**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

Reabilitação profissional e práticas intersetoriais

Mariah de Jesus de Sousa Faustino Silva

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Saúde
Ambiental.

Orientadora: Profa. Dra. Frida Marina
Fischer.

**São Paulo
2019**

Reabilitação profissional e práticas intersetoriais

Mariah de Jesus de Sousa Faustino Silva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Ambiental.

Orientadora: Profa. Dra. Frida Marina Fischer.

Versão revisada
São Paulo
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Faustino-Silva, Mariah de Jesus de Sousa

Reabilitação Profissional e práticas intersetoriais/ Mariah de Jesus de Sousa Faustino Silva – São Paulo, 2019.

109 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Frida Marina Fischer.

1. Reabilitação Profissional 2. Previdência Social 3. Intersetorialidade

Nome: FAUSTINO-SILVA, Mariah de Jesus de Sousa

Título: Reabilitação profissional e práticas intersetoriais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: 17/12/2019

Banca Examinadora

Prof. Dr.	Dr. Eduardo Costa Sá
Instituição	Faculdade de Medicina do ABC, Departamento de Saúde da Coletividade.

Julgamento	Aprovada
------------	----------

Profa. Dr(a).	Dra. Amanda Aparecida Silva- Macaia
Instituição	Faculdade de Saúde Pública da USP

Julgamento	Aprovada
------------	----------

Profa. Dr(a).	Dra. Mara Alice Batista Conti Takahashi
Instituição	CEREST Piracicaba

Julgamento	Aprovada
------------	----------

Dedico este trabalho aos meus pais, Raimundo Alves Faustino e Iolanda Maria de Souza Faustino, pelo amor incondicional e por acreditarem em mim.

Ao meu querido esposo, João Paulo da Silva, pela cumplicidade, apoio, incentivo e amor.

Ao meu filho Matheus Faustino Silva, amor eterno, pela compreensão dos momentos ausentes e pelo carinho.

AGRADECIMENTOS

À querida Profa. Dra. Frida Marina Fischer sou grata pelo incentivo em cada encontro que muito me auxiliou a superar as adversidades vivenciadas durante o percurso.

Dra. Mara Alice Batista Conti Takahashi, Dra. Amanda Aparecida Silva-Macaia e Prof. Dr. Eduardo Costa Sá agradeço pelas contribuições e incentivo ao aprimoramento acadêmico quando realizei o meu Exame de Qualificação de Mestrado.

Aos trabalhadores que participaram deste estudo, eu agradeço a confiança e colaboração.

À instituição educacional Dom Bosco que presta assistência educacional e social para a comunidade.

Ao amigo, Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde, Cristiano Barreto Miranda pela incomensurável contribuição no decorrer da elaboração desta dissertação.

À minha irmã Ivanize Faustino Cunha e sobrinha Isis Valentina pela torcida e carinho.

Às minhas tias Ilzany e Francelina Souza pelo cuidado, carinho e orações.

À amiga Regina Célia Santana Braga pelo carinho e apoio, principalmente em momentos delicados desta caminhada.

À amiga Raquel Zanetti Gaino pela amizade e jeito ímpar de solidariedade, que me ajudou com atitudes simples, mas tão significativas para mim.

Ao nosso Pai Celestial, meu auxílio de cada dia, eu agradeço pelo cuidado infinito, amor incondicional e pelo direcionamento espiritual.

Gratidão a vocês!

Nada é impossível de mudar

Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural,
nada deve parecer impossível de mudar.

Bertold Brecht

Faustino-Silva, MJS. Reabilitação profissional e práticas intersetoriais [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

A reabilitação profissional é um serviço prestado pelo Instituto Nacional do Seguro Social/INSS no Brasil. Durante o acompanhamento do processo de reabilitação profissional, o reabilitando pode receber capacitação/formação profissional por parte de recursos sociais disponíveis na comunidade. Esta capacitação pode contribuir tanto para a reinserção no mercado de trabalho como para o contexto social em que vive o trabalhador. **Objetivo** - Caracterizar a reabilitação profissional previdenciária e as práticas intersetoriais no processo de retorno ao trabalho. **Métodos** - Foram realizadas buscas de referências publicadas em periódicos científicos da base de dados SciELO, sobre os temas: trabalho, previdência social, reabilitação profissional, retorno ao trabalho, intersetorialidade. Foram analisados documentos oficiais (decretos do governo federal brasileiro acerca da saúde do trabalhador, previdência social e reabilitação profissional). Foi conduzido um estudo de caso com abordagem qualitativa, a partir da perspectiva teórica crítica dialética. Utilizando a técnica de grupo focal foram realizadas duas sessões com a participação de nove (09) trabalhadores em reabilitação profissional. Estes estavam recebendo capacitação profissional em instituição colaboradora do Instituto Nacional do Seguro Social, localizada na cidade de São Paulo, SP. Foram também realizadas quatro (04) entrevistas semiestruturadas com representante da instituição que ministrava a capacitação e com outros três (03) trabalhadores que já tinham concluído o processo de reabilitação profissional. A coleta de dados em campo realizou-se durante quatro (4) meses, entre fevereiro e maio de 2019. Os trabalhadores concordaram voluntariamente em participar deste estudo, assinando termo de consentimento esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP. **Resultados** - Identificaram-se nas entrevistas núcleos de sentido que ao serem agrupados permitiram a formação de três categorias de análise do programa de reabilitação profissional: a) percepção sobre o programa de reabilitação profissional; b) as práticas intersetoriais junto à rede de assistência; c) expectativa de retorno ao trabalho. Os resultados revelaram serem frágeis o planejamento, o monitoramento e a avaliação de ações. A gestão e o controle social mostraram-se pouco efetivos. Também evidenciaram que ainda há um longo caminho a avançar na prática da intersetorialidade, tanto no campo da gestão, quanto do cotidiano das práticas das equipes de reabilitação profissional. Há dificuldades e limitações dos modelos vigentes de gestão no trabalho. Por outro lado, os resultados também apontaram para a criação de novos modos de estabelecimento de parcerias e construção coletiva de estratégias de inventividade junto à rede socioassistencial. Há a necessidade de serem aprimorados os mecanismos de gestão intersetoriais que garantam uma maior articulação e que subsidiem as práticas dos serviços de reabilitação profissional. Trata-se de um enorme desafio, cuja superação requer o envolvimento de gestores, profissionais e usuários na construção de uma gestão democrática e comprometida

com a diretriz da integralidade em processos de reabilitação. **Considerações finais:** A partir das reflexões teóricas e da pesquisa de campo é possível afirmar que a intersetorialidade na reabilitação profissional, ainda se encontra como um processo em construção, com fragilidades. As articulações e atuações intersetoriais no âmbito da reabilitação profissional previdenciária são ainda modestas e pontuais.

Descritores: Previdência social, reabilitação profissional, intersetorialidade, retorno ao trabalho.

Faustino-Silva, MJS. Vocational rehabilitation and inter-sectoral practices [dissertation]. São Paulo: School of Public Health, University of São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Vocational rehabilitation is a service provided by the National Institute of Social Security / INSS in Brazil. During the follow-up of the vocational rehabilitation process, the rehabilitated person may receive vocational training from social resources available in the community. This training can contribute to both reintegration into the labor market and the social context in which the worker lives. **Aim** - To characterize the social security vocational rehabilitation and inter-sectoral practices during the return to work process. **Methods** - Searches for references published in scientific journals of the SciELO database were performed on the following topics: work, social security, and vocational rehabilitation, return to work, inter-sectoral Official documents (decrees of the Brazilian federal government on workers' health, social security and vocational rehabilitation) were evaluated. A case study with a qualitative approach was conducted from the dialectical critical theoretical perspective. Using the focus group technique, two sessions were held with the participation of nine (09) workers in vocational rehabilitation. Those were receiving professional training in a collaborating institution of the National Institute of Social Security, located in the city of São Paulo, SP, Brazil. There were conducted four (04) semi-structured interviews with the representative of the institution that provided the training and with three (03) other workers who had already completed the vocational rehabilitation process. Field data collection took place during four (4) months, between February and May 2019. The workers volunteered and agreed to participate in this study, signing an informed consent form. The project was approved by the Research Ethics Committee of the University of São Paulo, School of Public Health. **Results** - The interviews identified nuclei of meaning when grouped, allowed the formation of three categories of analysis of the vocational rehabilitation program. They were: a) perception about the vocational rehabilitation program; b) inter-sectoral practices within the network care; c) expectation of return to work. The results revealed the planning, monitoring and evaluation of actions were fragile. Management and social control were perceived ineffective. They also showed that there is still a long way to go in the practice of inter-sectoral approach, both of management, as well as the daily practices of vocational rehabilitation teams. There are difficulties and limitations of current management models at work. On the other hand, the results also pointed to the creation of new ways of partnering and the collective construction of inventive strategies with the social assistance network. There is a need to improve inter-sectoral management mechanisms that ensure greater articulation and support the practices of vocational rehabilitation services. This is a huge challenge, which requires the involvement of managers, professionals and users in the construction of a democratic management and committed to the directive integrality in rehabilitation processes. **Final considerations:** From the theoretical reflections and field study it is possible to state the inter-sectoral approach in vocational rehabilitation is still a process under construction, with weaknesses. The inter-

sectorial articulation and actions within the scope of social security vocational rehabilitation are still modestly and punctual.

Descriptors: Social security, vocational rehabilitation, inter-sectoral, return to work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Trabalhadores beneficiários do PRP envolvidos na pesquisa, segundo o a idade, escolaridade, a ocupação antes do PRP, participação em curso profissionalizante e função exercida após a conclusão do PRP, em 2019.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ACT – Acordo de Cooperação Técnica
AEPS - Anuário Estatístico da Previdência Social
APS – Agência da Previdência Social
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CRPs – Centros de Reabilitação Profissional
DATAPREV – Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social
DIRBEN – Diretoria de Benefícios
DIRSAT – Diretoria de Saúde do Trabalhador
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs – Institutos de Aposentadoria
IC- Instituição Colaboradora
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LER/DORT – Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social
NRPs – Núcleos de Reabilitação Profissional
PEA – População Economicamente Ativa
PRP – Programa de Reabilitação Profissional
RP – Reabilitação Profissional
SAT – Seguro de Acidente de Trabalho
SEBRAE- Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SENAR – Serviço Nacional de Aprendizagem Rural

SENAT – Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte

SESC – Serviço Nacional do Comércio

SESCOOP – Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo

SESI – Serviço Nacional da Indústria

SEST – Serviço Social do Transporte

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

SOBRE A ESCOLHA DO TEMA.....	17
1. INTRODUÇÃO.....	20
1.1. TRANSFORMAÇÕES CONTEMPORÂNEAS NO MUNDO DO TRABALHO E IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	20
1.1.1. O Trabalho no contexto da reestruturação produtiva.....	21
1.1.2. Precarização do trabalho e agravos à saúde de trabalhadores.....	24
1.2..PREVIDÊNCIA SOCIAL, AFASTAMENTO DO TRABALHO E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.....	26
1.2.1. A Previdência Social no Brasil.....	26
1.2.2. Afastamento do trabalho e a questão da reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social.....	29
1.3. REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DO INSS.....	32
1.3.1. O serviço de Reabilitação Profissional do INSS: um breve resgate histórico e propostas de trabalho.....	32
1.3.2. Reabilitação Profissional e práticas intersetoriais para a reinserção profissional de trabalhadores.....	38
2. PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS.....	45
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	46
3.1. NATUREZA DA PESQUISA	46
3.2. AMOSTRA DO ESTUDO.....	46
3.3. TRABALHO DE CAMPO.....	48
3.3.1. Método.....	48

3.3.2. Aspectos éticos.....	49
3.3.3. Coleta de dados.....	49
3.3.3.1. Cenário da pesquisa.....	50
3.3.3.2. Técnicas de coletas de dados.....	52
3.4. TRATAMENTO E INTERPRETAÇÃO DOS DISCURSOS.....	53
4. RESULTADOS: ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	53
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	54
4.2. PERCEPÇÕES DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.....	58
4.3. A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E OS DESAFIOS DE AÇÕES INTERSETORIAIS NUMA REDE DE ASSISTÊNCIA.....	68
4.4. REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E RETORNO AO TRABALHO.....	78
5. CONCLUSÕES.....	89
6. REFERÊNCIAS.....	93
ANEXOS.....	102
ANEXO 1 - Questionário para entrevista semiestruturada com reabilitado.....	102
ANEXO 2 – Questionário para entrevista semiestruturada com representante da instituição colaboradora.....	103
ANEXO 3 – Roteiro para grupo focal com reabilitandos.....	104
APÊNDICE	105
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
CURRÍCULO LATTES	

SOBRE A ESCOLHA DO TEMA

O interesse pelo tema da Reabilitação Profissional (RP) surgiu a partir da minha experiência como assistente social, numa Agência da Previdência Social (APS), na cidade de São Paulo. Nessa realidade, o Serviço Social atua em parceria com a Reabilitação Profissional, ambos serviços previdenciários vinculados à Diretoria de Benefícios/DIRBEN do Instituto Nacional do Seguro Social.

Conforme previsto no artigo 88 da Lei 8.213/1991, o serviço social previdenciário deve garantir o atendimento à população e a orientação sobre seus direitos:

Art. 88. Compete ao Serviço Social esclarecer junto aos beneficiários seus direitos sociais e os meios de exercê-los e estabelecer conjuntamente com eles o processo de solução dos problemas que emergirem da sua relação com a previdência social, tanto no âmbito interno da instituição como na dinâmica da sociedade (Brasil, 1991).

No exercício da minha prática profissional¹, eu realizo contato com os usuários da Previdência Social, a fim de buscar soluções para os problemas que surgirem nas relações deles com o INSS

¹ Conjunto de atividades desenvolvidas enquanto assistente social.

Uma das possibilidades de atendimento com o serviço social previdenciário é pela socialização de informações². Esse atendimento busca esclarecer dúvidas dos cidadãos, inclusive dos incluídos no Programa de Reabilitação Profissional.

Em decorrência dessa parceria local entre os serviços de reabilitação profissional e serviço social há também emissões de pareceres sociais³ solicitados pela equipe da RP.

Dentre tantas inquietações suscitadas mediante a minha relação com os segurados envolvidos no PRP, a ação intersetorial para a preparação profissional do reabilitando representou uma das principais preocupações, por isso o interesse pelo presente estudo. Destaca-se a importância deste tema de pesquisa para as discussões contemporâneas, considerando-se que é um tema ainda pouco estudado e desafiador para a Saúde do Trabalhador.

Em face desse panorama, considerou-se importante questionar quais os limites e possibilidades de práticas intersetoriais empregadas pelo programa de reabilitação do INSS na reinserção profissional de trabalhadores? Essa é a indagação central que retrata o problema estudado durante o Mestrado. A partir dessa questão procurou-se compreender as relações entre o PRP e demais setores em processos de reabilitação profissional.

²A socialização das informações previdenciárias e assistenciais é uma ação do Serviço Social que “está pautada no compromisso da garantia do direito à informação, como direito fundamental de cidadania, para incorporação plena de indivíduos e sujeitos coletivos, de forma organizada e qualificada, aos processos decisórios” (Mioto, 2009).

³ O parecer social é o pronunciamento técnico do assistente social, por solicitação das áreas de Benefícios, Perícia Médica, Procuradoria Federal Especializada/INSS, Juntas/Câmaras/Conselhos de Recursos da Previdência Social ou por solicitação do requerente/beneficiário.

Acredita-se na relevância desta pesquisa visto que se propôs a caracterizar a reabilitação profissional do INSS, as práticas intersetoriais enquanto estratégias em processos de reinserção profissional previdenciário e os processos de retorno ao trabalho no PRP.

1. INTRODUÇÃO

1.1. TRANSFORMAÇÕES CONTEMPORÂNEAS NO MUNDO DO TRABALHO E IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Reflexões sobre o trabalho e a reestruturação produtiva é o ponto de partida desta dissertação, visto que é por meio do trabalho que o homem se afirma como um ser que dá respostas prático-conscientes aos seus carecimentos, às suas necessidades (Iamamoto, 2009). Para isso, torna-se fundamental que se entenda o papel do trabalho no universo das ações humanas e na determinação das relações sociais.

Com as transformações recentes no mundo do trabalho, no qual a reestruturação produtiva tem propiciado condições mais desregulamentadas de trabalho, constituindo maneiras de vinculação flexíveis (contratos temporários, terceirização, dentre outras) e forte diminuição do conjunto de trabalhadores formais e estáveis, se ampliam as formas de trabalho precário (Castel, 2008).

Gradativamente, o mercado de trabalho tem exigido trabalhadores polivalentes, com iniciativa, instruídos, mas sem que eles consigam definir sobre os meios e os fins, ampliando a intensificação do trabalho (Granemann, 2009).

Segundo Vives et al. (2010), a precarização do trabalho tem deixado o trabalhador mais suscetível a práticas degradantes. As condições de trabalho são os maiores determinantes sociais em quadros de saúde. O mundo do trabalho tem afetado fortemente a saúde dos trabalhadores.

Segundo Clot (2010), as mudanças estruturais no universo do trabalho incidem nos modos de viver, trabalhar e adoecer dos trabalhadores em diversas categorias profissionais. Eles sofrem os maiores impactos dessas transformações pelo fato de

não conseguirem mais se reconhecer naquilo que fazem. O trabalhador que tem suas condições de trabalho degradadas adoece mais e trabalha cada vez mais adoecido (Alves, 2010).

1.1.1. O Trabalho no contexto da reestruturação produtiva

O trabalho possui um significado histórico-ontológico, assim contempla o intercâmbio orgânico entre o homem e a Natureza. Veja o pressuposto estruturante da atividade humana-social, o princípio ontológico constitutivo do ser social (Alves, 2007). Isto é, o trabalho como elemento incentivador da interatividade social mantido pelas circunstâncias em que os indivíduos atuam criativa e efetivamente no mundo material.

Segundo Iamamoto (2013), é possível transformar o homem e a realidade por intermédio do trabalho. Contudo, na opinião de Alves (2007), a evolução do contexto sócio-histórico do sistema capitalista inicia um novo panorama categorial ao trabalho com especificidades e compreensões a atividade humana:

Na sociedade burguesa, o trabalho assume sua forma categorial mais desenvolvida, atingindo o ápice do seu desenvolvimento sócio-histórico. Apenas numa sociedade humana em que a categoria trabalho assume sua forma social mais desenvolvida e complexa, é que ele pode aparecer como trabalho em geral e não mais apenas em suas formas particulares - trabalho industrial, trabalho comercial ou ainda trabalho agrícola (Alves, 2007).

Durante o século XX, a organização do trabalho aprimora-se fundamentada em modelos e processos, a partir dos preceitos de produtividade desenvolvidos por Frederick Winslow Taylor e Henry Ford. Ambos, em busca de padrões mais altos de lucratividade. Taylor propunha a racionalização e a organização do trabalho

apoiados no controle rigoroso do tempo nas operações de produção. O modelo fordista influenciado por Ford desenvolve os métodos de organização levando para a fábrica a dinamização do tempo laboral a começar pela velocidade utilizada pela linha de montagem e a limitação da atividade motora do trabalhador, aumentando a produtividade de homens e máquinas (Antunes, 2015).

No final dos anos 1960 devido à redução das taxas de lucro, a busca pela flexibilização das relações de trabalho se tornou uma forte ofensiva neoliberal a rigidez do padrão de produção taylorista-fordista. A partir dos anos 1970, o modo de produção capitalista entrou em crise. Nesse contexto, a estagnação da economia de países capitalistas e o declínio na taxa de lucro marcaram a busca, pelo Estado e corporações econômicas, por um padrão de ação capitalista que assegurasse a acumulação crescente do capital e retomada das altas taxas de lucros. Estabeleceu-se um novo padrão de acumulação denominado por Harvey (2009) de acumulação flexível. O advento do toyotismo, também pode ser chamado de Modelo Japonês ou Modelo Flexível, envolveu inovações organizacionais e tecnológicas com crescente produtividade e flexibilização das relações de trabalho (Alves, 2005). Antunes (2008) ressalta que os impactos da flexibilização sobre o mundo do trabalho foram substanciais. A precarização do trabalho alcançou uma dimensão global. Os governos nacionais cedem às exigências do sistema global do capital, sucumbem às necessidades do mercado ao adaptarem sua legislação social conforme preceitos da

lógica capitalista. A precarização inclui a degradação de vida do trabalhador. O consumo desumano da força de trabalho, no qual a deixa cada vez mais fragilizada evidencia-se na acumulação flexível que submete os trabalhadores aos interesses de lucros crescentes. Logo, a precarização do trabalho se delineia, não somente, a

força de trabalho enquanto mercadoria, mas também como precarização do homem que trabalha.

Países de capitalismo avançado assumiram compromissos neoliberais e modificaram a organização da produção e seus processos de trabalho. Na década de 80, no cerne de grave crise de acumulação capitalista, a reestruturação produtiva firmada pelo neoliberalismo, um conjunto de teorias econômicas e políticas, constitui-se como estratégia para um novo padrão de acumulação. A reestruturação produtiva “tem como exigência básica, a reorganização do papel das forças produtivas na recomposição do ciclo de reprodução do capital, tanto na esfera da produção como na das relações sociais” (Mota, 2015). A reestruturação produtiva imprimiu transformações no mundo do trabalho. A fim de expandir o projeto econômico e amortecer a crise, o capital aprofundou a exploração do trabalho. Antunes (2015) destaca algumas consequências: diminuição do operariado fabril especializado e estável, modos de trabalho subcontratados, temporários, terceirizados, exclusão dos idosos e jovens do mercado de trabalho, entre outras consequências.

Nas últimas décadas ocorreram intervenções de formas diversificadas em cada país conforme as necessidades do capital, devido à sua acumulação assentada no capital financeiro e na redefinição das funções do Estado. O Estado buscou como solução para superar a crise de acumulação do capital, a dinamização das economias reconhecidas como avançadas na sociedade capitalista (Anderson, 2008). Isso significa contenção de gastos e desestruturação das relações cotidianas do trabalhador.

No Brasil, a partir de meados da década de 1990, a reestruturação produtiva determina mudanças ao mundo do trabalho e no perfil dos trabalhadores.

A situação de saúde dos trabalhadores no Brasil no contexto do processo de reestruturação produtiva revela o agravamento das condições de saúde: novas formas de adoecimento dos trabalhadores - estresse, fadiga física e mental, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, dentre outros problemas (Brasil, 2001).

O novo ciclo de reprodução do capital impacta o trabalho ocasionando na atividade assalariada circunstâncias extremas de precarização e precariedade com repercussões relevantes à saúde dos trabalhadores.

1.1.2. Precarização do trabalho e agravos à saúde de trabalhadores

A atual realidade tem constituído uma sucessão de agravos à saúde de trabalhadores. A instabilidade no ambiente de trabalho e a presença de um espaço ocupacional insalubre, nocivo e/ou penoso têm resultado no aumento de adoecimentos e acidentes de trabalho. O trabalhador se vê obrigado a trabalhar sob condições inapropriadas, em face do aumento crescente do desemprego num mercado competitivo, com salários instáveis e/ou em declínio e extensas jornadas de trabalho. Pinto (2013) destaca que a desconcentração do processo produtivo e os novos métodos gerenciais resultam na intensificação do trabalho, redução dos postos de trabalho, polivalência de funções e precarização dos contratos de trabalho (trabalho temporário, contrato por prazo determinado). Essas mudanças propiciam a degradação e o adoecimento da classe trabalhadora, o que conduz a uma consequência significativa e que apresenta duplo sentido:

(...) paralelamente à redução quantitativa do operariado industrial tradicional dá-se uma alteração qualitativa na forma de ser do trabalho, que de um lado impulsiona para maior qualificação do trabalho e, de outro, para uma maior desqualificação (Antunes, 2015).

Conforme Antunes (2015), ao passo que o desenvolvimento e o uso de tecnologias crescem dentro da indústria, se reduz a dependência da quantidade de trabalho usado para a produção da riqueza. Essas modificações não somente alcançam a materialidade, como deixam profundas sequelas na subjetividade da classe que vive do trabalho.

Surgem novas dimensões das transformações sociais no mundo do trabalho e avulta-se a esfera da barbárie social compreendida no processo de precarização do trabalho que se desenvolve no cenário atual. A organização social dos trabalhadores tem sido descaracterizada a partir da precarização das relações contratuais e do trabalho precário.

Para Neves (2012), a precarização diz respeito ao processo de degradação das condições de trabalho que ocorre de forma associada à flexibilização do trabalho. Compreende-se também o termo precarização como o trabalho frágil, com situações em que os trabalhadores ficam desprotegidos dos direitos que o trabalho formal pode oferecer. Inclui-se ainda a esse conceito, o trabalho terceirizado, em cenários de altíssima insalubridade ou periculosidade e com o não cumprimento das normas de segurança do trabalho. A desregulamentação dos direitos trabalhistas e o estímulo ao individualismo do trabalhador expressam a precarização do trabalho. Essas mutações trouxeram consequências à saúde do trabalhador. O trabalho possibilita satisfação das necessidades básicas na vida das pessoas, mas na lógica do capital que reponta à sua própria crise com o aumento da exploração dos trabalhadores, permite também o seu anverso, que pode resultar na produção de doenças e mortes (Antunes, 2005).

Um dos maiores desafios para os trabalhadores no cenário atual é a busca de estratégias que recuperem um novo sentido de classe, assim como, da garantia dos seus direitos, tendo como exemplo a previdência social.

1.2. PREVIDÊNCIA SOCIAL, AFASTAMENTO DO TRABALHO E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

De acordo com Antunes (2015), o trabalho e suas determinações constituem como potencial precursor da efetiva capacidade ou incapacidade laborativa do trabalhador, que baseada em vivências de adoecimentos e acidentes relacionados ao trabalho poderá se agravar. Os sentidos desse contexto combinam paradoxos característicos da Previdência Social em sua relação com a saúde de trabalhadores, contradizendo princípios do desempenho do trabalho socialmente necessário, a fim de atender as efetivas necessidades humanas e sociais. Os benefícios e serviços previdenciários – reabilitação profissional, por exemplo – devem ser percebidos sob a ótica do direito, e não como mais um aparato regulatório que aprofunda e intensifica o processo de desigualdades sociais.

1.2.1. A Previdência Social no Brasil

A Lei Eloy Chaves, nº 4682 de 1923 foi considerada o marco inicial da Previdência Social. Na companhia dela surgem as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), direcionadas à proteção do trabalhador que atuava em ferrovias. Consecutivamente, essas medidas se aplicam aos trabalhadores marítimos e portuários, desenvolvidas no âmbito de cada empresa. Esse período foi permeado

por mudanças econômicas, com a intervenção estatal e de acentuadas mobilizações populares. Além das aposentadorias e pensões destinadas aos trabalhadores empregados e seus dependentes, obtiveram as assistências farmacêutica e médica. As CAPs eram conduzidas por representantes dos empregadores e empregados. O custeio tinha uma participação da União, a participação do trabalhador e o lucro das empresas. Cabia ao Estado a função de normatizador (Mota, 2015).

Silva (2012) afirma que, entre as décadas de 1920 e 1970, a estrutura organizacional da Previdência Social é consequência das “lutas dos trabalhadores por proteção social, em face das inseguranças decorrentes da nova base produtiva e das estratégias de apoio ao novo padrão de acumulação do capital que se formou no país nesse período”.

Planejou-se a reestruturação do sistema previdenciário em 1964, o que ocasionou na fusão de todos os Institutos de Aposentadoria (IAPs) no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966. A Lei nº 6.439 de 1977, instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) sob coordenação do Ministério da Previdência e Assistência Social. Pretendeu-se articular as ações de saúde e as da Previdência Social com demais políticas de proteção social através de uma lógica sistêmica. Intencionava-se integrar as funções atribuídas às instituições que formavam o SINPAS: Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM); Legião Brasileira de Assistência (LBA); Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS, que atuava junto ao INPS, foi extinto em 1990 e suas atribuições foram transferidas para o Sistema Único de Saúde (SUS),

instituído pela Constituição de 1988 que estabeleceu a saúde como direito universal. Nesse ínterim ocorre a fusão do INPS ao IAPAS, constituindo o atual Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (Silva, 2012).

A política da Previdência Social tem se confrontado com o avanço e seus limites históricos decorrentes de relações complexas que se avolumaram no contexto da luta de classes em que interesses antagônicos estavam em disputa (Silva, 2012). Essa, enquanto política social refere-se:

Ao processo de desenvolvimento e implementação de medida gerida pelo Estado e demandadas pela sociedade, como direitos devidos para suprir necessidades sociais e promover o bem-estar dos cidadãos (Pereira, 2016).

A existência de políticas sociais está relacionada à instituição da sociedade burguesa e ao movimento da classe trabalhadora (Pereira, 2016).

No Brasil, a resposta do Estado às necessidades oriundas do mundo da produção ocorre através de um conjunto de políticas sociais fundamentado no modelo de seguro social alemão, instituído no final do século XIX. Esse modelo contemplava a aposentadoria por invalidez e velhice, o seguro acidente de trabalho e o seguro-saúde (Mota, 2015).

O sistema alemão citado anteriormente ficou conhecido como modelo *Bismarckiano*, por ter sido organizado sob o comando do chanceler Otto Von Bismarck – elaborou um projeto de lei que instituiu o seguro acidente obrigatório e foi o pioneiro na implantação de seguro social. O financiamento desse sistema ocorria pela contribuição de empregadores e empregados, tal como na gestão (Silva, 2012).

A noção de seguridade social é imbuída pelo modelo *Beverigiano* inglês, da qual propõe a universalidade do acesso à garantia dos direitos sociais. O modelo de

seguridade social brasileiro, estabelecido a partir da constituição de 1988, representa a combinação desses dois modelos (Boschetti, 2009). O conceito de seguridade social é descrito na Constituição Brasileira de 1988 como:

Um conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social (Brasil, 1988, art. 194).

Segundo a Constituição Brasileira, a seguridade social firma-se através destes objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; equidade na forma de participação no custeio; irredutibilidade do valor dos benefícios; entre outros. (Brasil, 2016a).

A política da Previdência Social compõe o tripé da Seguridade Social, acompanhada das políticas de Saúde e de Assistência Social. A seguridade social é um direito constitucional que amplia a responsabilidade do Estado pelos direitos sociais (Silva, 2012).

As atividades previdenciárias estão direcionadas ao trabalhador contribuinte, principalmente para o trabalhador assalariado protegido pelas leis trabalhistas. Caso o trabalhador adoecido não possua vínculo de segurado com o INSS, ele fica desprotegido.

1.2.2. Afastamento do trabalho e a questão da reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social

O afastamento do trabalho pode acontecer quando o trabalhador apresenta limitações funcionais para desempenhar sua atividade laboral. A necessidade de afastamento também pode ocorrer caso a permanência no ambiente de trabalho possa agravar a doença ou prolongar a recuperação do trabalhador. O período de afastamento se aplica a tratamentos de saúde e a reabilitação profissional (Brasil, 2001).

No caso do trabalhador contratado por meio do regime CLT, quando afastado do seu trabalho, este processo se dá mediante avaliação realizada por médicos peritos lotados nas Agências da Previdência Social – APS/INSS (Brasil, 2004). A avaliação consiste na verificação a respeito da permanência do trabalhador em seu ambiente de trabalho, se pode agravar ou retardar a melhora de sua condição física ou se suas limitações funcionais podem impedir o seu trabalho. O tempo de afastamento é previsto até a melhora clínica do trabalhador ou quando há mudança de função da situação de risco ou agravo da doença (Brasil, 2001).

Tendo recebido atestado médico por um período superior a 15 dias e uma vez que for comprovada pela Previdência Social sua incapacidade ao trabalho e sua contribuição mínima de 12 meses a este órgão, o trabalhador pode receber um benefício denominado auxílio-doença, sendo temporariamente remunerado pelo INSS e não pela organização a que presta serviço. O auxílio-doença pode ser de dois tipos: auxílio-doença acidentário ou auxílio-doença previdenciário. O primeiro decorre de acidentes do trabalho ou de doença ocupacional; o segundo, de origem não ocupacional (Brasil, 2004).

Vale ressaltar que o art. 25, da Lei nº. 8.213/91 estabelece como regra a carência de doze contribuições para o auxílio-doença. Contudo, o art. 26 isenta de carência a concessão do auxílio-doença em casos de acidente de qualquer natureza ou

causa e de doença profissional ou do trabalho. Ainda no art. 26 estipula-se que a concessão da reabilitação profissional também independe de carência. A rotina do trabalhador que possibilita situações impeditivas para o seu retorno ao trabalho passa a ser a de realizar perícia médica de forma periódica e possivelmente participar do programa de reabilitação profissional do INSS.

Diante das questões envolvidas no processo de adoecer do trabalhador e considerando-se apenas os auxílios acidentários, ou seja, decorrentes de acidente ou doença do trabalho, foram as fraturas as que mais afastaram os trabalhadores em 2017. Somando-se fraturas de punho e mão, perna, pé e antebraço são quase 63 mil casos. Entre os benefícios acidentários, a dor nas costas também aparece entre as doenças que mais afastaram no ano passado. Foi a quinta com maior número de auxílios – 11,8 mil. Em 2016, havia sido a terceira que mais afastou. Outros transtornos ansiosos geraram 2,2 mil auxílios-doença acidentários e foi a 20ª enfermidade que mais afastou. Episódios depressivos acometeram 2,1 mil trabalhadores e ficou na 21ª posição entre os afastamentos (Ministério da Fazenda, 2018).

Em 2017, no Brasil, 196.754 benefícios foram concedidos a trabalhadores afastados devido a adoecimentos laborativos ou acidentes. A média foi de 539 afastamentos por dia; sendo que, as quatro causas principais foram as fraturas, seguidas da dorsalgia (Ministério da Fazenda, 2018).

Ao afastar-se para o tratamento, o trabalhador passa a vivenciar um acúmulo de medos e preocupações frente as possibilidades incertas de retorno ao trabalho. Ele apresenta sensação de insegurança concernente à forma que será recebido na empresa. Receia ser: submetido à realização de atividades pouco valorizadas, sofrer preconceito dos colegas de trabalho, assim como, perder o emprego (Batista, Juliani, Ayres, 2010).

Os afastamentos por doença ou acidente relacionado ao trabalho se mostram como uma questão de saúde pública, além de apresentarem uma dimensão econômica

no gasto com a previdência pública (Silva-Júnior, 2016).

As doenças relacionadas ao trabalho são determinadas pela combinação de fatores psicossociais e da organização do trabalho, assim, o processo de retorno ao trabalho deve compreender condições físicas, psicológicas e ambientais adaptadas a real capacidade laborativa do trabalhador. Desta forma, o trabalhador deve ser reinserido ao trabalho, em atividade compatível, por intermédio da reabilitação profissional, considerada por Sardá Júnior et al (2009) e Sampaio et al (2005), instrumento significativo para a reinserção profissional do trabalhador.

1.3. REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DO INSS

1.3.1. O Serviço de Reabilitação Profissional do INSS: um breve resgate histórico e propostas de trabalho

A Reabilitação Profissional enquanto prática previdenciária foi instituída em 1944. Era oferecida nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), serviços previdenciários da época. As CAPs e os IAPs eram encarregados das ações de proteção social (pensões, aposentadorias e direitos de assistência médica e farmacêutica) de trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho (Takahashi e Iguti, 2008).

Enquanto as CAPs eram organizadas por trabalhadores de cada empresa, com contribuição financeira de ambos (empregador e empregado), os IAPs eram organizados por categorias profissionais como, por exemplo, o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos, com contribuição financeira tripartite,

oriunda: do trabalhador, da empresa e do governo (Batich, 2004). Nesta época, a prática de reabilitação profissional previdenciária era nomeada como *readaptação profissional* (Maeno e Vilela, 2010). O objetivo era restituir, parcial ou totalmente, a capacidade do indivíduo para exercer sua profissão de origem ou outra compatível com sua nova condição de saúde.

Ofereciam-se aos segurados da previdência social ações no campo da fisioterapia e das cirurgias, fossem elas ortopédicas ou reparadoras. Disponibilizavam ainda atividades profissionalizantes, a partir da oferta do ensino em escolas profissionais especializadas. Destacam-se, neste contexto, que o atendimento era voltado para pessoas com demandas de ordem física, principalmente limitações decorrentes de acidentes de trabalho (Maeno e Vilela, 2010).

Com a criação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960, o sistema previdenciário foi unificado, passou a beneficiar todos os trabalhadores empregados no mercado formal (Bregalda e Lopes, 2016).

Concomitantemente à unificação das CAPs e IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social, a legislação passou a adotar o termo Reabilitação Profissional que se tornou uma obrigação legal em 1976, junto à estatização do Seguro de Acidente do Trabalho (SAT), fonte de custeio permanente para a área (Maeno e Vilela, 2010).

O Decreto nº 79.037 de 1976, conceituou a reabilitação profissional como um direito de todo o trabalhador que tivesse sofrido acidente de trabalho, considerado incapaz para exercer sua atividade laboral (Maeno e Vilela, 2010). Os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) foram implementados nesse período. Havia grande contingente de profissionais, de equipamentos e de recursos terapêuticos, grandes estruturas físicas. Os Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs) eram

unidades menores de reabilitação profissional (Takahashi e Iguti, 2008). Nestes serviços, a atenção era prestada por equipes multiprofissionais (áreas de medicina, serviço social, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, entre outras). As atividades de profissionalização e de alfabetização eram de responsabilidade de professores de ofício e ensino básico (Takahashi e Iguti, 2008).

No final da década de 1980, os números de casos de segurados com limitações de saúde decorrentes de doenças ocupacionais, principalmente as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) cresceram (Maeno e Viela, 2010). Os procedimentos adotados demonstraram-se insuficientes. O retorno ou a permanência no trabalho e as condições de trabalho permaneciam as mesmas (Lancman, 2004). Nessa década, os CRPs e NRPs tiveram suas instalações físicas sucateadas e apresentaram escassez de recursos humanos, em razão da falta de investimentos do governo.

Devido à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), referido na Constituição Federal promulgada em 1988, a assistência à saúde tornou-se responsabilidade do Ministério da Saúde e deixou de ser executada pela Previdência Social. Sendo assim, compreendidas nas competências do SUS, as ações de Saúde do Trabalhador.

No início dos anos 1990, a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 – regulamentou a Saúde do Trabalhador, incluindo a reabilitação nesse campo.

Desde 1990, o INPS se fundiu ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) para formar o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) que continua responsável pela reabilitação profissional previdenciária (Maeno e Vilela, 2010).

Durante o II Seminário de Atividades Previdenciárias, em Brasília, no ano de 1994, decidiu-se que a Reabilitação Profissional era um Serviço da Previdência, condicionado à contribuição dos segurados e empregadores. Ainda nos anos 1990, os CRPs e NRPs foram desativados e os Serviços de Reabilitação Profissional descentralizados para as agências de benefícios do INSS (Takahashi e Iguti, 2008).

Em 2001, recomendou-se a utilização de cursos e treinamentos durante o processo de reabilitação profissional e a descontinuidade do atendimento ao trabalhador por uma equipe multiprofissional; ou seja, a partir daquele ano, esse atendimento deveria ser realizado somente por um perito médico e outro profissional de nível superior (Maeno e Vilela, 2010).

O serviço de reabilitação profissional do INSS atua com o trabalhador afastado da atividade laboral, geralmente após ocorrer agravo à saúde. Parte dos trabalhadores com limitações são encaminhados à reabilitação profissional. Dispensa-se tempo mínimo de contribuição para que o trabalhador tenha direito a participar do Programa de Reabilitação Profissional previdenciário.

A Reabilitação Profissional é um serviço prestado pelo INSS aos trabalhadores incapacitados por doença ou acidente. A assistência (re)educativa e de (re)adaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visa proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem. (Artigo 136, do Decreto 3.048/99). Esse serviço tem como objetivo proporcionar meios de readaptação ou reeducação para o retorno ao trabalho de seus segurados. O trabalhador encaminhado ao serviço de Reabilitação Profissional submete-se ao

programa, que é prescrito e custeado pela Previdência Social, sob pena de suspensão do benefício, caso ocorra recusa do segurado.

O processo de reabilitação profissional compreende quatro funções básicas: avaliação do potencial laborativo (momento de definição da real capacidade de retorno do indivíduo ao trabalho), orientação e acompanhamento do programa profissional, articulação com a comunidade para parcerias/convênios/outros e pesquisa de fixação, com vistas à melhoria do serviço:

I - avaliação do potencial laboral: objetiva definir a real capacidade de retorno de segurados ao trabalho. Consiste na análise global dos seguintes aspectos: perdas funcionais, funções que se mantiveram conservadas, potencialidades e prognósticos para o retorno ao trabalho, habilidades e aptidões, potencial para aprendizagem, experiências profissionais e situação empregatícia, nível de escolaridade, faixa etária, e mercado de trabalho; II - orientação e acompanhamento do programa profissional: consiste na condução do reabilitando para a requalificação profissional em uma nova função/atividade a ser exercida no mercado de trabalho e deve considerar os seguintes elementos básicos: conhecimento de seu potencial laboral, requisitos necessários ao exercício das profissões e oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho. O planejamento e a preparação profissional devem ser realizados mediante a utilização de recursos disponíveis na comunidade, preferencialmente, como: cursos, treinamentos e outros; III - articulação com a comunidade para parcerias, convênios e outros: visa ao reingresso do segurado no mercado de trabalho e ao levantamento de tendências e oportunidades oferecidas, preferencialmente, na localidade de domicílio do reabilitando. Todavia, não caracteriza obrigatoriedade por parte do INSS a sua efetiva inserção no mercado de trabalho, conforme § 1º do art. 140 do RPS; e IV - pesquisa da fixação no mercado de trabalho: consiste no conjunto de informações para constatar a efetividade do processo reabilitatório e fornecimento de dados que re-alimentem o sistema gerencial visando à melhoria do serviço (Brasil, 2018).

Em 2016, a quantidade de encaminhamentos da perícia médica previdenciária aos serviços de reabilitação profissional do INSS em todo o território nacional foi de

aproximadamente de 46.300 pessoas. Destes, 69,9% foram considerados elegíveis para participar do Programa de Reabilitação Profissional (PRP) (quer dizer que, embora com limitação da capacidade laborativa entende-se por elegíveis os segurados que reúnem condições biopsicossociais de se submeter ao PRP). Em torno de 16.400 segurados do INSS foram reabilitados (Ministério da Fazenda, 2018).

No estado de São Paulo no ano de 2016, a perícia médica do INSS encaminhou para a RP cerca de nove mil casos. Houve aproximadamente seis mil casos de elegibilidade e 3,5 mil segurados reabilitados (Ministério da Fazenda, 2018).

Os trabalhadores com critérios de elegibilidade se enquadram nestas situações: 1 - incapacidade permanente, total ou parcial, para a atividade laboral habitual; 2 - escolaridade a partir do nível fundamental (5º ano); 3 - trabalhadores cujo prognóstico de retorno ao trabalho não será modificado pelo tratamento recomendado pelo médico assistente; 4 - tempo de afastamentos menores porque a perspectiva de retorno ao trabalho aumenta; 5 - com mais experiências e formações profissionais diversificadas; 6 - perspectiva de retorno na empresa de vínculo; e além das potencialidades do trabalhador, motivação, habilidades, aptidões, expectativas do indivíduo para retorno ao trabalho (Brasil, 2018).

Atualmente, a equipe de reabilitação profissional (RP), constitui-se com o Perito Médico e o Profissional de Referência - Analista do Seguro Social com formação na área de Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional ou áreas afins. Ao ser incluído no programa de reabilitação profissional, a realidade do trabalhador demanda estratégias de reinserção que, de acordo com o fluxo estabelecido no Manual Técnico de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional (Brasil, 2018), devem ser elaboradas pelo médico perito conjuntamente com o Profissional

de Referência do INSS (Brasil, 2018).

A conclusão do programa ocorrerá com a emissão do certificado individual de Reabilitação Profissional que permite ao reabilitado ocupar vagas de empresas para pessoas com deficiência habilitadas ou reabilitadas (Brasil, 1991).

Após um ano da conclusão do programa deveria ser realizada a pesquisa de fixação com todos os segurados desligados do PRP, com o objetivo de verificar a reinserção do segurado ao mercado de trabalho e efetividade do processo de reabilitação profissional (Brasil, 2018).

1.3.2. Reabilitação Profissional e práticas intersetoriais para a reinserção profissional de trabalhadores

Na literatura sobre o tema da Reabilitação Profissional, estudos têm apontado que os trabalhadores têm se defrontado com entraves no processo de reabilitação, desde o momento em que o segurado participa do ato pericial até ser desligado do programa (Cestari e Carlotto, 2012). Os trabalhadores acometidos de incapacidade para o trabalho têm encontrado muitas dificuldades no seu processo de reabilitação profissional. Além das limitações funcionais que decorrem dos adoecimentos, os reveses vivenciados em contato com as empresas, serviços de saúde ou junto ao INSS também tornam ainda mais complexo o processo de retorno ao trabalho (Toldrá et al., 2010). O trabalhador tem se deparado com a possibilidade de vivenciar situações de sofrimento (violência, estresse, rejeição, exercer função inadequada) e/ou desemprego no retorno ao trabalho (Martins e Assunção, 2002). Assim, tem se procurado novas maneiras de intervenção que propiciem entender,

de forma articulada e interativa, as expressões da reabilitação profissional que se manifestam de forma prejudicial na vida dos trabalhadores. Outrossim, intenciona-se desvelar alternativas concretas para se obter impactos positivos no processo de reinserção profissional do trabalhador em reabilitação.

A Reabilitação Profissional, enquanto política pública, deve contribuir na diminuição de trabalhadores adoecidos, mudanças das condições de trabalho e efetiva reinserção social e profissional dessas pessoas (Bregalda e Lopes, 2016).

O Programa de Reabilitação Profissional do INSS deve ser entendido como um meio para a efetiva reinserção social e profissional de trabalhadores afastados por motivo de doença ou acidente, assim como deve ser compreendida a importância de uma ação articulada com outros setores nos processos de retorno ao trabalho (Miranda, 2018). A prática intersetorial é uma estratégia que considera a ação de outras políticas públicas que buscam a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. A Constituição Federal de 1988 encetou um novo momento no modelo de gestão da política previdenciária, passando a reconhecê-la como um direito do cidadão e dever do Estado, e como política incluída no sistema de seguridade social, em conjunto com as políticas de assistência social e saúde. Ao instituir a intersetorialidade como um de seus eixos estruturantes, a política da previdência social e as demais políticas sociais passaram a confrontar as dificuldades de um universo historicamente setorial. As marcas da ditadura militar, com agravos e esfacelamento dos direitos humanos, em um viés focalista, apontaram diversos setores da sociedade e o governo em particular com enfoque nos problemas específicos, imediatistas e ações pontuais. As políticas setorializadas propiciaram aos serviços procederem de forma pontual sem considerar o todo. Nesse sentido, Inojosa (2001) assinala que: “as ações no aparato governamental refletem

perfeitamente as clausuras das disciplinas, pois é todo fatiado por conhecimentos, por saberes, por corporações”.

Inojosa (2001) acrescenta que é preciso articular os saberes de forma sistematizada entre os serviços a fim de acolher a totalidade dos problemas sociais. Para que ocorra uma mudança social faz-se necessária uma gestão pautada em princípios como participação, descentralização e intersectorialidade.

A prática intersectorial apresenta diferentes entendimentos imprescindíveis para sua compreensão em uma lógica de totalidade. Contudo, para fins deste estudo, não será exequível esgotar cada um deles. De maneira geral, conforme Tumeleiro (2012), a intersectorialidade pode ser apreendida na perspectiva:

Do trabalho com redes, como otimização de recursos públicos, complementariedade dos setores ou como prática ou como articulação política na gestão pública (Tumeleiro, 2012).

Alguns estudiosos relacionam a intersectorialidade com o conceito da interdisciplinaridade, a fim de melhor entendê-la. Outros autores exploram a intersectorialidade a partir do princípio da integralidade. Além disso, há estudiosos que cotejam essa temática com a gestão pública. Segundo Pereira (2013), vale reforçar que o termo intersectorialidade não tem sido definido de forma específica.

Nascimento (2010) discorre sobre o motivo da intersectorialidade se encontrar em maior evidência:

A consolidação da intersectorialidade das políticas públicas passou a ganhar valor à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para sua execução (Nascimento, 2010, p.96).

Vale considerar que a intersectorialidade é considerada um instrumento que é capaz

de propiciar a superação de práticas fragmentárias ou sobrepostas na relação com a população. A intersectorialidade acarreta na pactuação de objetivos de intervenção comum entre os diferentes setores no planejamento integrado, na criação de estratégias, assim como, em ações que atendam às necessidades dos cidadãos (Pereira e Teixeira, 2013).

A intersectorialidade apresenta-se como estratégia para melhorar a interação entre as políticas sociais. A articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil pode resultar na superação da setorialização e das atuações parciais.

A prática intersectorial possibilita uma visão mais ampla das necessidades sociais e objetiva alcançar resultados integrados em situações complexas (Bellini, Bumbel e Faler, 2013; Junqueira et al., 1997).

A reabilitação profissional brasileira é um desafio complexo para a Saúde Pública, especialmente, na área da saúde do trabalhador (Miranda, 2018). Esta tem apresentado algumas respostas frente às demandas dos trabalhadores beneficiários da Previdência Social.

No ano de 2005, o campo da Saúde do Trabalhador destacou o envolvimento da Previdência Social em sua área de abrangência intra e intersectorial. As ações de segurança e saúde do trabalhador demandam atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersectorial (Brasil, 2005b).

Durante a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foi ressaltado que a Previdência Social precisa dialogar, de forma mais integrada e coordenada, com destaque para os setores Saúde e Trabalho, sobre as articulações intersectoriais (Brasil, 2015).

O engajamento das distintas estruturas do estado e da sociedade pode proporcionar

o avanço de políticas públicas no campo da Saúde do Trabalhador - o que inclui a Reabilitação Profissional (Leão e Vasconcelos, 2011). Entretanto, a efetivação da intersetorialidade é um dos desafios para a Saúde do Trabalhador, assim como para a reabilitação profissional, não apenas como ação conjunta entre esferas de governo, mas também com outros setores não governamentais e organizações da sociedade civil (Alves, 2003). Disputas de poder nos diferentes níveis de governo, em função de mudanças na sua condução, também vulnerabilizam as instituições pela descontinuidade das articulações intersetoriais (Machado e Porto, 2003).

A articulação entre os diversos atores sociais pode atender satisfatoriamente as necessidades do reabilitando. As práticas intersetoriais mostram-se relevantes para a Reabilitação Profissional por suscitarem um retorno ao trabalho capaz de considerar as múltiplas necessidades do trabalhador afastado da atividade laboral por doença e/ou acidente relacionado ao trabalho (Brasil, 2016c).

A intersetorialidade articula saberes e práticas no planejamento, execução e avaliação de ações em resposta às demandas dos diversos atores sociais (Junqueira, 2000). Essa estratégia pode ocasionar a integração entre os sistemas de informação presentes nas diversas instituições e em diferentes setores, demandando o estabelecimento de mecanismos de gestão e monitoramento adequados desses sistemas.

Conforme Maeno e Vilela (2010), o caminho para uma reabilitação profissional conceituada numa visão integrada do processo de reabilitação mostra-se desafiador. A rígida estrutura hierárquica do INSS que tem uma cultura institucional distanciada dos conceitos da Seguridade Social e a insuficiente integração e articulação da Previdência com as demais políticas são questões que devem ser rompidas e superadas para que a proposta integradora de reabilitação seja

efetivada.

Em 2013, o serviço de reabilitação profissional estava vinculado à Diretoria de Saúde do Trabalhador do INSS (DIRSAT). Esta propôs um modelo de reabilitação profissional firmado no sentido da reabilitação integral. Essa proposta visava uma mudança de paradigma. Esse projeto significou um avanço, pois propunha a estruturação de uma integração efetiva em torno da Reabilitação Profissional.

O projeto de reabilitação profissional: “Articulando Ações em Saúde do Trabalhador e Construindo a (Re)habilitação Integral”, proposto pelo INSS sugeriu um conceito ampliado da reabilitação, a partir do entendimento de reabilitação integral, do desenvolvimento de práticas intersetoriais. Essa proposta descreveu a intersetorialidade como a articulação entre as diversas políticas públicas (saúde, assistência, mobilidade, educação, direitos humanos, trabalho e renda, previdência) e viabilizadora das estruturas humanas, físicas e institucionais disponíveis. A intersetorialidade foi evidenciada como uma estratégia de gestão à RP, no esforço de atender as múltiplas demandas do trabalhador de forma satisfatória (Brasil, 2013). Esse projeto foi colocado em consulta pública durante o seu processo de elaboração em 2014 e quatro anos depois, o Manual da RP com base nessa construção coletiva foi descontinuado.

O Decreto nº 8.725, de 27 de abril de 2016, instituiu a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral às pessoas com deficiência, com vistas à integração e à articulação permanente entre serviços e ações das políticas de previdência social, saúde, trabalho, educação, assistência social, entre outros.

Em 2018, uma nova regulamentação sobre a Reabilitação Profissional foi disponibilizada: a publicação do Manual Técnico de Procedimentos de Reabilitação Profissional (Despacho Decisório nº 129/DIRSAT/INSS, de 16 de março de 2018).

O Manual Técnico de Procedimentos da RP aprovado recentemente evidencia que as práticas da Reabilitação Profissional devem compreender o levantamento de tendências e oportunidades na articulação com demais setores. Nele, há referência às ações da Reabilitação Profissional com setores parceiros e versa de forma simplista sobre as contribuições do trabalho intersectorial na reinserção profissional do reabilitando. (Brasil, 2018).

O programa de reabilitação profissional, que visa proporcionar aos trabalhadores os meios para reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem, deve pautar-se pela articulação com a comunidade. Hoje, o que se preconiza na orientação e acompanhamento do programa profissional, no planejamento e durante a preparação profissional do reabilitando, para uma nova função ou atividade a ser desempenhada no mercado de trabalho, é a realização de cursos, treinamentos, entre outros, por intermédio de recursos disponíveis na comunidade. Descreve-se que tais mecanismos podem contribuir para um ambiente favorável de retorno ao trabalho. (Brasil, 2018).

2. PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS

Partindo-se dos pressupostos de que a despeito da barreira da setorialização, padrão histórico das políticas sociais no Brasil, seja de difícil superação, o alcance das práticas intersetoriais possibilita maior integração do Programa de Reabilitação Profissional do INSS com os demais setores governamentais-privados e da sociedade civil, além de propor e implementar soluções aos desafios do programa.

Tendo em vista tais pressupostos, foram definidos os objetivos deste trabalho, apresentados a seguir: 1. Caracterizar contextos de reabilitação profissional de trabalhadores afastados por incapacidade laboral; 2. Verificar processos de retorno ao trabalho de segurados do INSS em reabilitação profissional, seus alcances e limitações; 3. Analisar as práticas intersetoriais do Programa de Reabilitação Profissional do INSS com outros setores numa rede integrada de cuidados, com vistas à reinserção social e profissional. Assim sendo, têm-se, aqui, elementos-chave para o processo investigativo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. NATUREZA DA PESQUISA

Para o desenvolvimento do estudo optou-se pela abordagem qualitativa que busca representar os fenômenos sem pretensão à compreensão completa e total acerca da realidade, mas uma aproximação desse real. A pesquisa de natureza qualitativa permite o reconhecimento do modo de vida dos sujeitos, trabalha com o universo de significados, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. A pesquisa qualitativa busca compreender de forma detalhada as características envolvidas no problema de pesquisa. Esta abordagem considera as intervenções e desenvolvimentos de políticas e programas (Minayo, 2013).

A partir dessa metodologia, pode-se entender a complexidade do problema de pesquisa que deve ser percebido pelo homem como parte de um todo. Um problema interligado a questões diversas. Por isso faz-se necessário compreender o objeto deste trabalho em sua totalidade. Isso posto, realizou-se uma coleta de dados com relação às práticas intersetoriais no contexto da reabilitação profissional previdenciária brasileira.

A investigação possui caráter exploratório, dada sua finalidade de aproximação com a realidade e por versar uma temática em que se percebe escassez de estudos na área de Reabilitação Profissional.

3.2. AMOSTRA DO ESTUDO

Decidiu-se por utilizar o estudo de caso enquanto modalidade metodológica de plano qualitativo por causa do seu aspecto descritivo – que objetiva explicar,

descrever ou explorar dado fenômeno. Constitui-se na análise intensiva em profundidade e em amplitude de um fenômeno social. O universo pode ser representativo seja qual for a realidade social, possibilitando a retratação tais quais de um indivíduo, grupo ou comunidade. De acordo com Yin (2010), o estudo de caso:

Defini-se como uma pesquisa que investiga fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real, utilizado especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto são pouco evidentes (Yin, 2010).

O campo abordado compreendeu uma instituição colaboradora da rede sócio-assistencial do PRP previdenciário situada na região central da cidade de São Paulo, o que será detalhado no item 3.3.3. Para selecionar o grupo de participantes da pesquisa, tanto os trabalhadores em processo de reabilitação profissional como os que já concluíram o PRP, enviaram-se e-mails informando os objetivos da pesquisa, solicitando a participação de cada trabalhador e explicitando os critérios para a composição deste grupo. A escolha dos participantes da pesquisa ocorreu de forma intencional, a fim de congregiar as características de interesse para os objetivos da pesquisa. A abordagem de cada participante deu-se em função de critérios de inclusão (citados abaixo) para participação nas entrevistas semiestruturadas. Foi realizado grupo focal com participantes indicados por uma representante da instituição colaboradora. Dessa forma, a aproximação até tais partícipes dessa investigação se deu de maneira assertiva e muito célere.

A fim de sistematizar o trabalho, dividiu-se esse grupo em dois subgrupos: pessoas em processo de reabilitação profissional previdenciário e reabilitados do INSS. A seleção dos participantes do estudo sucedeu de forma intencional com atenção aos

critérios de inclusão:

- o Trabalhadores em processo de reabilitação profissional há mais de seis meses;
- o Segurados em atividade profissional há mais de seis meses de desligamento do PRP;
- o Representante da instituição colaboradora do INSS.

3.3. TRABALHO DE CAMPO

3.3.1. Método

O percurso para atingir os objetivos relacionados está definido pela predileção do método de investigação da realidade. A escolha do método é, principalmente, um mecanismo que confere o enredo em que a vida social encontra-se estabelecida e articula os conceitos teóricos e metodológicos da pesquisa. Trata-se de uma investigação fundamentada no método crítico-dialético apoiado no materialismo histórico. Questões de ordem socioeconômicas, técnico-operativas e ideológico-políticas foram consideradas na análise do fenômeno. Sobre esse método de pesquisa, primordialmente, torna-se imprescindível elucidar que para Marx, a teoria é a reprodução no campo das ideias da dinâmica real do objeto pelo pesquisador. O conhecimento teórico é a percepção do objeto independentemente das vontades e dos pensamentos da pesquisadora. (Netto, 2011).

O método utilizado nesta investigação buscou apreender, a partir do movimento dialético da realidade, a essência do objeto deste estudo.

Destarte, com base na concepção teórico-metodológica crítico-dialética, procurou-se compreender as contribuições do programa de reabilitação profissional

previdenciário, que realiza ações intersetoriais com vistas à reinserção profissional dos beneficiários do programa. Buscou-se, ainda, desvendar as contradições que envolvem o objeto deste estudo enquanto fenômeno social analisado, na perspectiva de compreender suas múltiplas determinações, consoante sua contextualização histórica. Ao longo da pesquisa intencionou-se sustentar que a relação teoria/história transcorresse durante todo o processo investigativo.

3.3.2. Aspectos éticos

Este estudo atendeu aos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), sendo submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Os participantes foram esclarecidos sobre o propósito do estudo. Aqueles que voluntariamente quiseram participar dos procedimentos da pesquisa concordaram com a realização e posterior publicação dos dados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.3.3. Coleta de dados

Os procedimentos metodológicos que atendem a este estudo se apoiaram inicialmente numa revisão bibliográfica no sentido de relacionar o conhecimento e os conteúdos definidos (intersectorialidade, retorno ao trabalho) às questões que envolvem o tema da Reabilitação Profissional.

3.3.3.1. Cenário da pesquisa

A construção deste estudo, que apresenta como foco o trabalho intersetorial no decurso do programa de reabilitação profissional da Previdência Social, teve como referência a realidade de uma instituição colaboradora do PRP, no bairro do Bom Retiro. Esse serviço atende preferencialmente a região central da cidade de São Paulo, os bairros: Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Sé, Liberdade, Bela Vista, República e Santa Cecília. Como há uma grande oferta de vagas de cursos profissionalizantes dessa instituição, ela estende a sua assistência aos cidadãos que residem em outros bairros e municípios próximos da capital paulistana (Francisco Morato e Guarulhos, por exemplo).

Os eixos de trabalho da instituição colaboradora foram: convivência e fortalecimento de vínculos (dinâmicas de integração, rodas de conversas), o mundo do trabalho (visitas domiciliares e institucionais, vivências, palestras), e o técnico (que se apresenta como a participação no curso profissionalizante em si).

Optou-se por essa Instituição devido à conveniência de acesso aos reabilitandos, pois, comumente, ela assiste trabalhadores que participam do programa de reabilitação profissional previdenciário. Vale salientar que, anteriormente a essa escolha, houve tentativa de realização desse estudo no âmbito do INSS. Entretanto, o requerimento de autorização dessa pesquisa foi indeferido por decisão administrativa.

A instituição colaboradora da RP tem parcerias com o Sistema S⁴, dentre outras empresas. 70% da verba que mantém a instituição vêm da prefeitura de São Paulo e os 30% restantes são divididos entre parceiros (governamentais, não governamentais e setor privado) e a instituição em si. A entidade oferece cursos profissionalizantes gratuitos à população entre 15 e 59 anos, incluso alimentação e uniformes. Os alunos só precisam arcar com a despesa referente ao transporte.

Geralmente, os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) encaminham a maioria das pessoas atendidas por essa instituição. Os encaminhamentos pelo INSS representam um quantitativo menor com relação aos serviços das demais políticas (Educação, Saúde e Assistência Social), cerca de 10% da população assistida semestralmente.

Cada curso ofertado dura seis meses, são eles: Auxiliar Administrativo, Administração com ênfase em Logística, Administração com ênfase em Empreendimentos, Administração com ênfase em Recursos Humanos, Comandos Elétricos, Design Gráfico Editorial, Eletricista Instalador, Auxiliar Mecânico Automotivo Veículos Leves e Fabricação Digital. Os requisitos básicos para participação nesses cursos: possuir o ensino fundamental e ter realizado curso de informática básica. A certificação com 440 horas oferecida pela instituição colaboradora e SENAI ocorre logo após o término do curso.

Todos os reabilitandos participavam de cursos profissionalizantes no intuito de serem reinseridos no mercado de trabalho.

⁴ O Sistema S é composto por Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Serviço Nacional do Comércio (SESC), Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (SESCOOP), Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), Serviço Nacional da Indústria (SESI), Serviço Social do Transporte (SEST), Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (SENAT), Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE)

3.3.3.2. Técnicas de coletas de dados

Para compreender o objeto de estudo foram aplicadas as técnicas:

- o Entrevista semiestruturada (com trabalhadores que concluíram o Programa de Reabilitação Profissional previdenciário e representante da instituição colaboradora);
- o Grupo Focal (com segurados do INSS em processo de reabilitação profissional).

O delineamento empírico para a coleta de dados nos levou à construção e aplicação de roteiros e questionário junto aos trabalhadores beneficiários do PRP que participaram de cursos profissionalizantes na instituição colaboradora explicitada anteriormente.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com uma representante da instituição colaboradora e com três trabalhadores reabilitados pelo INSS que passaram pela instituição colaboradora. De acordo com Quivy (1998), a entrevista semiestruturada “não é inteiramente aberta nem encaminhada por muitas perguntas precisas”.

O entrevistado pode se expressar abertamente, pois:

A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, o entrevistado pode discorrer sobre o tema sem se prender às indagações (Minayo, 2014).

A coleta propriamente dita foi realizada no período de fevereiro a maio de 2019, com a participação de 12 pessoas: 08 (oito) reabilitandos, 03 (três) trabalhadores reabilitados pelo PRP e 01 (um) representante da instituição colaboradora do INSS. Optou-se pela técnica de grupo focal com 8 (oito) trabalhadores em processo de

reabilitação profissional. Respeitou-se a recomendação de formar grupos com no mínimo seis e no máximo dez participantes, em consonância com os preceitos técnicos deste tipo de coleta. Assim, realizaram-se duas sessões de grupo focal com a presença desses trabalhadores.

O grupo focal busca compreender os fenômenos e reunir informações detalhadas. A interação entre os participantes do grupo permite que os atores sociais reflitam sobre determinado assunto (Trad, 2009).

Para a utilização da técnica de grupo focal elaborou-se um roteiro temático que possibilitou aos participantes se pronunciarem com liberdade sobre a Reabilitação Profissional do INSS e as práticas intersetoriais.

As entrevistas e sessões do grupo focal se deram de forma presencial, cujos relatos foram registrados através de um gravador digital de voz.

3.4. TRATAMENTO E INTERPRETAÇÃO DOS DISCURSOS

Os relatos foram transcritos em sua totalidade e a partir da leitura e releituras dessas narrativas estabeleceram-se as temáticas. A partir disso houve a construção das categorias de análise referentes aos dados coletados. Os conteúdos revelados por meio da categorização e sistematização foram analisados e discutidos os referenciais teóricos que orientaram a pesquisa.

4. RESULTADOS: ANÁLISE E DISCUSSÃO

Nesta seção, expõem-se as análises dos materiais resultantes da pesquisa de campo sobre o PRP. Para investigar as práticas entre o Programa de Reabilitação Profissional e os diferentes setores em função da reinserção do trabalhador no mercado de trabalho foram sistematizadas as categorias a seguir:

1. Percepção sobre o programa de reabilitação profissional;
2. As práticas intersetoriais junto à rede de assistência;
3. Expectativa de retorno ao trabalho.

Além do perfil dos participantes da pesquisa, alguns pontos abordados nesta análise serão: o entendimento desses partícipes com relação ao desempenho do programa de reabilitação do INSS, a Previdência Social e a sua interface com a comunidade, considerando-se o planejamento de cursos profissionalizantes e o treinamento dos beneficiários do PRP em instituições ou empresas, bem como identificar os limites e possibilidades institucionais para que esta articulação intersetorial se materialize. Por fim, apontam-se perspectivas e alguns desafios concernentes à reinserção dos segurados no mercado de trabalho.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A fim de entender melhor os contextos de reabilitação profissional dos trabalhadores entrevistados e as ações da RP com os demais setores durante esses processos, levantaram-se algumas informações que possibilitaram a composição de um perfil do universo da pesquisa por meio das entrevistas e sessões de Grupo Focal realizadas na fase de trabalho de campo deste estudo. Os dados foram organizados em quadro:

Quadro 1 – Trabalhadores beneficiários do PRP envolvidos na pesquisa, segundo o a idade, escolaridade, a ocupação antes do PRP, participação em curso profissionalizante e função exercida após a conclusão do PRP, em 2019.

Trabalhadores⁵	Situação	Idade	Escolaridade	Ocupação antes do PRP	Participação em curso profissionalizante	Função após a conclusão do PRP
Berlim	Em PRP	27	Ensino médio	Mecânico	Design gráfico editorial	N/A
Lyon	Reabilitado	29	Ensino médio	Operador de caixa	Administração com ênfase em Empreendimentos	Balconista
Denver	Em PRP	30	Ensino médio	Motorista	Administração com ênfase em Recursos Humanos	N/A
Toronto	Em PRP	31	Ensino superior	Supervisor Operacional	Administração com ênfase em Logística	N/A
Cairo	Reabilitado	34	Ensino fundamental	Motorista	Administração com ênfase em Recursos Humanos	Porteiro
Tóquio	Em PRP	35	Ensino médio	Operadora de telemarketing	Auxiliar administrativo	N/A
Luca	Reabilitado	37	Ensino médio	Operador de produção	Auxiliar administrativo	Auxiliar administrativo
Nairóbi	Em PRP	37	Ensino médio	Assistente administrativo	Design gráfico editorial	N/A
Moscou	Em PRP	40	Ensino médio	Mecânico	Auxiliar administrativo	N/A
Madri	Em PRP	42	Ensino fundamental	Supervisor de banquetes	Administração com ênfase em empreendimentos	SR
Londres	Em PRP	55	Ensino fundamental	Motofretista	Design gráfico editorial	N/A
Rio	Em PRP	57	Ensino médio	Técnico em eletrotécnica	Auxiliar administrativo	N/A

N/A - Não se aplica

⁵Os nomes utilizados são fictícios para preservar a identidade dos participantes.

Segundo as respostas dos entrevistados, têm-se nove participantes que se autodeclararam da cor branca e três pardos. A cor dos participantes se deu por autodeclaração, ou seja, o próprio entrevistado qualificou a sua cor/raça. A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua (PNAD 2016), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revela que a redução dos brancos e aumento de pretos e pardos na população é uma tendência que tem sido verificada ao longo do tempo. Há diferença marcante entre essa informação e os dados fornecidos pelos trabalhadores envolvidos neste estudo: a distribuição da população brasileira por cor ou raça aponta que a porcentagem de pretos e pardos ultrapassam os brancos; no entanto, aparece que os participantes brancos representam mais da metade do universo estudado. Pode-se observar também que há predominância de trabalhadores do sexo masculino, somente duas dentre os trabalhadores demonstrados são mulheres.

Atenta-se que, todos os entrevistados se encontram na faixa que compreende a população economicamente ativa⁶, com idade média de 38 anos. Segundo a escolaridade, há discrepância entre a quantidade de trabalhadores que finalizou o ensino superior e os ensinos fundamental e médio. Apenas 1 (um) trabalhador concluiu pelo menos uma graduação. Constatou-se que tanto os segurados em processo de reabilitação quanto os trabalhadores que concluíram o PRP durante o período pesquisado encontravam-se na condição de empregados.

⁶A População Economicamente Ativa (PEA) é a variável que determina a ligação entre mudanças demográficas e o mercado de trabalho. De acordo com o CELADE (2006, 2015), abrangem a população urbana e rural do Brasil, por gênero e faixa etária.

Faz-se possível constatar que a maior parte dos participantes desse grupo possuía funções diversas em seus ambientes de trabalho antes de iniciarem o Programa de Reabilitação Profissional: mecânico, motorista, supervisor operacional, operador de telemarketing, assistente administrativo, supervisor de banquetes, motofretista e técnico em eletrotécnica. Destaca-se que as atividades baseadas no manuseio de equipamentos e máquinas no espaço fabril eram realizadas por homens. As mulheres entrevistadas realizavam atividades que podem variar de acordo com o seguimento da empresa que trabalham. Esse grupo de homens trabalhadores atuava em tarefas que exigiam repetição de movimentos, esforço físico excessivo e manutenção de posturas inadequadas em seus espaços laborais.

Oito segurados se afastaram do trabalho por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e uma por transtornos mentais e comportamentais.

Pode-se inferir que dos três trabalhadores reabilitados entrevistados, apenas um exerce a função para a qual foi profissionalizado.

Os motivos dos afastamentos foram informados pelos três trabalhadores que já retornaram para o trabalho. Em todos os casos, os motivos dos afastamentos encontram-se relacionados aos transtornos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

A partir da escolha da instituição colaboradora foi entrevistada uma gestora de nível hierárquico organizacional, situada na coordenação de formação profissional deste serviço - especificado na seção de Procedimentos Metodológicos. Lisboa, assim como as demais identificações dos participantes da pesquisa, é um nome fictício. Ela possui graduação em Serviço Social e coordena as ações socioeducativas da IC. Apenas essa gestora mostrou-se receptiva a participar da entrevista durante este estudo.

4.2. PERCEPÇÃO SOBRE O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Apresentam-se nesta categoria, pontos de vista dos entrevistados acerca do PRP, de como decorrem as fases do processo de reabilitação profissional.

O programa de reabilitação profissional se destina ao segurado do INSS incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho. Tem como objetivo identificar a real possibilidade de retorno ao trabalho do segurado e acompanhá-lo durante a requalificação profissional. Há a propositura de viabilizar a reinserção desse trabalhador no mercado de trabalho, com direitos e igualdade de oportunidades.

O trabalhador com capacidade laborativa e que apresenta elementos favoráveis para o seu encaminhamento à RP deve ser encaminhado pela perícia médica para participar do PRP o mais precoce possível (Brasil, 2018). Entretanto, na prática, além da demora no encaminhamento para a reabilitação profissional, trabalhadores também têm iniciado o seu processo de reabilitação de forma tardia:

“Eu tive que solicitar a minha reabilitação pela Justiça”
(Nairóbi – reabilitanda).

“Eu esperei dois anos e meio para iniciar a minha reabilitação”
(Madri – reabilitando).

“Demorou quase três anos para eu iniciar a minha reabilitação. Fiquei na lista de espera sem participar de nenhum curso ou treinamento. Falaram-me que eu poderia fazer um treinamento em outra função na empresa, se ela quisesse me reabilitar” (Berlim – reabilitando).

Os relatos dos três trabalhadores participantes da pesquisa demonstram que a demora no início do programa de reabilitação profissional caracteriza-se como barreira ao processo de reabilitação. No primeiro discurso, a trabalhadora teve o seu encaminhamento à reabilitação profissional por determinação judicial. O ingresso do segurado no serviço de reabilitação profissional via decisão judicial depende inicialmente, de perícia médica de elegibilidade que concluirá pelo prosseguimento ou não em processo de reabilitação profissional. Dois outros entrevistados também relataram o atraso para a realização da reabilitação profissional. Os relatos acima exemplificam um problema para esses trabalhadores, os quais geralmente não são mais capazes de voltarem a reinserir-se na mesma função, e devido a não atuação precoce do PRP limitam-se as chances de desfechos satisfatórios para boa parte dos processos de reabilitação profissional (Fundacentro, 2013).

Em geral, o encaminhamento para a Reabilitação Profissional é realizado quando sedimentadas as limitações e o nível de incapacidade. A partir disso, percebe-se que a reabilitação profissional tem orientado o trabalhador à sua reinserção em atividade que lhe seja compatível. Os encaminhamentos à RP não têm ocorrido para proteger a saúde do trabalhador. As equipes de reabilitação profissional do INSS têm investigado habilidades que possam ser utilizadas para o retorno do trabalhador ao mercado de trabalho em nova função (Fundacentro, 2013).

Segundo Meijer et al (2005), a possibilidade de adequação numa nova função após o retorno ao trabalho aumenta, na medida em que o tempo de afastamento diminui. Isto é, limita-se a possibilidade de uma reinserção profissional efetiva ao trabalhador que aguarda, em lista de espera, iniciar o seu processo de reabilitação.

O processo de reabilitação profissional começa com a avaliação do potencial

laboral. Nessa fase, acontece o início da abordagem do Profissional de Referência propriamente dito.

Nesse momento, o Profissional de Referência buscará compreender as reais condições socioprofissionais do reabilitando através da aplicação de entrevista. Dados levantados por meio desse procedimento, por exemplo: a ocupação do segurado, suas experiências profissionais e qualificações, constituem elementos necessários para que o Profissional de Referência saiba quais encaminhamentos deverão constar para o cumprimento do PRP e para o retorno ao trabalho em atividade compatível com as limitações do segurado na empresa de vínculo. Para o reabilitando, participante da pesquisa específica, a abordagem inicial por parte da equipe de RP foi assertiva:

“Olha! Na parte da minha orientação profissional aconteceu isso.
Ela [profissional de referência] pediu toda a minha instrução.
Eu conversei com ela e me falou que iria buscar uma área próxima a da que sou formado. A gente procurou uma área mais parecida com a da minha formação” (Toronto - reabilitando).

No discurso acima ficou claro que na experiência do entrevistado ocorreu uma avaliação da sua condição laboral. Na visão dele, o direcionamento durante a orientação profissional foi decisivo, no sentido de contribuir para que o reabilitando possa apresentar reais possibilidades de retornar ao trabalho. Sob essa orientação, no processo de reabilitação profissional é necessário que além de analisar a situação do trabalhador, do trabalho real ao invés do prescrito, outros aspectos devem ser considerados tão importantes para a reinserção efetiva ao trabalho. Para Takahashi e Canesqui (2003), a intervenção da equipe do PRP também deve

considerar o contexto social, o aspecto emocional, a situação familiar e o fomento a construção de espaços que propiciem ao trabalhador o reconhecimento de suas potencialidades para o trabalho e a habilidade para lidar com situações que possivelmente terá que enfrentar ao desempenhar uma nova função quando retornar ao trabalho com as limitações de cunho emocional, social e relacional.

Como a pesquisa de campo revelou que todos os trabalhadores participantes desta investigação possuem vínculo empregatício, o profissional de referência deverá contatar a empresa de vínculo desse trabalhador para esclarecer os objetivos do PRP e solicitar que seja ofertada uma função que leve em consideração as limitações do segurado (Brasil, 2018).

Conforme o Manual Técnico de Procedimentos da área da RP, a equipe do PRP deve constatar se a função sugerida pela empresa é compatível ou não com as limitações estabelecidas pela perícia médica na ocasião do exame médico-pericial de elegibilidade ou de reabilitação profissional. Quando a função proposta pela empresa é considerada incompatível, o Profissional de Referência deve solicitar uma nova indicação de função para a readaptação profissional. Caso persista essa situação de incompatibilidade em relação a uma nova colocação, o reabilitando deverá ser capacitado para desempenhar outra atividade profissional através de cursos ou treinamentos na comunidade (Brasil, 2018).

Durante a fase de orientação e acompanhamento do PRP, o Perito Médico juntamente com o Profissional de Referência devem discutir aspectos para a execução do programa, assim como cursos de qualificação, entre outros. A orientação e acompanhamento do reabilitando durante o treinamento e/ou curso profissionalizante integram as atribuições do Profissional de Referência (Brasil, 2018).

“Como o INSS tem que recolocar, os profissionais da reabilitação procuram as instituições que oferecem cursos gratuitos. Geralmente, o trabalhador traz a carta de apresentação do INSS. Há um contato com a equipe de reabilitação após o aluno estar matriculado aqui. A partir daí, eu sempre entro em contato com o INSS. Nesse processo, eu tenho sido a responsável por essa parte, eu começo um diálogo com a técnica do INSS que atende os reabilitandos” (Lisboa - representante da instituição colaboradora).

No relato da representante da instituição colaboradora verifica-se que há uma tendência justaposta de um trabalho setorial. Isso em nada se assemelha a uma prática direcionada pela perspectiva intersetorial. Essa atuação deve ser mais do que um conjunto de projetos que se comunicam. Akerman (2014) permite somar que a comunicação é basilar para alinhar entendimentos, corrigir distorções e elucidar pontos de vista. No caso em destaque, a comunicação se dá de forma unilateral e com frequência pelo recurso socioeducacional da comunidade. Percebe-se uma fragilidade na articulação do PRP com outras políticas setoriais: “esse modelo tem sido alvo de diversas críticas de estudiosos na área da saúde do trabalhador, pois é reducionista, compensatório, fragmentado, desarticulado com outras políticas públicas e de saúde” (Barreto, 2018).

Grande parte dos participantes da pesquisa têm enfrentado muitas dificuldades para ter acesso aos cursos profissionalizantes durante o programa de reabilitação:

“A assistente social me ajudou a procurar um curso perto da minha casa, mas não tinha. Eu tive que vir pra cá que fica um pouco distante” (Toronto – reabilitando).

“Tive dificuldade para conseguir uma vaga para fazer curso. Tentei cinco vezes para conseguir iniciar o curso” (Tóquio – reabilitanda).

“Para eu começar o curso, eu trouxe uma carta de encaminhamento do INSS. Isso auxilia para conseguir a vaga” (Denver – reabilitando).

Os discursos expressaram a responsabilidade atribuída a esses trabalhadores para conseguirem materializar a sua preparação profissional para o retorno ao mercado de trabalho. Sendo que, no contexto do serviço de reabilitação profissional, o Acordo de Cooperação Técnica (ACT) é um instrumento do PRP que pode ser utilizado para firmar com demais setores públicos ou privados, a oferta de projeto, atividade ou serviço ao usuário da RP, tais como: promoção de cursos de capacitação, treinamento profissional, entre outros. Por meio desses acordos deverá tornar possível a ruptura da fragmentação em face de abordagens de enfrentamento das necessidades dos beneficiários da Reabilitação Profissional (Brasil, 2018).

Os cursos profissionalizantes e os treinamentos configuram um dos principais instrumentos de capacitação dos trabalhadores em programa de reabilitação, portanto, a ausência destes compromete o processo de retorno ao trabalho. Estes relatos apontam certas limitações do PRP:

“Eu não realizei treinamento. Terminei o curso e voltei pra empresa. Foi a segunda vez que fiz a reabilitação. Na primeira vez, eu retornei pra mesma função. Depois da segunda tentativa, eu consegui uma vaga no escritório” (Cairo – reabilitado).

“Meu treinamento durou 30 dias, mas foi no meu serviço mesmo. Não tinham [PRP/INSS] dinheiro para pagar cursos, nem quase nada. A atendente do INSS falava até com vergonha pra mim. Eu entendo. O que dá pra fazer sem dinheiro?” (Luca – reabilitado)

A não prioridade para as políticas públicas repercute no fazer profissional dos servidores da RP e na condução dos processos de reabilitação do usuário desse

serviço previdenciário. Esta situação é a expressão da contrarreforma do Estado.

Os discursos desses entrevistados evidenciam as consequências do desmonte da Previdência Social, que ganharam força em decorrência da crise econômica, política e social vivenciada pelo país e, associada com a crise do capital, ressoando nos benefícios e serviços previdenciários, quer no aspecto de redução ou cortes dos gastos públicos, a fim de priorizar a estabilidade econômica do país em detrimento do sucateamento do serviço de reabilitação profissional, entre outros serviços atrelados, principalmente, às políticas de proteção social (Bernardo, 2006; Takahashi e Iguti, 2008).

O que se percebe na prática desses processos de reabilitação profissional é que ao interpretar a forma como ocorre a operacionalização de encaminhamentos a cursos e treinamentos:

Não há intenção real de reabilitação no Programa de Reabilitação Profissional. Parece que a exigência é cumprida pró-forma, sem que se avaliem as consequências para o trabalhador. Ao que tudo indica, a reabilitação profissional representa apenas mais um elemento determinado pela lógica previdenciária para atingir o objetivo de redução de custos pela concessão de benefícios. Parece estar ainda em operação sobre os Programas de Reabilitação Profissional o efeito do desmonte dos sistemas de proteção social ocorrido desde a década 1990 (Pereira, 2013).

Nesse aspecto, Pereira (2013) elucida que a reabilitação profissional se configura como um meio lucrativo para a Previdência Social. O PRP tem propiciado uma redução nos gastos com pagamentos de benefícios, considerando-se o fato de que o programa tem proporcionado uma saída mais célere da dependência do sistema previdenciário, na perspectiva do segurado retornar para o mercado de trabalho, e com isso voltar a contribuir para a Previdência, ampliando o montante de arrecadação financeira do INSS.

Ou seja, o serviço de RP constitui-se como mecanismo rentável para o INSS, haja vista que por um lado, possibilita o não recebimento de benefícios pelo usuário com este sendo desligado do PRP (lembrando que quando o segurado é desligado do PRP pró-forma, imediatamente cessa o benefício), e por outro, visa propiciar a arrecadação, à medida que o segurado retorne ao mercado de trabalho e volte a ser contribuinte. Com isso, se economiza gastos com o segurado e aumenta o montante de dinheiro do INSS que passa a entesourá-lo (Pereira, 2013).

Infere-se que, por um lado o trabalhador pode ter mudanças na sua vida evidenciadas pelo PRP; por outro lado, o seu retorno ao mercado de trabalho poderá ser um trabalho alienante, não necessariamente compatível com suas aspirações. Isso se dá porque o trabalhador não tem controle sobre os meios e os modos de produção, depende da oferta no mercado de trabalho (Ennes, 2012).

As novas formas de trabalho com implicações profundas na vida dos trabalhadores, tais como perdas dos seus direitos trabalhistas, sociais e previdenciários, demandam estratégias que possibilitam uma visão global acerca de trabalhadores e suas limitações, inclusive com o trabalhador que se encontra em processo de retorno ao trabalho. (Bronzo, 2007).

A articulação entre os serviços das políticas sociais pode aumentar a efetividade no suporte social à população atendida. Há profissionais que atuam no serviço de reabilitação profissional e desenvolvem parcerias com organizações governamentais e não governamentais para buscar soluções às demandas cotidianas. Sendo assim, a articulação entre esses setores pode ser entendida como um instrumento para alcançar resultados sinérgicos em situações complexas (Inojosa, 2001).

Segundo Hemp (2004), o processo de retorno ao trabalho requer o desenvolvimento de ações sistematizadas que possam abordar a complexidade da reabilitação

profissional, sendo elas: indivíduo/trabalhador, de intervenção no ambiente e processos de trabalho e de articulação entre as instituições envolvidas.

Com base nestas falas descreve-se uma experiência de articulação entre o PRP e a instituição não governamental que promove cursos profissionalizantes:

“Alguns profissionais da equipe de reabilitação têm o interesse de buscar um feedback [resposta]. Algumas técnicas me ligam para saber do desempenho do trabalhador. Percebo essa atenção, principalmente quando o reabilitando não está tão empenhado para realizar o curso. Eu intensifico o contato com o INSS quando o cursista falta constantemente sem justificativa ou quando dá outro tipo de problema. Já aconteceram casos de desligamentos de cursos por falta de comprometimento do trabalhador ou por baixíssimo desempenho dele durante o curso” (Lisboa - representante da instituição colaboradora).

“Há reincidência de contato por meio da técnica do INSS só quando ela precisa encaminhar o reabilitando para um segundo curso” (Lisboa - representante da instituição colaboradora).

“No final do curso, eu envio as notas, fichas através de e-mail” (Lisboa - representante da instituição colaboradora).

A instituição colaboradora, cenário deste estudo, se constituía relevante para o processo de reabilitação dos entrevistados. Ela tem oferecido (re)qualificação profissional por meio de cursos profissionalizantes à população, inclusive para trabalhadores em processo de reabilitação profissional do INSS.

Segundo os relatos da representante da instituição colaboradora há limitações no programa de reabilitação profissional em relação às articulações intersetoriais para cursos de formação profissional, que geralmente, dão prosseguimentos a processos de vários casos de RP. A fala acima mencionada também evidencia barreiras do

PRP no acompanhamento dos processos de reabilitação. A entrevistada da instituição pontuou explicitamente que equipes do PRP estabelecem pouco contato com as instituições parceiras e/ou conveniadas; na maioria dos casos, o trabalhador fica com a responsabilidade de se recolocar na vida produtiva e o reabilitando tem apresentado dificuldades para aproveitar bem o curso que lhe é oferecido.

As alterações na previdência social brasileira - que ganharam força com as reformas que começaram a ser realizadas a partir da década de 90 - têm repercutido diretamente nos serviços e benefícios prestados à população, por meio de cortes e/ou redução dos gastos públicos, com vistas à priorização da preconizada estabilidade econômica do país. A classe trabalhadora tem sofrido com a violação dos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários. A falta de recursos materiais da previdência social para a realização dos cursos profissionalizantes compromete a possibilidade de escolha de aprendizagem e de atuação em campo profissional da maior parte dos trabalhadores que participam do processo de reabilitação.

Em média, o programa de reabilitação profissional do INSS reabilita anualmente apenas 0,7% dos trabalhadores que recebem benefícios temporários de invalidez da previdência social (Fischer, Miranda, Silva-Júnior, 2019)⁸. Para a grande maioria dos trabalhadores coincide com a finalização do curso profissionalizante e/ou treinamento profissional. Em seguida o segurado é considerado reabilitado e recebe o Certificado de Reabilitação Profissional:

Concluído o Programa de Reabilitação Profissional os profissionais de referência emitirão o certificado de conclusão (Brasil, 2019).

⁸ Apresentação com poster na *Work Disability Prevention and Integration Conference 2019* sobre "Vocational Rehabilitation among workers receiving disability benefits in Brazil", proferida por Frida Marina Fischer, Cristiano B. Miranda e João S. Silva-Junior.

Uma pergunta que deve ser feita: ter o certificado garante emprego ao trabalhador reabilitado? Daí para frente o INSS não tem mais responsabilidade em amparar o retorno ao trabalho. Vai depender do mercado de trabalho a reinserção profissional de fato.

Segundo o art. 137, item IV e art.140 §3º do Decreto nº 3.048/99, a “pesquisa de fixação” deveria fornecer informações sobre o processo de retorno ao trabalho.

A “pesquisa de fixação” deve ser compreendida como um instrumento capaz de avaliar o processo de Reabilitação Profissional, identificando sua efetividade: se o mesmo contribuiu para o retorno do segurado ao mercado de trabalho em condições seguras e saudáveis e também se o trabalhador permanece empregado no momento da realização da pesquisa. Mas, a “pesquisa de fixação” deve sobretudo possibilitar o desenvolvimento de um programa de prevenção e controle de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores junto às empresas. A “pesquisa de fixação” deve conter questões que possibilitem a proteção social do trabalhador frente à precarização das condições de trabalho, à ineficiência das políticas de segurança em saúde do trabalhador e à ausência da integralidade das demais políticas públicas (Rodrigues, 2019).

4.3. AS PRÁTICAS INTERSETORIAIS JUNTO À REDE DE ASSISTÊNCIA

Para Bregalda e Lopes (2016), uma parcela dos responsáveis pela formulação de políticas públicas e do próprio INSS não reconhece a importância do serviço de reabilitação profissional e da necessidade de ampliação das ações de reabilitação, para além da qualificação profissional. As mesmas pesquisadoras apontam que o serviço de reabilitação exige a transformação da sua estrutura permeada, tendo uma postura crítica. É também mencionado pelas autoras, que o INSS reconheça a sua importância na articulação com as demais esferas governamentais, para que seja possível a construção de uma rede de ações que possam abranger mais oportunidades de reinserção efetiva no mercado de trabalho.

Desde o início deste estudo, partiu-se da noção de que em nossa sociedade as questões que envolvem a reabilitação são complexas. Seu entendimento requer um esforço de apreensão da totalidade. Por isso, a preocupação em sobrepujar o retraimento setorial e desenvolver estratégias articuladas. A intersectorialidade é um mecanismo de enfrentamento dos problemas sociais, com o objetivo de promover ações integradas para superar a fragmentação, a seletividade e o caráter focalizado das políticas sociais.

A intersectorialidade recebeu notoriedade no processo de implementação das políticas setoriais, no intuito de enfrentar a complexidade dos problemas sociais contemporâneos e utilizar menor custo para efetivá-las através da articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil (Rezende; Baptista; Amâncio Filho, 2015).

Por intermédio das informações e dados coletados durante a pesquisa pode-se compreender uma face do PRP que traz consigo os reflexos do modelo da política compensatória do INSS que não atende de forma satisfatória as necessidades de seus segurados, bem como falhas ocasionadas pela atual situação do país, de não acesso aos direitos, como características trazidas pelas influências históricas, já mencionadas no decorrer deste trabalho, que impactam na efetivação da atuação intersectorial no âmbito da Previdência Social, particularmente, no cenário da RP (Maeno e Vilela, 2010; Barreto, 2018).

Nesta subseção, se apresentam a análise e discussão dos dados da pesquisa realizada junto aos indivíduos que compõem a amostra deste estudo tendo a percepção destes sobre a atuação intersectorial no contexto do PRP.

A Reabilitação Profissional requer uma forma de gestão intersectorial que, por se constituir um campo interdisciplinar, implica na articulação com outras políticas,

como a de saúde, de assistência social, de formação profissional, de educação, entre outras. A RP demanda ações de vários níveis de políticas setoriais que podem atender com maior eficácia às necessidades do trabalhador. A adoção do diálogo entre os setores é fundamental para que seja possível alcançar o indivíduo de forma integral. Daí o esforço para superar o isolamento disciplinar, setorial e engendrar estratégias articuladas.

A intersectorialidade entra em cena na perspectiva de articular as políticas sociais com vistas a atingir um resultado efetivo frente aos problemas.

Sob a ótica da entrevistada, desenvolveu-se na discussão específica com relação à parceria entre o PRP previdenciário e a instituição colaboradora, a seguinte compreensão:

“Sinto falta de uma comunicação mais próxima com a reabilitação, pois, os trabalhadores cursistas que participam do programa sempre me falam das dificuldades deles. Poderíamos ajudar cada um se unirmos forças e saberes. Não é fácil lidar com tantas dificuldades sem a cooperação de outros setores. A parceria poderia ser enriquecida com a construção de propostas criativas que possam envolver todos” (Lisboa – representante da instituição colaboradora).

No relato anterior, a entrevistada explicita que tem encontrado dificuldades para enfrentar problemas complexos mediante insuficientes ações integradas entre os setores, especificamente com o PRP. Ao mencionar sobre a atuação do serviço de reabilitação profissional, a entrevistada destacou a ausência de ações coordenadas e integradas com a instituição colaboradora.

O modelo setorializado constitui-se como uma grande dificuldade no processo de inclusão social. Em situações ditas complexas, a intersectorialidade apresenta-se como contraponto da setorialidade; por conseguinte, compreende-se que deve haver uma articulação de saberes que instrumentalizam as ações com o objetivo de

alcançar resultados integrados para atender as demandas dos reabilitandos.

Bronzo (2007) argumenta que, a integralidade constitui a base da intersectorialidade. A autora defende que a gestão setorializada da política já não é mais capaz de responder satisfatoriamente aos problemas identificados. A integralidade possibilita uma visão ampla das necessidades do trabalhador e, face à complexidade da realidade social, a intersectorialidade se apresenta como uma das alternativas possíveis a alcançar o patamar da lógica dos direitos. A intersectorialidade como estratégia e mecanismo de gestão mostra-se necessária para a interação e integração das instituições no compromisso comum de efetivação de direitos dos trabalhadores em processo de reabilitação profissional.

O trabalho intersectorial não é uma articulação simples porque demanda comprometimento de todas as partes implicadas nesse processo, torna-se relevante pontuar que o coletivo é considerado o mais importante (Portal Educação, 2012).

O relato acima ainda descreve que essas situações de dificuldades demandam a articulação de saberes de diferentes áreas do conhecimento.

Pereira (2014) esclarece que a intersectorialidade vem sendo entendida como um “instrumento de otimização de saberes, competências e relações sinérgicas” (Pereira, 2014).

Pereira e Teixeira (2013) detalham que a ação intersectorial surgiu com a proposta de uma atuação mais significativa da troca de saberes e informações do Estado, de empresas privadas e da sociedade civil.

Bardi (2013) explica que as práticas intersectoriais denotam interconexão entre as políticas sociais – tendo como exemplo, a atuação com escolas, serviços da assistência social, unidades básicas de saúde.

Gonçalves e Guará (2010) explicitam que a intersectorialidade inclui transformações

substanciais em relação aos processos institucionais, na configuração das políticas sociais.

Ao ser indagada sobre a parceria entre o PRP e a instituição colaboradora, a entrevistada referiu que há muitos desafios na gestão de práticas intersetoriais:

“Nós temos pouco contato. A parceria com os serviços de reabilitação se resume a contatos telefônicos esporádicos, recebimento de listas de frequências. Faz tempo que não vêm aqui. Só ligam para saber se podemos ofertar mais cursos ao aluno que precisa continuar no programa de reabilitação. Uma vez, uma assistente social da Previdência me ligou para discutir sobre a locomoção de um dos nossos alunos para o curso, mas foi só uma vez” (Lisboa – representante da instituição colaboradora).

A preocupação com a acessibilidade pode compor elementos mobilizadores da intersectorialidade. Todavia, esta enquanto uma proposta mais ampla que objetiva a integração entre as áreas setoriais e efetividade das políticas públicas (Nascimento, 2010), demanda articulações permanentes e sistemáticas com a utilização de instrumentos que materializam (planejamento, monitoramento, avaliação) e melhoram as articulações entre os diferentes setores. A atuação intersectorial cabe em qualquer momento, do planejamento à avaliação, a critério do resultado esperado.

A idéia de intersectorialidade constitui-se em ferramenta de reordenamento das políticas públicas que possibilita o desenvolvimento de novas formas de se planejar e executar as políticas sociais com a integração de instituições, sejam governamentais ou não, que estabelece uma verdadeira rede integrada na busca de resolutividade para as questões que surgem em processos de reabilitação. Para ocorrer tais mudanças, faz-se necessário importante transformação nas práticas

públicas e privadas (Junqueira, 2000).

Na fala referida acima, a entrevistada relatou que inexistiu o planejamento das ações intersetoriais que envolvem os beneficiários do PRP. A partir deste relato infere-se que não há pactuação de diretrizes e metas em esferas superiores das gestões de ambos os serviços. Pela descrição, o PRP não empreendeu ainda, esforços nesse sentido.

Mioto e Schutz (2011) destacam que a falta de planejamento intersetorial no âmbito federal e isolamento no nível local, rotatividade de profissionais, a responsabilidade pela busca da articulação de políticas restrita aos profissionais que desenvolvem as ações intersetoriais e dificuldades na compreensão sobre a intersectorialidade entre os atores envolvidos, se encontram entre os principais reveses vivenciados no cotidiano dentro do gerenciamento e execução do trabalho intersectorial.

A ação pode ser realizada de forma setorializada, mas é necessário que cada um dos setores execute sua parte, segundo formulada intersectorialmente (Magalhães, 2004). Para que a prática configure-se como intersectorial é requisitado “planejamento, monitoramento e avaliação de ações conjuntas” (Pereira, 2014).

Nesse sentido, a entrevistada pontuou o desenvolvimento de práticas que contribuem para a efetivação de um trabalho na perspectiva intersectorial:

“Há alguns profissionais que já entraram em contato comigo. Achei interessante, pois é difícil eu conseguir sair porque a rotina exige muito do meu tempo aqui na IC [Instituição Colaboradora]. Eu estou sempre próxima dos alunos, faço visitas quando necessário e tenho um diálogo muito bom com os CRAS e a Saúde. Se a reabilitação [PRP] pudesse participar mais deste processo, o nosso aluno que também é um reabilitando poderia ser melhor atendido nas questões do trabalho dele” (Lisboa – representante da instituição colaboradora).

“A nossa instituição recebe muitos trabalhadores e parte deles estão em reabilitação pelo INSS. Todos esses trabalhadores são orientados por mim. Busco acompanhar o desempenho deles nos cursos e ouvir as necessidades de cada um. A maioria vem encaminhada dos CRAS, e quando precisa de algum apoio que fuja da nossa alçada, eu recorro a nossa rede e também entro em contato com o PRP para dar encaminhamentos” (Lisboa – representante da instituição colaboradora).

A partir do relato da representante da instituição colaboradora infere-se que não há um fluxo institucionalizado com o PRP para o acesso do trabalhador. Nessa fala constata-se a atuação de uma rede intersetorial, onde a política previdenciária adota uma postura mais impermeável na relação com os demais setores. A inexistência de

um fluxo dificulta uma integração entre as políticas. Isso gera formas de articulações pontuais, imediatas e corriqueiras que não promovem a intersetorialidade. A superação dessas características perpassa pela construção de uma nova cultura baseada pelo estabelecimento de estratégias que contribuem para a integração entre os setores.

Ainda na fala da entrevistada é possível identificar que o conhecimento da rede de assistência/serviços é significativo na articulação intersetorial.

A articulação com a comunidade para parcerias e o estabelecimento de convênios/acordos para o reingresso do trabalhador no mercado de trabalho constitui-se como uma das funções básica do processo de reabilitação profissional (Brasil, 2018). Entretanto, a entrevistada atenta para a importância do serviço de reabilitação profissional buscar parcerias em outros setores, para estabelecer articulações em determinado território. Aparentemente, essas relações ainda ocorrem de forma pontual e tendo insuficiente integração. A entrevistada também acrescentou que a utilização de instrumentos técnicos e institucionais tem facilitado

a articulação entre os setores e ampliado o trabalho intersetorial.

A reabilitação profissional tem a possibilidade de utilizar instrumentos que viabilizam o reconhecimento do território (visita domiciliar, análise de postos de trabalho, entre outros). Isso torna possível a identificação de barreiras e facilitadores para o desenvolvimento do programa, assim como, da abordagem intersetorial (Brasil, 2016c).

Monnerat e Souza (2009) sustentam que a perspectiva de atuação sobre questões complexas se relaciona firmemente à noção de território. Figuram-se no fazer cotidiano, em um determinado território, os problemas comuns, as especificidades locais e, portanto, as possíveis respostas ou soluções coletivas.

O território surge como local estratégico para a articulação intersetorial (Brasil, 2016c).

Segundo Mioto e Schutz (2011), a prática intersetorial implica no reconhecimento de que os problemas sociais que atingem uma população em um determinado território devem ser considerados de forma integral e abordados de modo a superar a fragmentação das políticas. Nesse sentido, os segurados, bem como suas necessidades, devem ser compreendidos em sua totalidade e articulados ao contexto do qual fazem parte.

O Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, em seu Art. 136, aponta um horizonte para se pensar o conceito de território no contexto do trabalho em RP, visto que menciona que este deverá proporcionar os meios indicados para o retorno ao trabalho e no contexto em que vive. Ou seja, não é um retorno em qualquer lugar, mas no território do reabilitando (Brasil, 2016c).

Segundo os entrevistados, a intersetorialidade se mostrou ainda como um processo em construção:

“Antes de receber alta, eu participei de um atendimento com a assistente social da reabilitação. Ela me disse que tinha encaminhamento para eu continuar o meu tratamento com a fisioterapeuta do posto. O meu plano de saúde não cobria as terapias. Só parei de ir quando o posto ficou sem fisioterapeuta. O único problema quando eu voltei para o trabalho é que me senti um pouco perdido. O pessoal da reabilitação nunca tinha ido até o meu serviço, eu que precisava trazer e levar os documentos de volta pro INSS quando estava na reabilitação” (Lyon – reabilitado).

“Eu continuei a fazer o meu tratamento durante a minha reabilitação. Foi difícil porque quem depende do SUS sofre. Difícil conseguir um especialista. Não me lembro de tentarem me ajudar quando eu precisei procurar por consulta” (Cairo – reabilitado).

Um participante da pesquisa sinalizou que a principal articulação do PRP durante o seu processo de reabilitação ocorreu com a política de Saúde. Tal prática não parece acontecer de forma regular, apesar das práticas intersetoriais no âmbito da reabilitação profissional ser uma das orientações da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (Brasil, 2011).

O INSS administra grande erário oriundo das contribuições dos trabalhadores e patrões bem como da Assistência Social, mas, pela má gestão e planejamento ao longo das décadas, tenciona sobre o trabalhador uma sobrecarga social em seu processo de recuperação e reabilitação ao tornar morosa a efetivação de direitos constituídos, internamente, pelos motivos acima expostos e intersetorialmente pela notória ausência de articulação com os serviços de reabilitação do SUS e redes de suporte (formais e informais) ao trabalhador (Santos e Santos, 2016).

Porto, Lacaz e Machado (2003), explicam que:

As redes intersetoriais são estruturas flexíveis que permitem a construção de canais de comunicação e de estratégias de ação conjunta, estabelecendo novos compromissos entre instituições e atores sociais organizados em torno da análise e enfrentamento de problemas locais ou regionais considerados relevantes (Lacaz e Machado, 2003).

Em outro relato, a articulação se configura em iniciativas pontuais motivadas, especificamente, pela existência de projetos da rede de serviços que envolvem diversos setores.

“Pra mim foi tranquilo conseguir um encaminhamento para o curso. Nisso, eu não tenho do que reclamar. Tem gente que precisa correr atrás de curso e quando encontra, às vezes, não é perto de casa” (Denver – reabilitando).

Segundo as falas, a articulação para o estabelecimento desses acordos e convênios mostra-se prejudicada:

“Eu acho que deveria ter mais instituições vinculadas ao INSS. Por exemplo: há poucas instituições que oferecem cursos. A gente é que corre atrás dos locais para fazer cursos. Eu só consegui fazer esse curso porque eu procurei por ele” (Berlim – reabilitando).

“Eu acho que, se uma instituição que dá cursos for conveniada ao INSS, isso vai dar credibilidade na empresa quando eu voltar a trabalhar” (Toronto – reabilitando).

“O próprio INSS deveria fazer os encaminhamentos para os cursos. A instituição deveria ter um vínculo com o INSS, um convênio. Isso facilitaria muito o nosso processo de reabilitação. A gente não precisaria ficar de porta em porta para conseguir um curso” (Rio – reabilitando).

“Eu acho que o INSS tem poucas instituições vinculadas a ele. Eu nem culpo os profissionais do INSS porque eles têm que se virar para encontrar um local que ofereça cursos gratuitos e fazer convênios” (Madri – reabilitando).

“Eu acho que o INSS deveria ter convênios com outras empresas para absorver reabilitandos desempregados” (Toronto – reabilitando).

O cancelamento do vínculo com o PRONATEC em 2018 reduziu as possibilidades de ter suficientes instituições que ofereceriam cursos de qualificação profissional. Havia maior diversidade de cursos, com mais opções de escolhas. As poucas parcerias que se mantêm não são suficientes para acolher os trabalhadores em reabilitação profissional, em função de múltiplos interesses que estes possam vir a ter.

O desafio da intersectorialidade à Previdência Social, particularmente para o programa de reabilitação profissional, se apresenta tanto na busca de articulações de iniciativas governamentais, bem como não governamentais. Para que as práticas intersectoriais possam se materializar e tornem-se efetivas, cabe uma ampla discussão sobre as condições e parâmetros técnico-operativos e político-institucionais desta política, com vistas a alcançar o patamar da lógica de direito social.

4.4. EXPECTATIVA DE RETORNO AO TRABALHO

Esta subseção apresenta os resultados no que concerne à compreensão dos participantes deste estudo sobre o retorno ao trabalho.

Segundo a normativa legal, o Programa de Reabilitação Profissional deve possibilitar as condições necessárias para a reinserção no mercado de trabalho do beneficiário da política previdenciária (Brasil, 2018). O retorno ao trabalho deve

ocorrer de forma digna, na qual a reinserção profissional seja compatível com suas limitações e ocorra de forma segura (Brasil, 2016c). A RP deve desenvolver práticas com o objetivo de reduzir e superar as desvantagens ocasionadas pelas incapacidades (Moom, Geicker, 1998).

As históricas discriminações presentes no mercado de trabalho se intensificam com o adoecimento, extrapolando discriminações relacionadas ao perfil profissional, gênero, etnia, entre outros, que colocam nessa mesma condição os trabalhadores sem qualificação e/ou com qualificação insuficiente (Seligmann-Silva, 2012). A inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho apresenta-se dificultada por novas exigências de um mercado que seleciona os mais qualificados aos padrões de modernização e ação do capital (Carvalho Neto, 2001).

Os receios relatados pelas falas dos entrevistados demonstram apreensão pelo desemprego após o final do processo reabilitação:

“Eu vou voltar para a empresa e trabalhar por 30 dias sem custos, pois eu ainda estarei afastado pelo INSS e se eu conseguir atuar na nova função, eu vou receber alta e retornar ao trabalho. A minha dúvida é: e se a empresa não me aceitar na nova função? Já aconteceu com outros colegas e ela os demitiu” (Denver – reabilitando).

“Se a empresa não tiver outra função pra mim, ela pode me demitir” (Londres – reabilitando).

Conforme Maeno e col. (2009), a reabilitação profissional da Previdência conclui suas obrigações com a emissão do certificado de reabilitação, sem compromisso com os trabalhadores que poderão não ser acolhidos pelas empresas ou com aqueles que foram demitidos.

Faz-se necessário que o Estado brasileiro atente para os trabalhadores - tanto os que estão em processo de reabilitação profissional quanto os considerados

reabilitados pelo INSS - que estão envoltos de insegurança para o retorno ao trabalho, como cidadãos donos de sua própria vida.

“A questão é me colocar numa função de acordo com as minhas necessidades” (Rio – reabilitando).

Nos relatos acima, observa-se uma focalização atribuída ao trabalhador. O fato da empresa de vínculo não oferecer uma função compatível pode direcionar o reabilitando a participar de cursos profissionalizantes em instituições educacionais conveniadas ou não ao INSS e, após a conclusão desses cursos haverá o desligamento do programa.

Por vezes, atribui-se ao segurado considerado reabilitado pela Previdência Social, a tarefa de procurar por si próprio uma nova função junto à empresa onde possui vínculo empregatício. Segundo Sposati (2013), “(...) argumentos de corte liberal ou neoliberal partem da orientação de que é necessário — para favorecer a autoestima, a liberdade, a autonomia do indivíduo — superar sua condição improdutiva de beneficiário, introduzindo no modelo de Proteção Social a disciplina de frequência a treinamentos para que se reduzam situações de dependência que requerem proteção e se ampliem oportunidades de exercício de autonomia, isto é, ocupação remunerada de mão de obra, para que o beneficiário se transforme em provedor de sua própria proteção”.

Takahashi et al (2012) destaca a importância de intervir junto as empresas para a melhoria das condições laborais e a identificação de funções compatíveis às limitações dos trabalhadores reabilitando no processo de retorno ao trabalho.

“Deveria avaliar o profissional e recolocar a pessoa num local onde ela possa desenvolver as suas novas habilidades com o apoio da empresa” (Rio – reabilitando).

Segundo Bregalda e Lopes (2016), a incipiente cooperação das empresas no processo de reabilitação profissional de seus trabalhadores se deve, em parte, a não há obrigatoriedade por parte do INSS quanto à efetiva reinserção profissional do beneficiário. A insatisfatória colaboração das empresas na reinserção dos reabilitandos em funções compatíveis às suas necessidades no ambiente de trabalho também se atribui a ausência de obrigatoriedade legal.

“Que eu saiba não vai ter estágio. Não estou sabendo se vai ter algum treinamento depois daqui” (Nairóbi – reabilitanda).

“O problema é esse: você tem acesso ao conhecimento, a parte teórica; mas, a parte prática não. A gente não sabe como vai funcionar. A pessoa vai ter que crescer dentro da empresa e desenvolver a parte prática. Ter que esperar a empresa nos dar uma oportunidade para desenvolver o que aprendemos nos cursos. Recomeçar do zero” (Berlim – reabilitando).

Alguns relatos a respeito da rotina do serviço de Reabilitação Profissional identificaram a preocupação do trabalhador com outros indivíduos em situações semelhantes, em face da necessidade de mudança de função e critério de escolaridade:

“Às vezes, a mudança para outra função é difícil para as pessoas que têm pouca instrução. Eu acho que deveriam encaminhar para uma ocupação no nível da pessoa. Deveriam ser mais específicos” (Tóquio - reabilitanda).

A literatura constata que a preocupação dessa trabalhadora é pertinente. Para o exercício de algumas profissões, a baixa escolaridade pode significar menos

chance de readaptação na empresa de vínculo (Santos e Lopes, 2015). Segundo Castel (2010):

Promover a melhoria das condições de escolarização e de formação de uma população, cuja ausência de qualificação, mais do que a falta do trabalho, a torna não empregável, representa uma possibilidade de, pelo menos, igualá-la ao mesmo nível das oportunidades que poderão ser abertas. Estas são condições necessárias, mas não suficientes. A elevação do nível de formação deve continuar sendo um objetivo social, mas nem todo mundo é qualificado e competente; é preciso considerar, ainda, como um problema, a possível não empregabilidade das pessoas qualificadas. (Castel, 2010).

Outro ponto de vista demonstra o receio do trabalhador concernente ao cumprimento de *metas* ao retomar atividade laboral. Na condição de reabilitado, ele acredita que:

“É difícil uma pessoa com deficiência subir numa empresa. É difícil acompanhar e a empresa quer resultado. Ela não se importa se você é deficiente ou não, se fez reabilitação, não se importa” (Denver – reabilitando).

O trabalhador acredita que devido às suas limitações, ele pode se deparar com dificuldades no espaço laboral – referência presente do modelo toyotista no processo de trabalho. Se o reabilitando apresenta limitações para o uso da sua força de trabalho, torna-se desnecessário para o capitalista mantê-la, visto que sua produção estará prejudicada (em razão das limitações) e causará a este perda na extração de mais-valia.

Um reabilitando relatou ter uma percepção distinta após a conclusão do PRP, devido à possibilidade de ter o direito ao recebimento do auxílio-acidente. Assim, ele expôs a sua percepção após a conclusão do programa para uma parcela de reabilitados:

“Depois de reabilitada, a pessoa pode receber o auxílio-acidente. A gente que tem sequela física pode receber esse auxílio até se aposentar. Então, eu acho que para quem tem sequela se sente mais seguro” (Madri – reabilitando).

Costa (2006) esclarece que não é mais pressuposto para a concessão do auxílio-acidente a participação do trabalhador num programa de reabilitação profissional. A redação dada pela Lei nº 9.032, de 28 de abril de 1995, não atribui pressuposição para a concessão do auxílio-acidente após reabilitação profissional. Referiu-se essa presunção na redação original do artigo 86 da Lei nº 8.213/91 que previa a concessão do auxílio-acidente a reabilitação profissional.

Hodiernamente, o artigo 86 da Lei 8.213/91 preceitua que:

Art. 86. O auxílio-acidente será concedido, como indenização, ao segurado quando, após consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultarem sequelas que impliquem redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia.

Lembrando que o acidente de trajeto foi excluído do benefício correspondente ao acidente de trabalho típico e doença relacionada ao trabalho (Medida provisória 905,11/11/2019).

Após concretizar o programa de RP, o segurado não tem segurança por parte da própria Previdência Social de que regressará à empresa com a qual tenha vínculo, e/ou nem de que terá possibilidade de ser admitido em outra oportunidade de emprego. A única salvaguarda é de que após ser reabilitado, receberá Certificado de Reabilitação Profissional, indicando a função para a qual foi capacitado profissionalmente, e permitindo ainda que possa concorrer à reserva de vagas nas empresas, para beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência, segundo a Lei de Cotas (isso, se houve troca de função).

Uma das falas dos entrevistados apontou para a possibilidade de (re) inclusão no mercado de trabalho por intermédio da *Lei de Cotas*, caso haja demissão em menos de um ano depois de ter concluído o PRP:

“Eu penso em terminar esse curso, me reabilitar e voltar pra empresa. Ela tem que me readmitir. Eu me afastei por acidente de trabalho, se a empresa não me quiser após um ano, eu tenho a minha cota como deficiente e buscarei um novo trabalho” (Toronto – reabilitando).

Os segurados reabilitados e certificados pelo INSS podem ser inseridos nas vagas para cotistas. Com relação a essas vagas, a Lei nº 8. 213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social informa às pessoas com deficiência e reabilitados a respeito dos seus benefícios e sobre o sistema de cotas também.

Na Subseção II desta lei “Da Habilitação e da Reabilitação Profissional”, o artigo 93 e seus parágrafos tratam do regime de cotas para as pessoas com deficiência e reabilitados, consoante citado a seguir, o que se tornou convencionalmente conhecido como *Lei de Cotas*, assim resumida:

Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

I - até 200 empregados.....	2%;
II - de 201 a 500.....	3%;
III - de 501 a 1.000.....	4%;
IV - de 1.001 em diante.	5%.

O § 1º do artigo 93 determina que a dispensa da pessoa com deficiência ou do trabalhador reabilitado, ao final de contrato por prazo determinado de mais de 90 dias, e a imotivada, em contrato por prazo indeterminado, só poderão ocorrer após a contratação de substituto em condição semelhante (Brasil, 1991).

A Lei nº 8.213/91 ressaltou o sistema de cotas às pessoas com deficiência e reabilitadas pelo INSS nas empresas com 100 (cem) ou mais empregados, contudo, a consolidação das normas necessárias para a inclusão dessas pessoas somente ocorreu perante o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.

O cumprimento da Lei de Cotas pode ocorrer com o preenchimento do quadro por trabalhadores com deficiência ou por beneficiários do INSS que concluíram o Programa de Reabilitação Profissional. Apesar dessa informação se apresentar com ênfase na legislação, muitas empresas desconhecem ou ignoram essa possibilidade.

Alguns participantes vislumbram encontrar dificuldades para serem reconhecidos enquanto trabalhadores reabilitados e receiam que no ambiente de trabalho os gestores não saibam lidar com as diferenças. Os relatos demonstram problemas que o reabilitado pode se deparar dentro da organização, como ausência de oportunidade, salário baixo ou demissão.

“Eu acho que deveria ter uma cota pra gente [reabilitandos]. Na empresa que eu trabalho todos os que voltaram foram demitidos” (Nairóbi – reabilitanda).

“Quanto maior a empresa, maior a cota. Mas, eu creio que as empresas preferem absorver os que recebem menor salário. Uma pessoa que tem um salário melhor e depois volta pra empresa e buscar usufruir da lei de cotas será mais difícil. Um deficiente que recebe um salário menor tem mais chance de ter acesso à cota do que um deficiente com um bom salário” (Madri – reabilitando).

“Não vou ter direito a Lei de Cotas porque o meu problema não é físico. É difícil comprovar a minha situação porque o meu problema não é físico, é mental” (Nairóbi – reabilitanda).

Diante disso, infere-se que, além da importância do gestor ou não, incorporar no cotidiano do ambiente de trabalho, o respeito à diversidade há da mesma forma, a necessidade de ter uma aplicação mais efetiva da *Lei de Cotas*.

O não cumprimento da lei pressupõe sanções⁹ às empresas, por meio da estipulação de multa. Independentemente disso, a expectativa em relação às empresas, se encontra na percepção de que o ato de incluir como funcionário uma pessoa com deficiência ou reabilitada é uma maneira de promover a igualdade por oportunidades das pessoas no campo de trabalho, um passo para o cumprimento de um direito social.

⁹Os valores das multas são calculados conforme se segue: I - para empresas com cem a duzentos empregados, multiplicar-se-á o número de trabalhadores portadores de deficiência ou beneficiários reabilitados que deixaram de ser contratados pelo valor mínimo legal, acrescido de zero a vinte por cento; II - para empresas com duzentos e um a quinhentos empregados, multiplicar-se-á o número de trabalhadores portadores de deficiência ou beneficiários reabilitados que deixaram de ser contratados pelo valor mínimo legal, acrescido de vinte a trinta por cento; III - para empresas com quinhentos e um a mil empregados, multiplicar-se-á o número de trabalhadores portadores de deficiência ou beneficiários reabilitados que deixaram de ser contratados pelo valor mínimo legal, acrescido de trinta a quarenta por cento; IV - para empresas com mais de mil empregados, multiplicar-se-á o número de trabalhadores portadores de deficiência ou beneficiários reabilitados que deixaram de ser contratados pelo valor mínimo legal, acrescido de quarenta a cinquenta por cento. (Brasil, 2003)

Outrossim, é possível que uma proposta de reabilitação mais próxima da realidade do reabilitando possa tornar o seu retorno ao trabalho mais seguro. Para Santos e Lopes (2015), o engajamento do trabalhador durante o processo de reabilitação profissional se mostra benéfico no seu retorno ao trabalho. A participação do trabalhador é essencial no que concerne a decisão do direcionamento mais adequado à reinserção profissional do trabalhador. Estes relatos demonstram experiências mais próximas do que se preconiza o PRP:

“Gostaria de ter voltado para fazer o que eu fazia antes de adoecer, pra mim isso seria o ideal. Mas eu tenho consciência que não consigo mais por causa da minha limitação. Hoje, eu sou muito lento para fazer o meu trabalho, só que as pessoas do meu trabalho entendem que não sou como eles. Não dá mais para agir como antes. Se eu não tivesse voltado para o trabalho, eu estaria me sentindo muito mal. Para mim, estar de volta compensa o tempo que estive afastado pra me cuidar e me preparar pra mudança” (Cairo – reabilitado).

“Senti muita tristeza quando fiquei mal e não pude trabalhar. Foi complicado o início da minha reabilitação, muita mudança que eu não gostaria. A moça que me atendeu [profissional de referência do PRP] me ajudou muito. Voltei, mas não na minha função de antes. Pra mim é tudo muito novo, mas fui avisado nas reuniões que tive no INSS sobre essas mudanças. A minha doença não deixa mais eu trabalhar na minha profissão, eu aprendi a ajudar outras pessoas do escritório e estou conseguindo acompanhar, ainda bem” (Luca – reabilitado).

Ainda nessa direção, observa-se que os segurados que retornaram ao trabalho não apresentaram novos afastamentos. Isso pode revelar situações de retorno ao trabalho com menor vulnerabilidade, onde buscou-se atentar para a condição biopsicossocial do trabalhador.

“O INSS não tem convênio com a instituição que fiz o curso. Tinha uma estrutura muito boa. Eu me inscrevi e fui chamado. Gostei do curso. Depois, eu fiz um treinamento na empresa e deu pra ver se daria certo ou não eu mudar de função. Quando eu voltei pra empresa, o pessoal da reabilitação perguntou pra mim se estava tudo bem por lá. Não é a mesma coisa você voltar com problema, só não fiquei mais preocupado porque tinham outras pessoas como eu e não precisei mais carregar peso” (Luca – reabilitado).

“A assistente [social] da reabilitação foi muito atenciosa e educada comigo. Só não fazia mais porque não podia. No final do meu curso [profissionalizante], ela me avaliou e informou o que iria acontecer comigo quando eu voltasse para o trabalho. E quando eu voltei, eu fui bem recebido pelos colegas de trabalho. Isso me ajudou” (Cairo – reabilitado).

As falas dos entrevistados também apontaram que as ações da RP, apesar de incipientes na garantia dos direitos de grande parte da classe trabalhadora, bem como no fortalecimento da política previdenciária, contribuíram nesses casos de reinserção profissional onde a articulação com outros setores oportunizaram experiências exitosas. Simonelli et al (2010) considera o processo de reabilitação vinculado do processo de reinserção. Os autores defendem que ações da Reabilitação Profissional com setores parceiros podem contribuir na reinserção do reabilitando no trabalho de forma qualificada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais desta dissertação são parte da relação dialética que se estabeleceu em todo o percurso trilhado em sua construção. Regressando ao ponto de partida acerca dos desafios e das possibilidades para o trabalho intersetorial na Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social pressupõe-se chegar a esta etapa final com novas compreensões e determinações sobre o objeto de estudo.

Historicamente, a centralidade do trabalho no contexto das relações capitalistas introduz no âmbito da Proteção Social e na política previdenciária, a Reabilitação Profissional, como um serviço que veio como resposta do Estado à organização de classe dos trabalhadores sobre os agravos à saúde decorrentes das condições de trabalho. Tratou-se de desvelar a partir de uma perspectiva crítica, as contradições existentes no Programa de Reabilitação Profissional do INSS, sem levar em consideração os distintos interesses de classe, as determinações econômicas, políticas, culturais e sociais. Nesse contexto será preciso ampliar o olhar sobre o trabalhador para percebê-lo na sua integralidade, considerando não apenas os aspectos biológicos para a avaliação da incapacidade profissional, mas o contexto histórico, cultural, econômico e social em que ele está inserido.

A partir da pesquisa de campo foi possível identificar os limites de práticas intersetoriais pelo PRP para o retorno ao trabalho de segurados em reabilitação. O desafio da comunicação entre os setores tem limitado as trocas de experiências. Evidenciou-se neste estudo que a interlocução do PRP com a rede de serviços se reduzia a encaminhamentos e ao repasse de informações.

A implementação da intersectorialidade como uma estratégia de gestão, que

demanda integração entre as políticas públicas para a construção de diálogos institucionais e criação de ferramentas para assegurar o alcance da efetividade no processo de retorno ao trabalho, da mesma forma, era limitada, pois exige uma política intersetorial de governo que se apresente além da esfera micro.

O desenvolvimento das práticas intersetoriais é mediado tanto por decisões técnicas, como políticas. As primeiras, por meio da garantia de infraestrutura e comprometimento das ações, e as segundas, por intermédio da relação e diálogo entre gestores.

Percebeu-se que as intervenções desenvolvidas no território ainda eram desarticuladas, pontuais e sem planejamento conjunto e, portanto, não se caracterizavam como atuação coletiva.

Infere-se que a intersetorialidade não ocorreu de forma efetiva. Ela foi identificada como uma prática de trabalho apenas parcialmente integrado entre as empresas, governo e a comunidade que foi objeto deste estudo.

A Previdência Social, por si só, não é capaz de proporcionar aos segurados ações para a reinserção no mercado de trabalho de forma satisfatória, uma vez que este retorno envolve a saúde, trabalho, educação, entre outros.

Apesar de identificarem-se algumas dificuldades para realização do trabalho com a rede, também se observou durante o processo de análise desta pesquisa que algumas estratégias para essas saídas têm sido exitosas, a saber, a participação dos discursos dos reabilitados e do serviço prestado pela instituição colaboradora estudada. Na percepção dos trabalhadores, “a reabilitação deveria proceder como atuou a instituição parceira da RP”. Acredita-se que esse tipo de ação intersetorial pode promover as mudanças necessárias para a garantia da saúde do trabalhador. Infere-se que através dos resultados e trajetória deste estudo, a atuação da RP é

desenvolvida principalmente com redes. O trabalho intersetorial que demanda o envolvimento de mudanças mais profundas não foi identificado neste estudo.

Torna-se mister a ampliação da interface da política previdenciária com ações intersetoriais, conforme preconizam as diretrizes da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

A Reabilitação Profissional, a partir da percepção dos entrevistados, análise dos dados e discussão, é fundamental para a saúde do trabalhador; entretanto, faz-se indispensável vontade política para investir nesse serviço que têm sofrido o seu desmonte ao longo dos anos e experimentado o sucateamento estrutural.

Compreende-se por meio deste estudo que, a falta de uma maior aproximação com o trabalhador, a burocratização do acesso aos benefícios e o fortalecimento do caráter de seguro da previdência impactam, de forma negativa nos processos de retorno ao trabalho dos beneficiários do PRP.

Acentua-se a importância que o programa de reabilitação profissional representa na vida dos trabalhadores devido ao potencial que tem em garantir a dignidade da pessoa humana, segundo preconiza a Declaração dos Direitos do Homem e Cidadão (Assembleia Geral da ONU – 10/12/1948, artigo 25) que: *todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice e outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.*

A temática da intersetorialidade ainda se apresenta como elemento desafiador, mesmo sendo fundamental aos objetivos da gestão pública. A prática intersetorial no contexto da Reabilitação Profissional não tem respondido ao proposto nos

marcos regulatórios da seguridade social.

Assim, consoante à análise dos dados apresentados neste estudo, propõe-se que a reabilitação profissional realize ações articuladas junto a outros setores e com base territorial, espaços de reflexões, discussões e pactuações de prioridades sobre as necessidades de trabalhadores em reabilitação devem ocorrer com as participações de vários atores e setores, a fim de favorecer o acesso de cada indivíduo às políticas de forma desburocratizada e integrada. Encontros periódicos entre os setores envolvidos sugerem trocas de saberes e práticas que podem corroborar no planejamento, monitoramento e avaliação das práticas intersetoriais, com vistas à reinserção profissional efetiva de trabalhadores acompanhados pelo programa de reabilitação profissional do INSS.

É imprescindível o estabelecimento de uma parceria entre trabalhador, INSS e empresas de vínculo. As práticas intersetoriais devem considerar o histórico profissional do beneficiário do programa de reabilitação profissional, atentando que sua reabilitação envolve a retomada de sua autoestima, autonomia e inclusão social.

Por fim, é importante contemplar as limitações deste estudo. Destaca-se que é improvável a pesquisa de delineamento qualitativo generalizar seus resultados; posto que, os participantes do estudo, trabalhadores da capital de São Paulo, cujas características de trabalho e organizações podem ser diferentes em outros contextos.

6. REFERÊNCIAS

Akerman, M. et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014. Acesso em: 25 maio 2016.

Alves, G. Trabalho, corpo e subjetividade: toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global. *Trabalho, educação e saúde*, 409- 428, 2005.

_____, G. Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho. 2. ed. Londrina: Práxis; Bauru: Canal 6, 2007.

_____, G. “Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório — O novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha”, paper apresentado na Reunião Científica “Las formas actuales de precarización laboral en el contexto latinoamericano”, Concet, Buenos Aires, 2010.

Alves, RB. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. 2003; *Cad. Saúde Pública* 19(1):319-322. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14934.pdf>>.

Anderson, P. (2008). Balanço do neoliberalismo. In: P. Gentili & E. Sader (Org.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático (8.ed.). São Paulo: Paz e Terra.

Antunes, R. O caracol e sua concha. São Paulo: Boitempo, 2005.

Antunes, R. Século XXI: a nova era da precarização estrutural do trabalho? In: Rosso, Sadi Dal e Fortes, JAAS (org.). Condições de trabalho no Limiar do Século XXI. Brasília: Época, 2008.

_____, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

Antunes, R.; Praun, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2015, n.123, pp.407-427. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0407.pdf>>.

Anderson, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: Sader, E.; Gentili, P. (orgs.) Pós-neoliberalismo - As Políticas Sociais e o Estado Democrático. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS). Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-sst/> . Acesso em agosto 2016.

Bardi, G. Histórias de vida na periferia: juventudes e seus entrecruzamentos. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

Batich, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. São Paulo Perspec. São Paulo. 2004. v. 18, n. 3, p. 33-40.

Batista, JM, Juliani, CMC, Ayres, JA. O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem. Rev. latino-am. enfermagem. 2010;18(1):87-93.

Bellini, MIB; Bumbel, LS; Faler, CS et. al. A Intersetorialidade no Trabalho do Assistente Social com Famílias nas Políticas de Saúde e Assistência Social. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. 2012, Juiz de Fora. Anais. Juiz de Fora: ABEPSS, 2013. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9.

Bernardo, LD. Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais – Faculdade de Medicina, 2006. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ECJS-73BKA6/1/>>. Acesso em 25 de outubro de 2019.

Boschetti, I. A política de seguridade social no Brasil. In: Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais. Brasília: Cfess/Abepss, 2009. p. 323-338.

Brasil. Congresso Nacional. Lei N° 8.213, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências Brasília-DF; 1991.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Distrito Federal, 1988.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil, 8 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016a. 496 p.

_____. Decreto nº 3.048, de 06 de Maio de 1999. Capítulo V: Da Habilitação e da Reabilitação Profissional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 Maio 1999, atualizado jan. 2010.

_____. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

_____. Decreto nº 8.725, de 27 de abril de 2016. Institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016b; 28 abr.

_____. Ministério da Previdência Social. O que você precisa saber sobre a Previdência Social. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2004.

_____. Ministério da Previdência Social. Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional, 2016c.

_____. Ministério da Previdência Social. Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília; 2001.

_____. Ministério da Saúde. 3.^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: *trabalhar, sim! adoecer, não!*, coletânea de textos. Brasília : Ministério da Saúde do Brasil, 2005a. 214 p.

_____. Ministério da Saúde. Relatório Final da 4^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria N° 1199, de 28 de Outubro de 2003. Brasília-DF; 2003.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 800, 2005b. Aprova a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

_____. Projeto Reabilitação Profissional: Articulando Ações em Saúde do Trabalhador e Construindo a (Re)habilitação Integral. Brasília, 2013.

Bregalda, MM.; Lopes, RE. A reabilitação profissional no INSS: caminhos da terapia ocupacional Saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 479- 493, 2016.

Bronzo, C. Intersetorialidade como princípio e prática nas políticas públicas: reflexões a partir do tema do enfrentamento da pobreza. In: XX Concurso del CLAD sobre reforma del Estado y modernización de La administración pública “¿Cómo enfrentar los desafíos de la transversalidad y de la intersectorialidad em a gestión pública?” Caracas, 2007.

Carvalho Neto, A M. Relações de trabalho e negociação coletiva na virada do milênio. Petrópolis: Vozes, 2001.

Castel, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. 7^a ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

Celade/Cepal. Observatório demográfico n. 2: población económicamente activa. Santiago: Nações Unidas, 2006.

Celade. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. Revisión 2015.

Cellard, A. A análise documental. In: Poupart, J. et al. (Org.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 295-316.

Cestari, E.; Carlotto, M.S. Reabilitação Profissional: o que Pensa o Trabalhador Sobre Sua Reinserção. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 93-115, 2012.

Chung EY, Packer TL. Outcomes and impact of community-based rehabilitation programmes in Chinese communities. *Disabil Rehabil*.

Clot, Y. *Le travail à coeur - pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: Éditions La Découverte, 2010.

Costa, HJ. *Manual de Acidente do Trabalho*. 2ª. ed. Curitiba: Juruá, 2006.

Ennes, L. *Trabalho e Serviço Social: o trabalho do assistente social na Previdência Social brasileira no contexto da contrarreforma do Estado*. 2012. 194f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgsvicosocial/files/2012/05/lydmara.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

Fundacentro. *Proposta de diretrizes para uma política de reabilitação profissional*. São Paulo: Fundacentro, 2013. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/carcINSTITUI%C3%87%C3%83O%20RESPONS%C3%81VEL.pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.

Gomes, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo, MCS.; Deslandes, S.F. *Pesquisa Social: Teoria, Método, Criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 79-108.

Gonçalves, AS.; Guará, IMFR. *Redes de proteção social na comunidade* In: Guará, IMFR. (org.) *Redes de proteção social. Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente*, 2010.

Granemann, S.. *O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade* In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: Cfess/ABEPSS, 2009.

Harvey, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 18 ed. São Paulo: Loyola, 2009.

Hemp P. Presenteeism: at work - but out of it. *Harv Bus Rev*. 2004;82(10):49-58.

Iamamoto, MV. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

Iamamoto, MV. *Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos*. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro, 2016.

Inojosa, RM. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersetorialidade. Cadernos Fundap n.22, p.102-110, 2001.

Instituto Nacional do Seguro Social. Despacho Decisório nº 129. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social; 2018.

Junqueira, LAP; Inojosa, RM; Komatsu, S. Descentralização e Intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: XI Concurso de ensayos Del clad Caracas: "El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones". Caracas, p. 1-75, 1997.

_____. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

_____. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, USP, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan-abr, 2004.

Lancman S. Saúde mental e trabalho: repensando a ação em terapia ocupacional, 2004. 189 f. Tese (Livre Docência em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

Leão, LHC; Vasconcellos, LCF. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 20, n. 1, mar. 2011.

Machado, JMH; Porto, MFS. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. Epidemiol. Serv. Saúde, v.12 n.3 Brasília set. 2003.

Maeno, M & Pararelli, R. O trabalho como ele é e a saúde mental do trabalhador. In: Silveira, MA. (org.). Inovação para o desenvolvimento de organizações sustentáveis: trabalho, fatores psicossociais e ambiente saudável. Campinas, Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer, 2013.

Maeno, M.; Takahashi, MAC.; Lima, MAG. Reabilitação Profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiatr.*, v. 16, n. 2, p. 53-58, 2009.

Maeno, M.; Vilela, RAG. Reabilitação Profissional no Brasil: Elementos para a construção de uma Política Pública. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, vol. 35, n. 121, p. 87-99, jun. 2010.

Martins, JN.; Assunção, AA. A dor na doença músculo-esquelética associada ao trabalho. Cadernos de Psicologia. Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 61-76, 2002.

Marx, K. A Produção da Mais Valia Absoluta. In: O Capital. Tradução: Reginaldo Sant'Anna. 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.

_____. O capital: crítica da economia política: livro I, vol.1, 28. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

Meijer, EM et al. Evaluation of effective return to work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, v. 78, p. 523-532, 2005.

MF – Ministério da Fazenda, Secretaria de Previdência. DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Acidentários Concedidos, segundo os Códigos da CID – 10: 2017. Brasília: ME/DATAPREV; 2018. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas/tabelas-cid-10/>>. Acesso em 03 jun 2019.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª Ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2013.

Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. Anuário Estatístico da Previdência Social 2016. Brasília: MF/DATAPREV, 2018.

Mioto, RCT. Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias. In: Conselho Federal de Serviço Social - CFESS/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. v. 1. 2009.

Mioto, RCT; Schutz, F. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. In: O direito à saúde e a proteção social em faixas de fronteiras: um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul. 2011, Pelotas/RS.

Miranda, CB. Aspectos do cenário atual de reabilitação profissional no Brasil: avanços e retrocessos. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018; 34(8).

Monnerat, GL.; Senna, MC. Seguridade Social no Brasil: dilemas e desafios. In: MOROSINI, MV.; REIS, JRF. Sociedade, Estado e direito à saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Monnerat GL, Souza RG. Política Social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *SER Social* 2009; 12(26):200-220.

Moom, W.; Geicker, O. Disability: concepts and definitions. In: *Disability and work*. Encyclopedia of occupational health and safety. Geneva: OIT, 1998. p. 17.14-17.18. CD-ROM.

Mota, AE. Cultura da crise e Seguridade Social. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

Nascimento, S. do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010.

Netto, JP. Introdução ao estudo do método de Marx. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011. 64 p.

Neves, MA. Dilema dos empreendimentos solidários: entre a precarização e a inserção social. In: Georges, Isabel; Leite, Márcia de Paula (Org.). *Novas configurações do trabalho e economia solidária*. São Paulo: Annablume, 2012.

Pereira, CP. Proteção Social no capitalismo: crítica a teorias e ideologias conflitantes. São Paulo: Cortez, 2016.

Pereira, MCC. O Serviço de Reabilitação Profissional Previdenciário: desafios para sua consolidação. Dissertação (Mestrado) – Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106935/317906.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 out 2018.

Pereira, KYL.; Teixeira, SM. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. *Textos e Contextos* (Porto Alegre), v. 12, n. 1, jan./jun., 2013.

Pereira, PAP. Proteção Social contemporânea: cui prodest? *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 116, p. 636-651, 2013.

Pinto, G. A organização do trabalho no século XX: Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

Portal Educação. Redes Sociais como forma de intervenção no Serviço Social. 2012. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/24974/redes-sociais-como-forma-de-intervencao-no-servico-social>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

Porto, MFS.; Lacaz, FAC.; Machado, JMH. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: contribuições e limites da vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 192-206, set./dez. 2003.

Quivy, R.; Campendhout, LV. As entrevistas exploratórias. In: *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Gradiva: Lisboa, 1998. p. 69-86.

Rezende, M.; Baptista, TWF.; Amâncio Filho, A. O legado da construção do sistema de proteção social brasileiro para a intersectorialidade. *Trabalho Educação Saúde*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 301-322, ago. 2015.

Rodrigues, PFV. Um estudo com trabalhadores acidentados da indústria da construção civil do Município de Porto Alegre (RS) 2000-2002. 2005. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. 136 p.

Sampaio, RF; Silveira, AM; Viana, SO; Oliveira, GBA; Frade, F. Implantação de serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. *Fisioter. Pesqui.* 2005; 12(2):28-34.

Santos GSH, Lopes RE. A (in)elegibilidade de trabalhadores encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS. *Revista Katálysis* 2015; 18:151-61.

Santos, RCJ.; Santos, MB. Reabilitação física e reabilitação profissional: uma reflexão sobre a interface clínica e intersetorial no tratamento terapêutico ocupacional de uma trabalhadora. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 25, n. 4, p. 817-824, 2017.

Sardá Júnior, JJ; Kupek, E; Cruz, RM; Bartilotti, C; Cherem, AJ. Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta fisiátrica*. 2009;16(2):81-86.

Seligmann-Silva, E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez Editora, 2012.

Silva-Junior, JS. Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal. 2016. 138 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Silva, MLL. (Des) estruturação do trabalho e condições para a universalização da Previdência Social no Brasil. 2011. 359f. Tese (Doutorado em Política Social). Universidade de Brasília, Brasília.

_____. Previdência Social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo: Cortez, 2012.

Simonelli, AP. et al. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, v. 35, n. 121, p.64-73, 2010.

Sposati, A. Proteção Social e Seguridade Social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013.

Takahashi, MAC.; Canesqui, AM. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1473-1483, set-out, 2003.

Takahashi, MABC; Iguti, AM. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social?. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.11, pp.2661-2670. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100021>.

Toldrá, RC, Daldon, MTB, Santos, MC e Lancman, S. (2010). Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 10-22.

Trad, LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

Tumelero, SM. Intersetorialidade na gestão social de políticas públicas. In: Anais do VI Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social/ENAPEGS. São Paulo, 2012.

Vianna, MLTW. A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., Benavides, FG. & Benach, J. (2010). The Employment Precariousness Scale (EPRES): psychometric properties of a new tool for epidemiological studies among waged and salaried workers. *Occupational & Environmental Medicine*, 67 (8), 548-555.

Yin, RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário para entrevista semiestruturada com trabalhadores que retornaram ao trabalho após afastamento por doença

Identificação

Nome: (fictício) _____ Sexo: () homem () mulher

Idade: _____ Cor/raça: _____ Escolaridade: _____

Causa do afastamento do trabalho/diagnóstico: _____

Ocupação anterior ao PRP*: _____

Ocupação atual: _____

Curso de capacitação/treinamento durante o PRP: _____

Situação empregatícia:

()Empregado urbano	()Empregado rural	()Empregado doméstico
()Contribuinte individual	()Empregador	()Desempregado
()Outra _____		

Roteiro de entrevista

1. O que significou o período que esteve em reabilitação profissional pelo INSS?
2. Qual foi a sua percepção com relação aos aspectos facilitadores e dificultadores do seu retorno ao trabalho (conforme os fatores pessoal, organizacional (ambiente de trabalho), INSS (PRP), entre outros)?
3. Você está exercendo a atividade no qual foi reabilitado?

Grata por sua colaboração.

*PRP – Programa de Reabilitação Profissional.

ANEXO 2 – Questionário para entrevista semiestruturada com representante da Instituição colaboradora

Identificação

Nome: (fictício)

Sexo: () homem () mulher

Escolaridade: _____ Área de atuação profissional: _____

Quanto tempo atua na instituição colaboradora? _____

Roteiro de entrevista

1. Como se dá a parceria entre o INSS e a instituição colaboradora?
2. De que modo acontece a capacitação profissional dos reabilitandos?
3. Qual a sua percepção com relação aos aspectos que facilitam ou dificultam a integração de ações entre o INSS e demais setores?

Grata por sua colaboração.

ANEXO 3 – Roteiro para grupo focal com reabilitandos

Questões

1. Qual a sua percepção do processo de reabilitação profissional realizado pelo INSS?
2. Como você acredita que será o seu retorno ao trabalho?

Obrigada por sua colaboração!

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **Reabilitação Profissional e Práticas Intersetoriais**.

Você foi selecionado de forma intencional e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou a instituição.

Durante a pesquisa, o participante estará exposto a risco mínimo devido à coleta de dados com relação a questões sensíveis (diagnóstico de doença, por exemplo).

O objetivo deste estudo é caracterizar o processo de reabilitação profissional no contexto do INSS, com destaque nas práticas intersetoriais, na perspectiva da efetiva reinserção social e profissional de trabalhadores afastados por doença.

Sua atuação nesta pesquisa consistirá em participar de entrevista com questões relativas ao programa de reabilitação profissional (atividades, acompanhamento da equipe de reabilitação, expectativas de retorno ao trabalho). Os benefícios relacionados com a sua participação encontram-se na contribuição para a melhoria do serviço de reabilitação profissional do INSS, além disso, torna-se uma oportunidade de participação na gestão pública. Sua colaboração pode contribuir na proposição de soluções e no auxílio para que outros trabalhadores em processo de reabilitação tenham um retorno ao trabalho de forma digna. A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas e assegura-se o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação – privacidade assegurada. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o e-mail da pesquisadora principal. Em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos, procurar esclarecimentos com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo – SP/ telefone: 3061-7779);

Horário de funcionamento: das 7h às 13h.

Pesquisadora responsável: Mariah de Jesus de Sousa Faustino Silva

Declaro que entendi os objetivos de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar da pesquisa.

Nome e assinatura do Participante da Pesquisa

São Paulo, _____/_____/_____

CURRÍCULO LATTES

MARIAH DE JESUS DE SOUSA FAUSTINO SILVA

Imprimir
currículo

Mariah de Jesus de Sousa Faustino Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2287476654190281>

Última atualização do currículo em 11/10/2018

Resumo informado pelo autor

Mestranda em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (PPG-SP/USP). Assistente social do Instituto Nacional do Seguro Social desde 2009. Graduada em Serviço Social (2003) pela Universidade Estadual do Ceará. Experiências nas seguintes áreas: Assistência Social, Previdência Social, Saúde do Trabalhador e Saúde Mental.

(Texto informado pelo autor)

Formação acadêmica/titulação

2017 Mestrado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
Orientador: Profa. Dra. Frida Marina Fisher

1998 - 2003 Graduação em Serviço Social.
Universidade Estadual do Ceará, UECE, Fortaleza, Brasil
Título: Trabalho, Habilitação Social e Psicose: Estudo Comparado de Casos
Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

PROFA. DRA. FRIDA MARINA FISCHER

Frida Marina Fischer**Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1B**Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0894690311392249>

Última atualização do currículo em 19/07/2019

Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade de São Paulo (USP), (1971), mestrado em Saúde Pública pela USP(1980) e doutorado em Saúde Pública pela USP (1984). Realizou pós-doutorado no Institute of Occupational Health (Dortmund, Alemanha, 1984), Especialização em Ergonomia (Instituto de Psicologia da USP). Desde agosto de 1998 é professora titular da Universidade de São Paulo. Faz parte do Conselho Científico da Associação Brasileira de Ergonomia. É membro da Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Foi presidente da Working Time Society e chair do SubComitê da ICOH Shiftwork and Working Time, de 2010 a abril de 2018. Foi eleita membro do Board da International Commission on Occupational Health em abril de 2018 por um período de três anos. É editora associada da Revista de Saúde Pública desde 2005; Editora Associada da Revista Brasileira de Epidemiologia; Editora científica da Revista Brasileira de Medicina do Trabalho (juntamente com a Prof. Elizabeth Dias). Membro do Board do Journal of Occupational Health Psychology e Contributing Editor da American Journal Industrial Medicine. Tem experiência em pesquisa e ensino na área de Saúde Coletiva, Saúde Pública, com ênfase em Saúde do Trabalhador, atuando principalmente nos seguintes temas: ergonomia, doenças relacionadas ao trabalho, organização do trabalho, trabalho em turnos e noturno, envelhecimento funcional precoce (early aging), trabalho de jovens adultos e de adolescentes. Parecerista ad hoc de agências de fomento nacionais (CNPq, CAPES, FAPESP, entre outras). Parecerista ad hoc de vários periódicos nacionais e internacionais. Em 2012 recebeu o título de "Fellow" da International Ergonomics Association. Bolsista de Produtividade do CNPq, IB. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Frida Marina Fischer
Nome em citações bibliográficas	FISCHER, F. M.;Fischer, Frida Marina;Fischer, Frida;Fischer, Frida M;Fischer, Frida M.;Fischer, F M;Fischer, F. Marina;Fischer, F.;Fischer;FISCHER, FM;FISCHER FRIDA, M;FM, FISCHER

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Ambiental. Avenida Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617116 Fax: (11) 30617755 URL da Homepage: www.fsp.usp.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1981 - 1984	<p>Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Absentismo e acidentes de trabalho entre trabalhadores em turnos de indústrias automobilísticas, Ano de obtenção: 1984. Orientador: Prof titular Jorge da Rocha Gomes. Palavras-chave: Trabalho em turnos; Absentismo no trabalho; Acidentes do trabalho; Indústria automobilística; Saúde Ocupacional. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Ergonomia. Setores de atividade: Saúde Humana; Produtos e Serviços Voltados Para A Defesa e Proteção do Meio Ambiente, Incluindo O Desenvolvimento Sustentado; Indústria Metal-Mecânica.</p>
1972 - 1980	<p>Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Trabalho em turnos: Alguns aspectos econômicos, médicos e sociais, Ano de Obtenção: 1980. Orientador: Prof titular Diogo Pupo Nogueira. Palavras-chave: Trabalho em turnos; Trabalho noturno; Saúde Ocupacional; Acidentes de trabalho. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Saúde Humana; Produtos e Serviços Voltados Para A Defesa e Proteção do Meio Ambiente, Incluindo O Desenvolvimento Sustentado.</p>
1968 - 1971	<p>Graduação em Ciências Biológicas. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.</p>
1967 - 1967	<p>Ensino Médio (2º grau). Colégio Pais Leme, CPL, Brasil.</p>
1965 - 1966	<p>Ensino Médio (2º grau). Colégio Estadual de Araguari, CEA, Brasil.</p>
1961 - 1964	<p>Ensino Fundamental (1º grau). Colégio Estadual de Araguari, CEA, Brasil.</p>
1957 - 1960	<p>Ensino Fundamental (1º grau). Grupo Escolar Raul Soares, GERS, Brasil.</p>

Pós-doutorado e Livre-docência

1990	<p>Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Condições de vida e de trabalho de trabalhadores da indústria petroquímica, Ano de obtenção: 1990. Palavras-chave: Trabalho em turnos; Organização do Trabalho; Indústria Petroquímica; Saúde Ocupacional. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Saúde Humana; Produtos e Serviços Voltados Para A Defesa e Proteção do Meio Ambiente, Incluindo O Desenvolvimento Sustentado.</p>
1984 - 1984	<p>Pós-Doutorado. Arbeitsphysiologie Institut An Der Universität Dortmund, AIUD, Alemanha. Bolsista do(a): Deutscher Akademischer Austauschdienst, DAAD, Alemanha. Grande área: Ciências da Saúde</p>