

homem livre, despossuído, que troca sua força de trabalho pelos meios necessários para sua existência. O operário trabalha para viver. Seu salário compra os alimentos, o abrigo, os bens e serviços de que ele necessita normalmente. Por ser baixo, o salário impõe restrições ao tipo de vida que o trabalhador pode ter. Este livro pretende mostrar outro lado dessa realidade: o trabalho também mata. Ao lado das privações que o trabalhador passa na sociedade, por sua condição de operário, ele também se desgasta, adoce e morre, buscando sua sobrevivência diária dentro das fábricas. O termo capitalismo selvagem é apropriado para caracterizar as formas de trabalho, na maioria das nossas fábricas. Doenças e acidentes que podem ser eliminados, com o atual grau de avanço tecnológico, continuam ocorrendo em nosso meio. Além disso, a conjugação dos baixos salários com as atuais condições de trabalho, leva o trabalhador a multiplicar suas horas de trabalho, quer em jornadas maiores, quer em trabalho noturno, quer incorporando precocemente crianças ao mundo do trabalho, quer não atentando às características específicas da mulher ou do homem. Conseqüentemente, o trabalho, que é buscado para permitir a sobrevivência, consome diariamente as forças do trabalhador e causa ou apressa sua morte. Os estudos do DIESAT que constituem este livro permitirão ao leitor conhecer melhor essa triste história. Mais que isso. Mostrarão que esse massacre de trabalhadores pode ser evitado.

Walter Barroli

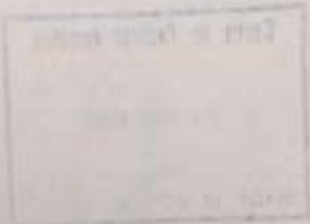
1. TRO-SEG

# INCAPACIDADE, TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

E (M) 5000  
P. 536

Herval Pina Ribeiro  
Francisco A. de Castro Lacaz





# INCAPACIDADE, TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

## SUMÁRIO

- Introdução.
- 1. Doenças Incapacitantes.
- 2. Acidentes e Invalidez.
- 3. Políticas de Prevenção.
- 4. Reabilitação Profissional.
- 5. Aposentadoria e Auxílios Previdenciários.
- Referências Bibliográficas.

Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho — (DIESAT)

Permitida a reprodução de artigos, desde que citada a fonte e comunicado ao DIESAT.

Planejamento Gráfico: Francisco Medeiros. Mtb 14.904

Capa: São Paulo Artes Gráficas/Nelson Gomes

Foto: Nair Benedicto/Agência F4

Revisão: Francisco Medeiros e Volner M. de Assis

Composição e Impressão: Imprensa Oficial do Estado S/A - IMESP

**DIRETORIA DO DIESAT:** Remigio Todeschini, José Francisco Campos, Aparecido de Moraes, Gilberto Salviano da Silva, Manoel Messias dos Santos Filho, Uriel Villas Boas, Anito Buzana, Cheila Assunção Ferreira, Andrea Aguiar de Arruda Botelho. **Conselho Fiscal:** Walter Ramos de Almeida, Geraldo Antonio da Silva, Maury Sergio Martins de Souza, Antonio Maltauro Faconi, Antonio Nazareno dos Santos, Gilberto Avillar Palioli.

**Coordenador Técnico:** Herval Pina Ribeiro. **Técnicos e Assessores do DIESAT:** Francisco Antonio de Castro Lacaz, José Eduardo Dias Cardoso, Primo Alfredo Brandimiller, Laerte Idal Szelwar, João Metanios Hallack, Edith Seligman Silva, Clarice Umbelino de Freitas, Lillian Lourico Sano, Liz Ester Rocha, Rubens Mazon, Annibal Fernandes, Antonio José Arruda Rebouças.

Requisição de exemplares: rua das Carmelitas, 149 - 5.º andar - tel: 36-1101  
São Paulo - Brasil - 1984

## Incapacidade, Trabalho e Previdência Social

### INTRODUÇÃO (1)

Em 1980, a DATAPREV, órgão da Previdência Social, acusou a existência de quase 1 milhão e 200 mil trabalhadores com invalidez permanente e, nesta condição, fazendo jus ao auxílio previdenciário correspondente. Autoridades previdenciárias freqüentemente vêm a público para dizer que este número é exagerado, insinuando, quando não dizem explicitamente, que tal fato decorre de fraudes na concessão de benefícios.

Num país onde a corrupção é institucionalizada — quando não ganha foros de legalidade sob o manto protetor do governo — seria ingenuidade supor que o setor previdenciário ficasse imune a tais práticas. O que não é crível é que elas sejam tantas na área de concessão de auxílio-doença que venham a alterar substancialmente os números da DATAPREV.

Esta triste e indesejável realidade de 1% da nossa população estar invalidada pelo e para o trabalho não deveria causar surpresas. O que espanta é que seja tão baixa esta cifra oficial — face a precariedade das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores — e tão irrisórias as pensões pagas aos incapacitados, quando eles conseguem o reconhecimento deste direito.

Em recente estudo, a insuspeita OIT (Organização Internacional do Trabalho) adverte sobre a campanha sistemática e liquidacionista dos sistemas previdenciários, constantemente acusados de sorvedouro de recursos públicos, em especial nos países subdesenvolvidos.

No caso brasileiro, as dificuldades de acesso, os entraves burocráticos, a legislação minimizadora da incapacidade de doentes e acidentados, a sistemática pericial do INPS, representam tantos obstáculos que não é difícil comprovar a existência de um outro exército de inválidos preteridos de qualquer direito. E a política recessiva do governo, com seus desdobramentos nesta área, se materializa justamente sob a forma de

1. Texto básico de onde foi extraído o material publicado na Revista Trabalho & Saúde, n.º 1 — jan/mar. de 1984, editada pelo DIESAT.

propostas que reduzem os "benefícios" previdenciários a pretexto de que os contribuintes do sistema pagam pouco para o muito que recebem. (2)

O governo federal alega que o sistema previdenciário não tem liquidez, esquecido por conveniência que foi o próprio governo quem historicamente se apossou das reservas da Previdência Social, que financiou tudo neste país, incluindo Brasília, Transamazônica, Ponte Rio-Niterói, Itaipu, BNH. Ao contrário de outros países, onde o sistema previdenciário, por sua natureza social, tem substancial participação governamental na constituição dos seus fundos e reservas financeiras, no Brasil esta participação jamais existiu, apesar de prevista nos textos legais anteriores e atuais.

A situação de mais de 1 milhão e duzentos mil trabalhadores com perda total ou parcial de sua capacidade de trabalho é extremamente difícil. E o aspecto da mutilação acompanha como uma sombra cada empregado no seu trabalho, no transporte e em sua moradia, todas essas condições com o traço comum da precariedade. Se esta realidade é assim vivenciada, urge discuti-la, encontrar suas causas e responsáveis, na busca do restabelecimento de direitos perdidos ao longo desses últimos 20 anos e na conquista de novos, mansa e pacificamente consagrados em outros países.

## 1. DOENÇAS INCAPACITANTES

A incidência de doenças incapacitantes, em 1975, no Brasil, foi da ordem de 74/1000 segurados da Previdência Social. Cinco patologias — neuroses (9,72/1000), hipertensão arterial (9,71/1000), osteoartrite (6,37/1000), epilepsia (4,07/1000) e tuberculose (3,11/1000) — foram responsáveis por 33% desse total de incapacitados, isto segundo critérios da própria Previdência Social.

A abolição, pela atual legislação brasileira, do conceito de concausa, isto é, de fatores coadjuvantes ou que predispoem ao aparecimento de doenças, torna extremamente difícil, sob o ponto de vista restrito da lei, caracterizar muitas doenças como doenças do trabalho. (3) Hoje, a rigor, só as doenças tipicamente ocupacionais, que têm uma comprovada e comprovável relação de causa e efeito entre o agente

2. O Ministério da Previdência e Assistência Social, através do Decreto-lei n.º 2.087, de 22/12/1983, enviado ao Presidente da República, propôs o reajustamento das aposentadorias abaixo da inflação, tendo como parâmetro apenas a evolução da arrecadação da Previdência, com o objetivo de poupar recursos previdenciários. Devido à grande repercussão negativa que trouxe, esta proposição foi revogada pelo Presidente da República, com Decreto n.º 2.113, de 18/04/1984, restabelecendo "as disposições legais anteriormente vigentes sobre a matéria".

3. Ver "A questão dos Acidentes", DIESAT, 1984, Série Documentos & Estudos, n.º 3.

responsável e a doença, é patologia do trabalho. É o caso da silicose e da asbestose. Mas a bissinose não é, conquanto comprovadamente causada pelas poeiras de algodão cru, por não ser *comprovável*, isto é, os pulmões do bissinótico não se diferenciam dos pulmões de um bronquítico ou enfisematoso e não há, sob o ponto de vista radiológico ou laboratorial, como afirmar aquela relação de causa e efeito. A legislação e a peritagem do INPS não reconhecem o trabalhador como portador de bissinose, ainda que sua história profissional seja inquestionável. E nem sequer as normas regulamentadoras estabelecem níveis de tolerância para as poeiras de algodão nos ambientes de trabalho, contrariamente ao que ocorre nos países industrializados.

Como se vê, o atraso, e a partir de 1967 o retrocesso que a legislação acidentária sofreu, representam não apenas uma agressão social, como é despida de qualquer base científica. A preocupação em conter os seus avanços notórios, até 1967 e fazê-la retroagir a partir desse ano foi de ordem econômica, na clara intenção de descaracterizar as condições e ambientes de trabalho como geradores de doenças, eximindo o empregador e a Previdência Social do ônus de compensar o adoecido e pagar-lhe o benefício (benefício?) correspondente.

Analisemos aquelas 5 patologias responsáveis por um terço dos casos que conduzem à incapacidade:

As neuroses são o diagnóstico mais frequente da Perícia do INPS, determinando o afastamento temporário do trabalho. São também a primeira causa de renovação deste afastamento. As doenças mentais, de um modo geral, são a mais frequente e quase única causa da aposentadoria por invalidez abaixo dos 40 anos.

*"A severa desigualdade na distribuição de renda, a aceleração da expansão demográfica, a progressiva urbanização das populações, o afastamento dos vínculos familiares, a precariedade das habitações, a carência alimentar, as desigualdades de transporte e o desemprego são fatores de tensão e condicionadores de demanda crescente por assistência psiquiátrica. A pobreza em si e por si mesma coloca essa população mais vulnerável aos distúrbios psíquicos e empresta a estes um caráter de maior gravidade."*

Reconhecendo as origens e vínculos sociais das doenças mentais, este texto da Previdência omite a relação, frequentemente mais estreita, entre o trabalho e as condições, ambientes, formas e relação de produção, em que é exercido — e também fator determinante daquela e de outras doenças. O trabalho perigoso, insalubre, penoso, monótono, repetitivo; a aceleração do ritmo de produção, a antevisão do acidente, da invalidez e a velhice miserável; a perspectiva do desemprego, a burla constante aos mínimos direitos estabelecidos pela legislação, já injusta e arbitrária, fazem os trabalhadores tomarem consciência da exploração e a falta de

perspectiva de revertê-la; os enlouquece. Quem não enlouqueceria? Assim, a doença mental não encontra resposta quer a nível social, quer a nível médico ou previdenciário. Os que têm agravado seu quadro acabam sendo asilados, prática que cronifica a doença e os marginaliza de vez, levando-os à única opção presente: a aposentadoria.

Em 1982, as doenças cárdio-circulatórias, que dão substrato orgânico à hipertensão arterial, foram responsáveis pelo maior número de mortes no Brasil. Este grupo de enfermidades, conhecido desde a antiguidade, cresceu dramaticamente nos últimos 100 anos em todo o mundo, e nos 40 anos mais próximos em nosso país, quando o processo de industrialização e urbanização se aceleraram.

O prolongamento da vida das populações, seu envelhecimento e o tabagismo são fatores reconhecidos da gênese dessas doenças, mas não os únicos. As doenças isquêmicas do coração e a hipertensão arterial estão ocorrendo cada vez com maior frequência em indivíduos jovens e, especificamente, em determinadas categorias profissionais, independentemente de classe social, e todas as pesquisas feitas até agora indicam que suas causas são o ritmo de trabalho, a exigência irrecorrível da atenção e todos os condicionamentos que envolvem o homem e o trabalho.

O nome genérico de *osteoartrose* envolve as doenças crônicas das articulações e ossos, inclusive da coluna vertebral. O envelhecimento provoca "naturalmente" um processo progressivo de degeneração de células, tecidos, órgãos, aparelhos e sistemas orgânicos. No caso das articulações e dos ossos, em especial da coluna, este processo leva à redução da mobilidade (enrijecimento) articular, frequentemente associado à dor, com atrofia progressiva de músculos, tendões, rarefação óssea por deficiência da circulação e nutrição. Tal processo, bastante lento, não ocorre de modo igual a todos os indivíduos que logram envelhecer.

A precocidade e a rapidez são os elementos que diferenciam as doenças osteo-articulares provocadas pelo trabalho em posições viciosas, que obriga ao levantamento e transporte de cargas ou sujeita a vibrações e torsões. A doença se instala em consequência de traumas e lesões repetidas e localizadas do sistema, provocando sua degenerescência progressiva e prematura. Apesar dessas evidências, a legislação é omissa quanto às vibrações e torsões, e estabelece cargas com peso até 60 Kg para transporte e de 40 Kg para levantamento de peso, bem superiores aos padrões internacionais. (4) Não é, portanto, por acaso que essas doenças sejam a 3.ª causa de incapacidade permanente, embora o INPS não a considere como doença do trabalho.

A tuberculose, cujo agente etiológico ninguém discute, é muito mais frequente entre os trabalhadores que inalam poeiras de sílica. A

incidência de tuberculose entre os silicóticos é, em média, de 4% e nos achados anatomopatológicos chega a 25%. (5)

Vê-se, portanto, que daquele grupo de 5 patologias responsáveis por 33% dos casos de incapacidade, apenas a epilepsia tem raramente incidência relacionada com o trabalho.

Quanto às substâncias químicas, responsáveis por cânceres, lesões crônicas do fígado, sistema nervoso, pulmões, rins e outros órgãos, o Ministério da Previdência e Assistência Social reconhece apenas 21. O Ministério do Trabalho, que não tem que pagá-las, é mais condescendente e reconhece 150. Esta discrepância de natureza normativa pode levar à curiosa situação do Ministério constatar níveis de tolerância de um agente químico superior ao admitido, ocasionando uma doença do trabalho para a qual o INPS não reconhece o nexo causal e assim nega o direito ao benefício correspondente. Deste modo, o trabalhador, se incapacitado, vai receber apenas o auxílio-doença (80% do salário) e não o salário integral; se aposentado por invalidez, receberá apenas 70% deste.

## 2. ACIDENTES E INVALIDEZ

Paralelamente à manipulação pelo governo federal dos índices inflacionários, ocorrida em meados da década de 70, fenômeno similar ocorreu com as estatísticas de acidentes de trabalho. Medidas burocráticas, decretos leis e portarias levaram não somente ao sub-registro dos acidentes, como à minimização da própria conceituação do que seja acidente, desobrigando a Previdência Social de pagar benefícios a milhares de acidentados. (6) Com antecedência de 8 anos, o Governo promoveu ao "expurgo" na área acidentária, inspirando-se talvez neste expediente anti-social e impune para fazer agora outro tanto em relação ao INPC.

Os efeitos desta prática, em termos de pagamento de "benefícios", podem ser vistos na tabela abaixo:

BENEFÍCIOS CONCEDIDOS AOS SEGURADOS URBANOS DE SÃO PAULO  
(1975/1979)

	1975	1976	1977	1978	1979
<i>Benefícios</i>					
<i>Acidentários</i>	151.755	—	93.271	78.089	77.374
<i>Total</i>	1.123.920	1.213.010	1.402.381	1.519.562	1.607.628

Fonte: SEADE — Anuário Estatístico 1980.

4. Ver "Agentes Físicos e Doenças", DIESAT, 1984, Série Documentos & Estudos, n.º 2.

5. Birman, J. — Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária.

6. Veja Capítulo VIII.

Enquanto os números de benefícios anualmente pagos cresceram, como óbvia decorrência da elevação da população segurada e contribuinte, os números daqueles pagos por acidentes, paradoxalmente, caíram. As autoridades previdenciárias e do Ministério do Trabalho ufanistamente justificaram esta queda pelo decréscimo paralelo do número de acidentes registrados oficialmente. Neste caso, vale a pena trazer novamente à discussão o fenômeno da redução dos acidentes de trabalho no Brasil, dando seguimento a trabalho anterior feito pelo movimento sindical em 1981.

#### ACIDENTES DE TRABALHO, INCAPACIDADE E ÓBITOS NO BRASIL E EM SÃO PAULO

1971 e 1982

	Ano	Acidentes	Incapacidade Permanente	%	Aposent. P/Inval.	%	Óbitos	%
Brasil	1971	1.370.812	42.163	30.75	689	0.50	2.559	1.86
	1982	1.218.922	26.233	21.50	5.582	4.58	4.496	3.69
S. Paulo	1971	614.931	15.062	24.50	301	0.49	815	1.32
	1982	535.648	7.983	14.90	1.993	3.72	1.218	2.27

Fontes: Anuário Estatístico INPS/1981  
Boletim Estatístico  
Possas, C.A. — Saúde e Trabalho na Indústria

A comparação entre os infortúnios de trabalho registrados oficialmente nos anos de 1971 e 1982, em São Paulo e no Brasil, permite as seguintes observações: para uma redução de 10% de acidentes ocorridos entre 1971 e 1982, no Brasil, o reconhecimento de incapacidade permanente caiu de 40%, as aposentadorias por invalidez subiram 700% e a frequência de óbitos se elevou em 70%. Os dados de São Paulo, onde ocorreram 40% dos acidentes, dão consistência a essas observações. Pode-se inferir que, enquanto em 1971, de cada 2.000 acidentados, 1 se aposentava por invalidez e menos de 4 morriam, em 1982, 9 se aposentaram como inválidos e mais de sete morreram. Só existe uma explicação para a discrepância entre o aumento da frequência dos acidentes graves, responsáveis pela elevação flagrante de aposentadorias por invalidez e óbitos, e a redução de acidentes e de incapacidades permanentes reconhecidas: as modificações da legislação acidentária e previdenciária postas em vigor, minimizadoras dos acidentes e suas conseqüências, objetivando, sobretudo, reduzir o máximo de direitos e benefícios pleiteados. A análise da tabela seguinte, construída com uma série histórica de acidentes liquidados pela Previdência Social entre os anos de 1978 a 1981, permitirá aclarar mais ainda os fatos.

#### ACIDENTES DE TRABALHO LIQUIDADOS NO BRASIL 1978 a 1981

Ano	Total/ Acidentes	Incapacidade				Óbitos	
		N.º	%	N.º	%		
1978	1.561.765	247.443	15.5	1.293.880	82.8	4.342	0.30
1979	1.476.056	128.946	13.5	1.250.647	84.7	4.573	0.30
1980	1.505.588	207.371	13.8	1.206.468	84.0	4.824	0.30
1981	1.309.538	165.513	12.7	1.108.193	84.6	4.808	0.40

Fonte: Boletim Estatístico — FUNDACENTRO — Set/1982

Observa-se que o número de acidentes com incapacidade temporária caiu de 1.293.880 em 1978, para 1.108.193 em 1981. O pagamento dos 15 primeiros dias de afastamento é integral e de responsabilidade do empregador. Após este período, cabe ao INPS licenciá-lo e pagar. Nota-se, por outro lado, percentualmente, a tendência crescente dos acidentes levarem à incapacidade temporária, ao óbito e, como já vimos pela análise da tabela anterior, também à aposentadoria por invalidez. A inclusão no mesmo item de casos de invalidez permanente e aposentadoria por invalidez mascara o fato dos primeiros serem rotulados e pagos, segundo os atuais critérios, como invalidez temporária e não como invalidez permanente. Por esses critérios, a perda de falanges e falangetas não leva à invalidez permanente mas sim temporária e, em conseqüência, o INPS se exime de pagar o pecúlio correspondente de 80% das lesões incapacitantes que levam a perdas anatômicas ou funcionais de 1 a 15%, como é demonstrado pela seguinte tabela:

#### REDUÇÃO DA CAPACIDADE E PECÚLIOS E SUAS DISTRIBUIÇÕES 1976

Redução (%)	Pecúlios	%
1 a 5	29.791	46.43
6 a 10	15.152	23.61
11 a 15	5.064	8.82
16 a 20	3.269	5.09
21 a 25	1.861	2.90
26	8.425	13.13
<b>TOTAIS</b>	<b>64.162</b>	<b>100.00</b>

Fonte: INPS/MPAS

Extraído de Possas, C.A. — Saúde e Trabalho na Indústria, p. 112.  
Ed. Graal, 1981, RJ.

Por força da Lei 6.367/76, os acidentes que não levem à redução da capacidade laborativa (e assim são considerados aqueles que reduzem a capacidade funcional até 25%) não fazem jus ao benefício acidente. O impacto desta lei anti-social, no primeiro ano de sua vigência, fez cair o número de auxílio-acidentados de 64.162 para 17.492.

Em 1975, 30% do total de acidentes de trabalho atingiram as mãos dos trabalhadores, sendo suas mais freqüentes vítimas os operários da construção civil, carpinteiros e marceneiros. As máquinas mais freqüentemente envolvidas neste tipo de acidente são as serras circulares, seguidas pelos cilindros de padarias (calandras), prensas e guilhotinas. Somente em 3 hospitais de Belo Horizonte, ocorrem diariamente entre 40 a 50 casos de acidentes de mão. Projeção desses dados a nível nacional, em 1983, leva a estimativa de 500.000 acidentes de mão em 1983, acidentes que mutilam e levam a perdas funcionais, para os quais não há uma política de prevenção nem a compensação securitária da Previdência Social, negada a partir de 1976.

Os acidentes são mais freqüentes, por ordem, nas indústrias de madeira, mobiliário, minérios, portos e metalurgia, como se pode ver na tabela abaixo.

#### ACIDENTES DE TRABALHO POR RAMO DE EMPRESA E NÚMERO DE EMPREGADOS

Ramo	Empregados	Acidentes	%
Madeira	250.633	68.335	27,3
Mobiliário	155.826	32.101	20,6
Minérios	163.411	30.616	18,7
Portos e Aeroportos	41.599	6.286	15,1
Metalurgia	468.106	66.362	14,2
Bebidas	86.021	11.536	13,4
Alimentos	673.798	86.317	12,8
Mecânica	1.202.343	152.749	12,7
Construção Civil	2.692.841	331.665	12,3
Couro	48.046	5.792	12,1
Vidro, Cimento	356.769	42.965	12,0

Papel, Papelão	132.140	15.474	11,7
Extrativa Vegetal	55.046	6.450	11,7
Plástico	139.757	14.993	10,7
Veículos	404.123	42.438	10,5
Portuários Avulsos	293.798	29.426	10,0
Rodoviário Interurbano	454.006	43.377	9,6
Borracha	86.605	8.135	9,4
Petróleo	31.420	2.815	9,0
Armazenagem	43.334	3.565	8,2
Têxtil	550.158	43.006	7,8
Rodoviário Urbano	252.387	18.806	7,5
Serviços Públicos	796.640	54.329	6,8
Comércio Atacadista	505.811	34.465	6,8
Farmacêutica	288.793	17.815	6,2
Fumo	34.657	2.165	6,2
Ferrovia	122.513	7.360	6,0
Calçados e Vestuário	460.271	26.890	5,8
Comunicação	100.849	5.596	5,5
Navegação	34.208	1.821	5,3
Gráfica	153.105	7.877	5,1
Comércio Varejista	2.216.479	93.425	4,4
Energia	63.578	2.110	3,3
Outros	4.456.759	147.249	3,2

A gravidade dos acidentes, por ordem, é maior nos ramos de minérios, elétrico, navegação, madeira e rodoviário.

A comparação entre os dados de acidentes e incapacidade do Brasil e da França permitirá tornar mais clara nossa análise e conclusões.

ACIDENTES, INVALIDEZ E MORTE NO BRASIL E FRANÇA. PERÍODO DE 1973 A 1979

Ano	País	Acidentes	Inválidos	%	Óbitos	%	Acidentes de Tráfego
1973	Brasil	1.632.696	58.829	35.80	3.112	2.00	28.395
	França	1.137.809	115.601	101.00	2.246	1.97	165.099
1975	Brasil	1.868.920	70.810	37.88	3.942	2.10	28.395
	França	1.113.124	118.996	106.00	1.986	1.78	161.517
1977	Brasil	1.614.750	34.343	21.26	4.445	2.80	48.780
	França	1.025.968	112.146	109.00	1.709	1.00	151.690
1979	Brasil	1.444.627	21.790	15.00	4.673	3.20	52.279
	França	979.578	101.206	106.00	1.484	1.50	154.652

Fontes: a) INPS/MPAS — Secretaria de Seguros Sociais  
 b) Mensário Estatístico do INPS — SEADE  
 c) Ministério do Trabalho da França

Chama a atenção a frequência com que na França é reconhecida a invalidez permanente por acidente, decorrente de uma legislação previdenciária socialmente mais justa. Esta frequência pouco variou, mantendo-se em 10%; o número de óbitos e sua frequência em relação aos acidentes decresceram, dando credibilidade à redução que também se observou do número absoluto de acidentes nos 4 anos estudados.

No Brasil, o número de óbitos e sua frequência em relação aos acidentes foram crescentes, embora o número de acidentes paradoxalmente caísse. Os casos de invalidez permanente registrados pela Previdência representaram 50% dos registrados pelo Ministério do Trabalho da França em 1973, caindo para 20% em 1979.

Fica evidente que os critérios de invalidez permanente no Brasil são minimizadores das mutilações dos corpos dos trabalhadores e se tornaram mais restritivos com a atual legislação.

Note-se a discrepância do número de acidentes de trajeto entre os dois países. Ele é de 6 vezes maior na França, em 1973, mas em 1979 é apenas 3 vezes maior, em virtude da sua redução e do aumento desses acidentes no Brasil, que praticamente dobra. Vale lembrar que os acidentes de trajeto em nosso país somente são registrados como acidentes de trabalho se reclamados pelos interessados para efeito do recebimento do auxílio-acidente. Além do desconhecimento da classe trabalhadora sobre

este direito, os trabalhadores rurais e os "autônomo" não fazem jus a tal benefício e, assim sendo, seus acidentes não são registrados.(7)

Os últimos dados disponíveis sobre acidentes do trabalho no Brasil sugerem que se esgotou a capacidade constritiva da legislação e das medidas técnico-burocráticas para reduzir sua magnitude como problema social e previdenciário. Entre 1981 e 1982 os acidentes se mantiveram na casa dos 1 milhão e 200 mil e o número de casos de invalidez permanente apresentou um ligeiro acréscimo; houve uma redução de 300 mortes, embora a frequência de óbitos permanecesse a mesma, como demonstra a tabela abaixo.

ACIDENTES, INVALIDEZ PERMANENTE E ÓBITOS NO BRASIL  
 1981 e 1982

Ano	Acidentes	Invalides	%	Óbitos	%	Acidentes de Tráfego
1981	1.280.465	29.921	23.50	4.808	3.70	51.722
1982	1.218.922	31.815	26.10	4.496	3.69	57.874

### 3. POLÍTICAS DE PREVENÇÃO

A força do movimento sindical nos países desenvolvidos e o seu amplo direito de organização e representação dentro das empresas são os fundamentos essenciais para que as políticas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho tenham a eficácia possível dentro de um sistema econômico caracterizado pelo permanente conflito entre capital e trabalho.

A luta por melhores condições e ambientes de trabalho, por parte dos trabalhadores nesses países, traduz o reconhecimento que a questão das condições e ambientes de trabalho é um problema não resolvido. Esta luta, que cotidianamente se expressa pelo absentismo e pelo simples abandono do emprego, adquire formas mais organizadas em vários deles. Nos Estados Unidos, por exemplo, milhões de trabalhadores, especialmente no setor siderúrgico e de extração de carvão, têm participado de movimentos cuja reivindicação primeira são as condições de trabalho e de saúde (8), concretamente se opondo a uma organização social e a

7. Ver "Trabalho Rural, Acidentes e Doenças", DIESAT, 1984, Série Documentos & Estudos, n.º 8.  
 8. Ribeiro, H.P. — Políticas de Saúde e Assistência Médica.



uma estrutura de poder que ideologicamente quer que eles se comportem mais como consumidores que como trabalhadores.

A principal recomendação da Comissão Trilateral, integrada pelas principais corporações dos países capitalistas do ocidente, é de que providências precisavam ser tomadas sobre as condições de trabalho, as quais estavam gerando tal descontentamento dos trabalhadores que a produtividade e o processo de acumulação do capital estavam ameaçados (9).

Todos esses fatos, e não apenas um deles, fazem com que naqueles países as políticas prevencionistas sejam mais eficazes e abrangentes. A transferência de determinados tipos de indústrias para os países subdesenvolvidos representam uma inequívoca divisão internacional de trabalho, na procura incessante por parte do capital internacional de elevar ou manter suas taxas de lucro. A manutenção dessas indústrias nos seus países de origem, onde a classe trabalhadora conhece seus riscos à saúde, implicaria em altos investimentos para saná-los ou compensações salariais aos seus empregados.

Acreditamos ser útil apresentar os principais aspectos que resultam das políticas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho na França e no Brasil, objeto de comparações anteriores.

### FRANÇA

Existem Comissões de Empresa que, além de outras funções, participam dos programas de prevenção, analisam seus custos e integram-se dos recursos financeiros destinados ao ano seguinte. Seus integrantes têm estabilidade durante todo o mandato.

Os trabalhadores franceses têm conhecimento dos riscos a que estão sujeitos em sua função e também aqueles que envolvem seus companheiros de trabalho. Aprendem as medidas de prevenção e segurança e a real serventia dos EPs, noções dos primeiros socorros e em caso de incêndio.

As Comissões de Empresa têm amplo acesso sobre os dados da empresa, relativos a matéria-prima utilizada, processos e produtos intermediários e finais, e normas de segurança. As suas atividades são exercidas dentro da jornada de trabalho, em períodos destinados a essas funções e devidamente remuneradas. As eleições têm a participação dos sindicatos, podendo eles, a Comissão de Fábrica, além dos próprios trabalhadores, indicarem seus candidatos. Os representantes têm estabilidade no emprego. As paradas de produção por risco iminente são resolvidas pela própria Comissão de Fábrica. Havendo discordância entre

9. Ribeiro, H.P. - *op. cit.*

representantes dos empregados e empregadores que conduza a um impasse, é convocado um inspetor do Ministério do Trabalho que funciona como árbitro. A transgressão das normas legais acarreta multas pesadas ao empregador: 70 a 1.200 dólares por trabalhador prejudicado e, em caso de reincidência, de 300 a 9.000 dólares, mais condenação de 2 meses a 1 ano de prisão.

O médico do trabalho tem contrato onde se define bem as suas funções, renovável com a intermediação do próprio sindicato ou associação junto ao empregador. Ele não pode ser admitido ou demitido sem o aval da Comissão de Empresa dos trabalhadores. Se comprovada sua culpa ou omissão face a um acidente ou doença do trabalho, ele pode ser responsabilizado civilmente.

O acidentado do trabalho não pode ser demitido. Recuperado, se for demitido, a empresa terá que pagar indenização em dobro, além do aviso prévio. Pode também recorrer a justiça comum, reclamando das mutilações ou danos à sua integridade física e saúde.

### BRASIL

As comissões de empresa não são previstas em lei. Recentemente alguns sindicatos lograram criá-las em negociações diretas com os empregadores, em raras empresas do ramo metalúrgico.

As CIPAs, constituídas paritariamente por representantes dos empregados e do empregador, são presididas sempre por um desses últimos. Não têm acesso aos processos de produção nem direito a períodos previstos para a execução de suas tarefas dentro da jornada de trabalho. Não têm poderes de decisão que interfiram com a produção, caracterizando-se, quando atuante, como órgão de educação, voltado para a conscientização dos trabalhadores sobre os riscos de acidentes e a necessidade de usar os EPs. Não há interferência legalmente admitida para a participação dos sindicatos nas eleições dos representantes dos trabalhadores. (10)

Vários sindicatos vêm preparando seus associados cipeiros, à margem da estrutura e objetivos oficiais, procurando fazê-los uma Comissão de Fábrica. O curso oficial de cipeiros é de 12 horas, ministrado pelo Ministério do Trabalho, através de instituições públicas ou privadas (conveniadas). Alguns sindicatos têm logrado que esses cursos sejam dados dentro do próprio sindicato. A estabilidade do cipeiro é bastante relativizada pela própria legislação, que permite sua demissão condicionada a "razões técnicas ou econômicas a critério da empresa".

10. Alguns Sindicatos do setor metalúrgico têm conseguido, através de negociação nos Contratos Coletivos de Trabalho, participar do processo de escolha dos cipeiros.

Somente em caso de risco grave e iminente, constatado pelo inspetor do Ministério do Trabalho, este poderá determinar a parada da produção. Se durante uma eventual e raríssima inspeção, este inspetor constatar riscos de acidentes ou doenças, a legislação autoriza apenas e tão-somente uma advertência e prazo para a adoção das medidas corretivas, de 15 a 60 dias, a depender da natureza do risco e das dificuldades para sua implantação. Só após isto a empresa poderá ser multada entre 50 a 500 vezes o valor de referência (VR) em caso de risco de segurança ou de 30 a 300 VR em caso de risco de doença. (11)

Segundo a Portaria do Ministério do Trabalho, de n.º 3214/78, é da competência exclusiva de inspetor dos seus quadros verificar o cumprimento das leis e normas regulamentadoras (NR) correspondentes à Segurança e Higiene do Trabalho e aplicar as penalidades prescritas, em todo caso sujeitas a recurso por parte da empresa. O Ministério pode delegar aos governos dos Estados competência para que médicos ou engenheiros estaduais efetuem perícias nas empresas e emitam os respectivos laudos para o Ministério. Este, segundo declarações de seu titular, não tem a mínima condição de exercer esta fiscalização. Declara o Ministro que para fiscalizar as 116 mil empresas de São Paulo tem apenas 10 médicos e 5 engenheiros e esta situação permanece inalterada até os dias de hoje. (12)

O trabalhador acidentado ou doente não pode ser demitido. Recuperado, mesmo que seja portador de uma invalidez permanente, pode ser dispensado como qualquer outro. Os sindicatos de algumas categorias — a metalúrgica entre elas — têm obtido por convenções coletivas estabilidade para o acidentado enquanto dure o acordo. Obtiveram também que o portador de doença do trabalho não permaneça na mesma função.

O empregador não tem obrigação de informar aos seus empregados sobre os riscos a que estão sujeitos.

A mediação do Estado como requisito da sua intervenção imparcial no conflito de interesse entre a classe patronal e os trabalhadores, seja legislando com decretos-leis, portarias e normas, ou na fiscalização para o seu efetivo cumprimento, em realidade não se dá. Ele é parcial quando legisla e inteiramente omisso quando fiscaliza.

Enfim, o Ministério do Trabalho tem sido até o momento, e principalmente nos últimos 20 anos, um instrumento dos interesses dos empresários e do capital.

11. O valor de referência corresponde, de maio/84 a setembro/84, a Cr\$ 48.757,90.

12. Declarações do Ministro do Trabalho, Murilo Macedo, no *Jornal de Brasília* de 31/12/1982, em matéria intitulada: "Corte de recurso ameaça fiscalização trabalhista".

#### 4. REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

O Regulamento de Benefícios da Previdência Social — Decreto n.º 89.020/79, declara textualmente:

"Artigo 185 — A Reabilitação Profissional tem por fim desenvolver as capacidades residuais dos beneficiários quando doentes, inválidos ou de algum modo física ou mentalmente deficientes, visando a sua integração ou reintegração no trabalho" (os grifos são nossos).

A Portaria MPAS n.º 2 de 18/03/75 é mais explícita:

"O conceito de critérios para a avaliação da capacidade laborativa do acidentado do trabalho ou portador de uma doença profissional ou do trabalho, fundamenta-se basicamente na apreciação do indivíduo como um todo em face do exercício profissional. Sendo esta uma conceituação estritamente vinculada à capacidade profissional, não se consideram as perdas anatômicas ou funcionais em si, mas apenas suas repercussões sobre a atividade útil" (o grifo é nosso).

Mais recentemente, a Resolução Conjunta INAMPS/INPS n.º 55, de 22/07/83, recomenda às suas Superintendências Regionais que:

"Intensifiquem o estímulo e apoio que se fizerem necessários ao desenvolvimento dos programas e ações de execução, destinados à promoção e à recuperação da saúde do segurado, com vistas a prevenir situações que levem ao auxílio-doença" (o grifo consta da própria portaria).

Ficam claros nesses documentos os objetivos primordiais da Reabilitação Profissional: fazer o inválido retornar ao mercado de trabalho e retirá-lo da sua condição de beneficiário do auxílio-doença, tornando-o, de novo, um contribuinte previdenciário. (13)

Recorde-se que foi no curso da 1.ª Guerra que a Reabilitação Profissional começou a tomar corpo, fortalecendo-se no transcorrer da 2.ª Guerra Mundial. Sua institucionalização e importância não se deve prioritariamente à recuperação dos mutilados de guerra, como se poderia supor, mas ao aproveitamento na produção de homens e mulheres com redução da capacidade laborativa, face à carência de braços provocada pelo recrutamento dos fisicamente aptos para as atividades militares (14).

Como se vê, a Reabilitação desde suas origens teve caráter eminentemente econômico, de aproveitamento de uma força de trabalho de reserva.

No Brasil, ela foi instituída em 1944, com a aceleração do seu processo de industrialização, em decorrência da redução das importações

13. Ocorre, porém, que o retorno ao mercado de trabalho vai depender da capacidade de absorção deste mesmo mercado, em função das oscilações conjunturais do ciclo produtivo, e é determinado pelas políticas administrativas das empresas e da força de trabalho disponível, isto é, do exército industrial de reserva.

14. NAVARRO, V. — *Health and Work Under Capitalism*.

e do aumento das exportações, e em virtude do envolvimento das grandes potências no esforço de guerra.

Sem negar o aspecto social da reabilitação, que deveria ser o mais importante, o fato é que ainda hoje, em nosso país, ela continua a ter, primordialmente, um caráter econômico. Historicamente, os invalidados são uma força de trabalho marginalizada pela existência de um exército frequentemente maior de mão-de-obra fisicamente sadia e desempregada e que aumenta nos momentos de recessão econômica, como o que vivemos hoje em nosso país. Em tais circunstâncias, o "retorno às condições de trabalho" definidas pelo INPS, através da Reabilitação Profissional, acaba significando a suspensão do minguado auxílio-doença ou acidente, como a resolução do INAMPS/INPS assinala.

O funcionalismo da técnico-burocracia consegue distinguir no "processo de Reabilitação", 4 fases: A *recuperação* funcional; a *reeducação*, visando o máximo rendimento, apesar da lesão incapacitante; a *readaptação*, para habituar física e psiquicamente para o esforço adicional que a invalidez obriga; e, por último, a *recolocação* no emprego, isto é, a volta ao trabalho para o qual foi treinado.

O INPS tem 14 Centros e 16 núcleos de reabilitação em todo o país, que recebem da Perícia Médica incapacitados por doenças, e da Perícia Acidentária os invalidados por acidentes. Os encaminhamentos por acidentes representam, em média, 80% em São Paulo e 65% para o país como um todo, a se concluir das séries expostas na tabela seguinte.

INVALIDOS EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO SEGUNDO  
PROCEDÊNCIA NO BRASIL E EM SÃO PAULO  
PERÍODO DE 1971 A 1977

Ano	Local	Total	INVALIDOS		%	
			P/ Acidentes	P/ Doenças		
1971	Brasil	9.255	5.937	64,2	3.295	35,6
	S. Paulo	1.654	1.374	83,0	280	17,0
1972	Brasil	14.023	10.294	73,5	3.716	26,4
	S. Paulo	3.190	2.664	83,8	516	16,2
1973	Brasil	14.581	10.767	73,8	3.791	26,0
	S. Paulo	—	—	—	—	—
1974	Brasil	14.890	11.382	76,4	3.437	23,1
	S. Paulo	4.307	3.547	82,3	760	17,7
1975	Brasil	16.924	12.659	74,8	4.210	24,9
	S. Paulo	5.666	4.484	79,1	1.182	21,0
1976	Brasil	21.206	14.316	67,7	6.661	31,4
	S. Paulo	6.351	5.092	80,1	1.259	19,9
1977	Brasil	23.053	14.340	62,2	8.458	36,7
	S. Paulo	6.735	5.273	78,3	1.462	21,7

Fontes: Boletim Estatístico de Reabilitação Profissional  
INPS — Secretaria de Planejamento, Coordenação Estatística

Os critérios para a admissão desses pacientes nos programas de reabilitação são assim arbitrados pelo INPS:

"Será qualificado para o programa de reabilitação profissional o segurado que apresentar condições fisiológicas, psicológicas e sociais que façam prever êxito no programa num prazo provável de 240 dias, atendendo os seguintes requisitos:

- acidentados do trabalho, independente do término do tratamento;
- segurados, que no exame inicial efetuado pela Perícia Médica apresentem incapacidade laborativa que imponha a realização do programa de reabilitação profissional;
- segurados em gozo de auxílio-doença, preferentemente, até 40 anos de idade, dadas as características do mercado."

Os casos que se enquadrem nesses critérios são tidos como elegíveis, isto é, serão incluídos nos programas. A média desses casos tem sido, no Brasil, da ordem de 80%. Em São Paulo é mais alta, em torno de 90%, como é demonstrado nesta tabela.

INVALIDOS ELEGÍVEIS E NÃO ELEGÍVEIS PARA A REABILITAÇÃO  
NO BRASIL E EM SÃO PAULO

PERÍODO: 1971 A 1977

Ano	Local	Total	Elegíveis	%	Não Elegíveis	%
1971	Brasil	9.500	8.056	84,8	1.444	15,2
	S. Paulo	2.211	2.082	94,2	129	5,8
1972	Brasil	13.691	11.644	85,0	2.047	15,0
	S. Paulo	2.698	2.365	87,6	333	12,4
1973	Brasil	14.706	12.555	85,4	2.151	14,6
	S. Paulo	—	—	—	—	—
1974	Brasil	14.451	11.892	82,3	2.559	17,7
	S. Paulo	4.407	3.929	89,2	478	10,8
1975	Brasil	17.212	13.399	77,8	3.813	22,2
	S. Paulo	5.543	4.814	86,9	729	13,1
1976	Brasil	20.415	16.263	79,7	4.152	20,3
	S. Paulo	5.989	5.399	90,2	590	9,8
1977	Brasil	22.843	17.890	78,3	4.953	21,7
	S. Paulo	6.997	6.330	90,5	667	9,5

Fonte: Boletim Estatístico de Reabilitação INPS — Secretaria de Planejamento de Bem-Estar — Coordenação de Estatística

Um terço dos casos considerados elegíveis, segundo o INPS, são casos de amputação, fraturas e redução da capacidade localizados nos membros superiores.

Apesar desta seleção, o retorno ao trabalho dos inválidos reabilitados foi em média de 50%, entre os anos de 1970 a 1978 (veja na próxima tabela).

#### INVALIDOS REABILITADOS SEGUNDO RETORNO AO TRABALHO NO BRASIL

PERÍODO 1970 A 1978

Ano	Total	RETORNO			
		Sim	%	Não	%
1970	8.926	3.388	38.0	5.538	62.0
1971	9.256	5.415	58.5	3.840	41.5
1972	14.023	7.046	50.2	6.977	49.8
1973	14.581	8.738	59.9	5.843	40.1
1974	14.890	8.004	53.8	6.886	46.2
1975	16.924	8.693	51.4	8.231	48.6
1976	21.206	10.993	51.8	10.213	48.2
1977	23.056	12.058	52.3	10.998	47.7
1978	18.371	10.003	54.5	8.368	45.5

Fonte: Boletim Estatístico de Reabilitação

Os 50% que não retornam ao trabalho desligam-se dos Centros de Reabilitação por abandono, recusa, intercorrências, transferências ou óbitos.

Vejam agora o que ocorreu com esses 50% que retornaram ao trabalho em São Paulo e no Brasil.

#### INVALIDOS REABILITADOS QUE RETORNARAM AO TRABALHO SEGUNDO A ATIVIDADE QUE PASSARAM A EXERCER

BRASIL/SÃO PAULO, 1971 A 1982

Ano	Local	Total	Atividade			
			A Mesma	%	Outra	%
1971	Brasil	5.415	4.108	75.9	1.307	24.1
	S. Paulo	1.121	469	41.8	652	58.2
1974	Brasil	8.008	4.262	53.2	3.746	46.8
	S. Paulo	2.979	847	28.4	2.132	71.6
1977	Brasil	12.058	5.304	44.0	6.754	56.0
	S. Paulo	4.570	881	19.3	3.689	80.7
1980	Brasil	11.031	4.680	42.4	6.351	57.6
	S. Paulo	3.388	756	22.3	2.632	77.7
1982	Brasil	10.487	4.366	41.6	6.121	58.4
	S. Paulo	2.971	466	15.0	2.525	85.0

Fonte: Boletim Estatístico de Reabilitação Profissional

Verifica-se por esses dados que o número de reabilitados que retornavam à atividade que exerciam anteriormente ao acidente era, em 1971, bastante alta (75%), caindo para 41,6% em 1982. Em São Paulo, esta frequência nunca foi alta. Era de 41,8, em 1971, e caiu para 15% em 1982.

Ao lado da diferença de critérios para a inclusão dos inválidos nos programas, no Brasil e em São Paulo, possivelmente porque neste Estado são incluídos mais acidentados que doentes, houve aumento da gravidade dos acidentes no Brasil e em São Paulo, levando a mutilações que impedem o retorno à mesma atividade anterior.

Levantamento realizado em 1976 pelo INPS, sobre a fixação dos empregados inválidos, de 1972 a 1975, constatou que de um total de 3.808 recolocados, 1.898 (49,8%) continuavam no emprego, embora somente 1.306 (34,3%) deles tivessem mais de um ano de emprego e pudessem ser considerados inseridos no mercado de trabalho. Dos 478 (12,5%) que não estavam trabalhando, 50% retornaram ao auxílio-doença, 30% estavam desempregados e 11,5 deixaram de trabalhar.

Apesar desses resultados, aparentemente desalentadores quanto a inserção dos inválidos reabilitados no mercado de trabalho, o INPS tem razões para considerar a Reabilitação Profissional um bom investimento econômico. Estudo realizado por seu setor de Avaliação de Benefícios e Custos, também em 1976, chegou à conclusão que a Reabilitação Pro-

fissional, ao fazer retornar ao trabalho aquela fração de invalidados e ao torná-los novamente contribuintes da Previdência, torna tal empreendimento superavitário no prazo de 5 anos, sendo necessário 17 meses de trabalho desses reabilitados, considerados definitivamente incorporados ao mercado de mão-de-obra, para que a Reabilitação Profissional seja auto-suficiente.

O artigo 212 do Decreto n.º 72.771, de 06/09/73, que foi o Regulamento da Lei Orgânica da Previdência Social, estabelecia que "as empresas vinculadas ao regime da Previdência Social de que trata este Regulamento, com 20 ou mais empregados, são obrigadas a reservar 2 a 5% dos seus cargos aos trabalhadores reabilitados". O descumprimento deste dispositivo é flagrante, sobretudo face ao desemprego crescente no Brasil, estimado pelo governo em 8% da população economicamente ativa (PEA) e que muitos estimam como próximo a 20%. O mais freqüente é que os mutilados, reabilitados ou não, permaneçam marginalizados econômica e socialmente ou quando muito se integrem no mercado de mão-de-obra informal, participando do que hoje se convencionou chamar "economia subterrânea ou invisível".

## 5. APOSENTADORIA E AUXÍLIOS PREVIDENCIÁRIOS

Em remate, veja-se que a sistemática atual dos acidentes do trabalho do setor urbano prevê benefícios por incapacidade, como seja: o auxílio-doença necessariamente transitório (incapacidade temporária e total). Com a alta, temos dois caminhos: a) a nota "sem seqüelas", quando então o infelizmente está, ao menos na opinião do perito, em condições de retornar ao mesmo trabalho e sem redução de relevância nas suas condições laborativas; b) com a nota "com seqüelas".

As seqüelas significativas representam reduções de capacidade laborativa. No sistema da Lei n.º 6.367/76 apresentam a seguinte graduação:

- pequena redução que não afaste o trabalhador da sua ocupação anterior, mas que o leve a exercê-la com maior esforço e dificuldade;
- redução de sorte a impedir que o obreiro continue a exercer a mesma função exercitada à data do infortúnio;
- seqüelas tão graves que impeçam o trabalhador de ganhar subsistência na ocupação anterior ou em outra, sendo também insuscetível de reeducação para outra profissão por meio do processo de reabilitação.

Quando as seqüelas permitirem ao acidentado continuar no mesmo trabalho, mas com dificuldade no seu exercício, receberá o trabalhador o auxílio-acidente (20% do salário de contribuição do mesmo dia

do evento). Quando é obrigado a trocar de função, tem direito a auxílio-acidente (40% do salário de contribuição etc.). Enfim, incapacitado total e permanentemente, é aposentado. Neste último caso, se necessita ajuda de terceiros para os atos da vida comum, tem benefício com acréscimo de 25%. E sempre recebe o pecúlio por invalidez.

A prática administrativa tem buscado a todo custo reduzir ainda mais as conquistas sociais, mesmo aquelas já restringidas na própria lei vigente.

Assim, a incapacidade parcial e permanente, com ou sem o afastamento da atividade exercida antes do acidente, foi objeto de anexos ao Regulamento de Benefícios citado, com o propósito de só conceder o respectivo benefício quando enquadrável o evento, mecanicamente, no modelo regulamentar.

Isto levou os interessados a ingressar no Judiciário que, enfim, estabeleceu a seguinte jurisprudência, hoje pacífica: os quadros anexos do Regulamento de Benefícios contém relações de moléstias, reduções e lesões meramente exemplificativas. Assim, qualquer outra poderá ser enquadrada como incapacidade parcial e permanente, gerando os auxílios suplementar ou acidente, etc.

Além do interesse puramente econômico na reabilitação profissional, a administração previdenciária tem deixado de submeter o infelizmente a todas as etapas de sua própria série de reabilitação. Em geral, a fisioterapia, etc., são prestações concedidas. No entanto, na etapa final do aproveitamento do trabalhador para função compatível, mediante a reeducação para outra profissão, nada é feito.

E já se cria uma jurisprudência no seguinte sentido: se a autarquia se limita a submeter o infelizmente a processo fisioterápico, fornecer-lhe prótese, mas não o prepara para ganhar a própria subsistência em outra profissão, deve aposentá-lo. E não se limitar a pagar-lhe auxílio-acidente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OIT — Into the twenty first century: the development of social security — Relatório de Peritos, 1984.
- RIBEIRO, H.P. — *Políticas de Saúde e Assistência Médica*. AMB Ed., SP, 1983, pág. 42.
- NAVARRO, V & BERMAN, D.M. — *Health and Work Under Capitalism*. Bayood Pub. Co Ed., N.Y., 1983, pág. 4.
- BIRMAN, J. E COSTA, J.S.F. — *Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária*. Relatório, Mimeo.
- POSSAS, C. — *Saúde e Trabalho*, Graal Ed., RJ, 1981, pág. 112.
- COSTA, M.R. — *As Vítimas do Capital: os acidentados do trabalho*, Ed. Achiamé, 1981, RJ, págs. 93/94.