
O PROBLEMA DA INCAPACIDADE E DA DEFICIÊNCIA*

Fátima Corrêa Oliver**

OLIVER, F. C. O problema da incapacidade e da deficiência. *Terapia Ocupacional*, São Paulo, v.2, n.2/3, p.66-77, 1991

RESUMO

Este artigo discute a questão da incapacidade e da deficiência como um problema de relevância no âmbito da saúde pública. Aponta nexos entre as condições de vida e de trabalho da população brasileira e suas condições de saúde. Apresenta e discute dados estatísticos sobre a população portadora de deficiência no Estado e na região metropolitana de São Paulo, tendo como fonte a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1981, realizada pela Fundação IBGE. Ressalta a importância dos acidentes de trabalho na constituição das estimativas da população com incapacidade ou deficiência.

DESCRITORES

DEFICIENTES. REABILITAÇÃO, estatísticas e dados numéricos. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ACIDENTES DE TRABALHO.

Introdução

Quando se discute a atenção à pessoa portadora de deficiência tanto no que diz respeito à saúde, à educação e às oportunidades de inserção no mercado de trabalho, levanta-se a importância desse tema pelo fato de que a população portadora de deficiência, entre outros motivos, representa uma parcela significativa da população em geral. As estimativas internacionais referem que uma "... cifra de 10% seria a proporção

de pessoas incapacitadas entre a população mundial... " (OMS, 1981).

Falar sobre a condição dessa parcela da população é algo complexo para além da apresentação dos percentuais de prevalência e incidência de incapacidades e deficiências na população em geral. É algo que faz retomar constantemente conceitos como normalidade, anormalidade, saúde-doença, eficiência-deficiência. O estudo e discussão desses conceitos apresentam, prioritaria-

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado "A atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde no município de São Paulo: uma questão de cidadania" — FSP — USP — 1990.

** Docente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da USP. Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar— sala 2 — 01246 — SP

mente, a sua condição de relação, isto é, a doença tem como parâmetro determinado perfil de saúde, a anormalidade determinado parâmetro de normalidade que pode representar o que é mais aceito no contexto social. O conceito de deficiência traz em si também uma condição de impossibilidade de desenvolver determinadas habilidades ou capacidades, a impossibilidade de ser eficiente, isto é, de dar conta de um perfil de desempenho esperado e condicionado no contexto social.

Ao mesmo tempo, ser anormal ou deficiente são condições que traduzem as diferentes oportunidades de acesso à riqueza e aos bens produzidos socialmente; o que significa que a distribuição da deficiência e incapacidade não é uniforme entre as diferentes classes sociais. Dessa forma, a deficiência deve ser entendida historicamente, seu significado e magnitude dependendo do contexto e manifestando-se também como problemas sociais.

Contraditoriamente, não é intenção deste artigo discutir o problema da incapacidade e da deficiência sob essa ótica, que mereceria uma abordagem de cunho filosófico, epistemológico e sociológico.

Por outro lado é importante que se apresentem os dados sobre incidência e prevalência das incapacidades e deficiências mesmo que em termos estimativos, exploratórios e com base em alguns dados estatísticos como uma forma de iniciar uma caracterização desse contingente populacional que *“só na cidade de São Paulo... por volta de 1,5 milhão de deficientes e no Estado cerca de 3 milhões. Além disso, se considerarmos a constelação familiar, pode-se calcular em 12 milhões o número de pessoas envolvidas, direta ou indiretamente, com a questão da deficiência.”* (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1988).

Na Argentina, Pantano refere que a tarefa de quantificação das pessoas com deficiência ou incapacidade é um problema internacional que se coloca, inclusive, pela

dificuldade de reconhecimento das pessoas que estão comprometidas. Assim, sugere que os levantamentos e estudos devam ser utilizados como instrumentos para avaliar e priorizar ações específicas. A autora faz em seu trabalho referência a diversos levantamentos de população de diversos países. No caso da Argentina especificamente, refere que é antiga a preocupação em obter esses dados, tanto que eles aparecem em diferentes censos, desde 1869 (PANTANO, 1987).

No México, Ibarra informa que existe um Registro Nacional de Inválidos e do qual analisou 24.375 casos novos registrados no período de 1975 a 1978. Os dados do Registro foram coletados junto a diferentes instituições de reabilitação, significando a identificação dos casos que chegaram até os serviços em busca de atendimento (IBARRA & PEREZ, 1980).

Ou seja, vem existindo uma preocupação crescente com a identificação e conhecimento da população que apresente algum tipo de incapacidade ou deficiência.

Atualmente, a Organização Panamericana de Saúde – OPS, vem orientando para que sejam realizadas pesquisas para a detecção da população portadora de deficiência e para a avaliação da efetividade dos serviços de reabilitação.

Sabemos que as principais causas de deficiências incapacitantes, nos países em desenvolvimento, estão ligadas às condições de vida impostas à maior parte da população, pelo modelo econômico predominante, que é altamente concentrador de renda.

Assim, aparecem como principais causas de deficiência as conseqüências na área da saúde, desse modelo concentrador: má nutrição, alto índice de doenças transmissíveis, baixa qualidade de assistência pré, peri e pós-natal, altos índices de acidentes de trabalho entre outras.

A própria Organização Mundial de Saúde - OMS declara que nos países desenvolvidos as causas de incapacidade estão

restritas às áreas de concentração da população urbana mais pobre. Nesses países os acidentes aparecem como responsáveis pelo aumento do número das incapacidades, ao lado daquelas incapacidades advindas do processo de envelhecimento, decorrentes de uma esperança de vida maior e dos avanços conseguidos na assistência médica (O.M.S., 1981).

No Brasil, pela conformação de seu modelo econômico e pelas características do desenvolvimento do processo de atenção à saúde, percebe-se um perfil epidemiológico que reflete tanto as condições que favorecem o aparecimento de doenças e incapacidades dos países em desenvolvimento quanto, aquelas de países desenvolvidos, ou seja, altas taxas de morbi-mortalidade por doenças crônico-degenerativas, cardiovasculares, doenças do trabalho e acidentes.

1 – A Prevalência de Incapacidades e Deficiências

No Brasil, são poucos os estudos de que se dispõem sobre prevalência de incapacidades. É importante considerar essa prevalência a partir do reconhecimento da existência de condições objetivas de vida e trabalho que são resultados do tipo de inserção social possível num determinado período histórico.

Isto implica assumir que as doenças ou os agravos à saúde, inclusive as incapacidades, distribuem-se de forma diferenciada nas classes sociais.

É bastante esclarecedor o resultado da pesquisa realizada em 1985 por Santos Jr. e Lessa, na cidade de Salvador, sobre a prevalência de incapacidades em dois diferentes grupos sociais. Segundo os pesquisadores, que estudaram moradores favelados e não favelados, a partir dos 7 anos de idade, “a prevalência global de incapacidade foi de 8,0% para os favelados e de 2,5% para os não favelados. As principais causas para os favelados são incapacidade física (6,2%) e mental (1,8%), enquanto que para os não favelados as pre-

valências foram de 1,9% e 0,7%, respectivamente. As prevalências foram maiores para os homens favelados em relação às mulheres do mesmo grupo, enquanto que entre os não favelados não houve diferença de sexo. As incapacidades do aparelho locomotor foram mais prevalentes, seguindo-se as mentais e as dos órgãos dos sentidos” (SANTOS JR. & LESSA, 1989). Esta pesquisa demonstrou a relação entre as incapacidades e os diferentes grupos sociais.

No Brasil, os dados estatísticos gerais, de que se dispõe sobre deficiência, foram coletados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1981. Este também foi o Ano Internacional da Pessoa Deficiente.

Nesse ano, a pesquisa priorizou a coleta de dados sobre saúde, incluindo levantamento sobre deficientes segundo os critérios que a seguir serão transcritos:

“Em relação às pessoas portadoras de deficiências, segundo a percepção do entrevistado, foi indagada a natureza da deficiência, o tipo de assistência recebida e vinculação a alguma associação ou instituição. As deficiências relatadas foram classificadas dentro das seguintes categorias:

Cegueira – para a pessoa que apresentava incapacidade de ver (cegueira dos dois olhos) ocasionada por problemas de visão ou ausência dos globos oculares;

Surdez – para a pessoa que apresentava incapacidade de ouvir (surdez nos dois ouvidos);

Surdo-mudez – para a pessoa que apresentava incapacidade absoluta, geralmente congênita, de ouvir e que teve como consequência a incapacidade de falar. Incluído neste item o surdo-mudo readaptado (que aprendeu a falar);

Retardamento ou doença-mental – para a pessoa que apresentava problemas de retardamento do desenvolvimento mental e

motor, como, por exemplo, a idiotia e o mongolismo. Incluídos neste item os casos "percebidos" pela família como sendo de atraso no desenvolvimento mental, ou referidos como excepcionais, ainda que não tenha havido diagnóstico médico. Incluídos, também neste item, os casos de loucura, ainda que sem diagnóstico médico, paranóias, esquizofrenias, etc.;

Falta de algum membro ou parte dele – para a pessoa que, por acidente ou má formação congênita, não tinha um ou vários membros, ou parte deles como, por exemplo, a mão inteira, todos os dedos que provocam dificuldades funcionais de maior gravidade;

Paralisia total ou das duas pernas – para pessoa tetraplégica (paralítica dos quatro membros) ou para a pessoa paraplé-gica (paralítica das duas pernas);

Paralisia de um lado (um braço e/ou uma perna) – para a pessoa que tinha um lado totalmente paralisado (um braço e uma perna) ou para a pessoa que tinha paralisia de apenas um membro (um braço ou uma perna)". (FUNDAÇÃO IBGE t.11, 1983).

Observa-se que as categorias utilizadas possibilitaram a detecção dos casos mais graves de incapacidades e deficiências. Naquela pesquisa registrou-se 1,78% da população como de pessoas deficientes, o que é

incompatível com as estimativas da Organização Mundial de Saúde, mas pode ser compreendido como aquele percentual que demonstra os casos mais graves.

Como os dados da PNAD 81 foram coletados por instituição de reconhecido trabalho em pesquisa, acreditamos que estes podem ser utilizados com as restrições apresentadas, contribuindo para o estudo da problemática da atenção à pessoa deficiente.

2 – Caracterização da População Portadora de Incapacidade e Deficiência

Seguem-se alguns dados sobre pessoas deficientes, quanto ao número, faixa etária, tipos de deficiência e incapacidade, vinculação à assistência médica e de reabilitação e ao mercado de trabalho, tanto no País quanto no Estado de São Paulo e na região metropolitana de São Paulo. Estes serão apresentados sob forma de 5 tabelas organizadas a partir das informações colhidas pela PNAD 81 e publicadas pela Fundação IBGE em 1983.

De acordo com a PNAD 81, pode-se observar que a distribuição da população deficiente nas diferentes regiões do país, conforme Tabela 1, obedece aproximadamente ao mesmo percentual que o da população em geral.

No entanto, o mesmo não ocorre quando

Tabela 1 — Pessoas deficientes e população residente, por diferentes regiões do país, 1981.

Região	População deficiente	%	População residente	%
Norte	46.224	2,16	3.235.789	2,70
Nordeste	672.031	30,10	35.787.567	29,90
Sudeste	977.990	45,82	53.390.972	44,61
Sul	336.310	15,75	19.390.968	16,10
Centro-oeste	131.771	6,17	7.886.260	6,59
Total	2.134.326	100,00	119.691.556	100,00

Fonte: Fundação IBGE, t.11, 1983.

comparamos com as populações residente e deficiente, por grupos de idade, conforme está apresentado na Tabela 2.

Observa-se, na Tabela 2, que entre os 0 e 29 anos de idade estão 65,94% da população e 43,29% da população deficiente do país. O mesmo ocorre no Estado de São Paulo, com 42,09% da população deficiente nessa faixa etária e na região metropolitana de São Paulo com 41,04% da população deficiente nesse grupo. Isto pode significar que as deficiências ou incapacidades mais graves detectadas nessa pesquisa desenvolvem-se no decorrer do processo de trabalho e de vida.

É a partir dos 40 anos que os índices de pessoas deficientes são superiores aos da distribuição da população em geral, com especial destaque para a faixa dos 60 anos e mais, o que demonstra um processo de desgaste da força de trabalho, possivelmente decorrente das condições de vida e trabalho e não apenas do processo de envelhecimento.

Na Tabela 3, observa-se que no Brasil temos 31,81% da população portadora de de-

ficiência na categoria retardamento ou doença mental, enquanto que para as categorias que congregam incapacidades, prioritariamente, da funcionalidade motora definidas nos itens 5, 6, 7 e 8 encontram-se 43,04% das pessoas portadoras de deficiências. O mesmo ocorre para o Estado de São Paulo e para a Região Metropolitana. Pode-se considerar que essas categorias apresentem os resultados mais próximos da realidade, pois são mais objetivas e, portanto, mais facilmente referidas pelos entrevistados, o que talvez não ocorra com a categoria de retardamento ou doença mental. Assim, é provável que não tenham sido referidos adequadamente os problemas de função motora ou mental de menor gravidade.

Outro aspecto importante a ressaltar é a atividade econômica dessa população. No Brasil, em 1981, observa-se que 23,27% das pessoas deficientes eram economicamente ativas, enquanto que 53,41% da população brasileira era economicamente ativa nessa época (FUNDAÇÃO IBGE, t.11, 1983).

No Estado de São Paulo temos que

Tabela 2 — População deficiente e população residente por grupos de idade: Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de São Paulo.

Grupo de Idade	Brasil		Estado SP		Reg. Metrop. SP	
	Pop. def. %	Pop. res. %	Pop. def. %	Pop. res. %	Pop. def. %	Pop. res. %
00 – 09	10,64	25,72	8,87	22,39	7,58	22,02
10 – 19	18,63	23,28	17,09	10,88	17,74	19,81
20 – 29	14,02	16,96	16,13	19,25	15,72	20,35
30 – 39	11,53	12,09	10,03	13,62	11,61	14,37
40 – 49	11,02	9,03	12,09	9,97	13,50	9,96
50 – 59	10,86	6,56	11,48	7,23	12,70	7,28
60 – +	23,30	6,42	24,31	6,66	21,24	6,20
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Fundação IBGE, t. 6. 11, 12, 1983.

Tabela 3 — Pessoas deficientes, segundo o tipo de deficiência ou incapacidade, no Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de São Paulo, 1981.

Tipo de deficiência ou incapacidade	Pessoas deficientes		
	Brasil %	Estado de SP %	Reg. Metrop. SP %
1. Cegueira	8,21	6,81	6,22
2. Surdez	8,76	7,90	6,91
3. Surdo-mudez	4,24	2,35	1,57
4. Retardamento ou doença mental	31,81	33,35	34,90
5. Falta algum membro/parte	7,12	7,84	8,34
6. Paralisia total/ pernas	5,54	5,14	3,93
7. Paralisia 01 lado/perna	12,70	11,42	15,34
8. Outro tipo incapac. paralisia	17,68	20,25	18,40
9. + de 01 tipo	3,94	4,94	4,39
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: Fundação IBGE, t. 6, 11, 12, 1983.

55,70% da população geral é economicamente ativa. Essa proporção não se mantém para a população de deficientes, pois apenas 22,56% destes participam da atividade econômica (FUNDAÇÃO IBGE, t.6, 1983).

O mesmo ocorre na Grande São Paulo, onde temos 20,64% da população deficiente economicamente ativa, para 55,83% da população em geral (FUNDAÇÃO IBGE, t.12, 1983). Isto pode ser entendido como

Tabela 4 — Pessoas deficientes, por vinculação a associação ou instituição de assistência, segundo país, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de São Paulo, 1981.

LOCAL	PESSOAS DEFICIENTES			Total
	Vinculadas	Não vinculad.	S/ declaração	
Brasil	8,45	91,49	0,06	100,00
Estado de SP	9,21	90,69	0,10	100,00
Região Metropolitana de SP	11,79	89,97	0,24	100,00

Fonte: Fundação IBGE, t. 6, 11, 12, 1983.

Tabela 5 — Pessoas deficientes que receberam assistência, por tipo de assistência, no Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de São Paulo, 1981.

PESSOAS DEFICIENTES QUE RECEBERAM ASSISTÊNCIA							
Local	Médica	Trat. reab.	Reab. prof.	Outro	+ de 1 tipo	S/ de-clar.	Total
Brasil	81,95	10,33	0,18	2,03	5,38	0,13	100,00
Est. de SP	77,41	9,52	—	4,36	8,71	—	100,00
Região Metr. SP	79,50	8,85	—	2,95	8,70	—	100,00

Fonte: Fundação IBGE, t. 6, 11, 12, 1983.

maior dificuldade que o mercado de trabalho, predominantemente industrial e de serviços, tem de absorver a população portadora de deficiência.

Quanto à vinculação dessa população à assistência, pode-se observar, na Tabela 4, que o percentual de pessoas portadoras de deficiência vinculadas a associação ou instituição de assistência varia em torno dos 8,5% a 12,0%, sendo que o melhor índice é de 11,79% de pessoas vinculadas e corresponde à Região Metropolitana de São Paulo, que dispõe de um maior número de serviços de saúde em geral, e de atenção a essa população, em particular.

Na Tabela 5, sobre a assistência, observa-se que entre as pessoas que receberam assistência, a que é predominante é a assistência médica. Surpreende o fato de que na Região Metropolitana de São Paulo temos o menor índice de tratamento de reabilitação, mas isso talvez possa ser explicado pelo fato de existir um índice maior para a associação de mais de um tipo de assistência.

Ainda é importante notar que a assistência de reabilitação profissional é praticamente inexistente, o que pode ajudar a entender a vinculação dessa população a atividades econômicas, como já foi coloca-

do anteriormente.

A apresentação exaustiva dos dados sobre as incapacidades e deficiências revela que, praticamente, inexistem oportunidades de atenção à saúde e reabilitação dessa população.

À luz do conhecimento já acumulado na área de intervenção em saúde, podemos concluir que as categorias apresentadas como deficiências mais comuns são manifestações que exigem, na maior parte das vezes, ações de saúde interdisciplinares, seja em saúde mental, seja em reabilitação ou tratamento de disfunções físicas. Assim, podemos perceber que existe insuficiência de serviços de saúde preparados para o atendimento dessa população.

O fato da grande maioria das pessoas deficientes não estar inserida formal ou informalmente no mercado de trabalho, também traduz a dificuldade de inserção social, que em nossa sociedade se dá prioridade através do trabalho. O mesmo processo de trabalho e produção, que é uma das únicas vias de inserção social, cria trabalhadores sem condições de nele permanecer, expulsa-os da produção da riqueza, deixando em seus corpos e mentes sinais dessa violência.

Vale ressaltar aqui a importância dos

acidentes de trabalho como um dos fatores que determinam as condições de saúde da população e a origem de incapacidades e deficiências já apontadas anteriormente. As estatísticas desses acidentes demonstram a violência de que se reveste o processo de produção da riqueza em nosso país. A riqueza é produzida a partir da expropriação da saúde dos trabalhadores.

3 - Acidentes de Trabalho

Segundo dados do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, trabalhados pela Fundação Rogério Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO, é flagrante a diminuição do percentual dos acidentes registrados nos períodos de 1978 a 1986, sugerindo intensificação de políticas de prevenção (FUNDACENTRO, 1987). No entanto, o próprio INPS reconhece que há subnotificação das declarações de acidentes de trabalho.

Contribui para que isso ocorra o dispositivo legal, implantado a partir de 1976, que altera a sistemática quanto à conceituação,

pagamento de benefícios e normas de registro de acidentes.

É importante que as informações apresentadas sobre os acidentes possam ser explicitadas, demonstrando quais acidentes foram atendidos apenas por assistência médica e quais geraram, além disso, incapacidade temporária ou permanente. Esses dados estão na Tabela 6 que refere o número de acidentes que tiveram processos encerrados administrativamente, depois de completado o tratamento e indenizadas as seqüelas. Estes acidentes são chamados de acidentes liquidados (MPAS, 1988).

Podemos observar que, em 1987, a maior parte dos acidentes são de curta duração (49,8%), enquanto que os de mais de 15 dias também apresentam dados significativos (34,5%).

Entre 1980 e 1981 observa-se uma redução no percentual de acidentes que geraram incapacidade temporária, mas um aumento daqueles que produziram incapacidade permanente, o mesmo ocorrendo entre 1981 e 1982. Entre 1983 e 1984 percebe-se uma

Tabela 6 — Distribuição do total de acidentes de trabalho liquidados na área urbana, segundo a classificação, no período de 1980 a 1987, no Brasil.

ANOS	Assist. Médica	NÚMERO DE ACIDENTES				Óbitos	Total
		Incapacidade temporária		Incapacid. permanente			
		-15 dias	+15dias				
1980	207.371	791.504	473.964	27.925	4.824	1.505.588	
1981	166.613	679.581	428.612	29.921	4.808	1.309.535	
1982	140.123	635.316	407.171	31.816	4.496	1.218.922	
1983	124.134	527.826	164.135	30.179	4.214	1.050.490	
1984	131.179	492.742	352.459	28.628	4.508	1.009.516	
1985	153.209	528.537	378.296	27.281	4.384	1.091.707	
1986	164.033	585.350	414.930	24.190	4.680	1.193.183	
1987	170.613	571.976	403.873	23.150	5.238	1.174.850	

Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social. Prev. Dados, Rio de Janeiro, 3(4):27-38, 1988.

diminuição do percentual geral, e da incapacidade temporária e permanente e um aumento no número de óbitos. Isto sugere que a subnotificação é real, pois torna-se mais difícil deixar de registrar os casos que levam a óbito.

Entre 1985 e 1986 crescem os acidentes que geram incapacidades temporárias e também o número de óbitos, o que pode demonstrar que vem existindo uma tendência a acidentes de maior gravidade, mesmo que aqueles que geram incapacidade permanente tenham diminuído. Em 1987, ocorreram 5.238 óbitos por acidentes de trabalho, o que significa em torno de 14 óbitos por dia.

O próprio Ministério da Previdência e Assistência Social, através de suas publicações reitera que “no período de 1980 a 1987 os maiores níveis de crescimento são verificados para os acidentes que geraram incapacidade permanente” (MPAS, 1988).

Quando os trabalhadores ficam incapa-

citados permanentemente a Previdência Social realiza a concessão dos seguintes benefícios: auxílio suplementar, auxílio acidentário e aposentadoria por invalidez.

Cabe esclarecer que auxílio suplementar é aquele recebido pelo trabalhador acidentado que teve redução de sua capacidade funcional, sem estar impedido de desenvolver a atividade profissional anterior ao acidente. O auxílio acidentário é aquele recebido pelo trabalhador acidentado que está impossibilitado de desempenhar a atividade profissional anterior, mas não o está para alguma outra coisa que possa vir a desenvolver (MPAS, 1988).

A Tabela 7 demonstra que, entre os benefícios urbanos, o de maior incidência é o auxílio acidentário (37,9%) e, entre os rurais, o maior é a aposentadoria por invalidez (66,3%).

Ainda segundo os dados da Tabela 7, pode-se inferir que a condição de vida do indivíduo que se acidentou e recebe o auxí-

Tabela 7 — Total de benefícios por acidente de trabalho em cadastro, por espécie e clientela em 31/12/87.

Benefícios	Quantidade	%	% Total	Valor Médio(*)
1. Aposentadoria por invalidez	56.982	15,1	14,8	1,27
2. Pensão	84.377	22,3	21,9	1,34
3. Auxílio acidente	143.074	37,9	37,2	0,52
4. Aux. suplementar	93.322	24,7	24,3	0,25
BENEF. URBANOS	377.755	100,00	98,2	0,75
1. Aposentadoria por invalidez	4.672	66,3	1,2	0,47
2. Pensão	2.380	33,7	0,6	0,47
BENEF. RURAIS	7.052	100,00	1,8	0,47
TOTAL	384.807		100,00	0,74

Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social. Prev. Dados, Rio de Janeiro, 3(4): 27-38, 1988.

(*) Valor médio em número de pisos salariais de dezembro de 1987.

lio acidentário (0,54% do piso salarial) está bastante prejudicada, pois recebe um auxílio que inviabiliza uma vida digna e, com certeza, terá sérias dificuldades para sua reinserção em um mercado de trabalho que dispõe de extenso exército de reserva.

Do contato com a equipe técnica do Centro de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional de Previdência Social, durante pesquisa de campo por mim realizada em 1988, pode-se observar que os próprios técnicos, responsáveis pela reabilitação profissional, referem que é flagrante a dificuldade de reinserção no trabalho, principalmente quando em função diferente daquela exercida no momento do acidente.

Na Tabela 8, que demonstra a distribuição dos acidentes segundo a consequência, no Estado de São Paulo, pode-se observar que é sempre crescente o número de concessões de auxílio suplementar, com exceção do período de 1985 e 1986, enquanto que a

concessão de auxílio-acidentário foi crescente entre 1978 e 1979, 1980 e 1981 e 1982 e 1983, sendo acompanhada pela aposentadoria por invalidez. Entre 1984 e 1986 observa-se uma queda do número de concessões de auxílio, tanto suplementar quanto acidentário e por invalidez, um acréscimo de acidentes que levam à simples assistência médica e incapacidade temporária, acompanhando o aumento do número de acidentes.

O aumento do número de óbitos é flagrante entre 1978 e 1979 e entre 1983 e 1986, significando, provavelmente, uma subnotificação e aumento da gravidade dos acidentes, conforme já foi colocado.

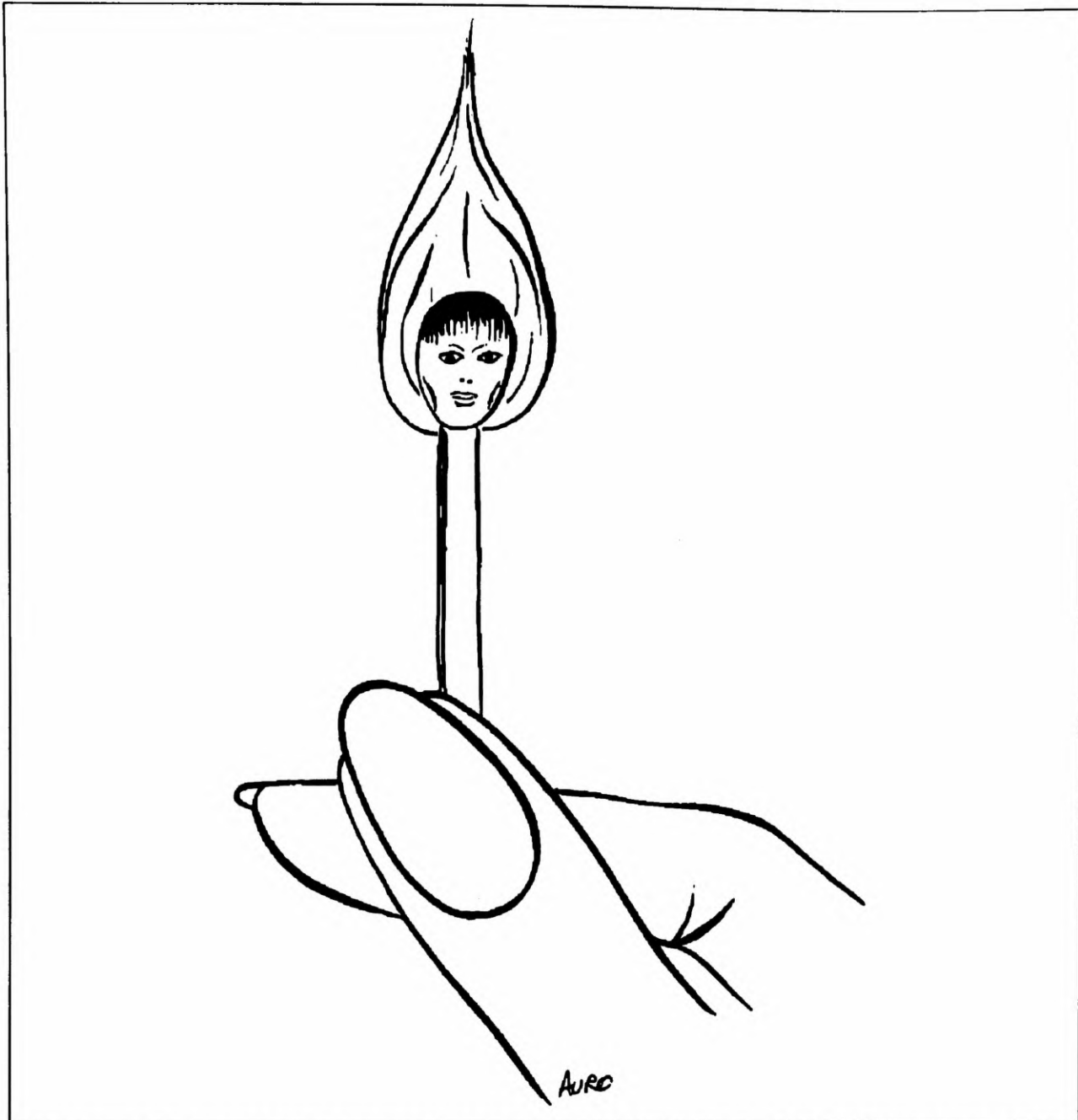
Não são apresentados os índices relativos às doenças do trabalho, pois, no Brasil, apenas um número pequeno de doenças são consideradas ligadas ao trabalho. Isso leva à pequena notificação de doenças profissionais, que acabam sendo computadas nos

Tabela 8 — Acidentes liquidados segundo a consequência — simples assistência médica, incapacidade temporária, permanente e óbitos no Estado de São Paulo, no período de 1978 a 1986.

Ano	Incapacidade Temporária			Incapacidade permanente			TOTAL	
	Assist. Médica	Até 15 dias	+ de 15 dias	Aux. Supl.	Apos. acid.	Óbitos Inval.		Acid. liquid.
1978	128.024	302.920	225.308	1.699	5.038	1.184	1.119	666.186
1979	113.184	316.190	107.773	1.848	6.269	1.647	1.175	648.562
1980	126.143	339.216	198.827	2.293	5.322	1.531	1.231	674.563
1981	101.782	290.087	167.971	2.410	5.595	1.923	1.261	571.019
1982	82.019	279.654	162.781	3.000	4.983	1.933	1.218	535.648
1983	71.309	337.955	146.784	4.209	4.990	1.907	1.096	468.250
1984	82.608	231.232	147.901	4.382	4.883	1.801	1.164	473.971
1985	86.798	237.976	167.408	—	9.429*	—	1.234	502.845
1986	89.383	261.403	176.106	3.626	3.586	1.114	1.330	536.548

Fonte: FUNDACENTRO, Bol. Estatístico, São Paulo, 13:48-56, 1987.

* Para esse ano, quanto à incapacidade permanente admitiu-se que o número de ocorrências fosse equivalente ao de benefícios concedidos no ano.



dados gerais de morbidade da população, não se estabelecendo o nexo causal com a atividade profissional. Existem referências de que *"anualmente cerca de 3.000 substâncias são introduzidas na indústria. Nos EUA, onde a aplicação da legislação é mais rigorosa que no Brasil, existem normas de exposição permissível para menos de 500 substâncias tóxicas de uso corrente... "* (...) *"no caso brasileiro a norma regulamentadora 15 do Ministério do Trabalho estabelece limites de tolerância para somente 200 substâncias"* (POSSAS, 1987). Isso revela a gravidade da condição de trabalho a que estão submetidos grande parte dos trabalhadores.

Os dados colocados sobre acidentes de trabalho pretendem compor - juntamente

com aqueles relativos à incidência e prevalência da incapacidade - o quadro geral das condições de saúde da população, de modo a oferecer a base para o entendimento das estimativas da população portadora de deficiência ou de incapacidade no país, de acordo com as estimativas dos organismos internacionais de saúde.

Assim, através da apresentação e discussão inicial dos dados estatísticos disponíveis, procurou-se caracterizar a questão da incapacidade e da deficiência como um problema de relevância no âmbito da saúde coletiva.

No entanto, essas informações ainda são insuficientes para o planejamento e programação de ações específicas de atenção à saú-

de, à educação ou a outros aspectos da problemática dessa população. Faz-se necessário investir no diagnóstico mais profundo da avaliação da condição de vida e de trabalho dessas pessoas; no diagnóstico da qualidade e eficiência dos serviços, tanto de saúde quanto de educação que têm atendido essa população. Assim, pode-se vir a planejar, propor e organizar serviços em condições de oferecer atenção a essa população, onde a lógica do

atendimento seja a da necessidade das pessoas reais, circunscritas em um dado contexto social e não a lógica de técnicos em saúde algumas vezes preocupados em preservar o espaço de ação de sua corporação profissional.

Acredito que os profissionais de saúde preocupados com essas questões podem contribuir para a mudança dessa realidade. □

ABSTRACT

This article discusses the question of disability and deficiency as a relevant problem in the field of public health. It indicates the connection between life and work conditions of the Brazilian population and its health situation. It presents and discusses statistical data about the disabled population in the State and in the metropolitan region of São Paulo, having as its source the 1981 National Sample Investigation of Residences by the IBGE Foundation. This paper points out the importance of the accidents of work in the formation of the estimation of the disabled or handicapped population.

KEYWORDS

HANDICAPPED. REHABILITATION, statisticals and numeric dates. MEDICAL ASSISTANCE. ACCIDENTS OCCUPATIONAL.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FUNDAÇÃO IBGE - *Pesquisa nacional por amostra de domicílios. 1981: Brasil e grandes regiões.* Rio de Janeiro, 1983. v.5, t.11, p. XXI - XXII, 3, 63-4, 93, 151, 179, 239, 271, 321, 331, 361, 451, 511.
- FUNDAÇÃO IBGE - *Pesquisa nacional por amostra de domicílios. 1981: Estado de São Paulo.* Rio de Janeiro, 1983. v.5, t.6, p. 3, 13, 63, 64.
- FUNDAÇÃO IBGE - *Pesquisa nacional por amostra de domicílios. 1981: Regiões Metropolitanas.* Rio de Janeiro, 1983. v.5, t.12, p. 495, 549-50.
- IBARRA, L. G. & PEREZ, L. S. R. El registro nacional de inválidos: informe de 24.375 casos notificados. *Salud públ. México*, 22 (2):179-89, 1980.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Acidente do Trabalho. *Prev. Dados*, Rio de Janeiro, 3(4):27-38, 1988.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación, Ginebra, 1981. *Informe*. Ginebra, 1981, p.7-18 (Serie de Informes Técnicos, 668).
- PANTANO, L. *La discapacidad como problema social - un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas.* Buenos Aires, EUDEBA 1987.
- POSSAS, C. A. Contribuição para a definição de um sistema nacional de informações em doenças e acidentes de trabalho. *Prev. Dados*, Rio de Janeiro, 2(2):13-24, 1987
- SANTOS JR., A. C. S. & LESSA, I. - Prevalência de incapacidades em dois diferentes grupos sociais em Salvador, Brasil. *Bol. Ofic. sanit. panamer.* 106(4):304-13, 1989.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Grupo Especial de Programas de Saúde do Deficiente. Sistema de atendimento à saúde e reabilitação da pessoa com deficiência. São Paulo, 1988 (mimeografado).