa então a ser entendida como atributo do indivíduo, sem interferência do meio social.

Minayo (1991) enfatiza que no início do século XX alguns teóricos ampliaram a visão conceitual sobre a doença e identificaram que certas doenças eram comumente diagnosticadas em localidades com maior índice de vulnerabilidade social ou em áreas onde havia maior exposição à falta de saneamento básico, por

exemplo. Vários estudos evidenciaram que as causas das doenças e/ou mortes estariam menos relacionadas às consequências orgânicas e naturais e mais relacionadas ao contexto social, ou seja, à sociedade e à vida em sociedade.

Ressalta-se que neste período já existiam algumas entidades internacionais a exemplo Liga das Nações que não tinham como limítrofe as discussões sobre questões relacionadas à doença.

Com o cenário de destruição ao findar a Segunda Guerra Mundial, surge o sentimento de luta pela paz entre os países e, ao longo de diversas discussões e acordos, as Nações Unidas oficialmente surgiu a partir de 24/10/1945.

Discussões a cerca da busca de uma saúde para todos os povos derivaram à criação, em 07/04/1948, de uma agência da ONU, denominada Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim surge o conceito de saúde como “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLiar, 2007, p.37). Identifica-se que o conceito de saúde é mais abrangente do que o anteriormente exposto – doença – que se limitava à particularidade.

Scliar (2007) reafirma que este novo conceito de saúde está interligado ao período conjuntural do pós-guerra e à aspiração de movimentos sociais que relacionavam a saúde a diversos fatores como

à biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento; o meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho; o estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios; a organização da assistência à saúde. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É melhor evitar o fumo do que submeter-se a radiografias de pulmão todos os anos. É claro que essas coisas não são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades. (SCLiar, 2007, p.37)

É evidente que este conceito de saúde apresenta como premissa o direito à vida digna e, de fato, a saúde molda o ser humano tecendo sobre ele uma rede de fenômenos e consequências.

Esta concepção de saúde refere-se ao Modelo Biopsicossocial, cujo conceito foi criado por George L. Engel que afirmava que os atributos de estado estão

relacionados à estrutura social. Nesta relação dialética, os fatores externos interferem tanto no estado de saúde do sujeito, como também no desempenho de atividades, da participação social ou vice-versa.

Entretanto, há de se destacar que esta teoria foi rebatida por alguns pragmáticos e tornou-se novamente objeto de estudo da OMS anos mais tarde.

Minayo (1991) defende que as concepções de saúde e doença numa sociedade capitalista são marcadas pelas contradições existentes a partir da diferenciação de classes, da desigualdade na distribuição e na atribuição de riquezas. Laurell (1993) destaca que a saúde e a doença são evidenciadas de maneiras diferentes pelas classes dominante e trabalhadora condicionando estes conceitos à sua maneira.

Para Conti¹ (1972, citado por LAURELL, 1993) a sociedade capitalista centra o conceito de saúde na biologia individual, particular e cartesiana escamoteando o caráter social deste fenômeno.

Se a doença, portanto, sugere o afastamento do trabalho propondo a recuperação do indivíduo, o sistema de reprodução social entra em xeque, pois onde permaneceriam a mais valia e acumulação? O corpo, então, torna-se instrumento para a acumulação do capital sendo transformado em produto, em troca de assalariamento. Este processo de alienação tão defendido por Marx (1983) demonstra a relação intrínseca entre trabalho e capital. Nesta relação dialética, sendo a saúde e doença consideradas como processo social, as condições de vida, de trabalho, de moradia, de alimentação, de relacionamentos interpessoais e de acesso às políticas públicas constituem-se como parte integrante desta categoria.

Neste paradigma, o indivíduo é, portanto, em seu corpo, coisificado e, se somatizado às desvalorizações sociais como pobreza, falta de escolaridade, doença, bem como anormalidade, perda ou redução da capacidade laboral, torna-se excetuado do processo produtivo.

O delinear deste capítulo proporcionou a visualização da evolução dos conceitos de doença e saúde no decurso da história e possibilitou a visualização da correlação com a categoria trabalho. Paralelamente a esta construção social, delinea-se o processo de construção e implementação das classificações internacionais de doença e de incapacidade que possibilitaram maior avanço de

¹ L. Conti. **Estructura social y medicina**. Medicina y sociedade, Barcelona, Fontanella, 1972.

estudos, entendimentos e diagnósticos dos processos de saúde. Em defluência, discorreremos no próximo capítulo os antecedentes históricos das classificações internacionais de doença e incapacidade, bem como de suas relações com os processos de saúde, adoecimento e incapacidade para o trabalho.

2. Antecedentes Históricos das Classificações de Doenças

Não é novidade que as doenças/patologias são catalogadas no decurso da história. Desde os primórdios os estudos sobre a morte faziam referência às observações a cerca dos motivos que conduziam ao óbito, e, desta maneira, as doenças começaram a ser catalogadas por tipos e populações de maior incidência.

Laurenti (1991) observa que a catalogação e uniformização terminológica das doenças possibilitou uma linguagem universal que viabilizou a troca de informações com relação à história natural, métodos de diagnósticação e prevenção. Estas análises constituíram-se de suma relevância à identificação das diferenças das doenças em distintas áreas, constituindo-se fundamentais para as investigações epidemiológicas e preventivas.

Ressalta-se, portanto, que muitas foram as tentativas de catalogação de doenças até a obtenção de êxito e implementação desta linguagem universal. Destaca-se ainda que a trajetória de construção das classificações assemelha-se aos conceitos de saúde e doença expostos no capítulo anterior. Destarte exibiremos a descoberta de um instrumento utilizado universalmente na contemporaneidade que, conforme as evoluções dos conceitos de doença e saúde, também sofrerá ampliação para contemplação do contexto biopsicossocial.

2.1 Classificação Internacional de Doenças

Muitas tentativas de nomenclaturas tornaram-se ineficientes para a categorização de doenças devido à grande demanda de patologias que conduziam ao óbito e, no século XIX, Pierre Louis introduziu o “la méthode numérique” que, mais aprofundado por William Farr, tornou-se o primeiro registro de estatísticas com aplicação de conceitos matemáticos.

Para Rocha (2006) Farr apresentou no segundo Congresso Internacional de Estatística uma classificação de doenças não letais e motivos de mortalidade mais incidentes em distritos sadios e não sadios da França. Outros estudiosos analisaram dados de mortalidade sendo que Louis René Villermé analisando dados relativos

aos bairros de Paris, concluiu que muitas causas de óbitos estavam relacionadas ao nível de renda da população, ou seja, à proletarização.

Laurenti (1991) define que o momento conjuntural instigava o interesse de utilizar uma classificação única internacionalmente. Assim, a classificação de Farr perpassou fronteiras até sua quinta edição tornando-se referência internacional, entretanto, ao contrário do esperado, a classificação de Farr não se tornou universal.

A OMS assumiu as revisões a partir da sexta edição e proporcionou a ampliação da classificação considerando as morbidades, o que desencadeou um grande número de especificações e categorias.

A CID está em sua décima versão e é revisada decenalmente. Atualmente é referenciada como CID-10 e passou a chamar-se Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde.

A CID constitui-se como importante ferramenta na elaboração de estatísticas de saúde, no entanto, sua maneira biologicista de ser, impede o fornecimento de maiores subsídios na identificação das consequências das doenças, ou seja, na análise do processo saúde-doença.

Breilh e Granda² (1985, citada por LAURENTI, 1991) referenciam que é mister a importância da CID, todavia questionam se este instrumento é capaz de dar respostas aos processos de doença e saúde, já que é baseado fundamentalmente no aspecto biomédico e biologicista. Estas autoras sugerem que a classificação de doenças deve incorporar o teor de classe, uma vez que há várias evidências e constatações de que em determinadas regiões com condições socioeconômicas específicas tem determinadas prevalências de mortalidades.

A partir destas percepções e da falta de relação entre as dimensões que compõem a CID como a exclusão dos aspectos sociais e ambientais que determinam o surgimento de doenças e mortalidades resultou no surgimento de uma nova classificação, denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Veremos a seguir o histórico desta nova classificação identificando as diferenças e novos conceitos existentes.

2.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

² BREILH, J. & GRANDA, E. **Investigación de salud en La sociedad**. La Paz, Bolivia, Fundación Salud y Sociedad, 1985.

Como já vimos a CID está relacionada à categorização da doença como um déficit biológico, fato que caracteriza o indivíduo como um problema que requer intervenção e tratamento médico. O novo modelo social denominado CIF complementa a CID atribuindo desvantagens individuais e coletivas aos seres sociais permitindo uma melhor compreensão dos efeitos da incapacidade através da interação com diversos componentes. Neste ínterim discutiremos o processo histórico de criação da CIF e o processo de funcionalidade a partir da percepção do indivíduo.

A problemática relacionada à incapacidade mundial tem recebido destaque nas discussões por ter trazer consequências sociais e econômicas. Segundo estimativas da ONU (2013) cerca de 10% da população mundial, aproximadamente 650 milhões de pessoas possuem algum tipo de deficiência. Sabe-se que conflitos armados, violências, acidentes de trabalho e doenças corroboram na estimativa deste índice e que infelizmente, em detrimento da conjuntura atual mundial, a variável tende-se a aumentar.

Sob o ponto de vista coletivo de Mângia, Muramoto e Lancman (2008) as pessoas incapacitadas ou com deficiência têm seus direitos diminuídos com relação às pessoas sem incapacidades, pois existem vários obstáculos que impedem ou limitam o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais como por exemplo acesso aos serviços de saúde e reabilitação, equipamentos urbanos, locomoção, transporte, acessibilidade, falta de oportunidades profissionais e educacionais. Neste sentido as pessoas incapacitadas ou com deficiência teriam assegurados sua participação civil, social, política e econômica do país, desfrutando de uma vida plena e em sociedade.

Diante deste panorama a OMS endossou na 54ª Assembléia Mundial de Saúde realizada no ano de 2001, uma classificação que engloba todos os aspectos da saúde humana relacionados ao bem-estar. O caráter social, então intrínseco à condição de saúde, está categorizado numa linguagem universal que descreve a saúde e seus estados relacionados desdobrados em diversas categorias como trabalho, educação, políticas públicas, meio ambiente, dentre outros, superando o modelo biomédico.

Nota-se a mudança de paradigma relacionada aos conceitos de doença e saúde, pois a partir da implantação e implementação da CIF, a centralidade é à saúde e está pautada no conceito do que uma pessoa com determinado déficit ou

incapacidade faz ou pode fazer, ou seja, na perspectiva de Mângia, Muramoto e Lancman (2008) considerando a intersecção entre o corpo biológico e as estruturas sociais e institucionais.

A incapacidade é entendida como um fenômeno cujo processo de limitação funcional pode ser agravado através – e pelas – relações sociais. Impende destacar que este déficit gerado a partir desta concepção materialista não implica no reconhecimento de uma doença específica, pois a CIF afirma que

“a questão (da incapacidade/desabilidade) é, portanto, atitudinal ou ideológica e requer mudanças sociais, as quais, em nível político, tornam-se questão de direitos humanos. A incapacidade/desabilidade torna-se, em resumo, uma questão política” (CIF, 2003, p.25)

Esta nova linguagem possibilita a identificação dos impactos das desvantagens na vida cotidiana dos indivíduos descaracterizando, portanto, o fato em isolado e a doença em específico. As desvantagens dos grupos populacionais, refletem a conjuntura social, econômica, política e cultural tecidas na sociedade. Para Scliar (2007) o conceito de saúde é variável dependendo do contexto de seus sujeitos, de sua classe social, do período histórico, dos valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas, abrangendo, portanto, o caráter social.

Da mesma maneira, estudos epidemiológicos realizados por Lima, *et al* (2009) sugerem que os fatores preditores de incapacidade estão relacionados com gênero, horas de trabalho semanal e exigência física do trabalho, escolaridade, compensação financeira (benefício previdenciário) e expectativa do paciente de recuperação com o tratamento. Neste sentido os fatores biopsicossociais e culturais estão presentes no processo de adoecimento, resultando na necessidade de resignificação dos aspectos relacionados à saúde e das demandas sociais aflorantes das desvantagens dos trabalhadores.

Os estados relacionados à saúde inscritos na CIF são descritos como domínios, assim, a CIF não classifica pessoas, mas categoriza o indivíduo em sua totalidade e integralidade através de fatores ambientes e pessoais. A “desvantagem” emergente da relação complexa entre saúde versus fatores ambientais e pessoais são conceituadas como incapacidade que conforme a CIF (2003) representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive.

Nesta perspectiva, diferentes ambientes proporcionam diferentes impactos nos indivíduos que possuem determinadas condições de saúde. A CIF (2003) explana que um ambiente com barreiras, ou sem facilitadores, restringe o desempenho do indivíduo, sendo que outros ambientes mais facilitadores podem melhorar esse desempenho. Em caráter exemplificativo, esta questão pode ser visualizada nas barreiras encontradas na falta de acessibilidade e de equipamentos que disponibilizam a melhoria da locomoção e deambulação de um cadeirante ou de uma pessoa com deficiência visual.

O fornecimento de um ambiente favorável à autonomia e ao empoderamento dos sujeitos sociais traduz-se no conceito de funcionalidade humana que, numa combinação binária, tem como perspectiva a totalidade e a promoção da inclusão social.

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. (LIMA; MAENO; TAKAHASHI. 2009, s.p)

Esta relação dialética também se materializa na definição de saúde instituída pela OMS e anteriormente apresentada no capítulo um, além de estar intrinsecamente relacionada com a prática laborativa, uma vez que as condições de trabalho, moradia, lazer, remuneração, vida social, saúde, acessibilidade a serviços, dentre outros favorecem a questão da funcionalidade e do direito à vida plena, dentro dos aspectos biopsicossociais.

O modelo biopsicossocial defendido pela CIF (2003) e por Lima *et al* (2009) inclui 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.

Neste contexto, o modelo biopsicossocial demonstra que a visão biomédica e cartesiana é insuficiente para o entendimento da totalidade e da multicausalidade dos processos de saúde, pois trata-se de um processo onde inúmeros fatores estão envolvidos.

Outrossim a OMS (2002) define que a CIF possui aplicações em diferentes esferas caracterizando-as como individual, institucional e social.

Em caráter individual a CIF auxilia na percepção do nível de funcionalidade da pessoa humana, nos tratamentos e intervenções que possam maximizar a funcionalidade, nos resultados dos tratamentos, do quão úteis foram as intervenções e na melhoria da comunicação multidisciplinar entre diferentes áreas da saúde.

No âmbito institucional a CIF proporciona melhor identificação de propósitos educacionais e de treinamento; planejamento de recursos e desenvolvimento dos serviços de cuidados de saúde que serão necessários; na melhoria da qualidade dos atendimentos, na avaliação e gerenciamento de resultados e na oferta de serviços com qualidade, efetividade, eficiência com melhor custo-benefício.

No nível social a CIF contribui nos critérios de elegibilidade para concessão de benefícios da seguridade social, benefícios por incapacidade do seguro social e de compensação aos trabalhadores; no desenvolvimento de política social incluindo revisões legislativas, modelo de legislação, regulações e diretrizes, bem como definições anti-discriminativas; identificação dos resultados dos direitos garantidos, se estes melhoram a funcionalidade no nível social fornecendo meios de identificação de melhora e ajuste destas políticas; na avaliação de necessidades identificando as necessidades de pessoas com vários níveis de incapacidade – deficiências, limitações de atividade e restrições à participação; na avaliação ambiental de projeto arquitetônico universal, implementação de acessibilidade mandatória, identificação de facilitadores e barreiras ambientais, e mudanças na política social.

Em cumprimento do objetivo deste capítulo, discorreremos sobre a evolução das classificações de doença e de funcionalidade que propiciaram evidências da grande lacuna existe entre tais categorizações, além de identificarmos em linhas gerais as possíveis aplicações da CIF em diferentes esferas, incluindo a área previdenciária. Veremos a seguir a maneira de como é analisado e interpretado o fenômeno da incapacidade na Previdência Social brasileira nos dias atuais.

3. A Incapacidade Laborativa para a Previdência Social Brasileira

O modelo de seguro social instaurado em nosso país delinea-se sob a lógica do seguro que compensa as consequências advindas de causas que impedem a execução da atividade laborativa. Baseia-se no princípio da solidariedade, cujo efeito dá-se por meio contratual mediante pagamentos mensais que proporciona ao segurado e sua família imediata, benefícios que o ampara do nascimento à morte, seja em situações de infortúnio ou de perda/redução da capacidade laboral.

A Previdência Social tem por finalidade expressa no artigo 1º da Lei 8213/91 “assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente” (BRASIL, 1991).

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência Social, é responsável por gerir os benefícios em consonância com legislações e normativas pertinentes, tendo como objetivo a promoção do bem estar social. Dentre todos os benefícios deste regime destaca-se o auxílio doença onde os trabalhadores/segurados acometidos por problemáticas de saúde e, em decorrência, impedidos de exercer atividade laborativa fazem jus a um benefício mensal até retomar a capacidade laboral.

A partir de 1930, no regime da Lei Elói Chaves, a Previdência Social brasileira condicionou à perícia médica a função de analisar a incapacidade laborativa para concessão e manutenção dos benefícios previdenciários por incapacidade. O médico-perito é o profissional capacitado para avaliar a condição laborativa e o enquadramento legal dos benefícios regulamentados por lei emitindo parecer técnico conclusivo. Cabe ressaltar que esta análise também incorre na fixação das datas técnicas de início e de incapacidade da doença, além da qualidade de segurado e carência.

Para vislumbrarmos a relevância da discussão sobre os processos de análise na contemporaneidade apresentamos, de acordo com o Boletim Estatístico Gerencial referente ao mês de setembro/2012 (INSS em números) da Previdência Social (BRASIL, 2012), o número de auxílios doenças pagos no referido mês que

totaliza 1.482.079 benefícios, ultrapassando a marca de um trilhão de reais em valores quantitativos.

Tamanho é o compromisso com a realização de uma avaliação coerente e justa que abordaremos o processo avaliativo da incapacidade laborativa brasileira que, historicamente, fundamenta-se na visão biomédica.

Conforme Moura *et al* (2012) a Medicina Pericial descrita na Resolução nº 1488/98 do Conselho Federal de Medicina, tem algumas atribuições como i) avaliar a incapacidade de trabalho através de exames e análise de documentos médicos correlacionando com os processos produtivos do cidadão em tela; ii) emitir parecer técnico justificando sua decisão; iii) entregar a carta de comunicação do resultado e iiiii) realizar encaminhamentos necessários relativos ao tratamento quando houve a suspensão do mesmo e encaminhá-lo para o serviço de reabilitação profissional quando necessário.

O Manual de Perícia Médica do INSS apresenta a definição a cerca da incapacidade que “é a impossibilidade de desempenho de funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente” (INSS, 2010, p.25). Este mesmo manual descreve que para a análise da incapacidade laborativa faz-se necessário definir o grau e período que o trabalhador está incapaz, todavia, não evidencia o caráter social, de classe, intrínseco nas questões até aqui apresentadas e relacionadas à saúde, caracterizando e afirmando a visão biomédica e cartesiana do processo avaliativo.

O material de capacitação para novos médicos peritos disponibilizado na intraprev (2012) faz referências ao laudo médico pericial que deve conter a história clínica, exame físico, CID, considerações médico-periciais, data do início da doença – DID, data do início da incapacidade – DII, isenção de carência, caracterização de acidente de trabalho, decisão médico-pericial e justificativa da decisão médico-pericial e ao exame médico pericial, onde há a descrição de itens de abordagem, como sendo: a) história clínica: relatar se o requerente veio acompanhado e quem informa a história clínica; b) queixa principal: motivo pelo qual não pode exercer a sua atividade laborativa habitual; c) história da doença atual: início da doença (quando apareceram os primeiros sinais e sintomas da doença), duração e evolução dos sintomas (contínua, períodos assintomáticos e sua duração); d) história da doença atual: exames complementares com data, local da realização, com nome e

CRM do profissional que realizou, com transcrição das principais alterações constantes no laudo; e) tipos de tratamento (medicamentoso com nome e dosagem, fisioterápico, cirúrgico, quimioterápico, radioterápico), suas complicações e efeitos colaterais; f) história patológica pregressa: co-morbidade que possa agravar a incapacidade laborativa alegada; g) história familiar: situações que possam ter relação ou agravar a doença atual; h) histórico ocupacional: empregos anteriores, suas características, independente do tipo de vínculo empregatício; atividades exercidas; jornada de trabalho; fatores de riscos existentes no trabalho que possam produzir ou agravar o quadro clínico; tempo e intensidade suficientes de exposição aos fatores de risco; i) Descrever de forma clara e objetiva, direcionado e com ênfase principalmente aos elementos que guardam relação direta com a atividade laborativa; j) Sempre descrever os sinais negativos e/ou positivos; l) pressão arterial; m) estado geral; n) atitude do segurado e o) dados antropométricos que guardem relação com a evolução do estado mórbido.

Álvares e Lima (2005) discorrem sobre o desenvolvimento de um estudo sobre as condições do exercício profissional do perito médico no INSS e identificaram que aparentemente, espera-se que o segurado demonstre sua incapacidade trazendo elementos objetivos que provoquem a convicção a cerca da incapacidade para o trabalho.

Esta lacuna pode referir-se à falta de utilização do modelo biopsicossocial que possibilita uma maior amplitude no entendimento das causas que geram a incapacidade.

Com relação à conclusão médico-pericial o material de capacitação para novos médicos peritos disponibilizado na intraprev (2012) refere que o parecer conclusivo da perícia médica deve ser bem fundamentado, pois pode amparar o instituto na esfera judicial, desta feita, deve definir a existência ou não da incapacidade laborativa, correlacionando a doença com a profissão e função exercida pelo segurado.

Entretanto, o Manual de Perícia Médica, ao se tratar do encaminhamento dos segurados ao Serviço de Reabilitação Profissional (SRP), dá sinais de que o trabalhador deve ser analisado a partir de uma outra perspectiva

“a seleção da clientela para o encaminhamento ao SRP deverá pautar-se na análise do conjunto de variáveis que caracterizam cada caso, tais como: faixa etária, escolaridade, tipo de limitação (sequela definitiva), acomodação

ao benefício, perspectivas definidas de capacitação para o trabalho a curto e médio prazos e possibilidade de absorção pelo mercado de trabalho” (INSS, 2010, p.38).

Evidencia-se a incoerência existente nas resoluções internas com relação à perspectiva utilizada pelo profissional médico perito no tocante à avaliação dos benefícios por incapacidade laborativa temporária. Minimamente, a importância das intercorrências sociais expressas no ciclo de vida e (re) produção social dos segurados são abordadas através do Manual com efeito ao encaminhamento ao SRP.

Em diversas buscas bibliográficas e pesquisas não foram encontrados qualquer objeto de estudo que contemplasse a abordagem biopsicossocial na esfera previdenciária pública, em especial na análise dos benefícios por incapacidade. Neste contexto, analisaremos através de um caso empírico se as contribuições das intercorrências sociais contribuem para uma análise mais ampla, compreendendo o processo de funcionalidade e incapacidade humana a partir da individualidade dos sujeitos.

4. As Intercorrências Sociais Como Fonte de Subsídio à Decisão Médico-pericial

O Serviço de Saúde do Trabalhador do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) na Gerência Executiva de Curitiba, estado do Paraná, especificamente as áreas de Serviço Social, Perícia Médica e Reabilitação Profissional desenvolvem, desde o ano de 2010, uma parceria inédita no Brasil: a elaboração de pareceres sociais de alguns segurados em manutenção de benefício por incapacidade temporária para identificação dos aspectos sociais expressos nas condições de reprodução da vida social, ciclo de vida, moradia, saúde, educação, relações de trabalho, experiências profissionais e acesso às políticas e serviços públicos. Neste panorama, o parecer social, torna-se instrumento de identificação das intercorrências sociais dos segurados, fornecendo subsídio à avaliação e decisão médico-pericial, especialmente com relação às condições sociais favoráveis ou desfavoráveis para o encaminhamento e participação ao Serviço SRP. Trata-se, portanto, de uma ação interdisciplinar refutada dos processos normativos onde o fluxo de atendimento não está previsto no arcabouço dos sistemas corporativos e sim, através de acordos e parcerias entre as áreas de Serviço Social, Perícia Médica e Reabilitação Profissional. Assim, os encaminhamentos, controle de atendimentos e elaboração de perfis foram realizados manualmente, ou seja, através de planilhas eletrônicas preenchidas pelos próprios profissionais.

Destaca-se que as ações previstas no projeto acima exposto, ora intitulado como “Ação do Serviço Social de Atendimento e Acompanhamento dos Segurados Encaminhados ao Serviço de Reabilitação Profissional”, estão em consonância com a Lei nº 8.213/91 em seu Art. 88, com o Decreto nº 3.048/99 em seu Art. 161, com as linhas de Ação do Serviço Social e com a Matriz Teórica Metodológica do Serviço Social na Previdência Social. Ressalta-se ainda que como método avaliativo houve a realização de uma avaliação dos dados coletados entre o período de julho de 2011 à maio de 2012, que, graficamente, analisou-se os resultados obtidos com esta atuação.

Este projeto reafirma o desprendimento da visão biomédica na avaliação da incapacidade laborativa brasileira considerando a importância dos aspectos sociais

como fatores de incapacidade. Neste sentido, os pareceres sociais foram construídos como forma de subsídio à avaliação médico-pericial contendo elementos relevantes que contextualizavam a metodologia utilizada pelo profissional e as manifestações da questão social presentes na vida dos segurados, expressas nas condições de reprodução da vida social, ciclo de vida, saúde, educação, proteção previdenciária e trabalhista, experiências profissionais e atitudes. Não se trata da mera descrição dos fatos em sua particularidade, mas de sua correlação com o mundo através do contexto social, contribuindo para a compreensão da totalidade dos fatos que geraram e/ou agravam o processo de incapacidade.

A emissão de parecer social neste projeto forneciam elementos imprescindíveis na perspectiva biopsicossocial, dentre elas a questão previdenciária, identificando sua relação com esta política; a saúde seus desdobramentos, acompanhamentos com médico assistente, periodicidade, acesso ao tratamento (público, privado), acesso a medicações (público, privado) e pendências existentes como realização de cirurgia, exames e encaminhamento com médico especialista, por exemplo; sua relação com o trabalho, a abordagem das experiências anteriormente obtidas (área braçal, operacional, gerencial), se estas se desenharam aleatoriamente como fator de sobrevivência ou se há uma linha escolhida pelo usuário; a situação atual (desempregado, empregado, contribuinte individual ou facultativo), a função atualmente exercida e o tempo de atuação; a descrição das atividades desempenhadas e interface com atividades de baixa/média/alta complexidade e se há expectativa de continuidade da área ou mudança na carreira profissional; sua área educacional, identificando a escolaridade, cursos profissionalizantes e certificações, possibilidade de retomada do processo educativo, dificuldades que culminaram nas descontinuidade/evasão/abandono dos estudos, potencial intelectual para aprendizagem; sua rede de relacionamentos e apoio emocional e afetivo; sua condição de moradia, de acesso à moradia digna com serviços e equipamentos públicos, infraestrutura, acessibilidade e dificuldades de deslocamento do segurado face ao acesso ou condição de saúde; atividades e participação, com relação às atividades da vida cotidiana de acordo com a atual limitação e impedimentos para realização de atividades da vida doméstica ou que requeiram esforço físico; interrupção dos relacionamentos interpessoais e participações em grupos de convivência, instituição religiosa, etc; realização de atividades de lazer e exercícios físicos.

Neste sentido, o parecer conclusivo do profissional de serviço social tem como premissa a identificação das intercorrências sociais expressas no ciclo de vida dos segurados e discorre sobre as desvantagens da funcionalidade humana em interface com seu contexto social.

Este projeto de viés materialista traz à tona o movimento da realidade vislumbrando a emancipação dos sujeitos sociais através da defesa do direito de participação no programa reabilitatório, da manutenção do benefício por incapacidade ou do retorno de acesso ao trabalho, evidenciando, portanto, a centralidade na categoria trabalho, uma vez que expressa os fatores determinantes para a efetivação dos direitos sociais e trabalhistas.

Como base teórica, além da dimensão teórico-metodológica do Serviço Social, a CIF se mantém presente pelo aspecto biopsicossocial, possibilitando a elaboração de uma visão mais coerente dos aspectos relacionados à saúde e à incapacidade.

Neste sentido, o desenvolvimento deste projeto multidisciplinar revela o rompimento com as determinações historicamente existentes nas análises dos benefícios por incapacidade laborativa, alicerçada em bases naturalistas da perspectiva biomédica, que objetiva uma consciência coletiva de proteção ao trabalhador, já que, como expresso na OMS (2002) a presença de uma doença ou distúrbio não é um bom preditor para o recebimento de benefícios por incapacidade, de análise do potencial de retorno ao trabalho ou até mesmo de integração social, o que denota que a simples utilização de uma classificação de doenças não possibilita a juntada de informações necessárias para o propósito de avaliação da incapacidade.

5. Conclusão

Desde sua essência, os planos de seguro social possuem a análise médico-pericial como método avaliativo para reconhecimento do direito de acesso aos benefícios por incapacidade. A análise da incapacidade laborativa no Brasil é realizada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e é permeada por construções sociais dos conceitos de doença e saúde. Nesse ínterim, os antecedentes históricos da Classificação Internacional de Doença (CID) são essenciais para identificação de patologias, do estabelecimento da relação de nexo causal de doenças geradas a partir de determinada atividade de trabalho e, por fim, do reconhecimento do direito de auferir o benefício.

A intenção deste trabalho foi de discutir a importância da mudança de paradigma nestas avaliações que, através da inserção do modelo biopsicossocial, possibilita a compreensão dos níveis de funcionalidade e incapacidade humana em que foi possível analisar o impacto da provável reinserção profissional dos trabalhadores acompanhados no projeto intitulado como “Ação do Serviço Social de Atendimento e Acompanhamento dos Segurados Encaminhados ao Serviço de Reabilitação Profissional”, desenvolvido em parceria com as áreas de Serviço Social, Perícia Médica e Reabilitação Profissional, a partir de 2010, na Gerência Executiva do INSS em Curitiba.

Para tanto foi necessário resgatar as construções sociais dos conceitos de doença e saúde com o intuito de clarificar as raízes da avaliação biomédica e a evolução da construção de um modelo social que nega a coisificação dos indivíduos e os transforma em sujeitos sociais completos.

Do mesmo modo, a narração do processo de construção da Classificação Internacional de Doenças – CID – permitiu a apreensão na tipificação da doença como um déficit biológico que requer uma intervenção ou tratamento médico que tende à cura. Neste sentido, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF – possibilita a ampliação do aspecto reducionista intrínseco da CID, todavia, a CID não é excluída da família de classificações e sim complementada pela CIF por intermédio da classificação dos componentes da saúde. É sob esta influência que evidenciamos o processo de construção social da doença à saúde neste trabalho.

Em busca de nosso objetivo, trouxemos à tona também os elementos presentes nas normas e legislações institucionais a respeito do processo de análise dos benefícios por incapacidade na Previdência Social brasileira. Assim, foi possível identificar que as normativas vigentes sugestionam à utilização da visão biomédica e, implicitamente, exclui a interferência do mundo exterior dos aspectos relacionados à saúde.

De acordo com as novas concepções da Organização Mundial de Saúde com relação à incapacidade revelam que o aspecto biopsicossocial retrata, de um modo mais coerente, o processo que origina e permeia as incapacidades laborativas. Neste cenário, as intercorrências sociais expressas nas condições de reprodução da vida social podem ampliar a compreensão dos efeitos da incapacidade fornecendo maiores elementos no reconhecimento do direito aos benefícios da Previdência Social brasileira.

Destarte, a explanação do caso empírico intitulado como “Ação do Serviço Social de Atendimento e Acompanhamento dos Segurados Encaminhados ao Serviço de Reabilitação Profissional” suscita evidências de que é possível a compreensão da complexidade dos aspectos relacionados à saúde, quebrando o paradigma existente na análise dos benefícios por incapacidade laborativa.

Por fim, é fundamental e inevitável que ocorra uma alteração da política pública previdenciária com efeito na incorporação da visão biopsicossocial na análise dos benefícios por incapacidade, uma vez que, como demonstramos neste trabalho, é utópico avaliar o potencial residual de trabalho e a incapacidade laborativa numa dimensão reducionista.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. M. S.; OLIVEIRA, C. P. F. **Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança**. Portugal, 2002. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25_27.htm>. Acesso em: 27/10/2011.
- ÁLVARES, T. T.; LIMA, M. E. A. L. **Fibromialgia – interfaces com as LER/DORT e considerações sobre sua etiologia ocupacional**. São Paulo: Revista de Ciência e Saúde Coletiva, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n3/v15n3a23.pdf>>. Acesso em 25/11/2012.
- BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Boletim Estatístico Gerencial – INSS em Números – Setembro/2012**. Brasília, D.F., 2012.
- _____. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual da Perícia Médica**. Brasília, D.F., 2010.
- _____. Instituto Nacional do Seguro Social. **Material de Capacitação de Novos Peritos Médicos**. Brasília, D.F., 2012.
- BRASIL. Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991. Brasília, D.F., Diário Oficial da União, 1991.
- BRASIL. Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**. São Paulo: Edusp; 2003.
- _____. Organização Mundial de Saúde. **Rumo a uma Linguagem Comum para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**. Genebra, 2002.
- ENGEL, G. L. **The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine**. Science, 1977.
- INSS. Gerência Executiva do INSS em Curitiba. **Ações do Serviço Social de Atendimento e Acompanhamento no Projeto de Saúde do Trabalhador para Segurados da Reabilitação Profissional**. Curitiba, 2010.
- LAURELL, A. C. **A Saúde-Doença Como Processo Social**. São Paulo: Global, 1993. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/sausedoenca.pdf>>. Acesso em: 25/10/2011.
- LAURENTI, R. **Análise da informação em saúde: 1893 – 1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças**. São Paulo: Revista Saúde Pública, 1991.
- LIMA, M. A. G.; MAENO, M.; TAKAHASHI, M. A. C. **Reabilitação Profissional como Política de Inclusão Social**. São Paulo: Lilacs, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=534625&indexSearch=ID](http://www.lilacs.org.br/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=534625&indexSearch=ID)>. Acesso em 01/11/2011.

MAIA, H. F.; SOUSA, C.; GRACE, K. F. **Os Debates Ancestrais e Atuais Acerca do que é Saúde e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Contribuições para Compreensão das Possibilidades de Uma Política Nacional de Saúde Funcional**. Bahia: Revista Brasileira de Saúde Funcional, 2011. Disponível em: <<http://www.formadores.com.br/index.php/RBSF/article/view/221/166>>. Acesso em: 28/10/2011.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T.; LANCMAN, S. **Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade**. São Paulo: Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 2008.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Nova Cultural, 1983.

MINAYO, M. C. S. **Um Desafio Sociológico para a Educação Médica: Apresentações Sociais de Saúde-Doença**. Revista Brasileira de Educação Médica, 1991. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=103075&indexSearch=ID>>. Acesso em: 02/11/2011.

MOURA, C. O. M.; STANGLER, J. A.; MADALOSSO, L. F.; MESQUITA, P. M.; MAGALHÃES, Z. P. T. **Conflitos de interpretação na concessão de benefícios por incapacidade para o trabalho**. São Paulo: Revista ANMP em foco, 2012.

ONU. **A ONU e as Pessoas com Deficiência**. Brasil, 2013. Disponível em <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-com-deficiencia/>. Acesso em: 20/02/2013.

ROCHA, E. **Hipercolesterolemia Familiar e os Sistemas de Informação em Saúde**. Portugal: Revista Portuguesa de Cardiologia, 2006.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. Rio de Janeiro: Physis, 2007.