



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Melina Trento Vendrameto Tessarro

**Reabilitação Profissional do INSS:
uma análise à luz do Laboratório de Mudanças**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para obtenção do título de mestre em
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Idelberto Muniz de Almeida

Coorientador: Prof. Dr. Marco Antonio Pereira Querol

Botucatu
2019

Melina Trento Vendrameto Tessarro

**Reabilitação Profissional do INSS:
uma análise à luz do Laboratório de Mudanças**

Projeto integrado à Pesquisa Temática: “Acidente de trabalho: Da análise sócio técnica à construção social de mudanças” FAPESP, Proc. 2012/04721-1 (Temático).

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Idelberto Muniz de Almeida

Coorientador: Prof. Dr. Marco Antonio Pereira Querol

Botucatu

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Tessarro, Melina Trento Vendrameto.

Reabilitação profissional do INSS : uma análise à luz
do laboratório de mudanças / Melina Trento Vendrameto
Tessarro. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Idelberto Muniz de Almeida

Coorientador: Marco Antonio Pereira Querol

Capes: 40600009

1. Instituto Nacional do Seguro Social (Brasil). 2.
Previdência social. 3. Reabilitação profissional.
4.Trabalho. 5. Saúde do trabalhador.

Palavras-chave: INSS; Laboratório de Mudanças;
Reabilitação Profissional.

Melina Trento Vendrameto Tessarro

Reabilitação Profissional do INSS: uma análise à luz do Laboratório de Mudanças

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de mestre em saúde coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Idelberto Muniz de Almeida
Coorientador: Prof. Dr. Marco Antonio Pereira Querol

Comissão examinadora:

Prof. Dr. Idelberto Muniz de Almeida
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prof.^a. Dra. Mara Alice Batista Conti Takahashi
Universidade de São Paulo – USP
Faculdade de Saúde Pública

Prof.^a. Dra. Manoela Gomes Reis Lopes
Universidade Federal do Amapá – UNIFAP
Dep. de Ciências Biológicas e da Saúde

Botucatu, 20 de maio de 2019.

A amiga e colega de trabalho Meire
Luzia de Freitas, pela dedicação e
cuidado aos trabalhadores em
processo de reabilitação profissional.
Saudades.

Agradecimentos

Agradeço ao meu esposo Rafael, pela paciência, companheirismo e apoio ao longo desse trabalho, e aos meus pais, Cecília e José Carlos, por sempre me incentivarem na busca por realizações e crescimento.

Agradeço o professor Ildeberto pela oportunidade de tê-lo como orientador e pelo envolvimento no desafio do estudo, assim como pela compreensão das dificuldades e limitações encontradas na execução deste.

Ao professor Marco Querol agradeço a competência na co-orientação e principalmente à clareza e prontidão constantes. Suas contribuições me trouxeram grande aprendizado e foram essenciais para conclusão desta pesquisa.

Sou grata ao professor Rodolfo Vilela e à equipe de profissionais do Projeto Temático, pelo suporte técnico e espaços de aprendizado disponibilizados.

Agradeço, em especial, à Mara Takahashi, pelas brilhantes contribuições e disponibilidade sempre.

Agradeço à Têra, gerente da Agência de Previdência Social de Jaú, pela confiança, motivação e suporte para realização do presente trabalho e à Aline, amiga e colega de trabalho, pelas discussões e apoio durante todo o processo.

Agradeço à Dra. Ludmila Cândida de Braga, que me estimulou a estudar sobre a área de saúde do trabalhador e muito me ensinou e ensina.

E por fim, à Carmem Lúcia Ebúrneo da Silva pela revisão gramatical do trabalho.

RESUMO

TESSARRO, M.T.V. **Reabilitação Profissional do INSS: uma análise à luz do Laboratório de Mudanças**. 2019. 121 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

Introdução: No Brasil, o serviço de Reabilitação Profissional – RP é oferecido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e destinado aos trabalhadores contribuintes da Previdência Social com incapacidades para o trabalho, seus dependentes e pessoas com deficiência. Entende-se a prática da RP como resposta pública à questão da incapacidade, a saber, um processo para eliminar barreiras existentes ao retorno e permanência no trabalho após o estabelecimento de limitações. Porém, nas últimas décadas, transformações ocorridas na prestação do serviço de RP, pela previdência social, fizeram emergir problemas que refletem descompasso entre seus reais resultados e o que se espera como política pública de inclusão social. **Objetivo:** Este estudo objetiva compreender as causas sistêmicas e históricas dos distúrbios que ocorrem no serviço de reabilitação profissional desenvolvido pelo INSS na Agência de Previdência Social de Jaú/SP. Com isso, busca-se identificar as principais contradições e fontes de dificuldades percebidas pelos atores envolvidos no processo de RP e, assim, produzir informações que ajudem superar as contradições do modelo vigente. **Método:** Trata-se de pesquisa qualitativa apoiada em intervenção segundo Laboratório de Mudança (LM). A casuística do estudo foi composta por profissionais atuantes no serviço em estudo, representantes de empresas e segurado em processo de RP. O trabalho envolveu coleta de dados etnográficos, com análise documental, entrevistas individuais, que serviram como dados espelho para as sessões do LM. Baseando-se no ciclo de aprendizagem expansiva, as etapas desenvolvidas foram questionamento de problemas e análise histórica e empírica atual do sistema de atividade (SA) da RP. **Resultados:** A análise histórica identificou três períodos distintos, considerando eventos críticos que representaram mudanças na atividade em estudo. Podemos afirmar que o sistema da RP se transformou historicamente e levou a contradições entre componentes objeto, sujeitos e instrumentos. A redução do objeto da RP, para oferta de qualificação profissional, mostrou-se incompatível com sistema apoiado na oferta de serviços por atores externos à previdência social, sem articulação e coordenação desses serviços. Foram identificadas, também, dificuldades do sistema de atividade em lidar com objeto pré-definido como não elegível à RP, segundo seus critérios, embora imposto por determinação judicial. Além disso, a diminuição da capacidade instalada e acúmulo de tarefas pelos profissionais (mudanças na divisão do trabalho) impactam no atendimento à demanda do serviço. Tal realidade demonstra que há um descompasso entre a evolução histórica do SA da RP e as necessidades do objeto. **Conclusão:** O estudo possibilitou análise dos distúrbios do sistema de atividade da RP percebidos pelos atores envolvidos no processo e trouxe contribuições para desenvolvimento da atividade, apresentando potencial para enriquecer e testar as hipóteses de contradições e avançar na modelagem e implementação de nova proposta para a reabilitação profissional, a qual idealmente deveria ser testada em nível local.

Palavras-chave: Reabilitação Profissional; INSS; Laboratório de Mudança.

ABSTRACT

TESSARRO, M.T.V. **Vocational Rehabilitation of INSS: an analysis in the light of the Change Laboratory**. 2019. 121 p. Dissertation (Master degree) – Medicine University of Botucatu, Public Health Department. Paulista State University, Botucatu, 2019.

Introduction: In Brazil, the Professional Rehabilitation (PR) service is offered by the National Social Security Institute (INSS) and is intended for contributing workers of Social Security with work disabilities, their dependents and people with disabilities. The practice of PR is understood as a public response to the issue of disability, a process to eliminate existing barriers to return and to stay in work after the establishment of disability. However, in recent decades, changes in the provision of PR services by social security have created problems that reflect a mismatch between their actual results and what is expected as a public policy of social inclusion. **Objective:** This study aims to understand the systemic and historical causes of the disturbances that occur in the professional rehabilitation service developed by the INSS at the Social Security Agency of Jaú / SP. With this, it is expected to identify the main contradictions and sources of difficulties perceived by the actors involved in the PR process and, thus, produce information that helps to overcome the contradictions of the current model. **Method:** This is qualitative research supported by intervention according to the Change Laboratory (CM). The casuistry of the study was composed of professionals working in the PR service, representatives of companies and insured in the process of PR. The work involved the collection of ethnographic data, with documentary analysis, individual interviews, which served as mirror data for LM sessions. Based on the expansive learning cycle, the stages developed were questioning of problems and historical and empirical analysis of the activity system (SA) of PR. **Results:** The historical analysis identified three distinct periods, considering critical events that represented changes in the activity in study. We can say that the PR system has historically transformed and create contradictions between components: object, subjects and instruments. The reduction of the object of the PR to the offer of professional qualification showed to be incompatible with a system supported by the provision of services by actors external to social security, without articulation and coordination of these services. Also identified are difficulties of the system of activity in dealing with pre-defined object as ineligible to the PR, according to its criteria, however that is imposed by judicial determination. In addition, the reduction of installed capacity and the accumulation of tasks by the professionals (changes in the division of labor) impact on the service demand. This reality shows that there is a mismatch between the historical evolution of SA of PR and the needs of the object. **Conclusion:** The study allowed the analysis of the disturbances of the RP activity system perceived by the actors involved in the process and brought contributions to the development of the activity, presenting the potential to enrich and test the hypothesis of contradictions and to advance in the modeling and implementation of a new proposal for rehabilitation which should ideally be tested at the local.

Key-words: Vocational Rehabilitation; INSS; Change Laboratory

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- INTERAÇÃO ENTRE OS COMPONENTES DA CIF	16
FIGURA 2- ARENA DA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO.....	17
FIGURA 3- A ESTRUTURA DO SISTEMA DE ATIVIDADE HUMANA.....	23
FIGURA 4- O CICLO DE APRENDIZAGEM EXPANSIVA	25
FIGURA 5 – FASES DO CICLO DE APRENDIZAGEM EXPANSIVA ALCANÇADAS NO ESTUDO	40
FIGURA 6- REPRESENTAÇÃO NO SISTEMA DA ATIVIDADE DA CONTRADIÇÃO ENTRE SUJEITO E OBJETO	66
FIGURA 7- REPRESENTAÇÃO NO SISTEMA DA ATIVIDADE DA CONTRADIÇÃO ENTRE DIVISÃO DO TRABALHO E OBJETO	67
FIGURA 8- REPRESENTAÇÃO NO SISTEMA DE ATIVIDADE DA CONTRADIÇÃO ENTRE OBJETO E INSTRUMENTOS.....	68
FIGURA 9- REPRESENTAÇÃO NO SISTEMA DE ATIVIDADE DA CONTRADIÇÃO ENTRE OBJETO, DETERMINADO PELA JUSTIÇA, E INSTRUMENTOS	69
FIGURA 10- POSSÍVEIS DESFECHOS DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS ..	79
FIGURA 11- FLUXOGRAMA PRESCRITO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.....	81
FIGURA 12- FLUXOGRAMA REAL DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DA APS JAÚ	82
FIGURA 13- FLUXO DE ATENDIMENTO – CASO 1.....	86
FIGURA 14- FLUXO DE ATENDIMENTO – CASO 2.....	92
FIGURA 15- FLUXO DE ATENDIMENTO – CASO 3.....	97

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – RESUMO DA PESQUISA	30
QUADRO 2. ENTREVISTAS REALIZADAS.....	37
QUADRO 3. SESSÕES DO LABORATÓRIO DE MUDANÇAS	38
QUADRO 4. PROCEDIMENTOS DIVERSOS	40
QUADRO 5. LINHA HISTÓRICA DO SISTEMA DE ATIVIDADE DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Agência de Previdência Social

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CRP – Centro de Reabilitação Profissional

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DORT – Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

FAPL – Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

NRP – Núcleo de Reabilitação Profissional

RP – Reabilitação Profissional

SRP – Sistema de Reabilitação Profissional

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INCAPACIDADE E REABILITAÇÃO PROFISIONAL.....	13
2 CONCEITOS TEÓRICOS	22
2.1 A Teoria Histórico-Cultural da Atividade	22
2.2 Teoria da Aprendizagem Expansiva	24
2.3 Laboratório de Mudanças.....	26
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo Geral.....	28
3.2 Objetivos específicos:	28
4 MÉTODO E PROCESSO DE PESQUISA.....	29
4.1 Perguntas de Pesquisa	29
4.2 Metodologia e processos de desenvolvimento da pesquisa	31
4.2.1 Negociação	32
4.2.2 Mapeamento da situação.....	34
4.2.3 Análise dos dados.....	41
4.2.3.1 Análise histórica	41
4.2.3.2 Análise empírica	42
4.3 Questões éticas	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
5.1 O desenvolvimento da atividade da reabilitação profissional	45
5.1.1 1º Período: de 1943 a 1960	46
5.1.2 2º período: A reabilitação profissional de 1960 a 2000	47
5.1.3 3º período: A reabilitação profissional de 2001 até os dias atuais	51
5.2 Contradições históricas da atividade	65
5.3 Análise empírica atual da atividade de reabilitação profissional na Agência de Previdência Social de Jaú	71
5.3.1 As rotinas de atendimento do serviço de Reabilitação Profissional da APS Jaú.....	71

5.3.2 CASO 1 - Descrição.....	84
5.3.2.1 Caso 1 - Análise	87
5.3.3 CASO 2 - Descrição.....	90
5.3.3.1 Caso 2 – Análise	93
5.3.4 CASO 3 - Descrição.....	95
5.3.4.1 Caso 3 - Análise	98
6 CONCLUSÕES	100
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICES	114
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
APÊNDICE B – Roteiro para entrevistas com servidores do INSS	117
APÊNDICE C – Roteiro para entrevista com empresas	119
APÊNDICE D – Roteiro para entrevistas com reabilitados/reabilitandos	120
ANEXOS	122
ANEXO 1 - Possíveis conclusões da avaliação do potencial laborativo de segurado encaminhado ao serviço de Reabilitação Profissional	123
ANEXO 2 - Possíveis conclusões do Programa de Reabilitação Profissional.....	124

APRESENTAÇÃO

O interesse em realizar o presente estudo surgiu da prática profissional da autora, como assistente social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), em cargo de Analista do Seguro Social, com formação em Serviço Social, atuando junto ao serviço de reabilitação profissional (RP) deste instituto, desde final de 2012.

Diante da fila de espera de segurados encaminhados ao programa de RP, por vias judiciais e pela perícia médica do instituto, que permanecem longos períodos afastados do trabalho e esperando o acesso ao programa, uma grande inquietação tomou conta da autora e foi o impulso inicial desta pesquisa. Somaram-se a isso os questionamentos de trabalhadores em processo de reabilitação profissional, suas incertezas e receios do retorno ao mercado de trabalho, mesmo após terem cumprido o programa de RP da autarquia federal.

A aproximação da pesquisadora à área de saúde do trabalhador deu-se em vínculo de trabalho anterior, em Seção Técnica de Saúde da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, campus de Botucatu, onde atuou como assistente social, principalmente em ações voltadas à readaptação de servidores que se encontravam afastados do trabalho na universidade. A referida unidade é responsável pela realização de todos os procedimentos em perícia médica e saúde do trabalhador, incluindo o programa de readaptação ao trabalho aos servidores unespianos de Botucatu.

Ressalta-se que o presente estudo é um subprojeto integrado à Pesquisa Temática intitulada “Acidente de trabalho: Da análise sócio técnica à construção social de mudanças”, FAPESP, Proc. 2012/04721-1, sob responsabilidade do pesquisador Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, CAAE nº 11886113.5.0000.5421.

1 INCAPACIDADE E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Nas últimas décadas, o mundo do trabalho tem sofrido grandes mudanças com a introdução de novas tecnologias e novas formas de organização do trabalho. A flexibilização produtiva, desregulamentações, terceirizações, novas formas de gestão do capital, trouxeram consequências à “classe-que-vive-do-trabalho”, originando novos processos de adoecimento e dificuldades para reabilitação, retorno e permanência no trabalho (ANTUNES, 2011; TOLDRÁ et al, 2010).

Historicamente os serviços de reabilitação profissional são estratégias de regulação econômica dos sistemas previdenciários, pois têm o intuito de reduzir o tempo de concessão de benefícios, mas também a finalidade de redução e superação das desvantagens produzidas pelas incapacidades (MOON; GEICKER, 1998).

Como regra geral, os serviços de reabilitação profissional acompanham os serviços de apoio ao emprego e renda, pois visam colocar o indivíduo com deficiência ou incapacidade em condições para (re) integração à vida profissional e sociedade em geral. (SEYFRIED. 1988)

A integração profissional das pessoas com deficiência é apoiada pela atribuição de assistência financeira, pelo acompanhamento de disposições no domínio da formação profissional e pela adaptação do local de trabalho às necessidades especiais do trabalhador com deficiência. Aqui, novamente, as práticas variam muito entre os diferentes países. A gama de benefícios vai desde alocações financeiras relativamente pequenas e de curto prazo até medidas de reabilitação vocacional em larga escala e em longo prazo. (MOMM; GEIECKER, 1998)

No Brasil, o serviço oficial de reabilitação profissional é oferecido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e destinado aos trabalhadores contribuintes da previdência social e seus dependentes, bem como às pessoas com deficiência.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a previdência social com seu caráter contributivo e obrigatório, constitui o tripé da seguridade social, juntamente à saúde e à assistência social.

A reabilitação profissional, um dos serviços previdenciários, é definida pelo artigo 89 da Lei Federal nº 8.213, de 1991, da seguinte forma:

A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho e as pessoas

portadoras de deficiências os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participarem do mercado de trabalho e do contexto em que vivem (BRASIL, 1991, art. 89).

Por habilitação profissional, Del-Masso (2014) entende a criação de uma nova habilidade. Já a reabilitação profissional, descreve ser um “processo complexo e dinâmico que envolve capacitação ou readaptação a uma nova atividade”, com suporte educacional.

A prática da reabilitação profissional pode ser encarada como o processo para eliminar as barreiras existentes ao retorno, permanência ou reintegração ao trabalho após o estabelecimento de incapacidade (COSTA-BLACK, 2010).

Na Convenção da OIT nº 159, relativa à reabilitação profissional e emprego (pessoas com deficiência), adotada em 1983 e promulgada pelo Decreto 129 em 1991, a reabilitação profissional é considerada “como uma forma de permitir a uma pessoa com deficiência obter, conservar e avançar num emprego adequado e integração ou reintegração dessa pessoa na sociedade” (SEYFRIED, 1998).

Segundo Takahashi et al. (2010), “a prática da reabilitação profissional é a resposta pública à questão da incapacidade para o trabalho [...]”. A complexidade da matéria se mostra evidente diante da simples busca dos sentidos atribuídos ao termo incapacidade.

Nos dois últimos séculos, o conceito de incapacidade para o trabalho sofreu mudanças. Os avanços advindos da revolução industrial no século XVIII e XIX, levaram à reorganização do modo de produção e da força de trabalho e consequentemente a um novo perfil de adoecimento e mortes, aumentando acidentes e doenças do trabalho.

No século XIX e início do XX, o que predominava era o modelo de explicação da incapacidade como tragédia pessoal, sendo que a assistência às pessoas com incapacidade era de responsabilidade das famílias, instituições de caridade, hospitais e igrejas. A Teoria da Desvantagem colocava os indivíduos que não podiam trabalhar como clientes potenciais dos sistemas de proteção social. (TAKAHASHI, 2006)

Foi com a eclosão da I Guerra Mundial, impulsionada pela revolução industrial, e a demanda de soldados feridos e a necessidade de aproveitá-los em tarefas leves, que surgiram os programas e instituições de reabilitação aos

acidentados e incapacitados para o trabalho. Ainda com a II Guerra Mundial, aumenta a necessidade de incorporação de pessoas acidentadas pelas fábricas e até mesmo atuação nas forças armadas diante da carência de recursos humanos. (MATSUO, 2002; TAKAHASHI, 2006).

Na década de 1970 surge uma nova concepção da incapacidade, o modelo social, que considera que esta decorre do descompasso do meio social às necessidades da pessoa incapacitada (Takahashi, 2006). Um dos primeiros a oferecer alternativa ao modelo biomédico foi o psiquiatra americano George Engel acreditando que além do biológico também é preciso compreender as dimensões psicológicas e sociais das doenças (ENGEL, 1977, apud COSTA-BLACK, 2013)

A Organização Internacional do Trabalho – OIT trata da incapacidade como um fenômeno de relação e a descreve como o efeito, determinado pelo entorno de uma deficiência, que ao interagir com outros fatores em um determinado contexto social, pode fazer com que o sujeito vivencie desvantagem pessoal, social e profissional. O chamado ‘entorno’ caracteriza-se por diversos fatores, tais como medidas de prevenção, correção, indenização, soluções tecnológicas e de adaptação e sua concreta influência sobre as consequências de uma deficiência (MOMM e RANSOM, 1998).

A incapacidade é fenômeno social e não atributo individual. A tendência atual é de superação de definições estruturadas sobre a culpa do indivíduo incapacitado e, contrariamente, adoção de outras concepções, que eliminem a perpetuação de situações de discriminação e exclusão (MOMM e RANSOM, 1998).

O conceito moderno de incapacidade situa a questão na intersecção entre as políticas sociais e de emprego. A incapacidade é, portanto, um termo de relevância social e profissional, mais que médica. (livre tradução da autora) (MOMM e RANSOM, 1998).

Em 2008, o Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela ONU, bem como seu Protocolo Facultativo, tendo assim, equivalência de emenda constitucional (Decreto Legislativo no 186, 2008 e Decreto no 6.949, de 25 de agosto de 2009). Com isso, o país assume a importância de transformação da avaliação da deficiência que era pautada no modelo voltado para critérios médicos e tornou-se pautada para o modelo biopsicossocial.

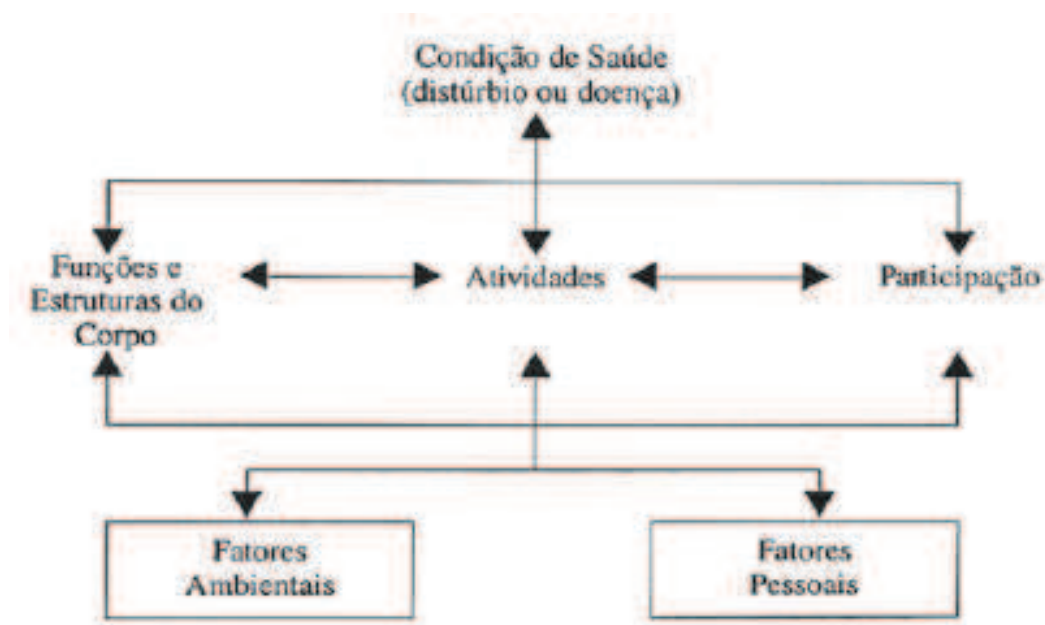
Dessa forma, o modelo clássico biomédico com enfoque na causalidade da doença, torna-se insuficiente para atuação do processo de superação da incapacidade.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (CIF, 2008), na qual o Brasil teve colaboração na produção, a incapacidade é um fenômeno multidimensional, resultado da interação entre pessoas e o ambiente físico e social na qual vivem, ultrapassando o conceito de incapacidade restrito aos aspectos físicos.

Como um modelo biopsicossocial, a CIF descreve incapacidade (ou a perda de funcionalidade), como uma questão de como a pessoa, após uma lesão ou doença, responde às atividades da vida diária e participação social. Nesta perspectiva, a funcionalidade (ou a falta dela) é dependente da interação dinâmica entre a condição de saúde do indivíduo e fatores contextuais que incluem aqueles de ordem pessoal-psicológicos e os fatores socioambientais” (COSTA-BLACK, 2013)

Abaixo, o diagrama que representa as interações dos componentes considerados pelo CIF, ou seja, a relação entre o estado ou condição de saúde e os fatores contextuais (ambientais e pessoais)

Figura 1 - Interação entre os componentes da CIF



Fonte: CIF, 2008

Vale ressaltar que a CIF se propõe a ser uma classificação de incapacidade e funcionalidade que pretende integrar o entendimento dos profissionais de reabilitação em geral sobre aspectos biomédicos, sociais e pessoais, sem o objetivo de ser um modelo de análise. Mas como avalia Costa-Black (2013, p.25), a CIF “não foi desenvolvida com atenção maior ao processo de trabalho e demandas do trabalho”.

Loisel et al. (autora precisa ver se padronizará et al.) (1994, 2001) propõe um modelo para ser utilizado em reabilitação profissional que sugere ações integradas direcionadas à prevenção da incapacidade para o trabalho. Neste modelo conceitual, representado na Figura 2, vários elementos, em seus diversos níveis, são considerados como influenciadores na deficiência: da pessoa (físico e psicossocial), local de trabalho (oportunidade e barreiras encontradas para o retorno), sistema de saúde e de remuneração compensatória (previdenciário), levando em conta os serviços de reabilitação prestado ao trabalhador. Nele são identificados os sistemas sociais que interagem no estabelecimento da incapacidade e da desvantagem voltadas para as questões do trabalho.

Figura 2 - Arena da Incapacidade para o trabalho



Fonte: Loisel et al, 2005

Qualificações profissionais sólidas ainda são elementos importantes para integração profissional, porém programas de reabilitação física e profissional não são mais adequados diante de mudanças e exigências do mercado e locais de trabalho, precisando de assistência adicional (SEYFRIED, 1998). Como destacam Momm e Ransom (1998), há necessidade de articulação de diversas medidas que associem suporte financeiro, acompanhamento do processo de profissionalização, adaptação do local de trabalho às necessidades das pessoas com incapacidade.

Em suma, o enfrentamento do problema da incapacidade passa, necessariamente, pelos determinantes estruturais e fatores sociais que a estabelecem (TAKAHASHI et al., 2010).

A identificação de facilitadores e dificultadores do processo de retorno ao trabalho possibilita intervenções sobre a prática e sua transformação. A literatura destaca que os fatores prognósticos do retorno ao trabalho após afastamento por motivo de doença podem ser divididos em três categorias: sociodemográficos, relacionados ao trabalho e relacionados à condição médica que motivou o afastamento (ØYEFLATEN et al., 2014).

Inúmeros fatores são apontados como preditores de insucesso do retorno ao trabalho. Para Toldrá et al (2010), o longo tempo de afastamento é um dos obstáculos para o retorno ao trabalho:

O longo período de afastamento e de desligamento da rotina do trabalho dá lugar a uma nova rotina, a trajetória de incapacitado para o trabalho, que deve cumprir uma série de compromissos junto aos órgãos de saúde e previdenciários, correndo o sério risco de perpetuação da situação de afastamento e cristalização no papel de doente/segurado.

Diversos estudos apresentam fatores prognósticos e barreiras do retorno ao trabalho, porém precisam ser aprofundados considerando a diversidade dos elementos encontrados. A listagem dos dificultadores inclui: idade avançada, baixa escolaridade, condições socioeconômicas precárias, o afastamento em si, alta precoce, tipo de ocupação, trabalhos com riscos psicossociais e/ou físicos, trabalho braçal, trabalho pouco qualificado, características predatórias das relações interpessoais no trabalho, conflitos entre trabalhador e chefia, altas exigências emocionais no trabalho, ausência de intervenções nos riscos ocupacionais, metas de

produtividade, gravidade das comorbidades, causa da incapacidade, auto percepção negativa do estado geral de saúde e atitudes discriminatórias para com o readaptando, ineficiência de programas de reabilitação profissional, mecanismos ineficientes de comunicação entre serviços, sistemas e políticas preventivas (TOLDRÁ et al., 2010; VIEIRA et al., 2010; IAKOVA et al. 2012; SALDANHA et al. 2013; ØYEFLATEN et al., 2014).

Da mesma forma, estudos apontam como facilitadores do processo de retorno ao trabalho: ausência de dor, suporte social no trabalho, apoio familiar, acolhimento pelas equipes de reabilitação, reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho, apoio de colegas e da chefia, intervenção nas condições de trabalho e engajamento dos empregadores no plano de retorno ao trabalho (GRAVINA, NOGUEIRA, ROCHA, 2003; WATANABE, 2004; SAMPAIO et al. 2005; TOLDRÁ, 2010; VIEIRA, 2010; CLAYTON et al. 2011; SALDANHA et al. 2013)

Em estudo que analisou sistemas de reabilitação/retorno ao trabalho de 32 países europeus, através da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, Belin et al (2016) destacaram duas tendências nas políticas e sistemas destes países: alguns mantinham o foco na “antidiscriminação e igualdade nas políticas de emprego”, visando principalmente as pessoas com deficiência; em outros, o foco era na “sustentabilidade dos sistemas de seguridade social e redução do impacto econômico da doença”, com “gestão precoce do absenteísmo por doença e na prevenção da exclusão do mercado de trabalho”, voltado para todos os trabalhadores (livre tradução da autora).

Segundo Toldrá et al. (2010), o retorno ao trabalho sem a assistência adequada, na mesma condição anterior, pode levar a piora dos sintomas e a novos afastamentos. Para os autores, resguardar a saúde do trabalhador implica em ações como:

Estabelecimento de tarefas de acordo com a capacidade do trabalhador; adequação do ambiente de trabalho e da organização do trabalho; envolvimento efetivo das empresas (através da equipe de saúde e segurança no trabalho e dos recursos humanos); informação, orientação e apoio das chefias e dos colegas a respeito das restrições do trabalhador e o acompanhamento na realização das tarefas (TOLDRÁ et al., 2010).

Em 2011, a reabilitação profissional foi considerada como um dos princípios

estruturantes da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST (BRASIL, 2011), porém “sem possibilitar, na prática, mecanismos e investimentos que promovessem impactos significativos na melhoria do serviço” (MIRANDA, 2018).

A publicação em 2016 da atualização do Manual de Procedimentos Técnicos da Área de Reabilitação Profissional (BRASIL, 2016) pelo INSS, elaborado por meio de grupo de trabalho constituído por trabalhadores do instituto, demonstrou um avanço da compreensão sobre a incapacidade para o trabalho, visto que a matriz teórica trouxe o modelo da CIF como diretriz para operacionalização do serviço. No entanto, não houve mudanças na prática de atendimento e, atualizações posteriores do Manual Técnico da área (BRASIL, 2018), trouxeram a regressão ao modelo biomédico com a exclusão da fundamentação teórica e centralização das decisões no perito médico. (MIRANDA, 2018, p.7-8).

Maeno e Vilela (2010) afirmam que a superação da incapacidade para o trabalho carece de diálogo entre as áreas de desenvolvimento econômico e as áreas sociais, bem como a articulação entre medidas de assistência, fiscalização e vigilância das condições de trabalho e previdência social. Porém, ressaltam que “a saúde do trabalhador, incluindo a reabilitação profissional, ainda é um direito constitucional a ser conquistado na prática”.

Assim, a complexidade envolvida na concepção de incapacidade, com repercussões individuais, familiares, sociais e organizacionais, e os desafios que se colocam a sua superação, sustentam a importância de realização de estudos nessa temática.

Muitas são as dificuldades encontradas pelos trabalhadores com limitações no retorno ao trabalho, e um serviço de reabilitação profissional nacional tem grande importância de atuação neste contexto. Ao mesmo tempo que em sua dimensão econômica o referido serviço pode reduzir custos previdenciários com benefícios, traz a dimensão social de promoção do potencial laborativo residual de trabalhadores que ficaram com alguma sequela ou limitação em decorrência de doenças ou acidentes, seja relacionada ao trabalho ou não. (ZILLIOTTO e BERTI, 2013).

Há uma vasta quantidade de estudos sobre o serviço de reabilitação profissional nacional, trazendo análises sobre o modelo que era desenvolvido na década de 1980/90 e o atual, com críticas ao modelo em vigência, considerado reducionista, compensatório, sem articulação com outras políticas públicas, como

saúde e trabalho. Porém, estudos praticamente não se referem à atividade de reabilitação, deixando lacuna no que concerne ao conhecimento de diagnóstico histórico situacional do serviço de reabilitação profissional desenvolvido pelo INSS, fato que ressalta a importância da realização do presente estudo.

Dessa forma, este estudo pretende interpretar as causas históricas e sistêmicas dos problemas vivenciados por equipe que atua no serviço de RP do INSS na região de Jaú, empregadores e reabilitandos, refletidos por meio da demanda represada por atendimento do serviço, buscando compreender como as mudanças ocorridas nas últimas décadas, envolvendo transformações da organização do trabalho, precarização, evolução na legislação, afetam o perfil de trabalhadores encaminhados à RP e como esse serviço lida com tais mudanças.

Para desenvolvimento deste estudo, foi utilizado o método de intervenção formativa do *Laboratório de Mudanças* (LM), que é uma técnica já usada em diferentes atividades (ensino, serviços de saúde, limpeza pública, agricultura, por exemplo) e que tem a vantagem de buscar diagnósticos e propostas de novo sistema de atividade construídos com a participação direta de envolvidos na atividade prática no sistema de reabilitação profissional.

A intervenção em burocracia federal era reconhecida, desde o princípio, como tentativa que enfrentaria dificuldades e resistências as quais tenderiam a se expressar como recusa mais forte aos resultados obtidos e recomendações sugeridas se não fossem construídos com metodologias participativas. No LM, as propostas de solução são construídas e testadas pelos sujeitos envolvidos na atividade em estudo e não por especialistas externos.

Por se utilizar do Laboratório de Mudanças, o presente estudo tem potencial para continuidade e para proposição e implementação de transformações na atividade de reabilitação profissional. Ao conhecer as causas sistêmicas e históricas que levam às dificuldades vivenciadas pelos atores do processo de reabilitação profissional, é possível repensar práticas e propor melhorias locais, podendo expandi-las posteriormente.

2 CONCEITOS TEÓRICOS

Apresentaremos neste capítulo, de forma introdutória, os conceitos teóricos em que este estudo se fundamentou.

2.1 A Teoria Histórico-Cultural da Atividade

O conceito de atividade apresentado por Hegel e desenvolvido por Karl Marx, aponta o papel da atividade produtiva no desenvolvimento do conhecimento. Baseado na visão dialética do desenvolvimento reconhece-se que “a consciência individual é formada sob influência do conhecimento acumulado pela sociedade e objetificada no mundo das coisas criadas pela humanidade”, tomando o homem como um ser sistêmico e histórico. (ENGESTRÖM, 2016).

A Teoria Histórico-cultural da Atividade foi iniciada por Vygotsky entre 1920 e 1930, fundador da psicologia soviética, e desenvolvida por seus seguidores por meio de três gerações de pesquisa (ENGESTRÖM, 2016).

Vygotsky (1978) trouxe a ideia de mediação cultural das ações humanas, expressa como a tríade entre sujeito, objeto e o artefato mediador. Nela, a relação entre o sujeito e o objeto é mediada por meios ou artefatos culturais, utilizados como signos e ferramentas. Significou que o indivíduo deveria ser entendido em seu meio cultural, bem como a sociedade entendida como a agência dos indivíduos que utilizam e produzem os artefatos. (ENGESTRÖM, 2001; QUEROL, 2011).

A contribuição de Leont’ev (1978), ao diferenciar a ação individual da atividade coletiva (inserindo o indivíduo dentro de uma comunidade), foi a ampliação da unidade de análise de uma atividade, com foco nas inter-relações complexas entre o indivíduo (sujeito) e sua comunidade (ENGESTRÖM, 2001). Para o filósofo, as ações são voltadas para objetivos, mas apenas o objeto da atividade conjunta, ou seja, seu motivo pode explicar por que uma ação surge e diferenciá-la das demais (QUEROL, 2011).

Engeström (1987) expandiu a compreensão anterior da Teoria da Atividade por intermédio da criação da representação gráfica triangular (Figura 3), com a incorporação de mediadores organizacionais sociais: regras, divisão de trabalho e

comunidade. Ele buscou demonstrar os relacionamentos básicos em sistemas de mediação de uma atividade humana, propondo o Sistema de Atividade como unidade básica de análise para compreensão das ações humanas. (QUEROL, JACKSON FILHO; CASSANDRE, 2011).

Figura 3 - A estrutura do sistema de atividade humana



Fonte: Engeström, 1987, 2016.

Os elementos principais que compõem esse sistema da atividade são: Sujeito - indivíduo ou subgrupo cuja posição e ponto de vista são escolhidos como perspectiva da análise; Objeto - é o "espaço do problema" em que a atividade é direcionada; Instrumentos - ferramentas e sinais; Comunidade - indivíduos e subgrupos que compartilham o mesmo objeto; Divisão do trabalho - divisão horizontal de tarefas e vertical de poder; Regras - regulamentos, normas, convenções e padrões. (ENGESTRÖM E SANNINO, 2010).

A teoria da Atividade Histórico Cultural, em sua forma atual, está pautada em cinco princípios (ENGESTRÖM, 2001):

- 1) O sistema de atividade é tomado como a unidade principal de análise. Ele é orientado a um objeto que direciona as ações dos sujeitos, bem como é mediado por artefatos.

- 2) A multivocalidade do sistema de atividades, visto que uma comunidade tem múltiplos pontos de vista, tradições e interesses, que os participantes possuem suas próprias histórias e regras.
- 3) A Historicidade, devido à história precisar ser estudada, pois os sistemas de atividades se transformam ao longo tempo e os problemas e potenciais só podem ser compreendidos por meio da própria história.
- 4) As contradições, as quais são reconhecidas como fontes de mudança e de desenvolvimento. Elas surgem a partir de mudanças em elementos na rede de sistema de atividades que levam a tensões historicamente acumuladas dentro e entre os sistemas de atividades, porque geram perturbações, conflitos, que podem impulsionar a mudanças na atividade.
As “contradições são consideradas força motriz da transformação” e podem ser entendidas por meio de análise histórica das mudanças que ocorreram e estudos da realidade empírica da atividade. (ENGESTRÖM; SANNINO, 2010; VIRKKUNEM e NEWNHAM, 2015).
- 5) A possibilidade de transformações expansivas em sistemas de atividade, que se dá quando indivíduos, diante do agravamento das contradições, começam a se questionar e repensar as normas estabelecidas. Essas transformações se movem por meio de ciclos

Este último princípio se refere ao conceito de aprendizagem expansiva, que será descrito na sequência.

2.2 Teoria da Aprendizagem Expansiva

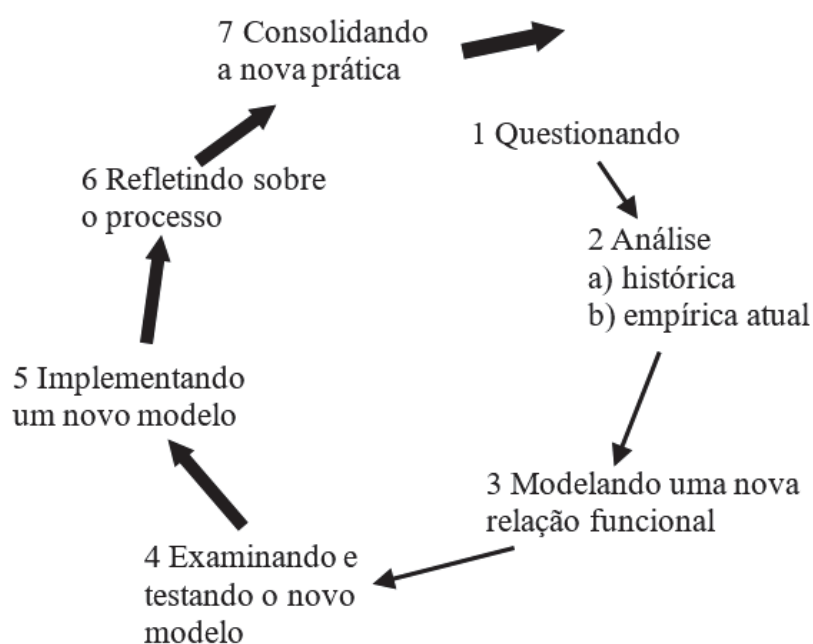
Desenvolvida por Engeström (1987; 2016), a Teoria da Aprendizagem Expansiva considera que pessoas, a fim de superarem contradições surgidas no sistema, criem coletivamente um novo objeto e motivo para a atividade em análise, bem como novas ferramentas e organização social. Segundo Engeström e Sannino (2010), “o aprendizado expansivo implica o desenho e implementação de um novo modelo de atividade, que envolve a construção ou remediação de todos os elementos dentro de um sistema de atividade”.

Teorias tradicionais de aprendizagem voltam-se para o conhecimento já existente, estável, que pode ser aprendido por intermédio de um “professor” que detenha este conhecimento e seja capaz de transmiti-lo. Porém, pessoas e organizações estão a todo tempo se transformando e aprendendo novas formas de atividades que nem existem ainda, vivenciando problemas em que não haja solução pronta, ou até mesmo situações que não se saiba qual o problema a ser resolvido. (ENGESTRÖM, 2001; QUEROL, 2018).

A aprendizagem expansiva ocorre quando a comunidade de uma atividade desenvolve uma nova motivação, levando à transformação de todo um sistema. O objeto da atividade é transformado, “adquirindo qualidades que permitem resolver contradições existentes no sistema de atividade”. (QUEROL, 2018).

O processo de aprendizagem expansiva ocorre em forma de ciclo, conforme a Figura 4. O ciclo inicia a partir do “estado de necessidade”, ou seja, numa situação que é reconhecida como problema e necessidade de mudança e, a partir de então, envolvidos discutem e questionam o objeto da atividade (motivo) e as transformações históricas que o levam até o estágio atual, para assim buscarem soluções que criem um novo objeto para a atividade. (ENGESTRÖM, 2016).

Figura 4 - O ciclo de aprendizagem expansiva



Fonte: Engeström, 1999, apud Virkkunem; Newnham, 2015.

Um objeto mais expandido envolve características mais amplas que o anterior, as quais permitam resolver as contradições que afetam o sistema de atividade. No entanto, cabe ressaltar que os envolvidos na atividade em tensão podem buscar soluções que tratem ou não de objetos expansivo, às vezes sendo apenas ajustes em elementos já existentes, como ferramentas ou métodos. (QUEROL, 2018).

2.3 Laboratório de Mudanças

O Laboratório de Mudança (*Change Laboratory*) é um método de intervenção formativa desenvolvido pelo Centro de Pesquisa em Atividade, Desenvolvimento e Aprendizagem (CRADLE) da Universidade de Helsinque, Finlândia, a partir de 1990. (VIRKKUNEN E NEWNHAM, 2015).

O método é consolidado, aplicado em diversos países, incluindo o Brasil, em estudos em setores como escolas, agricultura, hospitais, limpeza pública, setor produtivo de joias, entre outros. Tal metodologia é utilizada em uma das linhas de ação do Projeto Temático “Acidente de trabalho: Da análise sócio técnica à construção social de mudanças”, financiado pela FAPESP, Proc. 2012/04721-1, do qual este estudo faz parte.

Ele faz uso de conceitos baseados na Teoria da Atividade, como o Modelo do Sistema de Atividade e a Teoria da Aprendizagem Expansiva, descritos anteriormente.

É um conjunto de conceitos e princípios metodológicos utilizado como ferramenta de transformação de atividades de trabalho (VILELA et al., 2014). Engeström (2016) defende que através deste modelo é possível analisar a atividade “em suas relações internas dinâmicas e nas mudanças históricas”, ajudando a compreender as contradições e tensões surgidas no processo de desenvolvimento da atividade.

O LM adota o sistema de atividade como unidade mínima de análise e propõe realização de sessões sucessivas com pesquisadores/interventores e profissionais que estejam envolvidos diretamente no sistema de atividade em estudo, com o propósito de analisarem, de forma colaborativa, as contradições e os desafios em desenvolver determinada atividade.

De acordo com Querol, Jackson Filho e Cassandre (2011):

O processo começa com a coleta de dados sobre 1) a situação da atividade, tais como, dados históricos sobre eventos importantes, 2) as práticas atuais (a forma como a atividade é conduzida), 3) os principais problemas enfrentados e 4) os principais conceitos e ferramentas utilizados na atividade.

Os dados coletados são utilizados como espelhos durante sessões do LM para ajudarem os participantes e os intervencionistas analisarem a atividade passada e atual, os problemas vivenciados e causas sistêmicas destes, do mesmo modo planejam a atividade futura. Os dados espelho têm a finalidade de refletirem os problemas das práticas atuais e, como descrevem Virkkunen e Newnham (2015, p.67), possibilitarem que os participantes relacionem os dados apresentados às suas próprias experiências e opiniões. “É um espaço rico em instrumentos para que os participantes analisem e desenvolvam suas atividades” (QUEROL; JACKSON FILHO; CASSANDRE, 2011).

Como descreve Virkkunen & Newnham (2015),

O Método Laboratório de Mudança não visa produzir apenas uma solução intelectual ou uma alteração em práticas, mas também amplificar a agência transformadora colaborativa e a motivação dos profissionais, com base em uma compreensão acerca da ideia de atividade e em uma nova perspectiva com relação ao seu desenvolvimento futuro.

Assim, de acordo com estes mesmos autores, o Laboratório de Mudança envolve processos de identificação e formulação de problemas, analisando as causas sistêmicas destes e procurando soluções por meio de reconceituação expansiva a respeito do objeto da atividade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Compreender as causas sistêmicas e históricas dos distúrbios que ocorrem no serviço de reabilitação profissional desenvolvido pelo INSS, na Agência de Previdência Social de Jaú/SP.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar as mudanças ocorridas no sistema de atividade da reabilitação profissional;
- Descrever as principais contradições e fontes de dificuldades percebidas pelos atores envolvidos na reabilitação profissional;
- Compreender as contradições que prolongam o tempo de espera e de conclusão de programa de reabilitação profissional, desenvolvido pelo INSS, em Jaú.

4 MÉTODO E PROCESSO DE PESQUISA

O presente estudo tomou como unidade de análise o sistema de atividade da reabilitação profissional desenvolvido pelo INSS, na região de Jaú. Entendida como atividade humana, segundo a Teoria Histórico-Cultural da Atividade, nesta pesquisa, a reabilitação profissional é tida como um conjunto de ações necessárias para transformar um objeto (ENGESTRÖM, 1987, 2016; QUEROL, 2018), no caso, a reabilitação profissional de segurados da Previdência Social.

Neste capítulo serão apresentadas as perguntas de pesquisa, os caminhos metodológicos, bem como os dados utilizados e a forma de análise destes.

4.1 Perguntas de Pesquisa

- *Como se desenvolveu o sistema de atividade da reabilitação profissional (RP) executado pelo INSS em Jaú?*

Esta questão objetiva reconhecer quais mudanças históricas ocorridas na prestação da reabilitação profissional no Brasil, mais especificamente na região de Jaú, transformaram o objeto e demais componentes do sistema de atividade, gerando distúrbios e incompatibilidades percebidas pelos atores da RP.

- *Qual é a estrutura e funcionamento do atual sistema de atividade da RP?*

Este questionamento buscou identificar os componentes do sistema de atividade da reabilitação profissional desenvolvida pela agência do INSS de Jaú, ou seja, como é operacionalizado o serviço em estudo, com quais instrumentos e ferramentas disponíveis, quais as ações desenvolvidas, qual o papel dos sujeitos envolvidos, como são divididas as tarefas, como o serviço lida com as fontes de dificuldades.

- *Quais as contradições atuais do sistema de atividade da reabilitação profissional, desenvolvido pelo INSS em Jaú?*

O propósito é esclarecer como as mudanças nos componentes do sistema

de atividade da reabilitação profissional, principalmente em seu objeto, geraram as incompatibilidades, tensões e distúrbios vivenciados, refletidos no longo tempo de espera e de conclusão de programa de reabilitação profissional

Para melhor apresentação dos elementos desta pesquisa, elaboramos o quadro resumo em sequência.

Quadro 1 – Resumo da Pesquisa

Perguntas	Dados	Unidade de dados	Conceitos teóricos	Conceitos analíticos
Como se desenvolveu o sistema de atividade da reabilitação profissional desenvolvido pelo INSS em Jaú?	Documentos (registros históricos, normativas) Entrevistas Discussões durante as sessões do LM	Eventos históricos Falas sobre mudanças históricas na RP	Sistema de atividade Aprendizagem expansiva	Elementos do sistema de atividade: objeto, instrumentos, sujeitos, regras, comunidade e divisão do trabalho
Qual é a estrutura e funcionamento do atual sistema de atividade da RP?	Prontuários de RP Discussões durante as sessões do LM Documentos (manuais, normativas)	Descrição da evolução de casos em RP Discussão de casos	Sistema de atividade	Elementos dos Sistema de atividade: objeto, instrumentos, sujeitos, regras, comunidade e divisão do trabalho
Quais as contradições atuais do sistema de atividade da reabilitação profissional, desenvolvido pelo INSS em Jaú?	Entrevistas Discussões durante as sessões do LM	Falas sobre incompatibilidades e tensões Discussão de casos de segurados em processo de RP	Sistema de atividade Aprendizagem expansiva Contradições	Elementos dos Sistema de atividade: objeto, instrumentos, sujeitos, regras, comunidade e divisão do trabalho Incompatibilidades, tensões, distúrbios

4.2 Metodologia e processos de desenvolvimento da pesquisa

Trata-se de estudo qualitativo, considerando a prevalência de dados subjetivos. Segundo Minayo (2008, p.57), o método qualitativo, mais utilizado no campo da saúde coletiva pelas ciências sociais, é assim descrito:

É o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Ao contrário do positivismo sociológico, que aponta a pesquisa qualitativa como opção quando não se pode operacionalizar um trabalho por meio de números e variáveis, ela “visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores”, suas relações, representações dos valores culturais sobre a história, bem como processos históricos e sociais. (MINAYO, 2007).

A pesquisa qualitativa, do ponto de vista operacional, propõe o pensamento sistêmico como uma forma de ver e articular a realidade. Exige olhares e abordagens que façam enxergar as interações existentes, distanciando-se da visão unidimensional e compartimentalizada. (MINAYO, 2007, p.27)

Para desenvolvimento desta pesquisa, foi usado o método de intervenção formativa chamado Laboratório de Mudanças, que tem como marco teórico conceitual a Teoria da Atividade Histórico-Cultural, desenvolvida por Vygotsky e seguidores, a qual considera que “os seres humanos estão envolvidos em atividades produtivas, que se distinguem uma das outras pelos objetos aos quais estão orientadas”. (VILELA et al, 2016 apud ENGSTRÖM, 1987).

O Laboratório de Mudanças foi utilizado como uma meta-ferramenta para a coleta e análise de dados. Baseado no ciclo do desenvolvimento expansivo (página 25), o método é composto por fases de questionamento, análise, desenho, teste, implementação, reflexão e consolidação de novo modelo. (QUEROL, 2018). Para esta pesquisa de mestrado, foram contempladas as duas primeiras fases de ações de aprendizagem expansiva, precedidas de uma fase de negociação descrita a seguir.

Para a realização deste estudo, foi escolhida a região de Jaú, interior de

São Paulo, a qual faz parte da Gerência Executiva de Bauru do INSS, em virtude de ser a área de atuação da autora. O serviço de reabilitação profissional desenvolvido pela Agência de Previdência Social de Jaú atende Jaú e os seguintes municípios: Itapuí, Bocaina, Dois Córregos, Mineiros do Tietê, Brotas, Torrinha, Barra Bonita, Igaraçu do Tietê, Bariri, Itaju.

4.2.1 Negociação

Uma intervenção do Laboratório de Mudanças é habitualmente conduzida em atividades que pedem transformação (VIRKKUNEN; NEWNHAM, 2015) e em que, idealmente, a demanda tenha origem nos próprios atores. Neste acaso, a proposta da análise foi feita pela pesquisadora, a qual atua no serviço estudado, contudo, após identificação de iniciativas do serviço em resolver o problema da instalação e aumento de uma fila de espera à reabilitação profissional em Jaú, sem resolução. Estas tentativas referem-se à intensificação da realização das avaliações socioprofissionais, dos casos encaminhados por determinação judicial, com deslocamento da Assessora Técnica da RP de Bauru (na ocasião) para atendimento em Jaú, e de mutirões de reavaliação médico-pericial dos segurados, encaminhados pela perícia médica ao serviço.

Iniciando o processo de negociação com o Instituto para a realização da pesquisa, houve solicitação de autorização formal à Gerência Executiva de Bauru do INSS, com vistas a se utilizar dados sobre os segurados do INSS, que passaram pelo serviço de reabilitação profissional oferecido pela Agência de Previdência, em referência e dos segurados que se encontram na fila de espera ao serviço, da mesma maneira foram realizadas entrevistas com profissionais, servidores públicos, que atuam no serviço de RP, e análise e observação dos procedimentos adotados no desenvolvimento do programa de RP.

Obteve-se manifestação positiva à realização do estudo pela Divisão de Saúde do Trabalhador e Coordenação de Reabilitação Profissional, autorizando a realização das entrevistas e reuniões com os servidores que se dispuserem a participar do estudo. Porém, apontaram que o acesso a dados institucionais depende de solicitação por meio do E-SIC, um sistema eletrônico de solicitação de informações ao cidadão.

Os dados requeridos neste sistema eletrônico foram os seguintes, referindo-se aos segurados reabilitados e de encaminhados ao serviço de reabilitação profissional: sexo, data de nascimento, escolaridade, município de residência; espécie/tipo do benefício previdenciário (auxílio-doença comum, auxílio-doença acidentário ou aposentadorias), data de início do benefício, data de cessação do benefício, origem do benefício (judicial, perícia médica), CID, forma de filiação à previdência social, ramo de atividade, ocupação, empresa de vínculo (CGC e/ou nome); data de encaminhamento à RP, data de início do programa de RP, data de encerramento do programa de RP, conclusão do programa de RP. Porém, mesmo após recurso, os dados quantitativos solicitados não foram concedidos, com a justificativa que são pessoais e que pela Lei e Acesso à informação não autoriza serem fornecidos a terceiros, mesmo tratando de pesquisa científica com o devido sigilo.

Posteriormente, no andamento do estudo, obtivemos autorização para análise e coleta de dados de prontuários de reabilitação profissional da Coordenadoria de Serviço Previdenciários e Assistenciais, assim como da Divisão de Saúde do Trabalhador.

Para início dos trabalhos, foi feita reunião com a Assessora Técnica da Reabilitação Profissional da Gerência de Bauru na época, ocorreram conversas com Gerente da APS de Jaú, médico coordenador da perícia médica em Jaú e individualmente com membros da equipe de RP de Jaú, oportunidades em que o estudo, seus objetivos e metodologia foram apresentados.

Houve a concordância e apoio da gerência da APS de Jaú para realização das sessões do Laboratório de Mudanças, que disponibilizou prontamente o local para as atividades grupais.

No período de desenvolvimento do estudo, sucederam mudanças na gestão do INSS, incluindo troca do presidente do instituto, direção da DIRSAT – Diretoria de Saúde do Trabalhador, superintendente regional, gerente da Gerência Bauru, responsável da Seção de Saúde do Trabalhador e do assessor técnico da RP Bauru. Tais mudanças nos cargos tornaram necessários novos contatos para continuidade da pesquisa.

4.2.2 Mapeamento da situação

Esta fase compreendeu conhecer o estado de necessidade da atividade de reabilitação profissional, buscando informações a respeito dos principais problemas enfrentados, dados históricos do desenvolvimento da atividade, da forma como é conduzida atualmente e dos principais conceitos e ferramentas utilizados. (QUEROL, 2018).

Para isso, os instrumentos utilizados foram a análise de documentos e entrevistas individuais e coletivas. Segundo Querol (2018), a função dos dados coletados é dupla, tanto serve como espelho da atividade durante as sessões do Laboratório de Mudanças quanto auxilia na análise e modelagem da atividade passada, presente e futura.

A análise documental baseou-se em apreciação da legislação em que é pautada a reabilitação profissional no país, como leis e decretos sobre benefícios da previdência social, manuais de procedimentos técnicos da área de reabilitação profissional, tanto quanto instrumentos administrativos utilizados pelo INSS, como despachos, instruções normativas e boletins estatísticos. Incluiu-se, também, artigos e estudos anteriores sobre a reabilitação profissional no Brasil, cujas referências estão apontadas ao final desta dissertação.

Ainda na análise documental, utilizou-se prontuários físicos de três segurados da previdência, encaminhados à RP, que serviram para análise empírica da atividade, apresentada nos resultados desta pesquisa (item 5.3). As informações extraídas desses documentos foram: idade, sexo, situação empregatícia, experiências trabalhistas anteriores, nível de escolaridade, origem do encaminhamento à RP, tempo em benefício previdenciário, data de encaminhamento à RP, data e conclusões de perícia médica, avaliação socioprofissional, reuniões da equipe técnica e quais foram os encaminhamentos realizados pela equipe.

Desfrutamos, igualmente, do acesso a documentos da época de atuação do Centro de Reabilitação Profissional - CRP de Bauru: um histórico da RP, cópia de uma proposta da Regional São Paulo para política de RP no INSS e um planejamento de oficina de reparador de eletrodomésticos, desenvolvida em parceria com a Secretaria Municipal do Bem-Estar Social de Bauru, a partir de 1993.

As entrevistas individuais foram realizadas com base em roteiros construídos previamente para nortear o diálogo (Apêndices B, C e D), porém deixando os entrevistados livres para relatarem as fontes de dificuldades percebidas por eles em relação ao serviço de RP, uma vez que, segundo Minayo (2007, p.261-262):

A entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. [...]. São informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e a que os cientistas sociais costumam denominar de “subjetivos” e só podem ser conseguidos por contribuição da pessoa. Constituem uma representação da realidade: ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar, condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos.

Buscando atender ao princípio da multivocalidade, 8 (oito) profissionais do INSS que atuam ou atuaram diretamente no serviço de reabilitação profissional foram entrevistados, 1 (um) segurado da previdência social encaminhado ao referido serviço e cinco representantes de 3 (três) empresas que recebem trabalhadores reabilitados profissionalmente.

Quanto aos profissionais da reabilitação, foram entrevistados 4 (quatro) peritos médicos e uma assistente social que trabalham na Agência do INSS de Jaú, além de uma assistente social aposentada. Também houve entrevista da Assessora Técnica, na ocasião, do serviço de reabilitação profissional da Gerência Bauru, e de uma terapeuta ocupacional que atua no serviço ofertado pela Agência do INSS de Bauru, visto diferenças de realidades locais.

As citadas entrevistas foram realizadas nas dependências do INSS, local de atuação dos profissionais entrevistados, conciliando com horário de trabalho dos mesmos, exceto a entrevista feita com assistente social aposentada. Optou-se pela realização das entrevistas iniciais pela pesquisadora, pois no processo de autorização do estudo havia orientação para que as entrevistas fossem feitas, preferencialmente, nos locais de trabalho dos servidores, sem que prejudicasse os atendimentos das atividades destes. Os estudos com pesquisador implicado serão abordados mais adiante.

Para a entrevista coletiva com representantes de empresas, foram

convidados profissionais que participam, de alguma forma, do processo de reabilitação profissional e retorno ao trabalho (áreas de gestão de pessoas, saúde ocupacional, serviço de Engenharia e Medicina do Trabalho). Para isso, contou-se com apoio do Posto de Atendimento ao Trabalhador- PAT de Jaú para disponibilização do espaço, buscando um local neutro aos convidados. O convite foi feito pela pesquisadora, através de contato telefônico e e-mails.

De acordo com o Sistema de Reabilitação Profissional - SRP, de 2010 a 2016, de um total de 365 empresas, apenas uma delas, do ramo sucroalcooleiro, recebeu mais de 15% dos trabalhadores reabilitados com conclusão de retorno ao trabalho. Outros 10%, em média, referem-se à administração pública municipal de cidades da região.

Para entrevistas coletivas, as empresas foram escolhidas por conveniência, considerando as que tinham empregados em processo de RP e por sugestões da equipe de profissionais do serviço. Assim, o convite foi feito à empresa da produção de cana-de-açúcar; à associação hospitalar, citada pelos profissionais do serviço como uma empresa parceira do serviço de RP local que oferece vagas para treinamentos profissionais aos segurados que estão em programa de reabilitação profissional e não necessariamente são do seu quadro de funcionários; à empresa de rede de supermercados, com obrigação legal de contratação de pessoas com deficiência e/ou reabilitados, atendendo o artigo 93 da Lei 8.213/1991, que diz que empresas com 100 ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% a 5% dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência habilitadas; empresa do ramo de implementos rodoviários, sem obrigação legal, de acordo com a Lei de Cotas citada, mas com funcionários que aguardavam a readaptação na ocasião; e, por fim, ao órgão da administração pública municipal da localidade. As duas primeiras se recusaram a participar.

Realizou-se entrevista a um segurado da previdência social, afastado do trabalho e em recebimento de benefício previdenciário (auxílio-doença) com encaminhamento ao serviço de reabilitação profissional por vias administrativas (pela perícia médica). Esta entrevista foi no domicílio do segurado, com a presença também de sua esposa e foi solicitado pela pesquisadora, após um dos atendimentos realizados por outros membros da equipe de reabilitação profissional, na Agência do INSS de Jaú.

Também foram convidados outros 3 segurados, que estavam na fila de espera do serviço há mais de 2 anos, mas não aceitaram participar da entrevista. Algumas causas para a não participação foram inferidas empiricamente pela autora: medo de cessação do benefício e falta de confiança no serviço previdenciário.

Todas as entrevistas foram gravadas por meio de dispositivos eletrônicos para gravação de áudio, com a anuência prévia dos entrevistados.

Quadro 2. Entrevistas realizadas

Tipo	Período de realização	Local	Entrevistados	Duração
Entrevistas individuais	Maio/2017 a Maio/2018	GEX* Bauru, APS** Jaú e Bauru, Local de trabalho externo ao INSS (profissional aposentado)	Profissionais da Reabilitação Profissional: 3 Profissionais de Referência (2 assistentes sociais – ativa e aposentado(a) – e 1 terapeuta ocupacional; 4 Médicos(as) Peritos(as); 1 Assessor(a) Técnico(a),	Média de 51 minutos de duração cada (total 413 minutos)
	Novembro de 2018	Residência	Segurado da previdência social, encaminhado à RP e na fila de espera ao programa	55 min
Entrevista Coletiva	Novembro de 2018	Posto de Atendimento ao Trabalhador – PAT de Jaú	Representantes de três empresas locais	120 min
total				558 min (9 horas e 18 min)

* Gerência Executiva da Previdência Social

** Agência de Previdência Social

Concomitante com a fase de coleta de dados e negociação inicial, houve empenho para constituição do grupo para as sessões do LM, a partir de convites aos profissionais do serviço, bem como negociação com Gerente da Agência de Previdência Social de Jaú para cessão do local para realização das sessões, negociação com médico atual, Chefe da Seção de Saúde do Trabalhador da Gerência de Jaú, para fins de autorização de liberação da equipe médica para participação nos encontros, bem como bloqueio de agenda destes, durante o período estipulado para

os encontros.

O grupo do Laboratório de Mudanças foi constituído por todos os profissionais médicos e profissional de referência que atuam no serviço oferecido na APS de Jaú, totalizando 8 pessoas (7 médicos e 1 assistente social), além de dois pesquisadores (aluna e orientador). Todos se dispuseram a participar das sessões, até mesmo a assistente social que se encontrava no final da licença maternidade. Ressalta-se que um dos médicos peritos participou apenas da primeira sessão, diante de sua aposentadoria.

Este grupo teve como núcleo os profissionais do serviço de reabilitação profissional do INSS de Jaú, mas previa o envolvimento de outros atores do processo, como reabilitados, segurados do INSS encaminhados à reabilitação e/ou representantes de empresa. Porém, diante da readequação da agenda dos peritos médicos, não foi possível a continuidade dos encontros. Segundo justificativa do instituto, suspenderam a realização dos encontros para fins de atenderem aos indicadores de avaliação da perícia médica, impactados por aposentadorias e licença saúde de três profissionais, sem reposição do quadro.

Sendo assim, foram realizadas quatro sessões do Laboratório de Mudanças, com duração máxima de 2 horas, de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 3. Sessões do Laboratório de Mudanças

Número	data	objetivo
1	14/09/2018	Apresentar do estudo, da metodologia e dos participantes
2	28/09/2018	Iniciar processo de aprendizagem compartilhada, mapeando a situação da atividade e analisando evolução histórica da RP
3	05/10/2018	Analisar a atividade de RP a partir da discussão de casos concretos que estão na fila de espera há mais tempo.
4	19/10/2018	Analisar a atividade de RP a partir da discussão de casos concretos sugeridos pela equipe; Identificar os “gargalos” que limitam o desempenho do sistema, que impedem o fluxo do seu desenvolvimento, gerando fila de espera.

Durante as sessões do Laboratório de Mudanças, como estímulo à agência dos participantes, utilizou-se o princípio da estimulação dupla (VIRKKUNEM; NEWNHAN, 2015). O primeiro estímulo foi apresentado aos participantes como um espelho das situações problemáticas da prática da atividade, levantados na fase de coleta de dados etnográficos, como por exemplo a apresentação de números da fila ao serviço de RP e relatos de casos que estavam há mais tempo na espera, de modo a pactuar o problema a ser enfrentado. Os segundos estímulos foram conceitos ou ferramentas neutras que puderam ser utilizados para “descobrir contradições internas do sistema que produzem os problemas encontrados pelos profissionais no seu cotidiano”. (Virkkunen e Newnham, 2015, pág 110). Nas sessões, foram utilizados como segundos estímulos a linha do tempo com acontecimentos históricos relacionados à RP, o fluxograma das ações do serviço e o modelo do triângulo do sistema de atividade. Durante as sessões o grupo discutiu tais elementos e efetivaram modificações/complementos a eles.

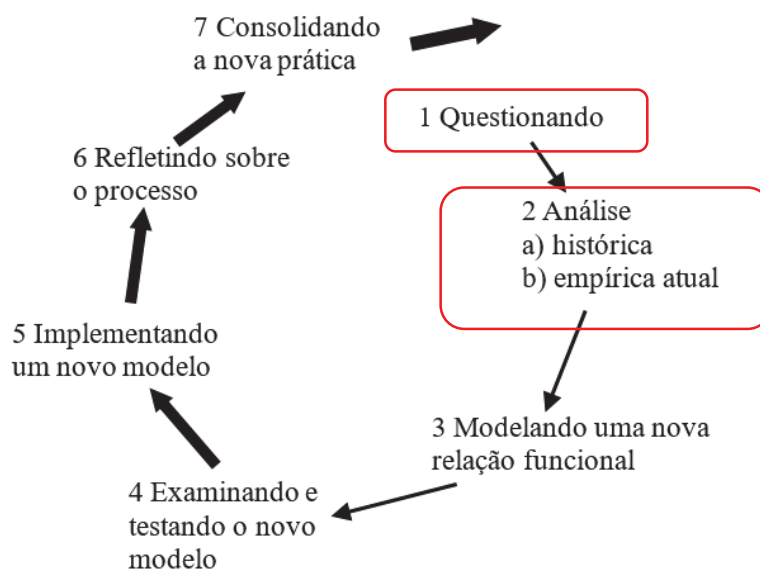
É importante salientar que o processo de planejamento das sessões consiste, além da agenda e aspectos gerais das sessões, também de análise do processo e discursos dos participantes da(s) sessão(ões) anterior(es).

Durante as sessões do LM, foram utilizados 8 microfones ligados ao equipamento de gravação da marca PRESONUS - FireStudio Project, que é um sistema completo de gravação profissional e conexão FireWire com 8 pré-amplificadores. Para a gravação e posterior transcrição do áudio foi utilizado o software CuBase instalado em notebook com Windows 7 Pro 64.

Já para entrevistas com segurado e com representantes de empresas, utilizou-se gravador de áudio, disponível em aparelhos de celulares.

Neste estudo, visando atender aos objetivos propostos, alcançou-se as etapas do Laboratório de Mudanças que se referem as duas primeiras etapas do ciclo da aprendizagem expansivo, ou seja, fase de questionamento ou problematização das contradições do atual sistema e sua análise histórica e empírica atual, como representado na figura 5. No entanto, ressalta-se o potencial do estudo para avançar as fases de modelagem e implementação do novo modelo, inicialmente a nível local.

Figura 5 – Fases do ciclo de aprendizagem expansiva alcançadas no estudo



Fonte: Engeström, 1999, apud Virkkunem; Newnham, 2015.

Além das ações referentes às fases de coleta e sessões do LM, concomitantemente foram realizadas outras atividades, que serão descritas a seguir:

Quadro 4. Procedimentos Diversos

Estratégia	Objetivo
Reuniões de orientação	Planejar e acompanhar ações da pesquisa
Participação em grupo de pesquisa sobre Laboratório de mudanças	Ampliar conhecimentos sobre a metodologia utilizada (LM); participar de seminários e estudos sobre o tema; discussão do projeto de pesquisa.
Participação em Grupo de Pesquisa sobre Saúde do Trabalhador	Ampliar conhecimento na área de saúde do trabalhador; apresentar a discutir projeto de pesquisa.
Participação em Congresso em Saúde Coletiva	Apresentar o estudo em forma de relato de pesquisa.
Reunião com CEREST Bauru	Apresentar estudo e buscar parcerias e articulação de ações futuras.

4.2.3 Análise dos dados

Para Minayo (2007), as análises qualitativas devem ser contextualizadas, distinguindo as visões de se pensar a realidade, considerar a historicidade dos fatos sociais, o contexto político, econômico e considerar, da mesma forma, os espaços de consenso, conflitos ou de contradições.

Assim, a análise dos dados foi dividida em análise histórica e empírica atual da atividade de reabilitação profissional da Agência de Previdência Social de Jaú, e realizada à luz da abordagem teórica adotada.

De acordo com a Teoria da Atividade, as mudanças que ocorrem no sistema de atividade geram contradições internas entre seus componentes e entre outros sistemas. Elas podem ser observadas a partir da análise histórica das mudanças na estrutura do sistema e da análise empírica de como tais mudanças se manifestam na atividade atual, em distúrbios, conflitos, rupturas. (VIRKKUNEN e NEWNHAN, 2015).

A seguir são expostos dois métodos de análises utilizados neste estudo, histórica e empírica atual.

4.2.3.1 Análise histórica

Na análise histórica busca-se como o objeto, o motivo e o sistema de atividade se desenvolveram. Com isso, propõe-se olhar a atividade como um fenômeno que está historicamente mudando e “formado por múltiplas camadas que existem na forma de atividade local e em um nível teórico mais geral, como as teorias da atividade”. (VILELA; PEREIRA-QUEROL; LOPES, 2014).

Com o intuito de escrever a narrativa histórica, empregou-se o conceito de evento histórico crítico para identificar momentos que transformaram a estrutura da atividade. De acordo com Sewell Jr. (1996, p. 842, apud QUEROL, 2011), eventos históricos são “ocorrências que têm consequências importantes na história”. Ademais, estudos anteriores (SOARES, 1991; MATSUO, 2002; TAKAHASHI, 2006; MAENO; VILELA, 2010; MIRANDA, 2018) já trouxeram uma periodização sobre o desenvolvimento da reabilitação profissional no Brasil.

Deduz-se haver dois eventos críticos que delimitaram períodos históricos

distintos de prestação do serviço de reabilitação profissional no Brasil: 1) a criação da Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS e unificação dos institutos previdenciários em Instituto Nacional da Previdência Social – INPS; 2) a extinção dos Centros de Reabilitação Profissional – CRPs e Núcleos de Reabilitação Profissional – NRPs e implantação do Programa Reabilita. Nestes momentos históricos observou-se uma mudança significativa no objeto da RP, promovendo alterações na estrutura do sistema de atividade da reabilitação profissional.

4.2.3.2 Análise empírica

A análise histórica é seguida da análise empírica das práticas atuais e seus distúrbios reais.

Para a análise empírica atual da atividade de reabilitação profissional, utilizou-se de casos concretos abordados durante as sessões do Laboratório de Mudanças, sendo dois deles sugeridos pelos próprios participantes para discussão, e o terceiro identificado como um dos casos que aguardavam há mais tempo a realização da RP.

Para se compreender os gargalos existentes na execução das atividades, ou seja, os fatores que limitavam o desempenho do sistema, recorreu-se ao fluxograma de atividades da RP (Figura 6) como ferramenta de análise, o qual foi discutido e validado com os participantes em sessão do LM.

Merhy (1997, p.73) propõe o fluxograma analisador como ferramenta utilizada em diferentes campos do conhecimento para “desenhar’ um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção”. Segundo o autor, os símbolos são padronizados universalmente: uma elipse representa o começo e o fim da cadeia (entrada e saída); o retângulo mostra as etapas de trabalhos e o losango representa momentos de decisões de caminhos a serem seguidos.

Durante as sessões do LM foram elaborados dois fluxogramas, um que representa o processo de RP como é prescrito pelas regras em vigência (manuais, memorandos) - (Figura 11), e outro que representa situações reais que acontecem no desenvolvimento do programa (Figura 12), os quais serão apresentados no capítulo

5. O fluxograma prescrito foi comparado com a evolução de cada caso em estudo, descrito pelos profissionais durante sessões do LM e com dados dos prontuários físicos dos reabilitandos, identificando situações reais que interferiram no desenvolvimento do processo de RP, conforme fluxo estabelecido a priori, as quais puderam ser compreendidas pelas hipóteses de contradições entre os elementos do sistema, oriundos de mudanças históricas da RP.

Na representação de cada caso no fluxograma, as células apresentadas na cor cinza e linhas tracejadas indicam que não foram contempladas tais ações no caso em estudo. Já as cinzas, com linhas contínuas, representam as ações ainda não realizadas, porém que podem vir a acontecer, visto que apenas o primeiro caso analisado foi finalizado e os demais permaneceram em andamento. No decorrer na explanação do caso, cada etapa foi indicada com números e com o seu correspondente no fluxograma.

4.3 Questões éticas

O presente projeto é parte de Projeto Temático intitulado “Acidente de trabalho: Da análise sócio técnica à construção social de mudanças” - FAPESP (Processo 2012/04721-1). Foi submetido ao mesmo CEP-USP para análise, sob o CAAE nº 85915918.2.0000.5421, recebendo a aprovação através do parecer nº 2.832.241. Em um primeiro momento esperava-se utilizar o Termo de Responsabilidade, utilizado pelo Projeto Temático acima citado, porém, por determinação do CEP, foi feito uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante no Apêndice A, resguardando o direito da escolha quanto à participação ou não, podendo desistir a qualquer momento.

É importante ressaltar que este estudo trata de pesquisa implicada, visto que a autora busca avaliar serviço do qual faz parte, que tem envolvimento e atuação. Segundo os conceitos de Lourau (1975):

Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc. (...) O intelectual (...) com sua linguagem de sábio, com a manipulação ou o consumo ostensivo do discurso instituído e o jogo das interpretações múltiplas, dos “pontos de

vista” e “níveis de análise”, esconde-se atrás da cortina das mediações que se interpõem entre a realidade política e ele.

Outro autor que discute sobre o sujeito implicado é Merhy (2004), que refere que tais sujeitos são aqueles que “procuram submeter a processos investigativos o seu próprio agir, trazendo com isso, para a análise, o seu próprio modo de dar sentido ao que é problema a ser investigado [...]”. Tais pesquisas trazem um grande desafio ao pesquisador, apontado pelo mesmo autor:

O desafio, então, fica pela possibilidade de operar a produção de saberes que são verdades militantes, que fazem sentido para certos coletivos e não outros [...], mas que permitem aos sujeitos implicados agir sobre o mundo e determiná-lo, na direção de rumos nem sempre previstos, não necessariamente subsumidos às lógicas dos poderes, das ideologias e dos afetos instituídos. (MERHY, 2004).

Para superar os desafios postos, o pesquisador implicado deve, recusando a sua neutralidade ao objeto de estudo, estar submetido a alguma forma de análise destas implicações. Merhy (2004) aposta na “construção de dispositivos auto analíticos que os indivíduos e os coletivos em ação possam operar e se autoanalisar”.

Como aponta Minayo (2008, p. 22), a teoria e a prática não são isentas de interesse, preconceito e interferências subjetivas, por isso o pesquisador deve considerar os “pressupostos inerentes a sua qualidade de observador externo que importa para o objeto, os princípios de sua relação com a realidade, incluindo-se aí as suas próprias relevâncias”.

Nessa questão, a matriz de análise proposta pelo Laboratório de Mudanças auxilia o pesquisador implicado a criar um distanciamento da realidade estudada. A dinâmica do processo de aprendizagem expansiva surgida nas sessões do LM acontece no movimento dialético de se envolver emocionalmente com a atividades em estudo e se distanciar para analisá-las intelectualmente. (VIRKKUNEN; NEWNHAN, 2015).

Os processos cognitivos envolvidos em tal método incluem a confrontação emocional de problemas da atividade em estudos, mas exigem a análise intelectual distanciada para discussão da situação, que é possibilitada por meio de uso de artefatos neutros, como conceitos e modelos analíticos. (VIRKKUNEN; NEWNHAN, 2015).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira parte deste capítulo, serão expostos os resultados da pesquisa documental sobre a atividade de reabilitação profissional no decorrer da história, dividindo-as em três períodos, os quais foram demarcados considerando um evento histórico crítico ocorrido. À luz da Teoria da Atividade utilizada neste estudo e baseando-se no modelo triangular de representação da atividade, somou-se o relato do desenvolvimento histórico com interpretações teóricas a respeito da atividade em estudo. Em sequência, abordou-se as contradições do sistema de atividade da RP identificadas a partir da análise histórica.

Com a finalidade de se analisar empiricamente a atividade de reabilitação profissional desenvolvida da APS de Jaú, descreve-se no item 5.3 as rotinas do serviço de RP na região estudada e discute-se casos concretos de segurados da previdência social, encaminhados e aguardando as ações do serviço de reabilitação profissional do INSS (item 5.4).

Com isso, busca-se compreender como as contradições surgidas no sistema de atividade da reabilitação profissional se expressam nas ações do cotidiano da atividade.

5.1 O desenvolvimento da atividade da reabilitação profissional

A pesquisa histórica documental da reabilitação profissional no Brasil mostrou, ao menos, três períodos distintos na forma de oferta deste serviço: a assistência dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões (IAPs e CAPs); após a unificação em INPS e a criação dos Centros de Reabilitação Profissional – CRP e Núcleos de Reabilitação Profissional – NRPs, entre 1960 e 2000, e o modelo atualmente utilizado, normatizado em 2001.

Observa-se que em cada período há representação de um modelo de sistema de atividade, com diferenças em seus elementos (objeto, sujeitos, regras, instrumentos, divisão do trabalho).

5.1.1 1º Período: de 1943 a 1960

No século 18 e 19 a assistência médica acessível à população era prestada por iniciativas filantrópicas, as quais tinham objetivos assistenciais de oferecer serviços médicos-farmacêuticos, auxílios em caso de enfermidade, invalidez, velhice, funeral. (SOARES, 1991).

A quantidade de mutilados e incapacitados pelas Guerras Mundiais impulsionou o movimento de reabilitação, com apoio da Organização das Nações Unidas - ONU, Organização Internacional do Trabalho - OIT e Organização Mundial de Saúde - OMS.

Em 1923, a Lei Eloy Chaves criou a Caixa de Aposentadoria e Pensões – CAP, dos Ferroviários, organizada no âmbito de cada empresa, com objetivos de oferecer assistência médica e farmacêutica, além de aposentadorias e pensões, expandidas nos anos seguintes para outros setores vitais, como transporte, exportação, indústria e bancos.

A reabilitação profissional foi instituída no Brasil em 1943, no governo Vargas, com a Portaria nº 83 do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que determinou que CAPs e IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões organizassem serviços de reeducação e readaptação de segurados e aposentados por invalidez. As CAPs eram administradas por colegiado bipartite, com representantes de empregados e empregadores; tendo o Estado papel apenas normatizador. Quando o Estado resolve interferir sobre recursos das CAPs, são criados os IAPs, administrados por um colegiado tripartite (empresa, empregados e Estado), com recolhimento sobre a folha de salários, passando à hegemonia administrativa estatal. (SOARES, 1991, TAKAHASHI, 2006).

A reabilitação profissional era executada de forma isolada, mantida com recursos próprios e destinada aos previdenciáveis, como bancários, industriários, comerciários, e não para a totalidade dos incapacitados. (SOARES, 1991; MATSUO, 2002).

As CAPS e os IAPs deveriam prestar “assistência aos incapacitados para o trabalho e aposentados por invalidez” (objeto do sistema de atividade da reabilitação profissional) a grupos específicos de trabalhadores e direcionada, principalmente, aos acidentados do trabalho. Tinha por objetivo oferecer assistência médico-farmacêutica

aos trabalhadores e reduzir efeitos precários das condições de trabalho, restituindo a capacidade laborativa do empregado, buscando assim reengajamento do segurado na força de trabalho ativa, bem como redução das despesas com pensões e aposentadorias, pensados segundo o modelo do seguro social. (SOARES, 1991, MATSUO, 2002).

Segundo Maeno e Vilela (2010), a prática da reabilitação profissional oferecida pelas CAPs e IAPs tinha o foco no indivíduo, na reabilitação física, em situações de lesões traumáticas e espelhava as práticas terapêuticas da época.

De acordo com o Decreto-Lei nº 7.036, de 1944, a verificação da incapacidade era feita por médico legista oficial, designado pelo Estado, e os instrumentos e/ou ferramentas do sistema de atividade envolviam assistência médica (cirurgia ortopédica e reparadora), fisioterapia e ensino em “escolas profissionais especiais”. Assim, os sujeitos eram profissionais das áreas médicas, de fisioterapia e farmacêutica, do próprio quadro e contratados como serviços privados, além do corpo administrativo.

5.1.2 2º período: A reabilitação profissional de 1960 a 2000

A criação da Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS em 1960, trouxe uniformização das normas, serviço e benefícios previdenciários, o que representou mudança nas regras do sistema de atividade da reabilitação profissional. Com a unificação dos institutos previdenciários em Instituto Nacional da Previdência Social - INPS, o Estado assume a prestação de benefícios previdenciários, bem como dos serviços de reabilitação profissional, redefinindo também as formas de prestação dos serviços de reabilitação profissional por meio da criação dos Centros de Reabilitação Profissional – CRPs e dos Núcleos de Reabilitação Profissional – NRPs, unidades de menor porte. O primeiro CRP criado foi o de São Paulo.

Também eram vinculados ao Ministério da Previdência e Assistência Social, além do INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (aos previdenciários) e a Legião Brasileira de Assistência – LBA (assistência social à população não coberta pelo sistema previdenciário).

Dessa forma, a reabilitação passou a ser estruturada em unidades

localizadas em capitais e grandes cidades do interior, como foi o caso de Bauru/SP.

A reabilitação profissional, quando foi implantada, existia nos grandes centros do INSS, como por exemplo Bauru era um polo: Bauru, São Paulo, Campinas, Santos, isso estou dizendo aqui no nosso estado, né. Tinha também em Belo Horizonte, Rio. Então era uma reabilitação profissional centralizada. Nós Bauru atendíamos segurados que eram encaminhados para o serviço de reabilitação profissional de várias gerências executivas do estado, então quase no Mato Grosso, na divisa, então eram muitas que demandavam, né. (Entrevistado 1)

Os sujeitos, que até então eram em sua maioria de áreas médicas, foram constituídos por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, sociólogos, psicólogos e professores, os quais contavam também com suporte do pessoal administrativo (compra de órteses, próteses e instrumentos de trabalho) e logístico (deslocamento de segurados de diferentes localidades). (TAKAHASHI, 2006).

Os recursos terapêuticos eram disponibilizados no interior dos próprios centros, além de oficinas e cursos de qualificação profissional, atividades de alfabetização e reforço da escolaridade, treinamentos e visitas às empresas. No CRP Bauru, foram ofertadas oficinas de marcenaria, reparador de calçados, eletricista enrolador, tornearia, serviços administrativos, alguns em parceria com a secretaria municipal de Bem-Estar Social (fonte documental do CRP Bauru).

O processo de reabilitação profissional é desenvolvido em fases básicas simultâneas ou sucessivas, compreendendo avaliação fisiológica, psicológica e socioprofissionais, bem como a (re)educação e (re)adaptação e habilitação para o desempenho de atividades laborativas, visando a (re)inserção no contexto social. (MATSUO, 2006, p. 68).

No corpo técnico destas unidades havia médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professores de nível secundário e superior, em quantidade suficiente para atender os usuários do Serviço, geralmente acidentados com sequelas físicas aparentes. Além da assistência à saúde, também eram desenvolvidas atividades de qualificação profissional, sendo as despesas (inclusive de transporte, alimentação, hospedagem, documentação, medicamentos e instrumentos de trabalho) custeadas pelos recursos da Previdência Social. (BRASIL, 2016, p.24).

O objeto da reabilitação era composto por segurados da previdência social, em sua maioria acidentados do trabalho, visto que o contexto era de grande industrialização e aumento dos acidentes de trabalho. Os trabalhadores eram

encaminhados ao serviço de reabilitação pelos médicos peritos da previdência, que atuavam exclusivamente na realização das perícias médicas.

Em 1967, com a Lei nº 5.316 e Decreto-Lei nº 61.784, o Seguro Acidente do Trabalho – SAT, que estabelece alíquotas de contribuição de empresas dependendo do grau de risco das atividades por elas desenvolvidas, passou a integrar a previdência social e teve porcentagem da receita das contribuições destinada à reabilitação profissional do então INPS. A estatização do SAT foi considerada um evento político importante para o desenvolvimento da área. (TAKAHASHI, 2006).

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas pela expansão dos centros e núcleos de reabilitação profissional, porém acompanharam a “tendência hospitalocêntrica da assistência médica previdenciária da época” (TAKAHASHI, 2006). Segundo Maeno e Vilela (2010), a recolocação no trabalho, principalmente de acidentados com sequelas físicas, era feita sem considerar uma real integração social e profissional do acidentado, com “pouca consistência conceitual”.

Nestas décadas de vigência e expansão dos Centros de Reabilitação Profissional – CRPs, Bauru foi uma das cidades de grande porte que teve a implantação de um Centro, o qual prestava atendimento a uma clientela encaminhada das agências de previdência social circunvizinhas, no total de 10 cidades, incluindo Jaú.

Vale pontuar que na década de 1970 iniciou o grande momento de industrialização nacional, trazendo processo de automação e mecanização da produção. No fim da década de 1980 e início de 1990, com essa transformação no processo produtivo, ocorreram mudanças de perfil de adoecimento dos trabalhadores e o modelo de reabilitação profissional vigente e centrado nos CRPs mostrou-se insuficiente ao papel que se propunha. A clientela destes centros, ou seja, o próprio objeto da atividade, que era predominantemente de atendimento aos trabalhadores com sequelas de acidentes do trabalho, também passou a ser de trabalhadores com doenças ocupacionais, especialmente LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), doenças decorrentes de evolução crônica e transtornos mentais e de comportamento (MAENO e VILELA, 2010; TAKAHASHI, 2006).

A Constituição de 1988, redefiniu a atuação específica para a Saúde, Previdência Social e Assistência Social. A Lei Orgânica de Saúde de 1990 estabeleceu

a reabilitação física como competência do SUS e a reabilitação profissional a cargo da autarquia da Previdência Social.

O momento político da época foi marcado pela disputa de dois projetos ideológicos, o de seguridade social e o de seguro social. Apesar da conquista da saúde como direito de todos e dever do Estado, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, a política de previdência social manteve sua essência de seguro social, destinada aos trabalhadores contribuintes (mercado formal), criando o Instituto Nacional Seguro Social – INSS. (TAKAHASHI, 2006). Esse órgão público previdenciário brasileiro foi criado em 1990, da fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), como autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

A situação é agravada pelo fato de que paralelamente aos impasses acima citados, na mesma época se desenvolvia processo de minimização do papel do Estado no enfrentamento da incapacidade, o sucateamento e desmonte dos Centros de Reabilitação Profissional e Núcleos de Reabilitação Profissional que caminhavam a passos largos, caracterizando concretamente uma reforma previdenciária (MAENO; VILELA, 2010).

Uma mudança nas regras do sistema de atividade foi a Lei nº 8.213/1991, que trouxe mudanças na organização dos serviços e concessão de benefícios da Previdência “vinculadas às diretrizes macro políticas e macroeconômicas neoliberais de redução de políticas públicas”. (TAKAHASHI; IGUTI, 2008). Como descreve Matsuo (2002, p. 53), “o Estado cria e institucionaliza a política baseada no Seguro Social e um modelo de cidadania restrita e regulada”.

Com o plano de modernização da reabilitação profissional, os CRPs e NRPs foram intensamente criticados quanto ao modelo. A proposta da transferência da reabilitação profissional para o SUS, devido ao seu caráter terapêutico, não se concretizou, vencendo a ótica da reabilitação como benefício da previdência social, condicionada à contribuição dos segurados.

Na contramão do conceito de seguridade social, que pressupõe ação integrada da Saúde, Previdência e Assistência Social, mantém-se de forma preponderante a cisão entre reabilitação física e reabilitação profissional, dissociadas também das ações de fiscalização e prevenção da incapacidade. (MEDEIROS, 2013).

O desmonte dos CRPs e NRPs foi marcado pelo sucateamento das instalações físicas, falta de investimentos, aposentadorias incentivadas pelas aposentadorias proporcionais e os Planos de Demissão Voluntária – PDVs aos servidores públicos. Foram criadas “equipes volantes” e “equipes de extensão” para ajustamento à situação. As primeiras se deslocavam dos CRPs e NRPs às Agências de Previdência Social para atendimento aos segurados, enquanto as últimas foram compostas por profissionais das próprias agências, os médicos-peritos e assistentes sociais transferidos da Legião Brasileira de Assistência – LBA, que estava em processo de extinção. (TAKAHASHI, 2006).

Por fim, no final da década de 1990 os CRPs e NRPs foram extintos.

5.1.3 3º período: A reabilitação profissional de 2001 até os dias atuais

Com a extinção dos CRPs e NRPs, ocorreu a descentralização da rede de atendimento da Reabilitação Profissional para as Agências de Previdência Social – APS e a implantação do Programa Reabilita, normatizado em 2001, processo centrado na agilização e na homologação da aptidão para o retorno ao trabalho (TAKAHASHI, 2010), considerado por Takahashi & Iguti (2008) como “um subprograma das perícias médicas das agências de benefícios da Previdência Social”.

A proposta de modernização da reabilitação profissional instituiu um modelo de atenção reduzido, com supressão das equipes multiprofissionais, das atividades terapêuticas existentes (TAKAHASHI, 2006). Como avalia Medeiros (2013), “o modelo, originalmente concebido como multiprofissional, com apoio administrativo e logístico, autonomia orçamentária e financeira, experimenta um processo de fragmentação”.

A ideia de desenvolvimento na Teoria da Atividade Histórico Cultural é que o novo surge como uma forma de resolver as contradições do sistema de atividade, porém essa nova forma de resolver as contradições pode ser expansiva ou regressiva. Na realidade em estudo, o objeto da reabilitação profissional foi reduzido à capacitação profissional e “homologação da aptidão para o retorno ao trabalho”, como descreve Takahashi (2006, p. 148).

Na Agência de Previdência Social – APS de Jaú, com a distribuição do

atendimento da reabilitação profissional para as APSs, duas assistentes sociais, que vieram transferidas da extinta Legião Brasileira de Assistência (1995), iniciaram a atuação do serviço de RP, juntamente com médicos peritos do local.

A RP em Bauru (CRP-Bauru) tinha um trabalho assim: tinha panificação lá no prédio, tinha cursos lá, era muito bem conceituada. Mas isso tudo foi esvaziando.[...] Lá no começo, então, estava tudo em Bauru. O serviço de Jaú estava sendo executado pelo pessoal de Bauru. [...] Então aos poucos foi descentralizando e a gente foi assumindo. *(entrevistado 8)*

Takahashi (2006) defende que “na prática, esse rearranjo resultou na perda de qualificações” destes profissionais das várias áreas (assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores e outros), que deixaram de exercer as atividades inerentes a sua formação profissional e passaram a exercer atividades de “orientação profissional”, atualmente intitulados de “profissionais de referência” (BRASIL, 2016).

Sob o pretexto de um novo estatuto social – a polivalência – esta atuação contribui para ocultar a identidade profissional do servidor e infligir-lhe o acúmulo de atividades estritamente administrativas, esvaziadas do seu conteúdo significativo. Trata-se de impor ao trabalhador da função pública uma sobrecarga de trabalho, sob o falso argumento de otimização dos recursos humanos. (MEDEIROS, 2013).

Dessa forma, houve uma redução da equipe de reabilitação (sujeitos do sistema) tanto quantitativa, em decorrência de aposentadorias, planos de demissão voluntária, quanto qualitativa, no que se refere à perda de especificidade dos profissionais que atuam na reabilitação profissional. Esta é uma contradição entre a capacidade instalada, ou seja, os recursos humanos e materiais existentes, e a demanda do serviço.

De acordo com o modelo vigente, o serviço de reabilitação profissional ofertado pelo INSS se propõe a avaliar a capacidade laborativa do trabalhador por meio de equipes constituídas por profissionais médicos e de áreas afins à reabilitação profissional, como: serviço social, psicologia, sociologia, fisioterapia, terapia ocupacional, pedagogia, entre outras, em cargos de nível superior e/ou analistas do

seguro social. (BRASIL, 2018-a).

Em 2008 e anos seguintes, com o concurso para o cargo de Analista do Seguro Social com formação em Serviço Social, muitos dos assistentes sociais chamados foram dispostos para atuarem tanto no Serviço Social quanto na Reabilitação Profissional, dois dos serviços previdenciários do INSS. Dados de 2015 mostram que dos 1213 assistentes sociais do instituto, 37% destes atuavam parcialmente na reabilitação profissional, com acúmulo de funções (II SEMINÁRIO..., 2018). Sobre isso, em II Encontro Nacional em Defesa da Previdência Social e do Serviço Social do INSS realizado em 2018 (RELATÓRIO..., 2018), os presentes reafirmam a posição da categoria contra a acumulação dos dois serviços previdenciários, visto que há “complexidade e distinção” entre os mesmos.

Portanto, além da redução efetiva de profissionais exclusivos do serviço de reabilitação profissional, como era nos CRPs, houve uma mudança na divisão do trabalho do sistema de atividade da reabilitação profissional quando isso foi imposto aos sujeitos para todas as agências da Previdência Social.

O serviço de Reabilitação Profissional da Agência de Previdência Social de Jaú, constituído após a extinção do CRP de Bauru, conta hoje com 5 peritos médicos e duas assistentes sociais (analista do seguro social), sendo a pesquisadora uma delas, que se subdividem entre outras funções no instituto. São profissionais que acumulam funções entre os serviços previdenciários (Perícia Médica, Reabilitação Profissional e Serviço Social). Ressalta-se que durante o período de realização deste estudo houve duas aposentadorias de médicos peritos que atuavam, também, no referido serviço.

Apesar do objetivo da reabilitação profissional ser identificado como o retorno ao mercado de trabalho e ao contexto em que vivem os segurados com restrições em decorrência de uma incapacidade (BRASIL, 1991), o mesmo Decreto expõe que a reabilitação profissional não tem como finalidade a efetiva recolocação do segurado no trabalho:

Não constitui obrigação da previdência social a manutenção do segurado no mesmo emprego ou a sua colocação em outro para o qual foi reabilitado, cessando o processo de reabilitação profissional com a emissão do certificado a que se refere o caput.. (BRASIL, 1999, art. 140, § 1º).

Na contramão das discussões sobre a ampliação do modelo social da incapacidade, em 1999 o INSS emite o Decreto nº 3048, que modifica o objeto da RP, reduzindo-o às seguintes funções básicas:

- Avaliação do potencial laborativo;
- Orientação e acompanhamento da programação profissional;
- Articulação com a comunidade, convênios e outros, com vistas ao reingresso ao mercado de trabalho e
- Acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho.

Tal alteração representou uma mudança histórica na atividade de RP, pois houve uma redução no objeto do sistema em relação ao modelo anterior ao considerar que as funções da RP não são mais de execução de programa terapêuticos, e sim de avaliação do potencial laborativo, supondo que as reabilitações física e psicossocial já foram realizadas por outras instituições da rede de saúde. Dessa forma, o objeto atual da RP é definido como programa de retorno ao trabalho para segurados com incapacidade laborativas.

Como público alvo da reabilitação profissional, a Resolução nº 118/INSS/PRES, de 04 de novembro de 2010 definiu, por ordem de prioridade:

I - o segurado em gozo de auxílio-doença, acidentário ou previdenciário; II - o segurado sem carência para a concessão de auxílio-doença previdenciário, incapaz para o trabalho; III - o segurado em gozo de aposentadoria por invalidez; IV - o segurado em gozo de aposentadoria especial, por tempo de contribuição ou idade que, em atividade laborativa, tenha reduzida sua capacidade funcional em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou causa; V - o dependente do segurado; e VI - as Pessoas com Deficiência - PcD.

O atendimento aos dependentes de segurados e às pessoas com deficiências, citados nos itens V e VI, ocorre de acordo com as possibilidades administrativas, técnicas, financeiras e características do local de atendimento e, no caso da PcD, dependerá de convênios de cooperação técnica-financeira entre INSS e instituições (BRASIL, 2010). Porém, o que se vê na prática é que não há o atendimento desse público.

Já para os segurados em gozo de benefícios previdenciários (auxílio-doença e aposentadoria), o encaminhamento à reabilitação profissional deve ser feito pela perícia médica do INSS, porém, pode ocorrer, também, mediante encaminhamentos

por ordem judicial.

Em relação às regras do sistema de atividade em estudo, as orientações sobre operacionalização do serviço são definidas pelos manuais técnicos da área. Segundo o Manual Técnico de Atendimento da Área de Reabilitação Profissional publicado em 2005, o modelo de reabilitação da época previa descentralização do serviço para as APS, “otimização de recursos por meio da racionalização do tempo de programa de reabilitação profissional e de custos”, melhoria na qualidade do atendimento e agilização do processo de reabilitação. O mesmo manual trouxe a prerrogativa de celebração de convênios, contratos e acordos com entidades públicas ou privadas para melhoria da escolaridade (alfabetização e elevação da escolaridade), treinamentos profissionais, cursos de capacitação, bem como atendimentos nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia e de protetização, os quais eram disponibilizados anteriormente pelo próprio instituto. (BRASIL, 2005).

O Manual Técnico publicado em 2016, construído por meio de Grupo de Trabalho e instituído pela Portaria nº 7/2015, propôs embasamento teórico para equipes que atuam na reabilitação profissional, incorporando elementos para a compreensão do segurado, reabilitando-o como “um todo integral, para além do aspecto biológico, também os aspectos sociais e psicológicos”, trazendo o conceito de incapacidade baseado no modelo social de saúde, proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Este manual de 2016 tentou resgatar a importância do trabalho com equipe multiprofissional e investir na articulação interinstitucional como princípio, por exemplo com escolas, SUS e empresas, que representaria mudanças em elementos do sistema de atividade da reabilitação profissional, como divisão do trabalho, sujeitos e instrumentos.

No entanto, apesar do considerado avanço, não foram adotadas institucionalmente medidas para aplicação de mudanças na prática do serviço. Como aponta Miranda (2018, p.8), uma das contradições deste Manual é propor um modelo integral de reabilitação profissional, porém de forma isolada de outras políticas, por exemplo saúde, assistência social e trabalho. A questão é que o objeto é compartilhado e exige uma interação com a comunidade e outras instâncias, porém o que ocorreu foi uma redução do modelo contando com atuação de outras instituições, sem que houvesse articulação central de governo.

Ao contrário, logo em janeiro de 2017 foi publicada alteração deste, através do Despacho Decisório Nº 34 /DIRSAT/INSS, restringindo a decisão da avaliação do potencial laborativo aos profissionais médicos.

Em fevereiro de 2018 foi publicada nova versão do Manual Técnico, excluindo a fundamentação teórica e adotando medidas coerentes com o modelo hegemônico biomédico: decisões centradas na equipe médica, desvalorizando o saber multiprofissional e aspectos sociais que envolvem a questão da incapacidade. Apesar de serem mantidas as reuniões com equipe de profissionais para planejamento e acompanhamento dos casos em atendimento pela RP, as decisões sobre a elegibilidade e a manutenção do segurado na reabilitação profissional foram fixadas como decisão da perícia médica.

O manual em vigência (BRASIL, 2018-a), apresenta aspectos que devem ser considerados pela perícia médica do INSS para o encaminhamento ao serviço de RP:

- I - incapacidade permanente, total ou parcial, para a atividade laboral habitual;
- II - escolaridade a partir do nível fundamental I completo (5º ano);
- III - segurados cujo prognóstico de retorno ao trabalho não será alterado pelo tratamento proposto pelo médico assistente (por exemplo, cirurgia);
- IV - tempo de afastamento e afastamentos prévios;
- V - experiências ou atividades profissionais já desenvolvidas;
- VI - característica do mercado de trabalho da região, vínculo empregatício atual e perspectiva de retorno na empresa de vínculo;
- VII - motivação, habilidades, aptidões, expectativas do indivíduo para retorno ao trabalho e potencialidades do indivíduo

Em relação aos manuais anteriores da reabilitação profissional (BRASIL, 2011; 2016), alguns critérios foram acrescentados, como a importância do tempo de afastamento do trabalho, característica regionais, interesses do segurado. Apesar de haver orientação à perícia médica para que o encaminhamento à RP seja realizado o mais precocemente possível, tal ideia traz como justificativas questões econômicas.

Agora no manual novo ficou mais claro sobre esses critérios de elegibilidade. Apesar de que nos dois manuais anteriores, que eu acompanhei, já existia uma orientação de quais casos seriam indicados para cumprir o programa, mas nem sempre foram cumpridos a risca. (entrevistado 6).

Primeiro: a pessoa não ser inválida; ter uma incapacidade, com uma restrição parcial, que possa executar funções, preservando aquilo que ela não está apta a fazer. Idade, escolaridade são coisas importantes também..... outras experiências de trabalho, que também ajudam a reabilitar. E o interesse, que é uma coisa que pesa bastante (entrevistado 3).

Eles são primeiro viabilidade... viabilidade física, a idade, que a gente tenta.... pessoa de idade avançada é mais complicado; escolaridade, tipo de doença, tipo de patologia, tem patologia que a gente sabe ... patologia psiquiátrica é mais complicado reabilitar. (entrevistado 4).

Visto que o encaminhamento à reabilitação profissional é realizado pela perícia médica do instituto e pela justiça, profissionais que atuam no serviço apontam que critérios utilizados por estes atores são diferentes dos estipulados pelas regras do sistema.

E nosso grande problema são os judiciais, que encaminham muito e sem critérios. É isso que me deixa muito chateada. A gente fica empacado, né, entre aspas, né. (...) Eu acho que foi uma brecha que os juízes acharam pra não dar o benefício ou para não aposentar, então vai para a reabilitação. É um terceiro caminho que eles arrumaram. (...) Às vezes o juiz encaminha porque ele não sabe como foi a evolução (...), eles não têm conhecimento de como funciona a reabilitação (entrevistado 5).

A gente acha que deveria haver uma diálogo maior, porque muitas vezes são casos que não têm os mesmos critérios que o nosso. Então acaba vindo e atavancando o processo de outras pessoas que estão em andamento, aumentando muito a demanda. (entrevistado 3).

A judicialização está relacionada à falta de proteção social. Ao ter seu direito ao benefício negado, muitas vezes este trabalhador procura os meios judiciais para ter seu benefício concedido/restabelecido.

Quando um segurado da previdência social não atende aos critérios de encaminhamentos à RP (idade, escolaridade, etc.), a conclusão da perícia médica deve ser por aposentadoria por invalidez ou retorno ao trabalho imediato (BRASIL, 2018-c), muitas vezes encaminhando este trabalhador para exclusão social, sem o suporte de renda e social como preparação para retorno ao mercado. Porém, quando há determinação judicial para cumprimento de programa de reabilitação profissional, o caso torna-se objeto da RP, mesmo o sistema não possuindo meios de lidar com ele. Tal situação reflete uma contradição entre as ferramentas e objeto da atividade.

Somado a isso, participantes das sessões do LM relataram uma alteração

histórica na divisão do trabalho que pode ter contribuído para o aumento de decisões da justiça de encaminhar clientes para a RP: por decisão da instituição, sob justificativa da grande demanda por perícias, médicos peritos do INSS deixaram de atuar como assistentes técnicos em processos judiciais contra o instituto e não acompanham mais as perícias médicas judiciais. Segundo eles, ao levarem informações clínicas e previdenciárias aos médicos peritos judiciais, acreditam que menos casos eram encaminhados à RP por determinação judicial.

O que é previsto atualmente como instrumento para o desenvolvimento de programa de reabilitação profissional aos segurados são avaliações do potencial laborativo e encaminhamento a treinamento em novas funções oferecidas pelas empresas de vínculo dos segurados e cursos de qualificação profissional e/ou treinamento em empresa parceiras e/ou conveniadas, no caso dos segurados que não têm vínculo empregatício, há encaminhamento para elevação da escolaridade a fim de cumprimento de cursos de capacitação.

Anteriormente, no sistema de atividade com objeto expandido em relação ao atual, eram ofertados cursos e oficinas nos próprios centros e núcleos de reabilitação, até mesmo alfabetização, ou seja, o objeto da reabilitação profissional era produzido pelo próprio órgão. Porém, no modelo em vigência, o instituto se vale de outras instituições, de outros sistemas de atividades para ofertar a formação profissional.

Nós temos opções de bolsas de estudos no SENAC, que é aberto, na verdade, a toda comunidade, não é uma parceria específica com o INSS. E recentemente houve um convênio da FIESP com o serviço de reabilitação profissional no estado de SP e eu acho que SC, só que ele é restrito àquelas empresas que o segurado tenha o vínculo e que seja contribuinte do sistema S, então restringe um pouco a questão dos recursos que nós temos. (entrevistado 6).

De acordo com relatos de profissionais entrevistados, o serviço de reabilitação utiliza-se de bolsas de estudos abertas à comunidade para desenvolvimento do programa, bem como paga curso compatível com as restrições ao trabalho do segurado, em especial aos que não possuem vínculo empregatício. No entanto, o fato da região estudada ter baixa oferta de cursos de capacitação profissional, em comparação com outras cidades da mesma Gerência Executiva do

INSS, e a morosidade na compra de cursos são razões dificultadoras apontadas.

Demora muito tempo, média mais ou menos de 2 anos (compra de cursos) [...]. E a gente não sabe bem o que ocorre, o porquê que demora tanto para que se efetive uma compra de cursos. Acredito que não seja a falta do recurso financeiro.(...) O principal problema é a falta de investimento mesmo. Acredito que se tivesse mais pessoas na equipe ou parcerias com empresas para treinamento, parcerias com instituições pra cursos, de repente que fosse mais ágil essa compra de cursos, acredito que facilitaria bem na execução do programa. (entrevistado 6).

É imprescindível destacar que a morosidade na prestação do programa tem relação com a perda da autonomia financeira da reabilitação profissional. Antes, cada um dos serviços previdenciários (Reabilitação Profissional, Serviço Social e Perícia Médica) tinha uma unidade gestora e orçamento próprio para adquirir seus instrumentos e materiais necessários. Com a mudança ao programa Reabilita, ocorreu a extinção da RP como unidade gestora, e, portanto, perda da autonomia financeira. A RP e o SS ficaram subordinadas à unidade gestora da PM, ocasionando uma disputa de orçamento, prevalecendo a hegemonia da PM (TAKAHASHI; IGUTI, 2008). Essa foi uma mudança na regra do sistema de atividade da RP com grande importância.

Entrevistados relatam, inclusive, dificuldades junto a empresas, tanto para readaptação em empresa que o segurado possui vínculo empregatício, quanto na busca por empresas parceiras que se disponham a oferecer treinamentos a reabilitandos, com objetivo de prepará-los para o exercício de nova função.

As empresas deveriam colaborar mais, eles têm funções compatíveis e sempre vão ter, mas para eles se um funcionário saiu e está com INSS, problema do INSS. Então as empresas pouco colaboram para essa reinserção. (entrevistado 5).

Eu vejo que as empresas muitas vezes não dão retorno aos e-mail que vocês (profissionais de referência) encaminham, pelo que a gente tem de informação pelo menos, e põem as vezes em jornal que quer contratar uma pessoa com deficiência, mas que no fundo eu acho que é só para mostrar que está tentando procurar. (entrevistado 7).

De acordo com Lei nº 8213/91 (BRASIL, 1991, art. 93) as empresas que

possuem 100 ou mais funcionários têm obrigação legal de contratar pessoas com deficiência - PcD ou pessoas reabilitadas pelo INSS. No entanto, mesmo com essa norma, persistem entraves para efetiva recolocação do trabalhador, como desconhecimento de empresas a respeito do serviço oficial reabilitação profissional, até mesmo da possibilidade de reabilitados pelo INSS fazerem jus às vagas destinadas às PcD, da mesma forma, a pouca (ou falta de) qualificação profissional dos trabalhadores.

Pois as empresas tinham que cumprir metas, então iam nos procurar, por causa da cota. Algumas empresas, quando precisavam, elas nos procuravam. Mas o que acontecia: a gente não tinha pessoas qualificadas para as funções. Então precisava ter ensino médio e a maioria não tinha. (entrevistado 8).

É um desafio muito grande, o governo exige, que eu acho que está certo, tem que ter, a gente tem que dar esse espaço, só que em contrapartida não tem nenhum movimento, até de um trabalho de sensibilizar e também entender essa contrapartida que o governo dá de ajuda (benefício assistencial) que acaba prejudicando. Então existe também esse trabalho, que dificultaria a gente, e se a gente também não completa a cota a gente é penalizado, e não é porque a gente não quer, é porque não tem candidato, não tem. (entrevista coletiva com empresas).

No modelo atual, onde as necessidades do objeto da reabilitação profissional dependem de outras instituições, como empresas e instituições de ensino, os meios utilizados pelo instituto se mostram insuficientes para que o o serviço seja produzido de forma eficiente, diante das dificuldades relatadas. Constata-se que com as ferramentas utilizadas, como procedimentos burocráticos, ofícios, notificações por correspondências, do mesmo modo às regras atuais, de como fazer, não geram o efeito esperado.

Ademais, quando o programa de reabilitação profissional é realizado na empresa, seja de vínculo ou não, as decisões sobre ações a serem desenvolvidas estão centralizadas no INSS, não envolvendo a própria empresa ou o reabilitando como sujeitos deste sistema de atividade. Nessa hipótese, o objeto da atividade de reabilitação poderia ser compartilhado entre vários sistemas de atividades, ou seja, entre o INSS, empresas e beneficiários.

O sucesso (da reabilitação profissional) ocorre quando tem uma relação ganha-ganha, a empresa ganha e o segurado/trabalhador também, de forma que se ele for readaptado, ele está satisfeito, desempenha suas funções, está conseguindo executar essas funções sem limitações. Em contrapartida para empresa também, que a empresa está precisando, está sendo útil para empresa. Eu acho que isso é uma relação de sucesso. [...] Eu acho que o empregador também poderia ajustar, pra tentar chegar naquela situação dos dois lados ganharem. Uma das coisas seria uma conversa com o segurado que está para reabilitar. Às vezes aparecem coisas bem pequenas, como por exemplo a distância entre a residência da pessoa e o local de trabalho. (entrevista coletiva com empresas).

Ziliotto e Berti (2013), em artigo de revisão sobre a reabilitação profissional no Brasil, identificaram que ocorreram muitas mudanças no programa de RP ao longo do tempo, e apontam a sua “fragilidade atual em termos de efetividade e, conseqüentemente, como política pública de inclusão social de trabalhadores incapacitados e pessoas com deficiência”, ressaltando a responsabilidade do ato pericial neste contexto. Segundo autoras, a efetividade da reabilitação profissional está relacionada à relevância como política de inclusão social, porém com as mudanças ocorridas nas décadas de 1980 e 90 (desmonte dos CRPs e implantação do programa Reabilita, como intitulado à época), “a RP envolveu, estando distante atualmente de critérios mínimos reconhecidos como necessários à real reinclusão dos beneficiários em um trabalho e na sociedade”.

Segundo Miranda (2018), o modelo em vigência da reabilitação profissional tem sido criticado por estudiosos da área da saúde do trabalhador, por não ter articulação com outras políticas públicas, como saúde, ser fragmentado, reducionista, e compensatório, não promovendo o retorno ao trabalho saudável.

Por fim, para melhor visualização, o quadro abaixo foi elaborado com informações sobre os componentes dos sistemas de atividades da reabilitação profissional, nos períodos históricos estudados.

Quadro 5. Linha histórica do sistema de atividade da reabilitação profissional

Elementos do SA	De 1943 a 1960 (CAPs e IAPs)	De 1960 a 2000 (CRPs e NRPs)	A partir de 2001) (Reabilita e atualizações
Objeto	Assistência aos incapacitados para o trabalho e aposentados por invalidez das categorias profissionais das CAP(s) e IAP(s)	Reabilitação Profissional aos segurados do INPS/INSS incapacitados para o trabalho	Retorno ao trabalho para segurados do INSS incapacitados para o trabalho
Objetivo	Oferecer assistência médico-farmacêutica aos trabalhadores e reduzir efeitos precários das condições de trabalho, restituindo a capacidade laborativa do empregado.	Oferecer assistência terapêutica e profissional aos segurados do INPS com incapacidade para o trabalho, com ênfase nos acidentados ou adoecidos do trabalho	Capacitação profissional para retorno ao trabalho ao segurado com incapacidades, porém sem obrigatoriedade da recolocação efetiva
Sujeitos	Profissionais das áreas médicas, de fisioterapia e farmacêutica (do próprio quadro e contratados como serviços privados, além do corpo administrativo.	Equipe multiprofissional, formadas por pessoal técnico especializado	Médico Perito e profissional de referência
Instrumentos	Assistência médica (ortopedia clínica e cirurgia ortopédica); fisioterapia e assistência farmacêutica. Encaminhamento pelos médicos legistas designados pelo Estado.	Recursos terapêuticos disponibilizados no interior dos próprios centros, além de oficinas, cursos de qualificação profissional, ensino básico, treinamentos e visitas às empresas.	Avaliação do potencial laborativo; encaminhamento para cursos na comunidade e treinamentos em empresas; Grupos Informativos.
Regras	CAP(s) – administradas por colegiado bipartite-empresa e representantes dos empregados, sem participação do	Unificação das CAP(s) e IAP(s) em INPS (Lei Orgânica da Previdência Social de 1960; Uniformização dos benefícios; Estatização do SAT em	Extinção das Equipes Multiprofissionais; Extinção da RP como unidade gestora, tornando

	Estado, com recolhimento sobre o faturamento da empresa. IAP(s) – administradas por um colegiado tripartite – empresa, empregados e Estado, com recolhimento sobre a folha de salários. SAT (Seguro do Acidente de Trabalho) administrado por diferentes seguradoras privadas	1967; Criação do 1º CRP em 1960, em São Paulo, e expansão para capitais e cidades de grande porte de outros estados; Criação de NRP(s) em cidades de pequeno porte;	um subprograma da Perícia Médica, assim como o SS. Manuais Técnicos, Legislação previdenciária, incluindo Lei de cotas
Comunidade	Empresas, ligas operárias e empresas privadas contratadas.	Empresas, escolas; sindicatos e PST (Programas de Saúde do Trabalhador), municipais e estaduais, em algumas localidades	Empresas, escolas, Poder Judiciário; sindicatos e CEREST(s) em algumas localidades
Divisão do trabalho (divisão de tarefas e de pessoas)	Administrativos – concessão de benefícios, dentre eles a reabilitação profissional; Terapêuticos – serviços do Estado e contratados (não articulados)	Apoio administrativo (compra de órteses, próteses e instrumentos de trabalho) e logístico (deslocamento de segurados de diferentes localidades); Atendimento terapêutico e de retorno ao trabalho por profissionais de reabilitação física e psicossocial, contratados por categoria profissional: Ex.: assistente social, sociólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, pedagogo, etc. Equipes multiprofissionais compostas pelas diferentes especialidades, com decisões técnicas de consenso;	Extinção dos CRP(s) e NRP(s); Descentralização da RP para a APS (regionais); Profissionais acumulando funções de Serviço Social das Agências e de Reabilitação Profissional; Médico perito exercendo atividades de reabilitação profissional; Contratação dos profissionais homogeneizada como analistas previdenciários;

Enfim, a análise de mudanças históricas da reabilitação profissional, com as especificidades do serviço desenvolvido pela Agência de Previdência Social de Jaú, permitiu formularem-se hipóteses de contradições, que são definidas por Engeström (2016, p. 113) como tensões, ou seja, forças opostas entre elementos ou entre sistemas de atividades, as quais levam a problemas, dificuldades e desafios.

Houve a reformulação do modelo assistencial da reabilitação profissional, planejado e implementado em meio a contexto político e econômico, marcado por diretrizes neoliberais de minimização do papel do Estado, de reformas administrativa e previdenciária, com propostas de modernização gerencial.

Assim, historicamente houve mudanças nos sujeitos do sistema de atividade da reabilitação e na divisão do trabalho, com a redução quantitativas dos profissionais e o desmantelamento das equipes multiprofissionais, passando a serem constituídas por médicos e profissionais de referência (no caso de Jaú, assistentes sociais) não mais exclusivos da RP, com tarefas concorrentes com outros serviços da previdência, bem como mudanças nas regras do sistema (legislação).

Quando a reabilitação deixou de ser oferecida por intermédio dos CRPs e NRPs, surgiu um novo objeto do sistema de atividade, reduzido a oferta de (re) capacitação profissional, voltada aos segurados sem vínculo empregatício, ou a troca de função em empresas de vínculos aos segurados vinculados, contudo, não surgiram os meios e condições compatíveis com esse novo objeto.

No modelo atual, o objeto não é mais produzido pelo INSS, mas sim por instituições educacionais externas ao INSS, por empresas conveniadas ou pela própria empresa de vínculo dos reabilitandos. No entanto, não existem ferramentas, regras, *enforcement*, que façam com que esses serviços sejam produzidos de forma a atingir as necessidades do sistema. Além disso, apesar do INSS depender desses outros atores para oferecer a reabilitação profissional, esse objeto não é tratado como sendo compartilhado com esses outros sistemas de atividade.

O sistema de atividade da RP enfrenta dificuldades para lidar com segurados da previdência social que não são considerados como público alvo do serviço, isto é, que não atendem aos critérios de elegibilidade definidos pelas regras do serviço, mas que por imposição da justiça tornam-se objeto do sistema.

Quando isso acontece, na forma que o serviço de reabilitação profissional é organizado, é ressaltada a incompatibilidade entre os meios/ferramentas/

instrumentos do serviço e este objeto que se tornou elegível à reabilitação profissional por ordem judicial.

Ocorre que o sistema não oferece aos profissionais (sujeitos) os instrumentos para lidarem com casos específicos, do trabalhador sem escolaridade, com idade avançada para o mercado, com experiências em funções poucos qualificadas, e os critérios de elegibilidade (regras) do serviço de RP levam à exclusão destes trabalhadores como objeto da RP. Porém, como o objeto de uma atividade sempre responde a uma necessidade social (Leontiev, 1978, apud VIRKKUNEN; NEWNHAN, p.92), essa demanda reprimida procura as vias judiciais para ser atendida, adicionando uma nova regra imposta externamente ao sistema (determinação judicial para RP), o que contribui para aumento significativo da fila de espera dos segurados que aguardam o programa.

5.2 Contradições históricas da atividade

De acordo com a análise histórica do desenvolvimento da reabilitação profissional, identificou-se três períodos distintos da atividade: o primeiro de 1944 a 1960, o das décadas de 1960 e 1990, e por fim, o atual, iniciado em 2001. Tais períodos foram demarcados considerando eventos históricos críticos, que representaram mudanças na atividade de reabilitação.

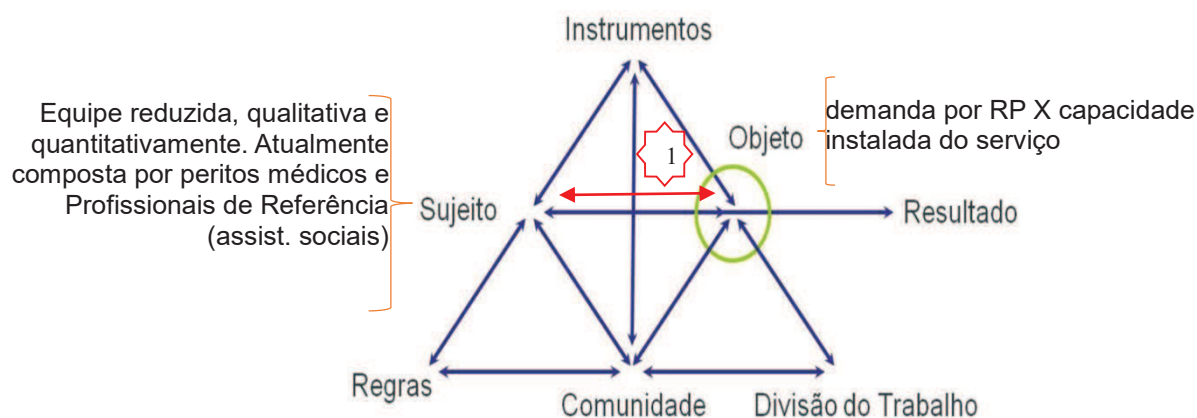
Pode-se afirmar que o sistema de atividade da reabilitação profissional transformou-se historicamente, principalmente com referência ao seu objeto, o que levou a contradições internas e entre sistemas de atividades.

A comparação entre o modelo de reabilitação desenvolvido nas décadas de 1960 e 1990 e o atual, demonstrou que houve mudanças quantitativas e qualitativas nos sujeitos desses. A equipe multiprofissional, especializada, que existia nos Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional foi reduzida a equipes constituídas por médicos e profissionais de referência. Ocorreram aposentadorias na década de 1990 incentivadas pelos Planos de Demissão Voluntária do governo e sem reposição do quadro. Qualitativamente, os profissionais deixaram de atuar de acordo com a especificidade de cada profissão e passaram a exercer funções genéricas, com grande demanda administrativa.

Houve também mudanças históricas na divisão do trabalho, que no modelo atual é marcada pela polivalência dos profissionais do serviço de reabilitação profissional, que deixaram de atuar exclusivamente no serviço de reabilitação, dividindo-se entre tarefas de outros serviços do instituto (Serviço Social e Perícia Médica).

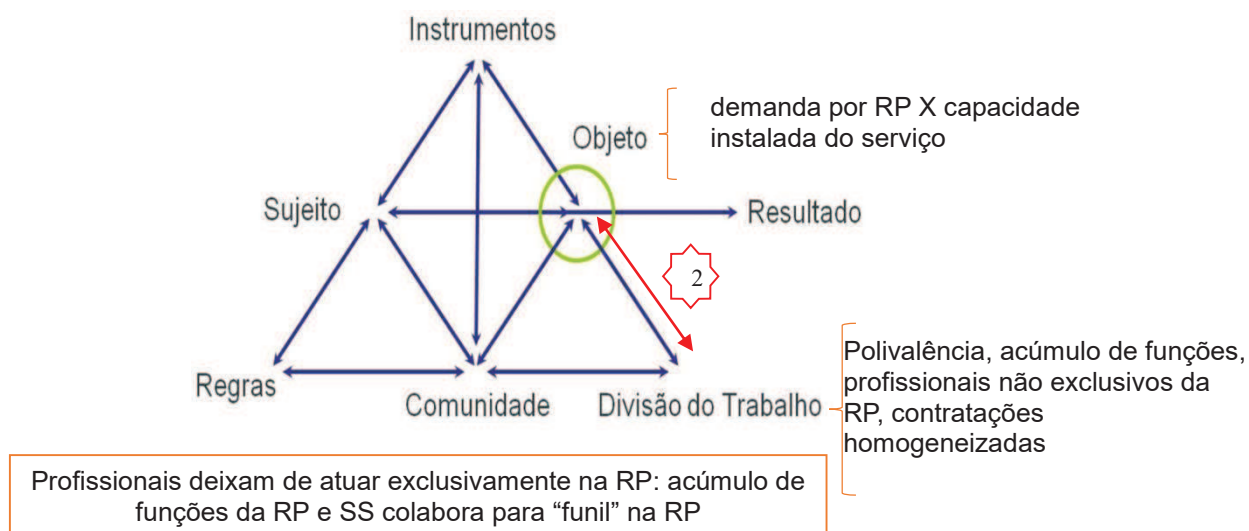
Tais alterações nos sujeitos e divisão do trabalho corroboraram para instalação de incompatibilidades entre esses elementos do sistema de atividade e o seu objeto, ao passo que a redução da equipe e o acúmulo de tarefas impactam no atendimento da demanda do serviço. As contradições entre sujeito e objeto e divisão do trabalho e objeto estão representadas na Figura 11 e 12, com os números 1 e 2, respectivamente.

Figura 6 - Representação no sistema da atividade da contradição entre sujeito e objeto



Fonte: elaborado pela autora

Figura 7- Representação no sistema da atividade da contradição entre divisão do trabalho e objeto



Fonte: elaborado pela autora

No entanto, as principais contradições identificadas dizem respeito à reformulação do objeto da RP, que anteriormente era caracterizado pela oferta de assistência física e multiprofissional aos reabilitandos, todavia foi reformulado sob a ótica do seguro social, com o foco no retorno à empresa de vínculo e/ou qualificação profissional.

Com a mudança do objeto, bem como a redução dos sujeitos, a previdência social passou a depender de instituições externas para ofertar a reabilitação profissional, isto é, de escolas e empresas, e da política de saúde para tratamento terapêutico. O modelo de oferta da reabilitação profissional mudou, considerando que nas décadas de 1960 a 90, apesar de também contarem com escolas para oferta de alguns cursos profissionais, grande parte das ações de capacitação profissional era realizada pelo próprio instituto (cursos, oficinas), bem como ações educacionais (alfabetização e reforço da escolaridade).

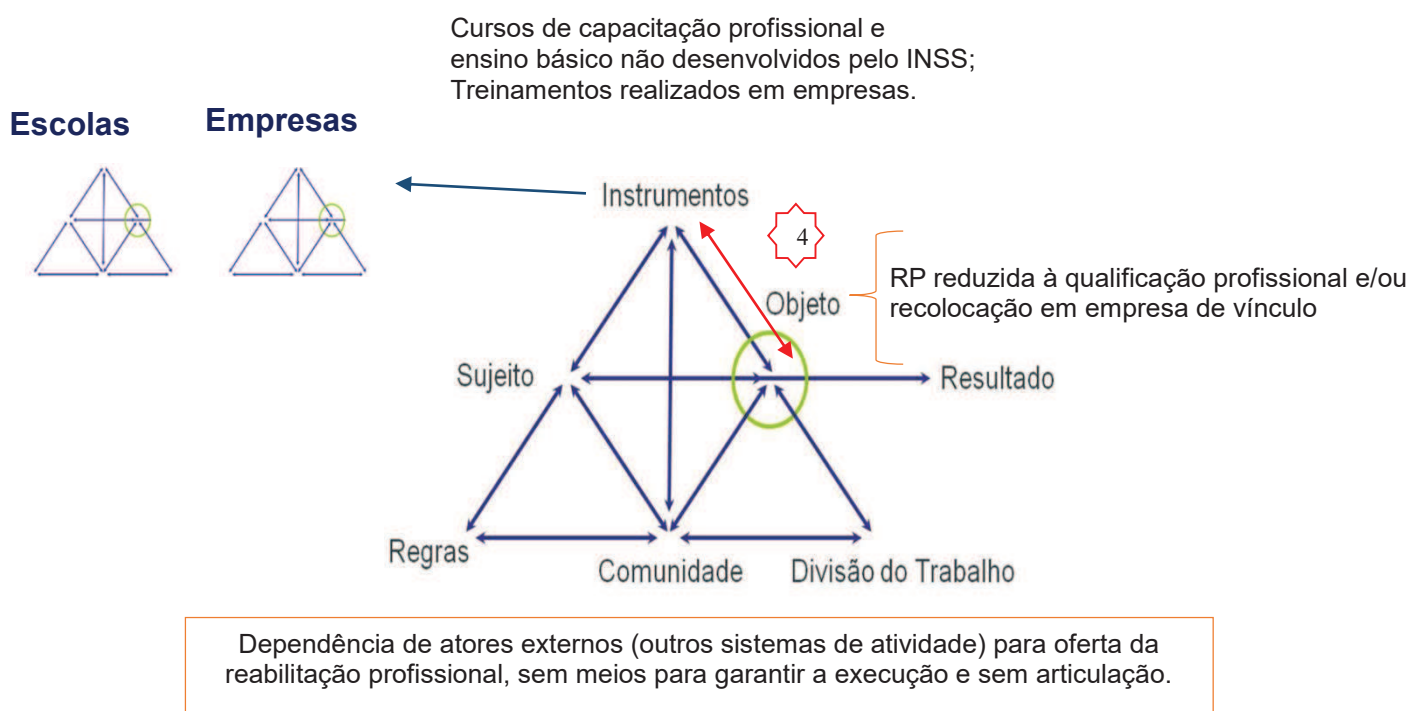
No modelo em vigência, o sistema está apoiado na oferta de serviços por atores externos à previdência social para produzir a reabilitação profissional, mas não detém os meios para articular e coordenar a mobilização de atores e uso dos instrumentos de que o serviço dispõe para reabilitar diferentes tipos de usuários. Para cursos, o serviço depende da disponibilidade e critérios das instituições ofertantes, como SENAC, SENAI, prefeituras e entidades sem fins lucrativos, seja de forma

gratuita (bolsas de estudos abertas à comunidade) ou pagos com recursos públicos, estes últimos submetidos a uma burocracia lenta. Além do mais, a baixa oferta de cursos da realidade local também impacta no desenvolvimento de um programa baseado na capacitação profissional.

A relação com as empresas demonstra ausência de ações coordenadas entre previdência social, empresas e órgãos de fiscalização do trabalho, com vistas a conseguir adesão de empresas na realização da reabilitação profissional e efetiva reinserção de reabilitados no mercado.

Desse modo, apesar de historicamente o objeto da reabilitação profissional ter retraído, suprimindo as ações terapêuticas e evidenciando a sua característica profissional, os instrumentos disponíveis mostram-se incompatíveis com as demandas postas pelo novo objeto. A forma de se fazer a reabilitação profissional não apresenta ferramentas para desenvolver ações articuladas entre os diversos atores, e centraliza as decisões sobre os profissionais da previdência social. A contradição entre o objeto e os instrumentos está representada na Figura 8 com o número 3.

Figura 8 - Representação no sistema de atividade da contradição entre objeto e instrumentos



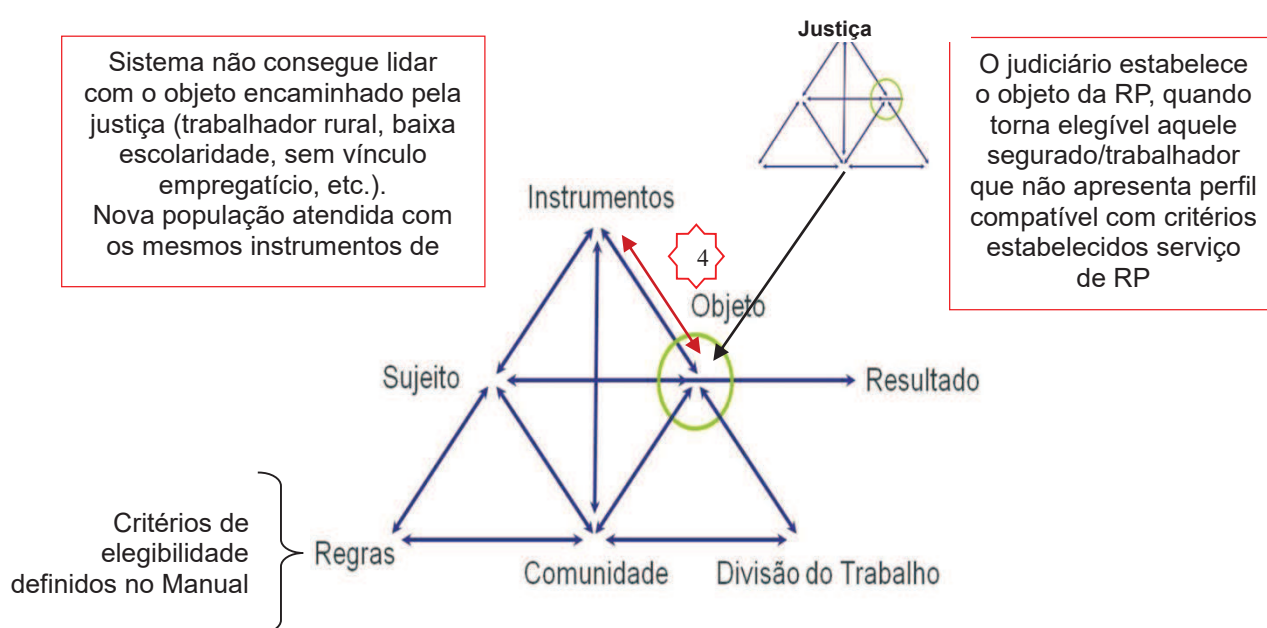
Fonte: elaborado pela autora

Outra contradição no objeto, fortemente surgida nas discussões com os participantes, foi a dificuldade que o sistema tem em lidar com segurados encaminhados ao serviço por determinação judicial que não atendem aos critérios de inclusão estabelecidos pelas regras (manual da RP). São segurados que mesmo após avaliados pela perícia médica ou pela equipe de RP não se enquadram nos critérios preestabelecidos e retornam ao serviço como objetos impostos pela justiça.

Os desempregados, trabalhadores autônomos, analfabetos ou com baixa escolaridade, com experiências anteriores restritas ao trabalho braçal, são exemplos de casos que não se enquadram nos critérios de atendimento da RP, nos moldes que é organizada hoje. Apesar disso, esses perfis estão presentes em grande quantidade na região estudada, marcada pela agroindústria e confecção calçadista, reforçando a necessidade social do objeto da RP.

Ao mesmo tempo que o serviço precisa cumprir a ordem judicial para proporcionar a reabilitação profissional, não há meios disponíveis para isso. O sistema da reabilitação profissional não desenvolveu novos instrumentos para lidar com esse novo objeto encaminhado por força judicial. Esta incompatibilidade entre o objeto do sistema imposto pela justiça e seus instrumentos está representada na figura seguinte com o número 4.

Figura 9 - Representação no sistema de atividade da contradição entre objeto, determinado pela justiça, e instrumentos.



Fonte: elaborado pela autora

A situação mostrada sugere que o sistema de atividade da RP do INSS passou a conviver com mudança histórica na natureza do seu objeto. A mudança em questão teve origens em imposição judicial que passou a encaminhar, de volta à RP, candidatos originalmente recusados com base em avaliação de elegibilidade adotada no sistema. Forçado a conviver com objeto de atividade ampliado, a resposta do sistema se mostra como inadequada, uma vez que o sistema não criou novos instrumentos conceituais e práticos para lidar com o novo tipo de usuário. Na prática, as decisões judiciais contribuem para aumento do número de encaminhamentos à RP (entrada) e as tentativas de lidar com os não elegíveis, com os mesmos instrumentos que usava para os elegíveis, e não só se mostra inadequada à natureza dos problemas, como não agiliza retorno ao trabalho dos novos atendidos (saída), facilitando tanto a criação de filas de espera como o aumento do tempo de benefício para parcela de usuários.

À medida que o sistema é obrigado a absorver parcela de segurados imposta pela justiça, mas sem deter instrumentos adequados para oferecer a reabilitação profissional a esse público, os desfechos do processo de reabilitação tendem a ser excludentes (conclusão pelo retorno ao trabalho) e que responsabilizam somente o indivíduo (falta de adesão, recusa, sem interesses profissionais).

5.3 Análise empírica atual da atividade de reabilitação profissional na Agência de Previdência Social de Jaú

Como explicam Virkkunem e Newnhan (2015),

O propósito da análise da prática atual é a produção de uma imagem mais detalhada quanto às causas das perturbações e dos problemas encontrados no trabalho cotidiano e ao papel dos vários elementos do sistema da atividade em seu surgimento.

Como uma forma de representação do processo de reabilitação profissional, as rotinas atuais do serviço e seu fluxograma serão expostos, o que servirá como ferramenta de análise da realidade empírica da atividade em estudo.

Em sequência, são mostrados três casos de pessoas encaminhadas à reabilitação profissional e discutidos durante as sessões do Laboratório de Mudanças. A equipe de profissionais do serviço, diante da necessidade de dar andamento às ações, solicitou espaço para discussão dos mesmos, já que caracterizavam exemplos típicos de casos atendidos pela equipe.

5.3.1 As rotinas de atendimento do serviço de Reabilitação Profissional da APS Jaú

As ações desenvolvidas na reabilitação profissional foram assim descritas por profissional médico da equipe do serviço da APS Jaú:

O trabalho começa pelo encaminhamento, né, a avaliação pericial, a necessidade, possibilidade e viabilidade da reabilitação profissional, de acordo com critério técnico que a gente tem, critério médico, baseado em idade, escolaridade [...]. Eles são primeiro viabilidade, viabilidade física; a idade, pessoa de idade avançada é mais complicado; escolaridade, tipo de doença, tipo de patologia. Tem patologia que a gente sabe ... patologia psiquiátrica é mais complicado reabilitar. Então o trabalho começa na avaliação pericial das pessoas fora da reabilitação, da indicação ou não, de quando indicar, quando não indicar. A partir de indicado, há avaliação conjunta entre o médico e os profissionais da reabilitação profissional, as assistentes sociais. [...] A partir daí a avaliação de função, que no caso de uma pessoa vinculada, ver se a empresa oferecer algo ou não. No caso da

pessoa não vinculada ou impossibilidade na própria empresa, avaliação de curso. Depois, em alguns casos é indicada uma reavaliação até física, pericial, se teve condições de continuar, se houve intercorrência. Se não houve, é a finalização, elegendo e fazendo o programa ou considerado não elegível, ou retirado do programa por outros motivos para retorno ou não no trabalho. Basicamente isso. (Entrevistado 4).

Como já apontadas, as duas formas mais comuns de encaminhamento ao serviço de reabilitação profissional são através do médico perito do INSS e por determinação judicial.

Quando o médico perito do INSS, durante a realização de perícia médica do segurado da previdência do INSS, decide por fazer o encaminhamento ao serviço de RP, preenche o Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo – FAPL no sistema operacional SABI (Sistema de Análise de Benefícios por Incapacidade), informando sobre diagnóstico (CID), situação funcional, ocupação, limitações anátomo-funcionais e restrições ao trabalho, que deve ser impresso e entregue aos profissionais de referências, no caso de Jaú, às assistentes sociais. Com as últimas alterações do Manual de Procedimentos Técnicos da RP (BRASIL, 2018), no momento do encaminhamento a perícia médica já estabelece que aquele segurado é elegível ao programa de RP, considerando critérios estipulados pelo mesmo documento.

No caso das determinações judiciais, o Memorando-Circular Conjunto nº 24/2018 estabelece procedimentos para implantação ou reativação do benefício por incapacidade e encaminhamento à RP. Em suma, o instituto, por intermédio da Agência da Previdência Social de Atendimento das Demandas Judiciais- APSADJ (Bauru) deve agendar e convocar o segurado para comparecer à perícia médica de elegibilidade, ocasião na qual o médico perito do INSS deverá emitir seu parecer, concordando ou não com o encaminhamento judicial à RP. Se favorável, emite o FAPL e, através do Serviço de Benefícios da APS, encaminha o segurado à RP para sequência do fluxo de atendimento (avaliação socioprofissional). Caso a perícia médica conclua que o segurado não reúne as condições de elegibilidade ao programa de RP, o Serviço de Benefícios da APS local informará a APSADJ e a Procuradoria da autarquia sobre o parecer médico. No entanto, se mesmo assim o poder judiciário discordar a inelegibilidade ao programa, poderá haver o encaminhamento obrigatório ao serviço, desconsiderando o parecer médico do INSS.

A situação acima relatada representa a justiça tornando objeto da reabilitação profissional o trabalhador que não foi reconhecido inicialmente como caso passível de ações do serviço pelo instituto, independente de readequações dos instrumentos e da forma de prestar a reabilitação.

Durante sessões do Laboratório de Mudanças, médicos peritos relataram que atuavam como assistentes técnicos da autarquia, quando acompanhavam perícias médicas judiciais e levavam informações previdenciárias sobre caso em análise. Porém, a decisão administrativa para não mais exercerem tal função, caracteriza uma mudança histórica na divisão do trabalho do sistema de atividade em estudo que pode ter levado a mudanças na atividade da justiça, que contribuiu para o aumento da demanda, por encaminhamento judiciais à RP, de casos considerados não elegíveis ao programa. Apesar disso, esta atuação pode envolver outros entendimentos, uma vez que, segundo estudo ergonômico realizado por Melo e Assunção (2003), há a interferência de vários fatores nas decisões periciais, uma vez que elas não são neutras, e sim, representam uma construção social vigente, tanto da visão de mundo subjetiva do perito do caso, como dos interesses e objetivos da gestão da instituição em que este perito se insere. A suspensão da medida pode representar, portanto, uma outra concepção da gestão da autarquia sobre a questão dos critérios de exclusão à Reabilitação Profissional.

Após realização da perícia de elegibilidade à reabilitação profissional, o segurado deve acessar o resultado da avaliação médica (carta de concessão) pela internet, onde constará informação de que houve o encaminhamento à RP e orientação para contatar o serviço de imediatamente. Diante da realidade de grande demanda pelo atendimento do serviço de RP da APS Jaú, o segurado é informado que deverá aguardar pelo contato da equipe de RP (assistentes sociais), para início do programa, e é orientado sobre a importância da elevação da escolaridade junto à rede de ensino, por conta própria, para a reabilitação profissional, principalmente para os casos de trabalhadores que não possuem vínculo empregatício.

Em sequência, a avaliação socioprofissional é realizada pelo profissional de referência e tem como objetivo levantar dados sobre ocupação do segurado, histórico de afastamentos do trabalho, experiências profissionais prévias, qualificação profissional, do mesmo modo, identificar áreas de interesses e motivação frente ao cumprimento do programa. O profissional emitirá parecer sobre prognóstico favorável

ou desfavorável ao programa. Deve ser realizada após a avaliação pericial sobre a elegibilidade, porém, devido à demanda existente na APS Jaú e a equipe reduzida e com multitarefas, não é o que acontece na maioria dos casos.

Segundo Manual Técnico da área (BRASIL, 2018), a etapa seguinte é a realização de Perícia Médica de Reabilitação Profissional para definição da avaliação do potencial laborativa, considerando informações coletadas em fases anteriores. Desde alteração de 2017 (BRASIL, 2017), a decisão sobre a continuidade ou não do processo de RP tornou-se exclusiva dos peritos médicos, que anteriormente era definida em conjunto pela equipe de profissionais. Apesar de imperar o modelo biomédico, antes da alteração havia espaço para discussão e consideração de outros fatores determinantes da incapacidade.

As possíveis conclusões da avaliação do potencial laborativo são: continuidade em programa de RP, intercorrência médica, invalidez, retorno imediato ao trabalho (cessação do benefício), recusa ou não necessita de RP (ter experiências ou qualificação prévia, não identificada anteriormente).

Nota-se que na agência em estudo, profissionais do serviço continuam utilizando espaço das reuniões em equipe para discussão do potencial laborativo dos segurados encaminhados à RP e planejamento sobre andamento dos casos. As reuniões da equipe ocorrem em qualquer momento, após início do programa de reabilitação profissional, principalmente para discussão sobre compatibilidade de funções oferecidas por empresas para readaptação, treinamento e cursos escolhidos, bem como queixas dos segurados e, igualmente, avaliar possíveis intercorrências médicas e sociais.

O início do programa de RP de fato é considerado quando o profissional de referência que acompanhará o caso toma as providências cabíveis para cada indivíduo, ou seja, encaminha-o para treinamento em empresa de vínculo ou para cursos e treinamentos na comunidade. Na realidade estudada, do momento do encaminhamento à RP (avaliação pericial, comum ou judicial) até o início do programa em si podem decorrer anos, formando uma fila de espera, como relatam os entrevistados:

São 165 casos, aproximadamente (março de 2018). [...] Eles (segurados) permanecem em benefício, aguardando que o profissional de referência tenha essa disponibilidade, ou quando ele desliga um caso e então vai para

essa lista de espera e elege o próximo da lista. A média de espera hoje é de 2 a 3 anos. (entrevistado 6).

A demanda acho que sempre é muito grande, muito maior que a oferta. Sempre foi.... Essa é até uma das limitações crônicas do programa, sempre tem muita oferta para os poucos peritos, pois essa é apenas uma das funções; as assistentes sociais sempre muito sobrecarregadas. Então a demanda é sempre muito maior que a capacidade, por isso que as vezes leva muito mais tempo do que seria lógico. (entrevistado 3).

Vindo pra cá (*para o serviço de reabilitação profissional*) eu acho que uma coisa muito difícil, até por falta de recursos humanos, é o início do programa, então tem muita gente que fica anos às vezes esperando. [...] Tinha caso que a gente vê que foi encaminhado à reabilitação em 2014 e está aqui aguardando o programa ainda, então quer dizer, essa pessoa está aí na geladeira aguardando o início de um curso, de uma coisa, de um programa [...] provavelmente por falta de recursos humanos pra agilizar esse tipo de atendimento. (entrevistado 7).

Enquanto aguardam na fila de espera à RP, os segurados permanecem recebendo benefício previdenciário. Quando são encaminhados pela perícia médica, o benefício previdenciário é automaticamente prorrogado por 1 ano, prazo que deveria ser suficiente para conclusão das ações propostas pelo serviço. Passado este prazo, o segurado precisa agendar novamente perícia médica para prorrogação do benefício, prorrogável de 4 em 4 meses, até a conclusão do processo de RP. Ressalta-se que, durante estas reavaliações médicas podem ser identificadas alterações no estado de saúde do segurado e este ser considerado apto ao retorno ao trabalho ou mesmo aposentado por invalidez, mesmo antes de passar pelo programa de RP.

Ainda durante o período que o segurado aguarda na fila de espera, profissionais entrevistados relataram que há ações desenvolvidas pelos assistentes sociais para agilizar o processo, como envio de ofícios às empresas de vínculos solicitando função para readaptação, às empresas que devem atender a Lei de Cotas (BRASIL, 1992, art. 93) e encaminhamentos para a rede de ensino para matrícula na Educação de Jovens e Adultos – EJA.

Entretanto, tais ações não são consideradas como programa da RP pela equipe, pois este só inicia quando concluída a avaliação do potencial laborativo pela elegibilidade, ocasião que é definido um dos profissionais de referência como responsável pelo acompanhamento do caso. Profissionais explicam que o tempo em programa de RP é contabilizado para emissão do Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional – BERP, instrumento gerencial no qual é feito o registro das informações

referentes aos atendimentos, ao quantitativo de segurados encaminhados, desligados e em cada fase do programa de RP (orientação, curso, treinamento), assim como a composição das equipes, constando, dessa forma, nos sistemas operacionais utilizados. Os dados coletados no BERP são publicados no Anuário Estatístico do Ministério da Previdência Social.

Nos anos 2016 e 2017, as assistentes sociais realizaram atividades grupais, nomeadas de Grupos Informativos conforme manual técnico da área, com objetivo de socialização de informação sobre o serviço e encaminhamento à elevação da escolaridade, enquanto segurados aguardavam o início de fato do programa de RP.

Quando chega um caso para fila eu não sei qual é a escolaridade, não sei se tem vínculo, não sei nada, ele vai ficar na fila, até eu ter possibilidade de atendê-lo. Antigamente nós fazíamos um grupo, nós chamávamos aí, 20 pessoas cada grupo, explicava o que era o programa de reabilitação profissional, encaminhava todos os casos para elevar a escolaridade enquanto estava aguardando. (participante do LM).

Os Grupos Informativos (GI) têm por objetivo orientar beneficiários quanto à legislação e ao processo de reabilitação profissional, socializando informações que possam auxiliar na compreensão sobre o desencadeamento do programa, as ações propostas, manutenção do benefício e, também, do retorno ao mercado de trabalho (BRASIL, 2016). Tais ações coletivas foram interrompidas na APS em estudo diante da dificuldade de monitoramento e acompanhamento dos encaminhamentos realizados à elevação da escolaridade.

As ações de reabilitação profissional aos segurados da previdência com vínculo empregatício são voltadas para busca de funções e atividades na própria empresa. Os profissionais de referência da RP fazem contatos com a empresa de vínculo (contatos telefônicos, ofícios, e-mails), geralmente com setores de recursos humanos ou saúde ocupacional, solicitando a troca da função. A função oferecida pela empresa é analisada pela perícia médica do INSS, para verificar a compatibilidade da mesma com as restrições ao trabalho do segurado. Quando definida a função para readaptação, o segurado é encaminhado para um período de treinamento na referida função, geralmente de 30 dias ou de acordo com a complexidade da função, antes de

retornar ao trabalho. Tal período é acompanhado pelo profissional de referência por contatos telefônicos, e-mails, e, quando autorizado pela gestão, visitas às empresas. Ao final, a empresa preenche relatório de avaliação do período de treinamento a ser entregue ao INSS, onde constam informações sobre funções desenvolvidas, como posições em que trabalhou, esforço físico exercido, tipos de movimentos exigidos e comportamento (assiduidade, pontualidade, iniciativa).

Quando não é possível a readaptação em empresa de vínculo, por esta declarar não possuir função compatível ou não estar mais ativa, o programa de RP é redirecionado e segue o mesmo fluxo de atendimento aos segurados não vinculados.

Para os segurados da previdência que não possuem vínculo empregatício ativo, como por exemplo os profissionais autônomos (contribuintes individuais) e desempregados (contribuintes facultativos), o programa de reabilitação profissional têm como foco a requalificação profissional. De acordo com os interesses, habilidades e experiências do segurado e ofertas locais e regionais de qualificação, o INSS buscará cursos ou treinamentos oferecidos na comunidade, de forma gratuita ou paga. Caso não tenha disponibilidade de cursos gratuitos, é solicitado pagamento de curso de interesse do segurado pelo INSS.

Demora muito tempo, média mais ou menos de 2 anos (compra de cursos) (...) E a gente não sabe bem o que ocorre, o porque que demora tanto para que se efetive uma compra de cursos. Acredito que não seja a falta do recurso financeiro.(...) O principal problema é a falta de investimento mesmo. Acredito que se tivesse mais pessoas na equipe ou parcerias com empresas para treinamento, parcerias com instituições pra cursos, de repente que fosse mais ágil essa compra de cursos, acredito que facilitaria bem na execução do programa. (entrevistado 6).

Como apontado pelos entrevistados, há “gargalos” no serviço de RP durante a fase de execução do programa, visto tanto a dependência de oferta de cursos por outras instituições, condicionada às regras de outros sistemas de atividades, como a demora e burocratização nos processos de compra de cursos. A falta ou atraso de resposta das empresas também são fatores que impactam no desenvolvimento do serviço.

Acho que a principal é para adentrar o programa, realmente passar pela avaliação médica, avaliação da assistente social, depois uma reunião

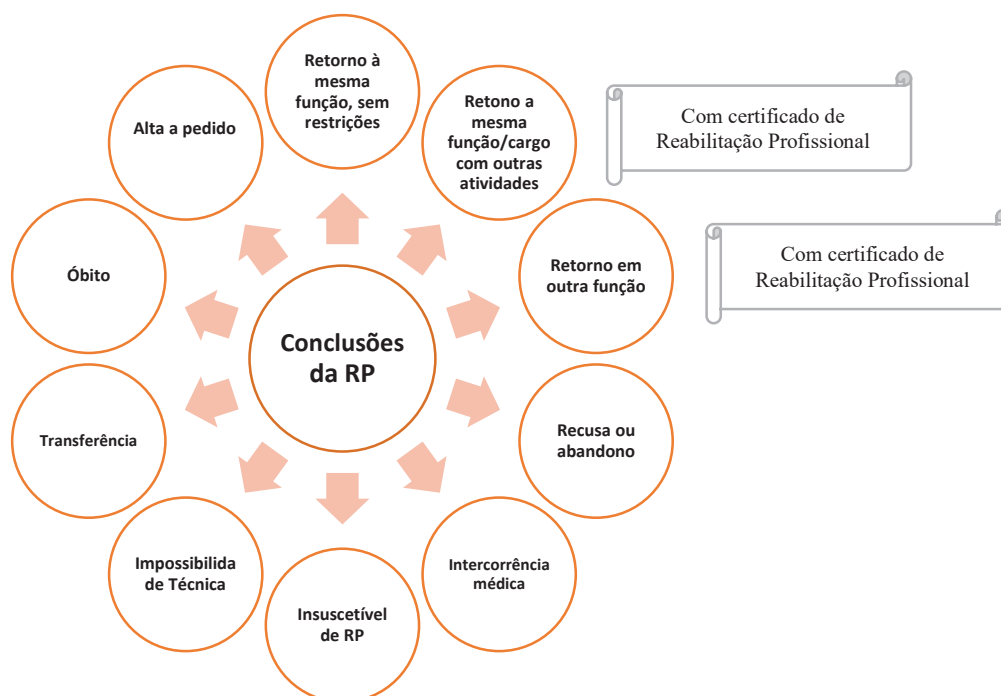
conjunta pra avaliar o potencial laborativo da pessoas; depois da avaliação individual médica e social, tem avaliação conjunta, pra avaliar o potencial, área pra que possa ser reabilitado. Acho que isso é a causa principal do represamento. Existem outras que eu acho que é menos, como, muitas vezes se oferece cursos, mas há baixa oferta de cursos, empresas que muitas vezes retardam o processo ou que não oferecem ambientes, não oferecem ajuda para uma reabilitação dentro da própria empresa, tudo isso vai retardando, lentificando o processo, e como um todo, se cada um retardar um pouquinho, no fim reflete no todo. Mas o principal é esse atendimento pela equipe técnica médica e assistente social da reabilitação, o número de pessoas. (entrevistado 3).

Considerando que o cumprimento do programa de RP é obrigatório, visto que está atrelado à manutenção do benefício (BRASIL, 1991, art. 101), a qualquer momento, caso haja manifestação do segurado de desinteresse e/ou resistência em cumprir o programa de forma ativa ou passiva, o processo de reabilitação profissional pode ser cassado por motivo de recusa, suspendendo e até cessando o benefício (BRASIL, 2018). Visto que o serviço de RP não é fundamentado no modelo social da incapacidade, questões além do aspecto biológico, como pessoais, psicológicas, relacionadas ao local de trabalho, não são consideradas como barreiras e são interpretadas como recusa.

Durante as ações do serviço, poderão ser fornecidos recursos materiais ao segurado, como pagamento de diárias para deslocamento a outro município, auxílio-transporte, auxílio-alimentação, pagamentos de cursos e taxas de inscrição, bem como órteses, próteses e outros instrumentos de auxílio para locomoção. Em Bauru há o serviço de protetização da Gerência, o qual atende os segurados encaminhados pela perícia médica das demais Agências desta região, com parcerias com universidade de Bauru para realização dos atendimentos e treinos pré-protéticos.

Seguem abaixo as possíveis conclusões de um processo de reabilitação profissional, que estarão mais detalhadas no Anexo 2.

Figura 10 - Possíveis desfechos do processo de reabilitação profissional do INSS



Fonte: elaborado pela autora

Ao final do processo de reabilitação profissional, para os segurados que foram desligados, com a conclusão de retorno ao trabalho com atividades ou funções diversas da inicial, é emitido Certificado de Reabilitação Profissional, o qual deverá constar dados como a função para qual foi reabilitado, o período de realização de curso/treinamento e as restrições ao trabalho que devem ser respeitadas. (BRASIL, 1991, art. 140).

Este certificado permite concorrer à reserva de vagas destinadas às pessoas com deficiências ou reabilitadas pelo INSS (BRASIL, 1991, 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%.

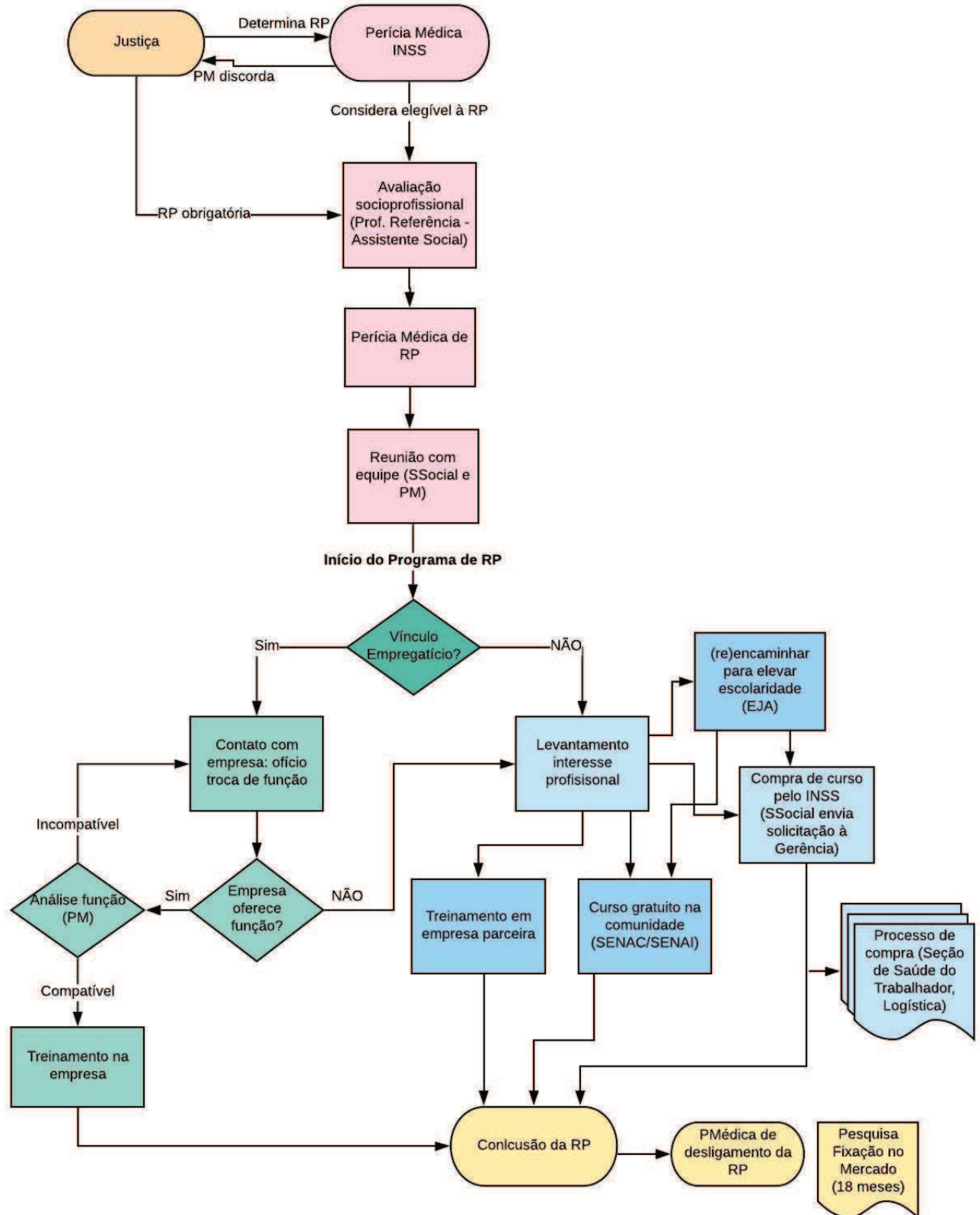
No entanto, mesmo com a Lei de Cotas, muitas são as dificuldades

encontradas pelos trabalhadores no retorno ao trabalho, ainda mais com limitações funcionais decorrentes de adoecimentos e acidentes. O contexto político e econômico atual brasileiro de precarização das políticas sociais, principalmente de saúde, trabalho e previdência social, de redução dos direitos dos trabalhadores, só colabora para o aumento destas dificuldades e ameaça a sustentação do sistema de proteção social. Como apontam Belin et al. (2016), “o processo de retorno ao trabalho mal administrado leva ao desemprego, pensões por invalidez e aposentadorias precoces”. (livre tradução da autora).

Para os segurados desligados da reabilitação profissional terem retorno ao trabalho, com emissão de certificado, é prevista realização de Pesquisa de Fixação pelo profissional de referência. De acordo com regulamento da previdência social (BRASIL, 1999, art. 137 e 140), o objetivo é constatar a efetividade do processo de RP, fornecendo dados importantes para o gerenciamento do serviço, porém não há sistematização e/ou publicação dos dados. A última atualização do manual de procedimentos técnicos da RP (BRASIL, 2018), redefiniu que a pesquisa deve ser realizada dezoito meses após a conclusão do programa e utilizando dados constantes no CNIS – Cadastro Nacional de Informações Sociais, sendo que anteriormente eram realizadas após 6 e 12 meses do desligamento, podendo ser intermediada por visitas aos locais de trabalho e residências dos trabalhadores. Da forma como é definido, o processo não permite voz aos trabalhadores para exporem como avaliam o processo de reabilitação profissional, não há espaços coletivos para a participação destes.

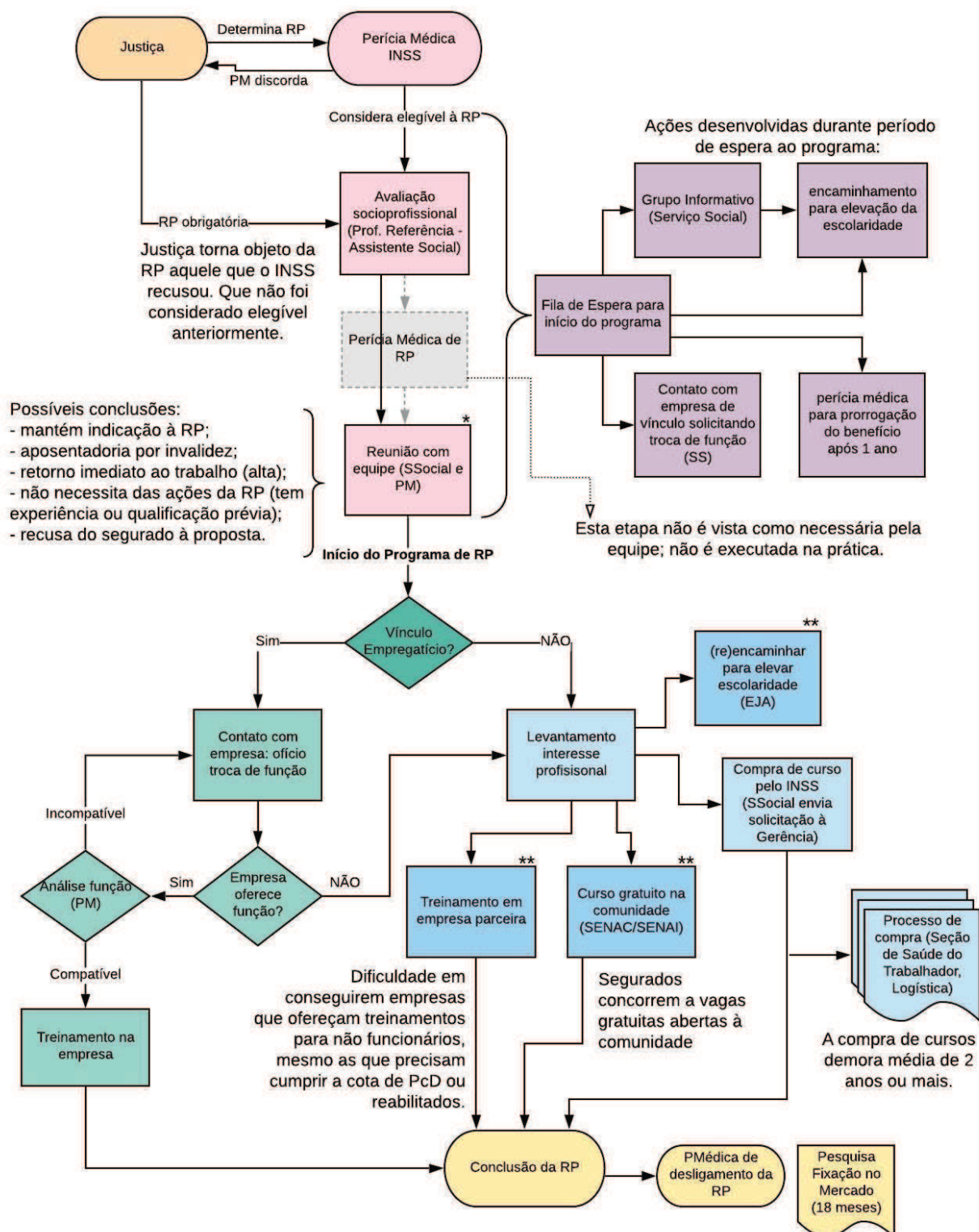
Por fim, representando as ações descritas neste item da pesquisa, apresenta-se, a seguir, o Fluxograma do serviço de RP, o primeiro como descrito pelas normativas legais e o segundo, como é desenvolvido na realidade em estudo.

Figura 11- Fluxograma prescrito da reabilitação profissional



Fonte: elaborado pela pesquisadora e participantes do LM.

Figura 12 - Fluxograma real da reabilitação profissional da APS Jaú



* As reuniões com a equipe podem acontecer em qualquer etapa do programa, para planejamento ou acompanhamento.

** Etapas que dependem de atores externo a Previdência Social.

Fonte: elaborado pela pesquisadora e participantes do LM.

Durante as sessões do LM realizadas, o fluxograma de atendimento da RP, em Jaú, foi construído pelos pesquisadores e discutido e validado pelos profissionais participantes. Em tal elemento foi utilizada ferramenta analítica para discussão da atividade em estudo. Isso auxiliou na identificação de onde estão os problemas e no distanciamento destes profissionais dos dados que refletem a atividade, a qual geralmente é emocionalmente envolvente.

A análise do fluxograma da reabilitação profissional da APS de Jaú, propiciou identificar os “gargalos”, ou pontos críticos, que o serviço vivencia, presentes tanto na fase de encaminhamento do segurado em benefício ao serviço de reabilitação, quanto durante o desenvolvimento do programa em si.

Dessa forma, seguem as descrições e análise.

5.3.2 CASO 1 - Descrição

Trata-se de mulher de 45 anos, residente na cidade de Torrinha, próxima de Jaú. Não possui vínculo empregatício e constam apenas quatro meses de contribuição à previdência social no Cadastro Nacional de Informação Social – CNIS. Suas experiências laborais são restritas ao trabalho rural.

Após indeferimento do benefício previdenciário pelo INSS (1), sendo um dos motivos não atender a condição de segurada, trabalhadora recorre à justiça para concessão do benefício e é encaminhada judicialmente ao serviço de reabilitação profissional (2).

Em agosto de 2015, passou por perícia médica no INSS (3), atendendo determinação judicial, ocasião em que médico perito emitiu o Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo – FAPL, definindo as restrições: “trabalhos com esforços físicos intensos”.

Em junho de 2016, enquanto aguardava o início do programa de reabilitação profissional, segurada foi convocada para participar de Grupo Informativo, o qual teve o objetivo de esclarecer sobre o serviço de reabilitação profissional e encaminhar segurados para elevação da escolaridade, enquanto aguardavam o início das ações de RP, buscando agilizar e antecipar medidas de reabilitação. Trabalhadora declarou ser analfabeta, sabendo apenas assinar o nome. Posteriormente, como solicitado, segurada apresentou comprovante de matrícula na Educação para Jovens e Adultos – EJA, da cidade de residência, na primeira série do ensino fundamental.

No mesmo período, foi realizada avaliação socioprofissional (5), outra etapa da avaliação do potencial laborativo. Quem fez a entrevista foi uma profissional de referência (terapeuta ocupacional) da RP de Bauru, que auxiliava o serviço de Jaú diante da grande demanda de casos na fila de espera. Segundo avaliação, beneficiária declarou que não havia como cumprir a reabilitação profissional pois tinha quatro filhos, um menor e um com deficiência. Alegou que não poderia deixar seus filhos sozinhos, pois não contava com apoio social ou familiar para tais cuidados.

Caso foi discutido com equipe de reabilitação profissional de Jaú (6), quando concluíram que o quadro clínico era favorável para atividades que não exigiam esforços físicos intensos, e que permaneceria em avaliação, aguardando para início da RP, visto que há fila de espera ao serviço.

Durante o ano de 2017 não houve registro de ação pela equipe de reabilitação profissional.

Em janeiro de 2018, com intuito de iniciar o programa de reabilitação profissional da segurada, foi contatada a escola para verificar a frequência da mesma, obtendo a informação de que ela havia se matriculado em 2016, mas frequentou pouco mais de 30 dias e parou (7).

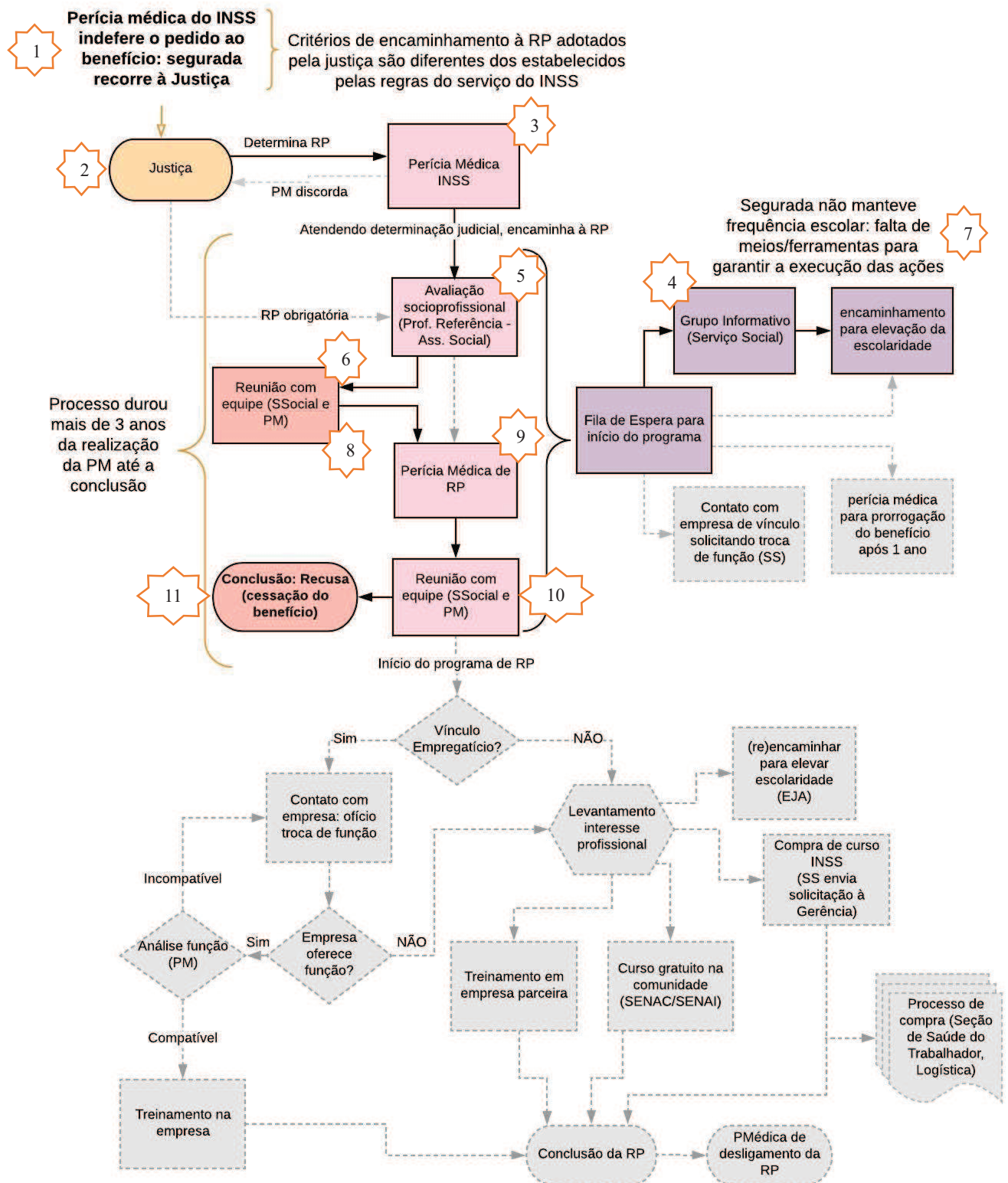
Em nova reunião com equipe em março de 2018 (8), caso foi reavaliado concluído pelo encerramento da RP, por motivo de recusa, pois como ela não elevou a escolaridade, a situação do desemprego e o analfabetismo são aspectos que restringem o êxito de um futuro programa. Profissional de referência (assistente social) convocou a segurada para atendimento e perícia médica com finalidade de reavaliação do quadro de saúde, porém como a mesma não atendeu à convocação, foi suspenso/bloqueado o pagamento do seu benefício para que comparecesse ao instituto.

Em atendimento com profissional de referência, segurada afirmou que não deu continuidade aos estudos pois não tinha com quem deixar a filha com deficiência.

Ela foi submetida a nova perícia em junho de 2018 (9), quando médico perito manteve a indicação à RP, visto não caracterizar caso para aposentadoria por invalidez, porém encaminhou para discussão em reunião conjunta com equipe, a qual foi realizada durante sessão do LM.

A conclusão da equipe na ocasião foi pelo encerramento da reabilitação profissional por motivo de recusa ao serviço (11), ressaltando que como não houve a elevação da escolaridade, não haveria oportunidades para requalificação profissional.

Figura 13 - Fluxo de atendimento – Caso 1



Fonte: elaborado pela autora

5.3.2.1 Caso 1 - Análise

Em sessão do Laboratório de Mudanças, equipe expõe que a reabilitação profissional, como é constituída hoje, não consegue dar assistência a alguns perfis de segurados, como o analfabeto ou com baixa escolaridade, sem vínculo empregatício e com experiências laborativas restritas ao trabalho rural, braçal, em grande maioria informal. De acordo com os critérios de encaminhamento (BRASIL, 2018), tais casos não são considerados elegíveis à RP, ou seja, não reúnem condições favoráveis para cumprir um programa de reabilitação profissional.

A principal atividade econômica da região estudada é constituída pela agroindústria canavieira, a qual também caracteriza grande demanda para a previdência social local. Dessa forma, o processo de RP apresenta um vício excludente desde seu início, quando define que grande parte da sua população demandante não tem perfil para participar do que é proposto pelo serviço.

No entanto, ao passo que o sistema exclui trabalhadores segurados que não se enquadram no perfil para encaminhamento à RP, a justiça determina que seja oferecida a reabilitação profissional para que esse indivíduo retorne ao mercado de trabalho, não legitimando as regras de elegibilidade estabelecidas pelo sistema. Isso é apresentado como dificuldade pelo serviço:

Ela tem todos os critérios de exclusão praticamente, para reabilitação profissional, tirando a idade que é favorável, o resto não, só que a história o juiz... (...). Esse é um caso que a perícia nunca encaminharia para reabilitação profissional, porque ela preenche... não preenche nenhum um critério pra gente, completamente desfavorável o caso. (participante da sessão LM).

Todos os critérios de encaminhamento, ela tá fora. Ela foi uma decisão judicial que decidiu por outras questões... questão de renda, de alimentar a família, a justiça vê assim... (participante da sessão LM).

O sistema de reabilitação profissional não definiu novos instrumentos para atender esse indivíduo, que se torna objeto da RP por determinação judicial, mesmo não se enquadrando nos critérios definidos pelas regras da previdência, pois o sistema não foi desenhado para incluir esse trabalhador.

A questão é que é analfabeta, desempregada e mora em Torrinha, não tem o que fazer com o caso... durante o período que ela aguardou programa aí nesses dois anos ela não procurou elevar a escolaridade, agora o caso tá aqui para começar (membro da equipe de RP, participante da sessão LM).

Os meios que o sistema dispõe, isto é, as ferramentas de qualificação, de negociação com agentes externos, como empresas e instituições de ensino, os critérios de inclusão/exclusão, não atendem a esse perfil de trabalhador (a) relatado no caso em discussão: desempregada, experiências restritas ao trabalho rural, baixa escolaridade, residente em localidade com poucas ou nenhuma possibilidade de qualificação profissional.

Provavelmente ela entrou em judicial porque ela não entrou em benefício. Vem aqui (INSS), 40 anos, trabalhou 4 meses na vida, 2 vínculos de 2 meses como rural, aí o juiz mandou reabilitar. Desempregada, analfabeta, e ela já falou que ela não quer estudar e não quer fazer reabilitação. [...] O Juiz já botou ela para dentro a força [...], só que reabilitação é isso, ou você faz programa ou você recusa, acabou, eu acho que já tá muito tempo perdido com esse caso. (participante da sessão LM)

Historicamente surgiu um novo objeto da reabilitação profissional, reduzido à qualificação profissional ou recolocação em empresa de vínculo. Observa-se, pela fala acima, que os princípios do modelo social de incapacidade não foram assimilados, visto que as dificuldades relatadas pela segurada em estudo não foram consideradas pela equipe.

A demanda por reabilitação profissional trazida pela justiça, caracterizou uma mudança qualitativa no objeto do sistema, o qual passou a ser constituído por trabalhadores que não atendem aos critérios estabelecidos do serviço. Apesar de passar a conviver com esse novo objeto a ser incluído nos programas de reabilitação, o serviço não criou instrumentos para lidar com o novo perfil de candidato.

No caso em discussão fica demonstrado que o INSS não está adequado para oferecer a assistência necessária ao novo cliente (objeto) imposto pela justiça, o que leva ao represamento no serviço. Tal situação representa uma contradição entre o objeto da reabilitação profissional (que não é elegível segundo as normas do instituto, mas se tornou elegível por imposição da justiça) e os instrumentos disponíveis para atendê-lo. (critérios de elegibilidade usados pela perícia, cursos e

treinamentos profissionais).

Além disso, o atual modelo de RP, apesar de definir o que tem que ser feito, como encaminhamento à elevação da escolaridade e qualificação profissional, não criou meios para garantir a execução e nem para acompanhar o desenvolvimento das ações propostas. No exemplo em análise, a trabalhadora foi encaminhada para elevar escolaridade enquanto aguardava o início do programa de RP, mas o serviço só identificou que ela não estava estudando um ano e meio depois. A dificuldade de monitoramento das ações e das respostas (do segurado, de empresas) atrasa as decisões do serviço e contribui para o aumento do tempo da reabilitação profissional. Isso expressa nova contradição entre instrumentos da reabilitação, nesse caso específico, prescrição de retorno à escola, e às necessidades desse novo tipo cliente. Analfabeto, com filhos menores e com deficiência para cuidar em casa, em situação social que caracteriza vulnerabilidades, com exigência para se ausentar do âmbito familiar diariamente para estudar. E sem acompanhamento encarregado de checar se aderiu à proposta de voltar a estudar, a não adesão só foi identificada mais de 1 ano depois.

A equipe de reabilitação profissional encerrou o caso alegando que a segurada não aderiu ao programa proposto. Tal decisão não levou em consideração as razões associadas a esse comportamento, uma delas a de que a trabalhadora era mãe de pessoa com deficiência e que necessitava de cuidados especiais. Fatores pessoais, ambientais, de participação e apoio social não são considerados nas decisões, contrapondo-se ao preconizado pelo modelo social de incapacidade.

Assim, a decisão burocrática repete a opinião inicial do sistema que julgava a candidata não elegível para programa de reabilitação.

Eu acho que a gente já tomou as medidas de programas, já tentamos elevar a escolaridade, chamamos em grupo, reavaliamos e tal, tá feito, ela não quer fazer, acabou! Isso é recusa, recusa e acabou. (membro da equipe de RP, participante da sessão LM).

5.3.3 CASO 2 - Descrição

Homem de 45 anos, residente na cidade de Jaú, afastado do trabalho, recebendo benefício previdenciário desde agosto de 2009, devido a acidente de trabalho (machucou-se ao carregar peso). Possui vínculo empregatício com fábrica de calçados, onde atuava como motorista, porém empresa encerrou suas atividades durante período de afastamento do segurado.

Foi encaminhado judicialmente à reabilitação pela primeira vez em 2012 (1), após restabelecimento do benefício previdenciário (auxílio-doença acidentário, em decorrência de doença ou acidente do trabalho).

Em agosto de 2016, segurado foi periciado por médico do INSS (2) para identificação das restrições ao trabalho, de acordo com ordem judicial, e emissão do Formulário de Avaliação do potencial Laborativo – FAPL.

Com a implantação do Programa de Revisão de Benefícios por Incapacidade (PRBI), realizado pelo instituto desde 2016, segurado foi convocado para uma perícia médica em março de 2017, ocasião em que foi cessado seu benefício para retorno ao trabalho, com parecer contrário à necessidade de reabilitação profissional. Nesta ação do governo federal, todos os beneficiários de auxílio-doença que estavam há mais de dois anos sem passar por uma perícia médica e aposentados por invalidez, com menos de 60 anos, foram convocados para reavaliação pericial, independente se havia encaminhamento à RP. (BRASIL, 2017-c).

Diante da cessação do benefício, segurado recorre à justiça e em novembro do mesmo ano tem seu benefício previdenciário restabelecido judicialmente, com reencaminhamento à RP (4). Seguindo o fluxo de atendimento, foi realizada perícia médica (5) e avaliação socioprofissional (6) em seguida. Suas restrições ao trabalho referiam-se a carregar peso maior que 10 kg, realizar caminhadas de grandes distâncias e fazer movimentos repetitivos da coluna lombar. Segurado informou ter ensino fundamental incompleto (6ª série) e que teve sua CNH renovada, sem rebaixamento do nível de habilitação.

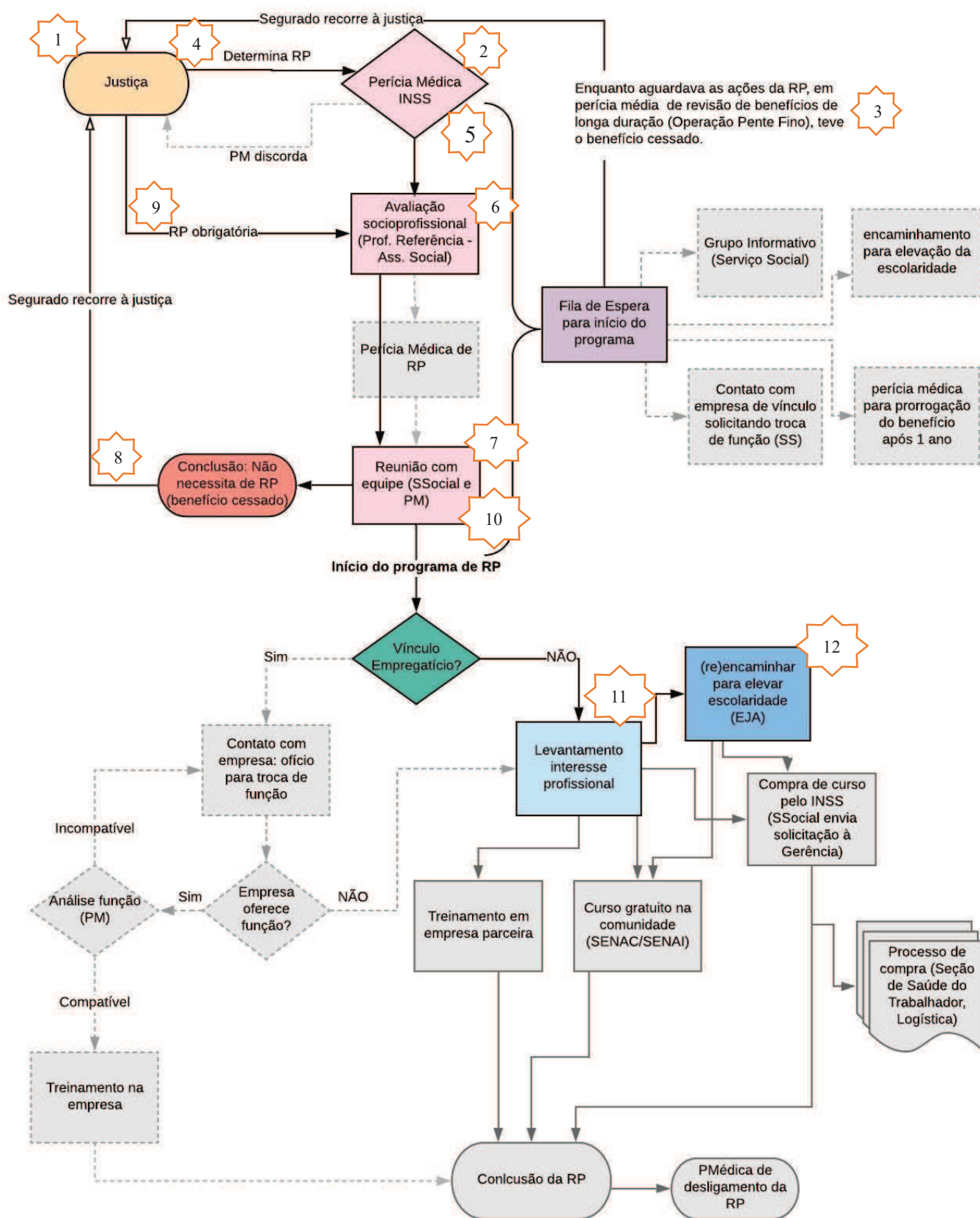
Após tais avaliações, a conclusão da equipe em reunião para discussão de casos (7) foi que não haveria necessidade do programa de RP, visto que o segurado tinha experiências profissionais (motorista, porteiro) compatíveis com o quadro clínico

atual, que estava estabilizado. Benefício foi cessado (8).

Em janeiro de 2018 veio nova determinação judicial ao INSS para restabelecimento do benefício e com prazo para início da reabilitação profissional (9), sob pena de pagamento de multa diária caso não cumprisse a ordem. Procurador jurídico do INSS solicita a convocação imediata do segurado para início do programa de RP.

Apesar de ser um caso que a equipe já havia avaliado como em condições de retornar ao mercado de trabalho, inclusive na mesma função, diante da obrigação legal, a equipe concluiu: I) segurado será convocado para levantamento de interesses profissionais, visando encaminhamento para curso ou treinamento em função compatível; II) será encaminhado para elevação da escolaridade para alcançar escolaridade suficiente para realização de cursos; III) será enviada comunicação ao CIRETRAN - Circunscrição Regional de Trânsito sobre a situação do benefício por incapacidade, podendo ocorrer a suspensão da CNH.

Figura 14 - Fluxo de atendimento – Caso 2



Fonte: elaborado pela autora

5.3.3.1 Caso 2 – Análise

Como no primeiro exemplo, este caso também se tornou objeto da reabilitação profissional por determinação judicial. A equipe do serviço concluiu a avaliação do potencial laborativo do segurado como não necessitar das ações do serviço de RP, considerando que experiências de trabalho anteriores eram compatíveis com as limitações de saúde do mesmo, apesar de empresa de vínculo ter encerrado suas atividades. No entanto, após a cessação do benefício previdenciário pela perícia médica do INSS com vistas ao retorno ao trabalho, segurado teve seu benefício restabelecido por ordem judicial e encaminhado à RP. Isto é, não foi reconhecido como objeto da RP pelo serviço, mas tornou-se por força judicial.

Nós concluímos que não era um caso de RP porque ele tinha CNH profissional renovada, experiências profissionais compatíveis com quadro clínico atual que está estabilizado. Então aí foi feito um relatório e nós desenvolvemos que não era caso. [...] Aí agora ele está de volta tá com uma determinação judicial de RP obrigatório e a gente vai ter que fazer essa reabilitação. [...] Inclusive o INSS está pagando multa diária até que se comece essa reabilitação profissional. (participante do LM).

Este caso representa que a justiça também produz o objeto da reabilitação profissional, porém critérios utilizados pelo poder judiciário para sentenciar o INSS e promover a reabilitação profissional divergem das regras estabelecidas pela previdência social. Na opinião dos participantes do LM, o fato dos médicos peritos do INSS não atuarem mais como assistentes técnicos, da autarquia federal, nos processos judiciais, está relacionado com a demanda de encaminhamentos judiciais à RP fora dos critérios preestabelecidos.

Segundo eles, a ausência do profissional médico nas perícias judiciais, para atender outras demandas do instituto (fila de espera para agendamento por perícia médica comum), contribuiu para aumento de encaminhamentos de casos supostamente sem perfil à RP, ocasionando mudanças quantitativas no objeto da RP, bem como qualitativas, no que se refere ao perfil dos casos encaminhados judicialmente.

Normalmente o perito judicial não tem informações previdenciárias do caso que ele tá lidando. Esse assistente técnico vai lá e leva essas informações, ele muda bem a história, o perito judicial... muitos peritos gostam quando vai o assistente técnico do INSS porque vai dar essas informações para eles, a perícia deles vai ficar mais rica.

Mudanças ocorridas na divisão do trabalho do sistema de RP (perito que não atua mais como assistente técnico em processos judiciais do INSS) contribuíram para mudanças também no sistema de atividade da justiça, o que segundo relatos dos participantes, facilitaram decisões contrárias ao INSS, aumentando a demanda de casos judiciais à RP e consequente sobrecarga do sistema. No entanto, é importante ressaltar que o papel da previdência social e da perícia médica na proteção da saúde e da vida são alvos de polêmicas sociais, uma vez que valores, crenças e o contexto histórico e político se encontram presentes nas decisões médico pericial, como abordam Melo e Assunção. (2003, p. 119).

Dessa forma, a situação é indicativa de contradição entre o objeto do sistema (segurado inelegível que tornou elegível) e os instrumentos disponíveis no sistema (mecanismos para retorno ao mercado: qualificação profissional, articulação com empresas, etc.) para lidar com usuário, que a priori o sistema já definia como não elegível. E novamente, a escolha da RP foi insistir na opinião inicial com lentidão que ajuda a prolongar o tempo em benefício sem construção de solução para o caso.

5.3.4 CASO 3 - Descrição

Homem, 32 anos, residente na cidade de Torrinha, próxima 50 km de Jaú, tem vínculo com empresa de comércio de madeiras, onde exercia função de ajudante de caminhão, carregando e descarregando lenha.

Está afastado do trabalho desde agosto de 2015, recebendo auxílio-doença comum (não em decorrência de acidente ou doença relacionada ao trabalho). Nota-se que houve o encaminhamento rápido pela perícia médica ao serviço de reabilitação profissional, depois de um mês em benefício (1).

Enquanto aguardava as ações do serviço de reabilitação profissional, segurado participou de Grupo Informativo em junho de 2016, na APS de Jaú (2), realizado pelas assistentes sociais, com a finalidade de encaminhar para elevação da escolaridade. Na ocasião, declarou ter o Ensino Fundamental incompleto.

Em fevereiro de 2017, foi convocado para apresentar declaração de escolaridade (3), comprovando cursar o primeiro ano do Ensino Médio. Neste atendimento com profissional de referência da RP (assistente social), segurado acredita que não haverá possibilidade de readaptação, por se tratar de empresa pequena, sem outras funções além da que executava, demonstrando interesse em cursos de capacitação profissional.

Foi solicitada troca de função à empresa de vínculo em outubro de 2017 (4), através de ofício, como estabelecido no fluxo de atendimento, porém correspondência retornou ao remetente. (motivo que a empresa não foi encontrada).

Quando o segurado é encaminhado à reabilitação profissional (1), ele tem seu benefício prorrogado por 1 ano. Caso neste período não seja possível a conclusão do programa, ele precisa passar por novas reavaliações médicas para manutenção do benefício. Assim, em fevereiro e outubro de 2018 reabilitando foi periciado e teve seu benefício prorrogado (5).

Somente em outubro de 2018 foi realizada a avaliação socioprofissional (6) do mesmo, quando informou a conclusão do Ensino Médio e houve retomada da reflexão sobre os interesses profissionais. Como segurado mantinha contato com sua empresa de vínculo, propôs levar em mãos a solicitação de readaptação (7). Representante de empresa comparece ao INSS buscando esclarecimentos sobre o processo e, como esperado, responde (novembro de 2018) não haver funções que

atendam as limitações de saúde do trabalhador (8).

Desde então, o serviço de reabilitação, por intermédio das assistentes sociais, busca vagas em cursos gratuitos e bolsas de estudo na comunidade (9), de acordo com interesses do segurado. No entanto, ressaltam que em cidade de residência deste não há oferta de cursos de capacitação, e que até mesmo em Jaú as opções são restritas. Além disso, apesar de ter sido contemplado com bolsa de estudos no SENAI de Bauru, no curso de Soldador, segurado não conseguiu transporte coletivo com horários compatíveis para frequentá-lo.

Assim, continuará na reabilitação aguardando possibilidade de curso gratuito ou que seja pago pelo INSS (10), sem previsão para realização devido ao processo burocrático para compras de cursos, que demora a média de 2 anos ou mais, de acordo com relatos dos entrevistados.

5.3.4.1 Caso 3 - Análise

Este caso em questão, foi considerado pela equipe de reabilitação profissional com bom prognóstico à reabilitação profissional, visto ser jovem e com interesse em buscar uma qualificação profissional. Porém, fatores como impossibilidade de readaptação em vínculo empregatício e realidade da localidade de residência, foram identificados como dificultadores ao processo.

O modelo atual de RP define que nos casos que não é possível a readaptação na empresa de vínculo, as ações devem ser direcionadas para oferta de qualificação profissional. Mediante as mudanças históricas ocorridas no sistema de RP os cursos/oficinas não são mais oferecidos pelo próprio instituto, o serviço de reabilitação profissional passou a depender de atores externos que disponibilizem tal formação.

As atividades da RP não são mais produzidas pelo INSS, e sim por terceiros, outros sistemas de atividades (escolas como SENAC e SENAI, empresas que aceitam oferecer treinamentos a trabalhadores não vinculados através de convênio e parcerias com o INSS, ou própria empresa de vínculo). No entanto, o sistema não criou ferramentas, regras ou meios de fazer com que esses serviços sejam desenvolvidos de acordo com as necessidades do objeto da RP, o que representa contradição entre o objeto do sistema de atividade e os instrumentos que o INSS se utiliza para produzi-lo.

Bom, em nível local, tratando-se de empresa a gente tem essa autonomia de negociar uma troca de função ou tentar uma empresa que não tenha vínculo para o segurado de solicitar um treinamento, foi a questão que a gente colocou aqui das reservas de vagas. Se eu sei que uma empresa está precisando eu posso fazer um contato com ela, divulgar o que é o serviço de reabilitação profissional, tentar articular um treinamento para um segurado. Em questão de instituições a gente não tem essa autonomia, por exemplo. Uma parceria com Senai ou Senac, uma compra de curso já seria em nível gerencial Bauru, a partir de... esse do Fiesp veio Nacional foi a questão política, não temos essa autonomia. E cursos gratuitos na comunidade hoje a gente não tem, né! Houve uma época que tinha Pronatec que era um programa do governo federal, cursos curtos que a gente também podia encaminhar, era para comunidade geral, mas a gente podia encaminhar segurados para fazer curso. (participante de sessão do LM).

Apesar das ações de qualificação profissional passarem a ser oferecidas por vias da relação com outros atores, não há articulação entre estes e o INSS. O objeto da reabilitação profissional não aparece como compartilhado entre os diferentes sistemas de atividades que lidam com o reabilitando, faltando “costura”, articulação e coordenação entre eles. Dessa maneira, ao passo que se exige mais diálogo e articulação com outros atores, não foram criados meios para tal, gerando incompatibilidades com a forma de se produzir a reabilitação profissional.

Nesse exemplo, vê-se que o prolongamento do tempo do segurado em reabilitação se mostra associado à insuficiência dos instrumentos disponíveis para a RP, especialmente nos casos de usuários oriundos de municípios fora da sede do município sede da Agência do INSS, sem oferta de formações alternativas e sem recursos de transporte que viabilizem comparecimento a curso em outro município.

Ademais, fica patente a fragilidade e a inefetividade do instrumento usado pelo INSS na tentativa de conduzir a proposta de RP. O mecanismo é uma carta que sequer foi recebida pelo destinatário. Verifica-se, assim, que a RP na vida como ela é difere da RP como é prescrita. O sistema se mostra frouxo e desarticulado.

Um dos aspectos cruciais aparentemente desconsiderado pelo sistema de RP, como visto neste estudo, parece ser a necessária agilidade na abordagem dos casos e na busca de construção de alternativas para o retorno dos segurados ao trabalho. A lentidão das respostas do sistema tem como outra face o prolongamento da duração do tempo de benefício com evidentes impactos financeiros para o sistema. Nos piores cenários, como em casos anteriormente citados, culmina na decisão que alimenta a exclusão social, quando o trabalhador recebe alta de benefício depois que o serviço de RP apenas insistiu na oferta de ações disponíveis pelo sistema.

6 CONCLUSÕES

O objetivo principal deste estudo foi compreender as causas sistêmicas e históricas dos distúrbios que ocorrem no serviço de reabilitação profissional desenvolvido pelo INSS, na Agência de Previdência Social da cidade de Jaú, interior de São Paulo. Apesar de algumas dificuldades defrontadas no decorrer deste, por tratar-se de uma autarquia federal sujeita às regras burocráticas e decisões hierárquicas, podemos afirmar que o objetivo foi alcançado, visto que houve possibilidade de se descrever as mudanças históricas que ocorreram no sistema de atividade da reabilitação profissional e, do mesmo modo, levantar as hipóteses de contradições e dificuldades percebidas na prática do serviço.

As contribuições desta pesquisa se apresentaram no âmbito prático, metodológico e teórico. A principal contribuição prática diz respeito à identificação de hipóteses de contradições da atividade de reabilitação profissional, como o caminho inicial para a construção de melhorias e desenvolvimento do sistema de atividade da reabilitação profissional. O serviço convive com mudanças no objeto do sistema de atividade, determinadas pela reformulação da assistência com características restritas aos aspectos profissionais e por interferência judicial, sem que o sistema se adequasse (instrumentos, regras etc.) para fazer face às novas necessidades. Para os segurados da previdência elegíveis à reabilitação, seja pela perícia médica do instituto ou por imposição da justiça, instrumentos são inadequados, sobretudo pela excessiva demora dos programas, associadas à dependência de instrumentos ofertados por atores de fora da previdência social.

Um reflexo trágico mostrado neste estudo foi o surgimento de casos que persistem no sistema por até mais de 3 anos, culminando com alta sem reabilitação, ou seja, alimentando exclusão social. Tais desfechos destacam a necessidade de se repensar a atividade de reabilitação profissional desenvolvida em região com predominância de trabalhadores rurais, braçais, com experiências de trabalho restritas e baixa escolaridade. O sistema precisa repensar caminhos de RP para a clientela com o perfil de não elegível. E, na ausência de caminhos que levem à decisão de aposentadoria desses trabalhadores, o desafio posto parece ser o do como lidar com adaptações possíveis para a oferta de programa de RP de clientela sem vínculo empregatício.

Para além da dificuldade na natureza da atividade em si, que é a reabilitação profissional de trabalhadores com incapacidades a fim de retornarem ao mercado, o monitoramento dos encaminhamentos realizados aos segurados que aguardam o programa de RP despertou a atenção para a necessidade de criação de mecanismos mais eficientes. O sistema de atividade de RP da Previdência Social se ressentia de forte dependência de oferta de práticas por organizações parceiras cuja participação nos programas de RP mostrou-se desarticulada, sem coordenação e sem mecanismos de monitoramento ágil da adesão do usuário às práticas recomendadas, bem como da continuidade dessa adesão. Também não havia adequada checagem das respostas dos parceiros acionados e do desenvolvimento das atividades, de modo que o sistema passou a não só apresentar gargalos na entrada de usuários em novos programas como também na saída dos programas iniciados. Os Grupos Informativos criados na RP mostram-se úteis como ferramenta de agilização de oferta de práticas pensadas nos PRP, mas não foram associados a instrumentos complementares de acompanhamento e de *enforcement* (aplicação) das decisões adotadas.

A identificação de incompatibilidades no sistema de atividade da reabilitação profissional do INSS, sentidas através das dificuldades vivenciadas no cotidiano do serviço, indica que alguns elementos não estão adequados às necessidades do objeto. Isso nos traz algumas questões: Que tipo de sujeito é necessário? Que ferramentas não burocráticas poderiam ser utilizadas? Que tipo de comunicação? A comunidade deve ser expandida?

Como exemplo de desenvolvimento da atividade de reabilitação, Takahashi et al. (2010) descrevem o Programa de Reabilitação Profissional desenvolvido pelo CEREST de Piracicaba, com ações conjuntas com o INSS, empresas, sindicatos e o usuário/beneficiário. O método empregado foi fundamentado no modelo social da incapacidade, valorizando a atenção terapêutica multidisciplinar, com equipe formada por médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e sociólogo. O público-alvo era composto por trabalhadores afastados do trabalho, com diagnóstico e nexos causal de LER/DORT, vínculo empregatício (ou último emprego) com empresas com grande número de pessoas afetadas por LER/DORT.

As ações envolviam espaços grupais com os usuários, visitas às empresas, análise ergonômica do trabalho, reuniões técnicas. Uma das soluções implementadas foi a decisão compartilhada sobre a definição da capacidade residual do trabalhador

e elaboração de plano individual de reabilitação profissional, com o consentimento do trabalhador. Isto é, foram trazidos para a discussão outros atores e construíram caminhos de saída onde a decisão não era mais exclusiva da previdência.

Outro aspecto relevante do programa de Piracicaba, que inclusive repercutiu na redução da fila de espera ao programa, foi a realização de atendimento coletivo, por empresa, onde o programa terapêutico e o de retorno ao trabalho foram elaborados para o conjunto de casos, e não de forma individual e pontual, como desenvolvido na localidade em estudo.

Visto que o serviço de reabilitação profissional oferecido nacionalmente, pela autarquia federal, não detinha a capacidade de oferta da reabilitação, diante da redução histórica do seu objeto e sistema em si, no exemplo de Piracicaba, a atividade foi modificada com a ampliação dos sujeitos e assumindo um objeto compartilhado entre INSS, saúde (CEREST), empresas e reabilitandos.

A parceria institucional entre o Cerest-Piracicaba e o Programa Reabilita (INSS) foi uma saída coletiva e estratégica e permitiu a construção de um fluxo facilitador em reabilitação profissional, minimizando as dificuldades na execução dos programas e na intervenção nas empresas por ocasião do retorno ao trabalho dos reabilitados. As reuniões técnicas das equipes multidisciplinares de ambos os serviços possibilitaram o acúmulo e o compartilhamento de saberes. Constituíram um know-how diferenciado a esta equipe, proporcionado pela condução singular e coletiva dos casos. (TAKAHASHI et al, 2010).

Outro exemplo de desenvolvimento da atividade de reabilitação profissional é o Programa de Retorno ao Trabalho desenvolvido pela Seção Técnica de Saúde da Universidade Estadual Paulista – UNESP de Botucatu (BRAGA; FANTAZIA, 2016). A população-alvo é constituída pelos trabalhadores estatutários da instituição. É operacionalizado por equipe profissional composta por médicos peritos e do trabalho, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, técnicos de segurança do trabalho e engenheiros do trabalho.

O processo de preparação do retorno ao trabalho envolve mapeamento dos postos de trabalho mais adequados ao caso, visitas domiciliares aos servidores afastados, grupo de apoio psicossocial ao trabalhador e preparação de chefias e equipes que receberão trabalhadores readaptados. O processo de decisão envolve, além da equipe de profissionais, representantes da instituição (recursos humanos e

diretoria administrativa da unidade) e o trabalhador, constituindo um Comitê de Apoio ao Servidor. Segundo Braga e Fantazia (2016), “o objetivo é articular as necessidades do trabalhador aos interesses da instituição, definindo uma proposta de retorno”.

Ressalta-se que neste exemplo também houve a inclusão de aspectos psicológicos e sociais na definição da capacidade laborativa, fundamentando-se nos preceitos do modelo social da incapacidade.

Apesar dos dois exemplos descritos terem suas especificidades, o que se pode aprender com eles é o que há de geral. Aparentemente nos dois casos foi criada uma atividade cujo objeto era o usuário/trabalhador, mas que envolvia diferentes sujeitos, que não eram somente o INSS ou a Seção Técnica de Saúde, no caso da UNESP, e trouxe a empresa (privada ou pública) e os próprios clientes como participantes do processo. A solução dada nestes serviços demonstrou que é preciso ter um melhor diálogo e trazer o protagonismo de diferentes atores no processo de preparação para o retorno ao trabalho daquele trabalhador com incapacidades.

Como sugere Seyfried (1988), anteriormente podia se presumir que um programa de reabilitação médica e vocacional eram fatores-chave para a integração ocupacional, mas tais condições não são mais adequadas diante das mudanças do mercado e dos processos de trabalho. Para o autor, “as qualificações vocacionais sólidas ainda formam a base da integração profissional”, porém há a necessidade de “assistência adicional na busca de trabalho e na integração no local de trabalho”.

Outra dimensão para o desenvolvimento da atividade de reabilitação profissional diz respeito à ampliação qualitativa do seu objeto, reaproximando ao modelo social da incapacidade. Como apontam Verbrugge e Jette (1994), a incapacidade não deve ser entendida somente sob os aspectos médicos, pois há fatores sociais, psicológicos e ambientais operando para alterar o processo.

Apesar de estudos sobre a questão da incapacidade defenderem que o modelo biomédico não é suficiente e nem adequado para ações voltadas a superação da incapacidade para o trabalho, visto seus diversos determinantes (LOISEL, 2005; TOLDRÁ et al., 2010; COSTA-BLACK, 2013), ainda é este o que vigora na previdência social. Embora tenha havido tentativa de introdução do modelo social da incapacidade com a publicação do Manual de Procedimentos Técnicos da RP em 2016, não houve mudanças práticas e nem a permanência dos conceitos mais ampliados, mas ao contrário, as ações reforçaram a ótica do seguro social e do modelo biomédico,

retrocedendo nas discussões sobre um modelo social da incapacidade. Como nos exemplos de casos abordados neste estudo, fatores ambientais, pessoais e de participação social não foram levados em consideração para definição e desenvolvimento dos programas de RP.

Assim, com o exposto, como desafio para o desenvolvimento da atividade de reabilitação profissional na APS de Jaú, está a ampliação dos sujeitos do sistema em estudo, reconhecendo que o objeto do serviço de reabilitação profissional, que é feito com trabalhador com limitações e incapacidades para o trabalho, é compartilhado com outros sistemas externos à previdência social (empresas, escolas, saúde).

Visto que o serviço de reabilitação profissional hoje conta com outros atores para produzir seu objeto, para este ser compartilhado se exige a articulação entre os profissionais e instituições. A participação do segurado e de empresas nos processos de decisão sobre a reabilitação também se mostra como um fator importante para o desenvolvimento da atividade.

Outro desafio diz respeito ao lidar com o objeto não elegível segundo critérios estabelecidos (sem escolaridade, desempregado, com experiências restritas ao trabalho rural), mas que é determinado judicialmente como público-alvo obrigatório do serviço. Visto que a realidade local é marcada pelo trabalho braçal e de baixa escolaridade, instrumentos como cursos de capacitação profissional não atendem a necessidade do objeto para reabilitação profissional.

Somado a isso, considerando que historicamente o atendimento terapêutico de pessoas com incapacidade ficou a cargo do sistema de saúde, bem como as fiscalizações dos postos de trabalho e do cumprimento da legislação de reserva de vagas para pessoas com deficiência e reabilitados, da mesma maneira, ficou a cargo da política de trabalho e emprego¹, a articulação com essas contribuiria para efetivação de uma política pública de reabilitação profissional.

Como apontam Virkkunen e Newnham (2015), a mudança nos elementos mediadores do sistema (re-mediação) não deve se basear em um único instrumento novo, mas sim em uma sequência de ações para se conhecer as contradições centrais do sistema de atividade e construir e/ou descobrir uma maneira de mediar essa contradição, que atende às necessidades sociais do sistema de atividade.

¹ No atual governo, o Ministério do Trabalho e Emprego foi extinto e distribuído entre três pastas: Ministério da Economia, da Justiça e da Cidadania, de acordo com a Medida Provisória nº 870, de 01/01/2019.

Ademais, como a contribuição metodológica deste estudo é trazer método participativo de análise da atividade, utilizando-se de ferramentas para que os profissionais do serviço se distanciem da prática e pensem juntos na atividade. O fato do método utilizado considerar o sistema de atividade como unidade de análise, estimulou o pensar as dificuldades e conflitos vivenciados pelos atores sob a ótica sistêmica, com a identificação dos elementos e seu desenvolvimento histórico.

Do ponto de vista teórico, houve a oportunidade de análise dos distúrbios do sistema de atividade da reabilitação profissional da APS de Jaú, percebidos pelos profissionais do serviço, bem como de empresas e segurados entrevistados. O trabalho propiciou identificar obstáculos antes não considerados como, por exemplo, que instrumentos disponíveis (focados na qualificação profissional) não atendem as necessidades do objeto de atividade da RP em localidade marcada pelo trabalho braçal e de baixa escolaridade. A emergência histórica de decisões judiciais de inclusão em programa de RP de trabalhadores anteriormente rejeitados pela perícia médica que os considerara como “não elegíveis” para PRP deu tonalidades dramáticas à inadequação desses instrumentos, até porque a previdência social continuou usando as mesmas ferramentas e práticas de RP que já utilizava com os trabalhadores elegíveis. O surgimento de um novo tipo de usuário dos PRP não implicou em nenhuma adaptação ou ajuste nos instrumentos que eram usados.

No entanto, algumas das ações não foram possíveis de serem desenvolvidas conforme planejamento, como a realização de mais sessões do Laboratório de Mudanças com os profissionais que atuam no serviço de reabilitação em Jaú. Estas foram interrompidas por decisões gerenciais, diante da necessidade de atendimento de metas da perícia médica no instituto (tempo para agendamento das perícias médicas). Tal fato esteve atrelado à situação atual da equipe de profissionais médicos da agência em questão, que vivenciou a aposentadoria de dois médicos no período de aplicação do estudo, bem como períodos de licença saúde e maternidade de outra médica perita, sem reposição do efetivo. Assim, considerando prazo limite para conclusão do mestrado, não houve tempo hábil para prosseguimento das sessões.

A gente vai estourar a fila, a gente vai estourar tempo de fila e vai ser complicado fazer coisa extra, eles vão encher a nossa agenda e vai ficar difícil, até pra bloquear, pode esperar o que eu estou falando, bloquear pra fazer reunião, daqui a pouco vai complicar, quando a gente passar de 30 dias o

agendamento, eles vão cortar tudo e vão mandar só perícia. (participante do LM).

Além disso, a realização de entrevistas com trabalhadores reabilitados e em processo de reabilitação foi prejudicada diante da dificuldade de autorização do instituto para utilização de dados e registros de prontuários e sistemas operacionais, em tempo hábil.

Embora esta pesquisa não tenha incluído uma intervenção concreta pelo tempo limitado da pós-graduação, a análise histórica e das práticas atuais possibilitou que participantes e pesquisadores pensassem em direções para desenvolvimento futuro da atividade local:

- ampliação dos sujeitos do sistema de atividade, incluindo representantes de escola, empresas e o próprio segurado, pois o objeto da RP é compartilhado com outros sistemas de atividades (empresa, escolas), mas não há articulação e participação destes nas decisões da reabilitação profissional;
- articulação com órgãos de fiscalização da política do trabalho, a fim de criar canal de comunicação entre empresas que devem cumprir as cotas de contratação de pessoas com deficiência e reabilitadas e o serviço de reabilitação profissional;
- readequação dos instrumentos para atender o perfil de trabalhadores encaminhados à RP, principalmente por determinação judicial, sem escolaridade, sem vínculos trabalhistas e com experiências restritas ao trabalho braçal;
- construção de mecanismos para monitoramento dos encaminhamentos realizados pelo serviço, que ofereçam de forma efetiva o acompanhamento dos casos que esperam pela reabilitação profissional;

Desta forma, as conclusões deste estudo, ao demonstrarem a permanência das contradições na atividade de reabilitação profissional na localidade estudada, indicam a relevância da continuidade deste. Baseando-se no ciclo da aprendizagem expansiva (Figura 4), propõe-se testar e enriquecer a hipóteses de contradições junto aos gestores do instituto, para assim avançar na modelagem e implementação de nova proposta para a reabilitação profissional, construída com a participação dos diversos atores do sistema de atividade em estudo.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaios sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2011. 213 p.

BELIN, A. et al. **Rehabilitation and return to work:** analysis report on EU policies, strategies and programmes. Luxembourg: Publications Office of the European Union. European Agency for Safety and Health at Work, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8213cons.htm>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRASIL. **Decreto Legislativo 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Lei Elói Chaves. Disponível em :< <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>>. Acesso em 04 abr. 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 7.036, de 10 de novembro de 1944**. Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7036-10-novembro-1944-389493-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 04 abr.2018.

BRASIL. **Decreto nº 129, de 22 de maio de 1991**. Promulga a Convenção nº 159, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0129.htm>. Acesso em 04 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm>. Acesso em: 06 mar. 2017.

BRASIL. **Decreto Legislativo no 186, de 9 de julho de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/CONGRESSO/DLG/DLG-186-2008.htm>. Acesso em 04 set.2018.

BRASIL. **Decreto no 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em 04 set.2018.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Resolução nº 118/INSS/PRES, de 04 de novembro de 2010**. Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e Acordos de Cooperação Técnica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucaoins118_2010.htm>. Acesso em: 06 mar. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual técnico de atendimento na área da reabilitação profissional**. 3 ed. Brasília: Diretoria de Benefícios, 2005.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Ministério da Previdência Social. **Manual técnico de procedimentos da área da reabilitação profissional**. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2011.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Instrução Normativa INSS/PRES Nº 77, de 21 de janeiro de 2015**. Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social, com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal de 1988.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional – Volume 1**. Alterado pelos Despachos Decisórios nº 2/DIRSAT/INSS, de 24/11/2011, nº 1/ DIRSAT/INSS, de 19/04/2016 e nº 2, DIRSAT/INSS, de 12/05/2016. 2016. Disponível em <<http://www-normas.prevetnet/normas/normas/exibe/22537#>>. Acesso em 01 jun. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Despacho Decisório nº 34 /DIRSAT/INSS Brasília, de 11 de janeiro de 2017**. Altera e atualiza Manual Técnico de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional – Volume I, de 12/05/2016. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Resolução nº 626 /PRES/INSS, de 9 de fevereiro de 2018**. Aprova o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional - Volume I. 2018-a

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Memorando-Circular Conjunto nº 24 /DIRSAT/DIRBEN/PFE/DIRAT/INSS, de 11 de dezembro de 2018**. Implantação/reativação de benefícios por incapacidade, decorrentes de decisão judicial. 2018-b.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária**. Brasília, Diretoria de Saúde do Trabalhador - DIRSAT. 2018-c.

BRASIL. Ministério da Fazenda. 1º Primeiro Boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade 2017. **Adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/1%C2%BAboletim-quadrimestral.pdf>>. Acesso em 5 jan.2017.

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

CLAYTON, S. et al. Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers. **The European Journal of Public Health**. v.22, n.3, p. 434-439, 2011.

COSTA-BLACK, K. M. Obstáculos e facilitadores junto aos atores sociais. In: **Seminário paradigmas da reabilitação profissional do século XXI**, Campinas. Conferência. Campinas: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba, 2010.

COSTA-BLACK, K. M. **Reabilitação profissional e prevenção da incapacidade laboral**: uma síntese de textos que apresentam conceitos essenciais para um diálogo ético e científico aprofundando. [Texto apresentado à FUNDACENTRO para a “Oficina sobre Programas de Reabilitação Profissional”]. 2013. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/Texto%201%20Costa-Black.pdf>>. Acesso em: 10 out.2018.

DEL-MASSO, M. C. S. Readaptação e Reabilitação Profissional. In.:SCHMIDT, M. L. G.; DEL-MASSO, M. C. S. (Org.). **Readaptação profissional: da teoria à prática**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p.19-45.

ENGESTRÖM, Y. **Learning by expanding**: An activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki: Orienta-Konsultit; 1987.

ENGESTRÖM, Y. **Aprendizagem Expansiva**. Organização da tradução Fernanda Liberali. Campinas, SP: Pontes Editora, 2016.

ENGESTRÖM, Y. Aprendizagem expansiva no trabalho: em direção a uma reconceitualização da Teoria da Atividade. **Journal of Education and Work**, Vol. 14, No. 1, 2001, p. 133 – 156. Tradução de André Machado Rodrigues, Fernando Cunha, Marcio Pascoal Cassandre, Marco Antonio Pereira Querol e Monica Lemos.

ENGESTRÖM, Y.; SANNINO, A. Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. *Educational Research Review* (2010), doi:10.1016/j.edurev.2009.12.002.

GRAVINA, M.E. R; NOGUEIRA, D. P.; ROCHA, L. E. Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 19-26, set./dez. 2003.

JAÚ. In: Wikipédia, a enciclopédia livre. 2018. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Ja%C3%BA>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

IAKOVA, M. et al. Self Perceptions as Predictors for Return to Work 2 Years After Rehabilitation in Orthopedic Trauma Inpatients. **Journal of Occupational Rehabilitation**. v. 22, n.4, p.532-540, 2012.

LEONT'EV, A. N. **Activity, Consciousness, and Personality**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1978.

LOISEL P. et al. **Management of occupational back pain: the Sherbrooke model**. Results of a pilot and feasibility study. *Occup Environ Med* [Internet]. 1994. Sep;51(9):597–602.

LOISEL P. et al. **Disability Prevention**. *Dis Manag Heal Outcomes*. 2001; 9(7):351–60.

LOISEL, P. et al. Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. **Journal of Occupational Rehabilitation**, Vol. 15, No. 4, December 2005. DOI: 10.1007/s10926-005-8031-2. 2005.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. Petrópolis/RJ: Vozes. 1975.

LOUZADA, E. C. et al. Análise sobre a atuação do terapeuta ocupacional como orientador profissional no serviço de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. São Carlos, v. 25, n. 4, p. 687-700, 2017.

BRAGA, L. C. de; FANTAZIA, M. M. **Readaptação Profissional - A Experiência de Uma Empresa Pública na Promoção Humanizada do Retorno ao Trabalho**. In: BARBOSA, Walnei Fernandes; SCHMIDT, Maria Luiza Gava; BERTOLETE, José Manoel. (Org.). *Perícia Médica Administrativa: aspectos conceituais, técnicos e éticos*. 1ed. São Paulo - SP: LTr, 2016, v., p. 153-166.

MAENO, M.; VILELA, R. A. G. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Revista brasileira de saúde ocupacional**. São Paulo: 2010, p. 87-99.

MATSUO, M. **Acidentado do trabalho: reabilitação ou exclusão?** São Paulo: Fundacentro, 2002. 238 p.

MEDEIROS, F. M. **Reabilitação Profissional previdenciária sob a lógica reducionista: a desconstrução neoliberal**. [Texto apresentado à FUNDACENTRO para a “Oficina de Reabilitação Profissional”]. Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/politica-publicas-em-sst/bibliografia>>. Acesso em: 10 out.2018.

MELO, M.P.P.; ASSUNÇÃO, A.A. A Decisão Pericial no Âmbito da Previdência Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 13, p. 343-365, 2003.

MERHY, E. E. **O conhecer militante do sujeito implicado**: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: T. B. Franco, M. A. A. Peres, M. M. Foschiera e M. Pnizzi

(orgs.). Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo, Hucitec. 2004.

MIRANDA, Cristiano Barreto de. Aspectos do cenário atual da reabilitação profissional no Brasil: avanços e retrocessos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00218717, 2018.

Momm W, Geicker O. Disability: Concepts and Definitions. In: MOON, W; RANSOM, R. Disability and Work. **Encyclopaedia of Occupational Health and Safety**. 4 ed. Geneva, International Labor Office, 4.v, Part III, Capt 17, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 407 p.

ORLANDO, M. Jaú tem 3,1 mil acidentes de trabalho. **Jornal Comércio do Jaú**, Jaú, 12 ago. 2018. Disponível em: <http://www.comerciodojahu.com.br/noticia/1380945/jau-tem-31-mil-acidentes-de-trabalho?utm_source=wp&utm_medium=bt-share>. Acesso em: 13 ago.2018.

ØYEFLATEN, I. et al. Prognostic factors for return to work, sickness benefits, and transitions between these states: a 4-year follow-up after work-related rehabilitation. **Journal of Occupational Rehabilitation**, [S. l.], v. 2, n. 24, p.199-2012, jun. 2014.

QUEROL, M. A. P. **Learning challenges in biogas production for sustainability** - An activity theoretical study of a network from a swine industry chain. Helsinki, 2011. 235 p.

QUEROL, M.A.P; JACKSON FILHO, J. M; CASSANDRE, M.P. *Change Laboratory: Uma Proposta Metodológica Para Pesquisa E Desenvolvimento Da Aprendizagem Organizacional*. **Administração: Ensino e Pesquisa** • Rio de Janeiro • v. 12 • n. 4 • p. 609-640 • Out./Nov./Dez. 2011.

QUEROL, M. A. P. Teoria da Aprendizagem Expansiva. In.: Mendes, R. (Org.). **Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador** – Conceitos, Definições, História, Cultura. Cidade: Proteção Publicações e Eventos. 2018. p. 1132-1133.

RELATÓRIO do II Encontro Nacional em Defesa da Previdência Social e do Serviço Social do INSS. Org.: Federação Nacional dos sindicatos dos Trabalhadores da Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS; Conselho Federal do Serviço Social – CFESS. Brasília-DF: 2018. Disponível em:<<http://sinprece.org.br/navegin/wp-content/uploads/2018/06/2018-06-11-Relatório-II-encontro-nacional-do-SS.pdf>>. Acesso em 15 dez.2018.

SALDANHA, J. H. S. et al. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 122-138, jun. 2013.

SAMPAIO, R. F. et al. Implantação de serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 28-34, 2005.

II SEMINÁRIO Nacional dos Trabalhadores (as) da Reabilitação Profissional do INSS. Brasília: Federação Nacional dos Sindicatos de trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS), 2018. Disponível em:< <http://www.fenasps.org.br/destaque/1805-trabalhadores-da-reabilitacao-profissional-em-luta-veja-as-deliberacoes-do-ii-seminario-realizado-nos-dias-20-e-21-de-outubro>>. Acesso em 15 dez.2018.

SEYFRIED, E. Vocational rehabilitation and employment support services. Disability and Work. **Encyclopedia of Occupational Health and Safety**. Geneva: OIT, 1998. p.17.18-17.22. Disponível em:< <http://www.safetyhouse.ir/safetyhouse/file/Encyclopaedia%20of%20Occupational%20Safety%20and%20Health.pdf>>. Acesso em 04 abr. 2017.

SOARES, L. B. T. **Terapia Ocupacional**: lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: Hucitec, 1991. 217 p.

TAKAHASHI, M. A. B. C. **Incapacidade e previdência social**: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990. 2006.

TAKAHASHI, M. A. B. C. et al. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 35, n. 121, 2010.

TAKAHASHI, M. A. B. C. et al. Incapacidade, reabilitação profissional e saúde do trabalhador: velhas questões, novas abordagens. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo: 2010. p. 07-09.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2008. p. 2661-2670.

TOLDRÁ, R. C. et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP. **Revista brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, 2010. p. 10-22.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The disablement process. **Social Science Medicine**, England, v. 38, n. 1,p. 1-14, Jan. 1994.

VIEIRA, G. S. et al. Programa de retorno ao trabalho em um hospital de São Paulo: resultados iniciais, fatores facilitadores e obstáculos de uma perspectiva administrativa. **Rev. Bras. Med. Trab**, v. 8, n. 2, p. 105-14, 2010.

VILELA, R. A. G. et al. **Work Ergonomic Analysis and Change Laboratory**: Similarities and Complementarities Between Interventionist Methods. Proceedings of the 5th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics AHFE. Kraków, Poland, 2014. 19-23 p.

VILELA, R. A. G.; PEREIRA-QUEROL, M. A.; LOPES, M. G. R. O Laboratório de

Mudança como uma ferramenta para transformação colaborativa de atividades de trabalho: uma entrevista com Jaakko Virkkunen. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 336-344, 2014.

VILELA, R. A. G. et al. A expansão do objeto da vigilância em acidente do trabalho: histórias e desafios de um centro de referência em busca da prevenção. **Cienc. Saúde Coletiva**, 23(9):3055-66. 2018.

VYGOTSKY, L. S. **Mind in Society: The Development of Higher Psychological Process**. Harvard University Press, 1978.

VIRKKUNEN, J.; NEWNHAM, D. S. **O Laboratório de Mudança: Uma Ferramenta de Desenvolvimento Colaborativo para o Trabalho e a Educação**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015. 424 p.

WATANABE, M. A. Reabilitação é possível: um estudo de caso de uma empresa de economia mista. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, p. 206, 2004.

ZILIOOTTO, D. M; BERTI, A. R. Reabilitação profissional para trabalhadores com deficiência: reflexões a partir do estado da arte. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, 2013. vol.22, n.3, p.736-750.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: “Reabilitação Profissional do INSS: uma análise à luz do Laboratório de Mudanças” como parte de Projeto Temático intitulado “Acidente de trabalho: Da análise sócio técnica à construção social de mudanças” FAPESP (Processo 2012/04721-1).

Pesquisadora Responsável: Melina Trento Vendrameto Tessarro

Orientador: Prof. Ass. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida

Agradecemos a sua atenção e apresentamos a seguir uma síntese da pesquisa para a qual solicitamos a sua participação.

Este subprojeto tem como objetivo geral produzir informações que ajudem a compreender como os principais atores envolvidos no processo percebem a adequação do Programa de Reabilitação Profissional oferecido pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS em cidade do interior do Estado de São Paulo. Buscaremos descrever os principais problemas e fontes de dificuldades percebidas pelos atores, bem como as origens desses problemas na história do sistema de atividade a ser estudado.

O estudo foi autorizado pelo INSS, tendo em vista que estudos na temática proposta podem propiciar resultados que contribuirão para aperfeiçoar o Serviço de Reabilitação Profissional do instituto.

Para tanto, será necessário realizar os seguintes procedimentos: a) Levantamento de dados e informações junto aos documentos e prontuários do Programa de Reabilitação Profissional; b) Entrevistas com profissionais que atuam no serviço de Reabilitação Profissional do INSS, trabalhadores reabilitados e em processo de reabilitação e empresas; c) Observação e gravação (áudio e imagem) das atividades desenvolvidas pelo serviço; d) Aplicação da metodologia Laboratório de Mudanças (LM); e) Análise dos dados obtidos; f) Elaboração de um diagnóstico.

Estas informações coletadas serão levadas pelos pesquisadores ou pelos próprios participantes a um conjunto de reuniões com participação dos envolvidos para discussão e elaboração de um diagnóstico.

A execução do projeto oferece riscos mínimos para os participantes, como desconforto em compartilhar experiências pessoais. Para controlar e minimizar esses riscos, o pesquisador garante o anonimato dos participantes, sigilo das informações relacionadas à privacidade e a participação voluntária, podendo deixar de participar da pesquisa em qualquer etapa e não precisando dar informações que sinta incômodo ao falar.

Como benefícios, espera-se que o estudo ajude a compreender os principais problemas e fontes de dificuldades percebidas em um serviço de reabilitação profissional, possibilitando propostas para mudanças futuras nesta atividade.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, ficam assegurados os direitos dos participantes conforme segue:

1. Garantia de que sua participação é voluntária, podendo abandoná-la em qualquer etapa, e envolve riscos mínimos que serão controlados pelos procedimentos éticos aqui estabelecidos;
2. A pesquisa não envolve desconforto físico, psicológico e nem moral, e por isso, não estão previstos ressarcimentos nem indenizações. Sua participação nesta pesquisa também está isenta de qualquer ônus financeiro;

3. Todas as informações obtidas serão utilizadas de forma a proteger a identidade e privacidade dos sujeitos participantes;
4. Os participantes tem direito a interromper sua participação a qualquer momento da pesquisa sem qualquer prejuízo ou penalização;
5. As entrevistas serão gravadas e ou filmadas e após a transcrição e análise, os registros serão destruídos;
6. Ao final da pesquisa os resultados serão informados aos participantes;
7. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de natureza científica e acadêmica tais como, elaboração de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de graduação e dissertações e teses de pós-graduação, apresentações em congressos e publicação de artigos científicos em revistas especializadas;
8. Os participantes receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
9. Poderão procurar esclarecimentos com o pesquisador responsável em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos, através do telefone (14) 98125 6127 e e-mail: mvendrameto@hotmail.com. O contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, através do telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo/SP, poderá ser para sanar as dúvidas referentes a aspectos éticos da pesquisa.

Este Termo de Responsabilidade será elaborado em 2 vias de igual teor, sendo uma delas será entregue o ao senhor(a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, ____ de ____ de ____.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Eu, Melina Trento Vendrameto Tessarro, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

_____ Data: ____/____/____.

Mestranda em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP
Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - Bairro: UNESP - CEP: 18618687 – Botucatu/SP
E-mail: mvendrameto@hotmail.com; jalmeida@fmb.unesp.br

APÊNDICE B – Roteiro para entrevistas com servidores do INSS

Orientação prévia sobre respostas esperadas: Basta que apresente sua forma de ver ou pensar sobre o tema. Se quiser pode citar documentos guias e o que mais considere que tenha sido útil na sua compreensão ou forma de pensar sobre o assunto.)

- Há quanto tempo no INSS? E no serviço de RP? Qual seu trabalho?
- O que é a Reabilitação Profissional do INSS? O que e como ela faz? Com que recursos humanos e materiais?
- A RP sempre foi como está sendo atualmente? Em caso negativo, quais e quando as principais mudanças por que Já passou?
- Houve alguma dessas mudanças que em sua opinião tenha sido mais marcante e ou significativa? Se sim, qual(is)? Quais as razões que te levam a achar isso (ou pensar desse modo)?
- Atualmente, qual é, aproximadamente, a demanda para o programa de RP na sua APS ? Qual principais motivos de adoecimento dos reabilitandos?
- Isso sempre foi como está sendo atualmente? Em caso negativo, quais e quando as principais mudanças por que Já passou?
- Na ou nas APS em que você atua, qual o fluxo de recebimento dos diferentes tipo de encaminhamento para RP? .
- Isso sempre foi como está sendo atualmente? Em caso negativo, quais e quando as principais mudanças por que Já passou?
- Por favor, fale sobre aquilo de que mais gosta no/do seu trabalho? Quais as razões que explicam tua escolha?
- Por favor, fale sobre aquilo que menos gosta no/do seu trabalho?. Quais as razões que explicam tua escolha?
- Quais as principais dificuldades ou problemas que você identifica e ou vivencia atualmente na RP?
- Como essas dificuldades ou problemas são “vistas” ou percebidas pelo serviço? Do mesmo jeito que você? Já houve ou está havendo alguma tentativa de lidar com ou resolver isso?
- A partir de quando isso passou a lhe incomodar?

- Antes de finalizar gostaria de fazer mais umas perguntas;
- Atualmente há fila de espera ao PRP? Se sim, por quais razões? Como se forma essa fila? Como o serviço lida com essa fila?
- Os casos considerados elegíveis hoje são semelhantes ao que era historicamente ou tem mudado?
- O que seria uma equipe ideal para RP? Que tipo de atuação?
- O que significa uma reabilitação de sucesso? E de insucesso? Citar exemplos concretos.
- Como é a relação com as empresas para readaptação? Com quem tem contato, quais as dificuldades e boas práticas.
- Acompanha a inserção e permanência no mercado de trabalho? Como?

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista com empresas

Orientação prévia sobre respostas esperadas: Basta que apresente sua forma de ver ou pensar sobre o tema. Se quiser pode citar documentos guias e o que mais considere que tenha sido útil na sua compreensão ou forma de pensar sobre o assunto.

- Qual sua função na empresa? Há quanto tempo está na empresa? Poderia falar sua formação profissional e idade?
- Qual é sua atuação no processo de RP?
- Como a empresa organiza o trabalho de interação com a previdência social? Qual é o setor responsável pela reabilitação dos funcionários (qual equipe)?
- Gostaríamos de ouvir o que você considera/identifica como dificuldades ou problemas na reabilitação profissional.
- Na sua opinião, o que considera como um caso de sucesso da reabilitação profissional? E de insucesso? Quais os fatores mais importantes para o desfecho (sucesso/insucesso)?
- Já houve ou está havendo alguma tentativa de lidar com ou resolver tais dificuldades?
- O modo com que a empresa lida com a reabilitação sempre foi assim? Identifica algum tipo de mudança no relacionamento com a previdência social?
- O que acontece com o trabalhador reabilitado depois que retorna à empresa?
- O que você acha da Lei de cotas?
- Tem alguma sugestão para melhorias no serviço de reabilitação profissional?

APÊNDICE D – Roteiro para entrevistas com reabilitados/reabilitandos

Apresentação/introdução: estudo sobre a situação da reabilitação profissional do INSS para conhecer a percepção de quem passou pela RP, as dificuldades e pontos positivos; elaborar um diagnóstico participativo envolvendo representantes do serviço e desenvolver uma proposta de solução

Orientação prévia sobre respostas esperadas: Basta que apresente sua forma de ver ou pensar sobre o tema. Se quiser pode citar documentos guias e o que mais considere que tenha sido útil na sua compreensão ou forma de pensar sobre o assunto.

Questionamentos – REABILITANDOS

Questão guia: Fale sobre a sua experiência com o programa de reabilitação, do momento inicial à situação atual.

- Quando foi encaminhado ao programa de RP?
- Qual é a causa do seu afastamento, problema de saúde?
- Qual sua situação trabalhista: tem vínculo empregatício? Qual sua função/profissão? Por favor, fale sobre como era seu trabalho.
- Como foi a sua chegada no serviço de RP?
- Como você vê a RP? O que espera?
- Você identifica problema no serviço de RP? Dê exemplos.
- Para quem tem vínculo empregatício: Qual é a sua relação com a empresa de vínculo neste período em benefício?

Questionamentos - REABILITADOS:

Questão guia: Fale sobre a sua experiência com o programa de reabilitação, do momento inicial à situação atual.

- Quando foi encaminhado ao programa de RP?
- Qual foi a causa do seu afastamento, problema de saúde?

- Você tinha vínculo empregatício na ocasião?
 - Se SIM: - Qual profissão/função, ramo da empresa? Foi readaptado na empresa de vínculo? Se sim, em qual função? Se não, por quê?
 - Se NÃO: qual a última função?
- Como foi a sua chegada no serviço de RP?
 - Quanto tempo ficou em benefício previdenciário, afastado do trabalho?
 - Aguardou em fila de espera? Quanto tempo?
- Como foi o seu programa de RP? Quais atividades participou? Quanto tempo durou?
- Teve dificuldades no serviço?
- Qual foi a conclusão do programa?
- Conte como foi o retorno ao trabalho após a cessação do benefício previdenciário. A RP ajudou na reinserção?
- Fale um pouco do pós RP: está empregado atualmente? É a mesma empresa que foi readaptado? Está ou foi inserido nas cotas de PcD?
- O que acha que ajudaria a melhorar o serviço de RP? Teve algo que o ajudou durante a RP?

ANEXOS

ANEXO 1 - Possíveis conclusões da avaliação do potencial laborativo de segurado encaminhado ao serviço de Reabilitação Profissional

NOME	CONCEITO
Intercorrência médica	Total de beneficiários que, na etapa de avaliação do potencial laboral, não apresentem temporariamente condições para continuar em processo de RP devido à dependência de cirurgia, final de gravidez, necessidade de tratamento específico e outros.
Invalidez/limite indefinido	Total de beneficiários que não apresentem condições físicas, psíquicas e socioprofissionais, permanentemente, para desenvolver programa de RP.
Retorno imediato ao trabalho	Total de beneficiários que apresentem condições físicas, psíquicas e socioprofissionais para exercer todas as atividades relativas à sua função/atividade de origem sem necessidade de programa de RP.
Continuidade em PRP	Total de beneficiários que apresentem condições físicas, psíquicas e socioprofissionais para continuar em programa de RP.
Recusa	Total de beneficiários que, embora apresentem condições físicas, psíquicas e socioprofissionais para cumprimento do programa de RP, manifestem, ativa ou passivamente, desinteresse e/ou resistência em cumpri-lo, conforme fluxo estabelecido em Manual de Procedimentos da RP.
Abandono	Total de beneficiários que falem aos agendamentos e que não atendam à convocação feita pela RP, conforme fluxo estabelecido em Manual de Procedimentos da RP.
Instrução de processo judicial concluído	Total de beneficiários que tiveram o procedimento de instrução de processo judicial concluído.
Óbito	Total de beneficiários que faleceram no decorrer do programa de RP (ocorrência até a fase de "Avaliações Concluídas").
Concessão/manutenção de prótese e órtese	Total de beneficiários avaliados e no aguardo concessão/manutenção/substituição de prótese e/ou órtese, pelo Instituto, sem indicação de outras etapas do programa de RP.
(RE) habilitação de PcD	Total de PcD que apresentem condições para continuar em processo de RP.
Indeferimento de (RE)habilitação de PcD	Total de PcD que não apresentem condições para continuar em processo de RP.
Homologação de readaptação profissional	Total de beneficiários que tem comprovada a compatibilidade da função proposta pela empresa de vínculo com a capacitação profissional promovida pela mesma.
Indeferimento de homologação de readaptação profissional	Total de beneficiários que não tem comprovada a compatibilidade da função proposta pela empresa de vínculo e com a capacitação profissional promovida pela mesma.
Transferência	Total de beneficiários que, durante a avaliação do potencial laboral, passarem a pertencer à outra GEX ou APS, em razão de transferência do benefício.
Não necessita de programa de reabilitação profissional	Total de beneficiários que, na etapa da avaliação do potencial laboral, não necessitem da intervenção da RP por já possuírem qualificação.
Alta a pedido	Total de beneficiários que solicitaram voluntariamente o desligamento do programa de PRP.

Fonte: BRASIL, 2018-a, item 22.7.3

ANEXO 2 - Possíveis conclusões do Programa de Reabilitação Profissional

NOME	CONCEITO
Retorno mesma função com atividade diversa	Total de beneficiários que, após cumprirem o PRP, apresentem condições de retorno à função de origem, necessitando de adequação das atividades e/ou do posto de trabalho. Este tipo de desligamento gera a emissão de certificado de RP.
Retorno mesma função com todas as atividades	Total de beneficiários que, após cumprirem o PRP, apresentem condições de retorno à mesma função, com todas as atividades que exercia anteriormente, porém com restrições. Este tipo de desligamento gera a emissão de certificado de RP.
Retorno à função diversa	Total de beneficiários que, após cumprirem PRP, estejam habilitados para o exercício de função e atividades diferentes daquelas de origem. Este tipo de desligamento gera a emissão de certificado de RP.
Recusa	Total de beneficiários que, embora reúnam condições físicas, psíquicas e socioprofissionais para o programa, manifestem, ativa ou passivamente, desinteresse e ou resistência em cumpri-lo, conforme fluxo estabelecido em Manual de Procedimentos da RP.
Abandono	Total de beneficiários que falem aos agendamentos e que não atendam à convocação feita pela RP, conforme fluxo estabelecido em Manual de Procedimentos da RP.
Intercorrência médica	Total de beneficiários que, na etapa de orientação e acompanhamento, não apresentem temporariamente condições para continuar em processo de RP devido à dependência de cirurgia, final de gravidez, necessidade de tratamento específico e outros.
Transferência	Total de beneficiários que, durante o PRP, passarem a pertencer à outra GEX ou APS, em razão de transferência do benefício.
Óbito	Total de beneficiários que faleceram no decorrer do PRP.
Insuscetível de reabilitação profissional	Total de beneficiários que, em PRP, após várias tentativas de preparo para uma atividade profissional, não alcancem os requisitos mínimos para exercerem uma atividade laborativa que lhes garanta a subsistência.
Impossibilidade técnica	Total de beneficiários que, em programa de RP, não puderem ser protetizados/treinados/capacitados com vistas à sua reinserção no mercado de trabalho devido à impossibilidade técnica do Instituto propiciar os recursos mínimos necessários para tal.
Concessão/manutenção de prótese/órtese realizada	Total de beneficiários cuja conclusão do programa profissional consiste na concessão/manutenção de prótese/órtese realizada.
(Re)habilitação profissional Pcd	Total de PcD, não filiadas ao RGPS, que concluíram com êxito o programa de RP.
Alta a pedido	Total de beneficiários que solicitaram voluntariamente o desligamento do programa de PRP.

Fonte: BRASIL, 2018-a, item 22.7.7