



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**MANOELA TEREZA MARTINS DE SOUZA E SILVA**

**O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
**E SEUS LIMITES**

**Recife**  
**2013**

**MANOELA TEREZA MARTINS DE SOUZA E SILVA**

**O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
E SEUS LIMITES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Heloisa Maria Mendonça de Moraes

**Recife**

**2013**

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária: Adelaide Lima, CRB4-647

S586p	<p>Silva, Manoela Tereza Martins de Souza e. O Programa de Reabilitação Profissional da Previdência Social e seus limites / Manoela Tereza Martins de Souza e Silva. – 2013. 83 f.: il.; fig.; gráf.; 30 cm.</p> <p>Orientadora: Heloísa Maria Mendonça de Moraes. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2013.</p> <p>Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Previdência Social. 2. Reabilitação profissional. 3. Pessoa com incapacidade. I. Moraes, Heloísa Maria de Mendonça (Orientadora). II. Título.</p>	
614	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS2017-195)

**MANOELA TEREZA MARTINS DE SOUZA E SILVA**

**O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
E SEUS LIMITES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 23/08/2013

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Heloisa Maria Mendonça de Moraes (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Angela Santana do Amaral (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel (Examinador Externo)  
CPqAM – FIOCRUZ



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**REITOR**

Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**PRÓ REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO**

Francisco de Sousa Ramos

**DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Nicodemos Teles Pontes Filho

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Sandra Valongueiro Alves

**VICE-COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**CORPO DOCENTE PERMANENTE**

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Albanita Gomes da Costa de Ceballos

Ana Bernarda Ludermir

Cristine Vieira do Bonfim

Heloisa Maria Mendonça Morais

Marcelo Luiz Pelizzoli

Maria Beatriz Lisbôa Guimarães

Nilcema Figueiredo

Petrônio José de Lima Martelli

Ronice Maria Pereira de Franco Sá

Sandra Valongueiro Alves

Solange Laurentino dos Santos

Thália Velho Barreto de Araújo

**CORPO DOCENTE COLABORADOR**

Ana Paula de Oliveira Marques

Márcia Carrera Campos Leal

Paulo Henrique Novaes Martins

Ao meu companheiro de vida, meu amor, Murilo Aquino Filho.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Senhor Deus, que me deu forças para vencer esta longa caminhada, sem Ele nada seria possível;

Ao meu esposo, Murilo, e à minha mãe, pelo apoio e compreensão em virtude de minhas ausências;

Aos familiares e amigos, pelas palavras de incentivo;

À Emília Duarte, Etiene Louzada, Lorena e Teresa Vital, pela colaboração na construção deste estudo;

À minha orientadora, Dra. Heloisa Mendonça, por ter aceitado o desafio deste trabalho e pelos momentos de construção;

Aos membros da banca examinadora, pelas contribuições fornecidas para o melhoramento desta pesquisa;

Ao Instituto Nacional do Seguro Social e aos profissionais entrevistados, por terem aceitado participar do estudo;

A todos trabalhadores segurados do Instituto Nacional do Seguro Social, por mim atendidos, que inspiraram a construção desta proposta.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias”.

*Paulo Freire*

## RESUMO

O tema do presente estudo é o Programa de Reabilitação Profissional da Previdência Social cuja implementação é prevista na Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST). A investigação teve como objetivo geral verificar as condições nas quais o Programa de Reabilitação Profissional considera reabilitado o trabalhador com incapacidade e como essas condições se articulam com as tendências do mercado de trabalho. Fazendo uso de técnicas de pesquisa qualitativa identificou-se a complexidade envolvida no retorno ao mercado de trabalho do trabalhador com restrições laborais. Este retorno não está condicionado apenas ao Programa de Reabilitação Profissional, mas também à conjuntura externa a ele. Internamente ao Programa observaram-se constrangimentos como o modelo de avaliação da incapacidade utilizado pela Instituição e o desconhecimento dos profissionais sobre a dinâmica do mercado de trabalho, o que prejudica a assistência prestada ao trabalhador. No âmbito externo, o modo como se estrutura o trabalho no cenário capitalista atual impõe requisitos ao trabalhador na disputa por vagas no mercado de trabalho, requisitos esses que se impõem como obstáculos para o retorno do trabalhador com incapacidade ao mercado de trabalho. Diante dos resultados obtidos, é possível concluir que o Programa de Reabilitação Profissional precisa enfrentar esses limites para ter resgatada sua missão, no sentido de ser um espaço de construção de novos rumos de trabalho para o trabalhador com incapacidade.

Palavras-chave: Previdência Social. Reabilitação Profissional. Pessoa com incapacidade.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to evaluate the National Program of Professional Rehabilitation, which is part of the National Program of Health and Safety on the Workplace. The scope of the analysis was to verify what were the program requirements for considering a formerly disabled worker as rehabilitated for working, and how these requirements were articulated with the trends on the labor market. We could identify, using qualitative research tools, a very complex situation regarding the return to work of the worker presenting some physical restrictions; this was due to the fact this return was not only dependent on the actions established on the Program, but it reflects also the external conjuncture. The internal circumstances, related to the program itself were linked to some constraints to the workers, such as the model used for the inability evaluation, the fact the most of the professionals involved on this evaluation were not aware of the labor market dynamics; these were important hurdles affecting the quality of the worker's assistance. Regarding the external circumstances, since the capitalism imposes a specific organization to the work system, including a lot of health and physical requirements, it is very difficult to the rehabilitated people to come back to the labor market. The National Program of Professional Rehabilitation needs therefore to face these limits and barriers in order to accomplish its mission and to be a real space for the construction of new ways and new solutions for the workers with a disability.

Key words: Social Previdence. Professional Rehabilitation. Disabled Persons.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma etapas do Programa de Reabilitação Profissional do INSS.....	41
Gráfico 1 - Perfil do Trabalhador reabilitado para outra função na Região Metropolitana do Recife em 2010, segundo faixa etária.....	55
Gráfico 2 - Perfil do Trabalhador reabilitado para outra função na Região Metropolitana do Recife em 2010, segundo a frequência em ensino formal.....	56
Gráfico 3 - Perfil do Trabalhador reabilitado para outra função na Região Metropolitana do Recife em 2010, segundo escolaridade formal.....	56
Gráfico 4 - Perfil do trabalhador reabilitado para outra função na Região Metropolitana do Recife em 2010, segundo a contribuição para Previdência Social.....	58
Gráfico 5 - Perfil do Trabalhador reabilitado na Região Metropolitana do Recife em 2010, segundo a inserção no mercado de trabalho.....	58
Gráfico 6 - Perfil do trabalhador reabilitado para outra função na Região Metropolitana do Recife, em 2010, segundo a espécie do benefício enquanto estava afastado do trabalho.....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEME	Central de Medicamentos
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CODEFAT	Conselho Deliberativo para Conduzir as Políticas Públicas de Emprego e Renda
CONDEPE	Conselho de Desenvolvimento de Pernambuco
COPERPS	Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social
CRP	Centro de Reabilitação Profissional
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos
DORT	Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho
FAP	Fator Acidentário de Prevenção
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FIDEM	Fundação de Desenvolvimento Municipal
FUDACENTRO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
FUNABEM	Fundação Nacional do Menor
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAF	Indicador de Alfabetismo Funcional
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesões por esforços repetitivos
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
NETEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
NRP	Núcleos de Reabilitação Profissional
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PED	Pesquisa de emprego e desemprego
PLANFOR	Programa de Formação, Qualificação e Requalificação
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PPP	Perfil Profissiográfico Profissional
PROGER	Programa de Geração de Emprego e Renda
PRP	Programa de Reabilitação Profissional
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RMR	Região Metropolitana de Recife
SAT	Seguro de Acidente de Trabalho
SEAD	Sistema Estadual de Análise de Dados
SENAT	Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UTRP	Unidade Técnica de Reabilitação Profissional

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Objetivos.....</b>	<b>17</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 O trabalho no cenário capitalista contemporâneo.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 A assistência à saúde do trabalhador.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3 A condição de incapacidade e o exercício do trabalho.....</b>	<b>27</b>
<b>2.4 Uma reflexão sobre a assistência previdenciária no Brasil.....</b>	<b>31</b>
<b>2.5 A Reabilitação Profissional: a materialização da assistência previdenciária para o trabalhador com incapacidade.....</b>	<b>36</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>40</b>
<b>3.1 Desenho do estudo.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2 Objeto do estudo.....</b>	<b>40</b>
<b>3.3 Local do estudo: o polo de Reabilitação Profissional em Recife.....</b>	<b>43</b>
<b>3.4 Métodos de coleta de dados.....</b>	<b>43</b>
<b>3.5 Procedimento de coleta de dados.....</b>	<b>44</b>
<b>3.6 Análise dos dados.....</b>	<b>46</b>
<b>3.7 Considerações Éticas.....</b>	<b>48</b>
<b>4 A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E SEUS DILEMAS.....</b>	<b>49</b>
<b>4.1 A avaliação da incapacidade no Programa de Reabilitação Profissional.....</b>	<b>49</b>
<b>4.2 O perfil do trabalhador reabilitado.....</b>	<b>55</b>
<b>4.3 As habilitações fornecidas pelo PRP e o mercado de trabalho da Região Metropolitana do Recife.....</b>	<b>62</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas para os peritos médicos previdenciários.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE B - Roteiro de entrevistas para os técnicos da reabilitação que realizam a avaliação do potencial laborativo.....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE C – Tabela 1: detalhamento da associação estatística.....</b>	<b>75</b>
<b>.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO A - Formulário de avaliação do potencial laborativo (perícia médica).....</b>	<b>77</b>

<b>ANEXO B - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO POTENCIAL LABORATIVO (TÉCNICO EM REABILITAÇÃO PROFISSIONAL).....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO C - Ficha de acompanhamento e pesquisa de fixação.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO D - Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO E - Carta de Anuência.....</b>	<b>83</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde dos trabalhadores é determinada por diversos aspectos. Entre eles estão os sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, que se relacionam ao modo de produção do trabalho. Especificamente, nas sociedades capitalistas contemporâneas, o modo de produção, de forma geral, pode ser caracterizado pelo aumento do ritmo da produção, pela utilização de um arsenal tecnológico, pela flexibilização dos contratos de trabalho e pelos trabalhadores desempenharem uma multivariada de funções (ANTUNES, 2000). Tais características contribuíram para desenhar o quadro de morbidade dos trabalhadores, sendo observado um elevado número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, o que gera impactos econômicos, sociais e sobre a saúde pública.

No Brasil, quanto aos impactos econômicos, tem-se que o pagamento com benefícios previdenciários (incluindo as aposentadorias especiais decorrentes das condições ambientais do trabalho) alcançou, em 2011, o montante de quase R\$ 16 bilhões. Se a essa quantia for adicionada o custo operacional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e as despesas com o tratamento de saúde dos trabalhadores, o valor atinge a ordem de mais de R\$ 60 bilhões (MPS, 2011).

Em relação aos impactos sociais, o afastamento do trabalhador de suas atividades laborais é o principal registro. Já no que se refere ao efeito negativo sobre a saúde pública, tem-se um grande número de trabalhadores atingidos por doenças e acidentes de trabalho que, por exemplo, só no ano de 2011 ultrapassou a marca de 700 mil, segundo informações da Previdência Social (MPS, 2011).

Tais impactos alertam para a importância do Estado implementar políticas públicas direcionadas para ações de prevenção contra as causas das doenças e acidentes de trabalho. Neste sentido, foi regulamentada no final de 2011 a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST) cujo objetivo é, além de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, justamente prevenir acidentes e danos à saúde derivados do trabalho, por meio da eliminação ou da redução dos riscos nos ambientes de trabalho.

Para o alcance do seu propósito, a PNSST deverá ser implementada por meio da articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores. São responsáveis pela sua implementação e execução os

Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, sem prejuízo da participação de outros órgãos e instituições que atuem na área.

Sob a competência do Ministério da Previdência Social está a tarefa de prestar a reabilitação profissional (RP), cujo objetivo é habilitar o trabalhador incapacitado para outra atividade laboral. Atualmente o Serviço de RP é executado pelo INSS e tem sido alvo de diversos estudos, tendo sido localizado, apenas na base de dados BIREME, o registro de 53 artigos.

Esses estudos, apesar das diferentes abordagens, não responderam às inquietações da pesquisadora sobre o funcionamento do Programa de Reabilitação Profissional, derivadas da sua experiência profissional como terapeuta ocupacional no INSS. Elas decorreram da observação acerca dos critérios de encaminhamento para o programa, das habilitações fornecidas pela Previdência Social em correspondência com oportunidades de vagas no mercado de trabalho e do desconhecimento sobre a situação dos trabalhadores após término do Programa de Reabilitação Profissional.

A partir dos estudos observados e das inquietações da autora, esta pesquisa teve como objetivo geral verificar as condições nas quais o Programa de Reabilitação Profissional considera reabilitado o trabalhador com incapacidade e como essas condições se articulam com as tendências do mercado de trabalho. Em busca desse interesse, o estudo investigou os parâmetros que definem a elegibilidade do trabalhador para o programa; o perfil do trabalhador reabilitado e a correspondência das habilitações oferecidas pela Previdência Social com as demandas do mercado trabalho, destacando os aspectos que podem favorecer a reinserção do reabilitado no mercado de trabalho.

Para alcançar o objetivo deste trabalho, optou-se por uma combinação dos métodos de pesquisa quali-quantitativa utilizando as seguintes fontes de dados: análises de textos, documentos, legislação e entrevistas semiestruturadas de caráter qualitativo com peritos médicos e técnicos da reabilitação profissional do INSS. Isso possibilitou perceber constrangimentos internos e externos ao Programa que limitam a reinserção do trabalhador reabilitado no mercado de trabalho.

Essa dissertação, por fim, está dividida em três capítulos, além desta introdução e das considerações finais. No primeiro capítulo, apresenta-se o marco teórico desta pesquisa, discutindo (a) o trabalho no cenário capitalista contemporâneo, (b) a assistência à saúde do trabalhador, (c) sobre a condição de incapacidade e o exercício do trabalho, (d) a assistência previdenciária no Brasil, e finalmente (e) a Reabilitação Profissional como a materialização da assistência previdenciária para o trabalhador com incapacidade.

No segundo capítulo apresenta-se a proposta metodológica desta pesquisa. No terceiro, os resultados são discutidos, procurando estabelecer uma relação entre a discussão teórica e as questões identificadas na pesquisa, para que seja evidenciada a condição de vulnerabilidade do trabalhador com incapacidade e os limites do Programa de Reabilitação Profissional. Finalmente, nas considerações finais são retomados os achados mais relevantes da pesquisa, são também apresentadas as possibilidades e os limites para a superação dos constrangimentos internos e enfrentamentos dos externos.

## **1.1 Objetivos**

Ao constatar que a condição de saúde do trabalhador influencia sua inserção no mercado de trabalho, este estudo delineou como objetivo geral investigar as condições nas quais o Programa de Reabilitação Profissional considera reabilitado o trabalhador com incapacidade e como essas condições se articulam com as tendências do mercado de trabalho.

A partir deste interesse, foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os parâmetros que definem a elegibilidade do trabalhador para o programa;
- Investigar o perfil do trabalhador reabilitado;
- Verificar a correspondência das habilitações oferecidas pela Previdência Social com as demandas do mercado de trabalho.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O trabalho no cenário capitalista contemporâneo

O entendimento da Saúde do Trabalhador sobre o adoecer e o morrer dos trabalhadores busca explicações nos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideias e as possibilidades de consumo de bens e serviços. Ao tomar esta concepção como referência torna-se impreterível refletir sobre a concepção marxista a respeito do trabalho, os modos de produção e sua influência no modo como se realiza o trabalho e como se organiza o mercado de trabalho.

Karl Marx compreende o trabalho como elemento central da vida e fundamental para a humanidade, porque é o instrumento de mediação entre o homem e a natureza. É por meio do trabalho que o ser humano utiliza os recursos naturais para construção de produtos que satisfaçam suas necessidades, mas ao fazê-lo modifica a si próprio e à sociedade (MARX, 2003). É por ele também que os indivíduos constroem relações que dependem do estágio de desenvolvimento das forças produtivas inseridas em cada contexto histórico.

Na sociedade capitalista, por exemplo, o trabalho humano é usado para produção de mercadorias<sup>1</sup> – a fonte de riqueza do capital. É com essa finalidade que ele deixa de produzir bens para subsistência e o realiza também para criação de riqueza vendida no mercado. Ao voltar-se para este fim o “trabalho deixa de ser visto como trabalho vital do ser humano e passa a ser visto como trabalho assalariado, alienado, fetichizado<sup>2</sup>” (MARX, 2003, p. 253).

Sob esta ótica, o trabalhador é também o vendedor de sua força de trabalho e por isso ela é entendida como uma espécie de mercadoria. Para Marx, portanto, o mercado de trabalho é parte do mercado de mercadorias e em suas palavras: “não interessa ao possuidor do dinheiro saber por que o trabalhador livre se defronta com ele no mercado de trabalho, não passando o mercado de trabalho, para ele, de uma divisão especial do mercado de mercadorias” (MARX, 2003, p. 199).

---

1

Para Marx (2003, p. 37), “A mercadoria é, antes de mais nada, um objeto externo, uma coisa que, por suas propriedades, satisfaz necessidades humanas, seja qual for a natureza, a origem delas, provenham do estômago ou da fantasia”.

2

Na produção de mercadorias, Marx define “duplo caráter” do trabalho: “trabalho concreto” manifestado no valor de uso da mercadoria, e o “trabalho abstrato” relacionado ao valor de troca da mercadoria. Este último constitui-se no trabalho alienado da sociedade burguesa, tendo em vista que o trabalhador é desprovido do controle e do produto do trabalho.

A maneira como a força de trabalho<sup>3</sup> é utilizada na produção de mercadorias depende do modelo de produção adotado pelo dono do capital. No início do século XX, adotou-se o modelo de produção em série, que foi inspirado nas ideias de Taylor e Ford, cuja lógica era fracionar o processo produtivo em etapas para aceleração do seu ritmo e redução do desperdício. O trabalhador executava apenas parte da tarefa de produção de modo repetitivo, *pari passu* ao funcionamento da máquina (ANTUNES, 2003).

Entre o final dos anos 60 e início dos 70, o modelo de produção Taylorista/Fordista começou a dar sinais de esgotamento, em virtude de diversas causas que levaram à redução da margem de lucro das empresas. Algumas eram endógenas ao modelo, como a queda na produtividade decorrente da obsolescência do paradigma tecnológico; outras eram exógenas, como a organização dos trabalhadores por aumentos salariais e melhorias nas condições de trabalho que elevaram os custos de produção ou os impactos nas economias dos países em decorrência de crises mundiais (PERUZZO, 2002).

O contexto exigiu uma reestruturação produtiva que retomasse melhores ganhos nos lucros do capital investido nas empresas. Nos termos das lições de Mota (2011, p. 65), “a reestruturação produtiva é uma iniciativa inerente ao estabelecimento de um novo equilíbrio instável que tem como exigência básica a reorganização do papel das forças produtivas na recuperação do ciclo de reprodução do capital”.

O modelo produtivo que se aliou aos mecanismos da reestruturação produtiva foi o Toyotismo. Essa nova forma de organizar a produção caracterizou-se por modificar os processos de trabalho e a gestão da força de trabalho. A produção passou a ser vinculada à demanda, com estoques mínimos, e baseada no princípio do “Just in time”<sup>4</sup> (ANTUNES, 2003). Além disso, os trabalhadores passaram a executar uma multivariada de funções com vistas a melhorar a produtividade das empresas. Essas inovações contribuíram para intensificação do ritmo do processo produtivo, gerando um quadro positivo para a retomada do crescimento e da rentabilidade das corporações (PERUZZO, 2002).

O modelo toyotista também causou impactos nas relações de trabalho. A perseguição por aumento de produtividade aliada à redução de custos provocou, de um lado, desemprego

---

3

Importante inferir que o valor da força de trabalho é chamado de salário, cuja determinação é dada por uma relação direta com sua capacidade de produzir (MARX, 2003).

4

O princípio *Just in time* determina que na produção tudo o que é comprado ou vendido deve ser realizado a partir de uma demanda. Neste sentido, a organização pode reduzir os estoques e os custos decorrentes de uma produção em excesso.

e, de outro, flexibilização do trabalho (por exemplo, empregos temporários ou em tempo parcial). A menor oferta de trabalho causou o enfraquecimento das discussões sindicais com aceitação de jornadas de trabalho menores com diminuição dos salários, visando à manutenção do emprego e também excluiu os desempregados dos direitos sociais (ANTUNES, 2000; GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1999; MOTA, 2011).

Além da utilização de novos modelos de produção, em resposta à crise do capital foram tomadas medidas de cortes de gastos públicos. Nos países centrais, onde já existia um sistema de proteção social estruturado, houve cortes nos gastos sociais – ainda que acompanhados de resistência da população e da burocracia estatal. Nos países periféricos, como não havia arcabouço de proteção social consolidado, o ajuste foi direcionado a políticas econômicas (como abertura comercial e privatizações) (SILVA, 2012).

No caso brasileiro, também houve respostas às crises mundiais ao longo das décadas de 80 e 90. O país foi atingido por um período de recessão econômica com hiperinflação, intensificada pela escassez mundial de créditos para financiamento. Tal conjuntura econômica provocou alterações no mercado de trabalho, com aumento do desemprego (CAMPOS; POCHMAN, 2007). Além da queda na taxa de postos de trabalho, houve também sua precarização, como, por exemplo, elevação do número de trabalhadores autônomos e dos informais (SILVA, 2012).

Na tentativa de enfrentar os dados de subemprego e desemprego, o governo criou, ao longo dos anos noventa, um conjunto de órgãos, fundos e programas públicos, tais como: Conselho Deliberativo para Conduzir as Políticas Públicas de Emprego e Renda (Codefat); Programa de Geração de Emprego e Renda (Proger); Programa de Formação, Qualificação e Requalificação Profissional (Planfor) e Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (PEIXOTO, 2008).

O Estado também usou estratégias que delegavam à classe trabalhadora a responsabilidade sobre a sua situação empregatícia (p.ex., a constituição de cooperativas de trabalhadores na lógica da economia solidária) (SILVA, 2012). Alencar (2008) criticou a adoção desta medida porque representava uma política que minimizava o papel do Estado como responsável em solucionar os problemas do mercado de trabalho, mediante a transferência dessa tarefa ao esforço do próprio trabalhador.

As medidas utilizadas não responderam à necessidade de oferta de emprego. De um lado, o cenário econômico e as políticas públicas adotadas não contribuía para o aumento da oferta de vagas de trabalho. De outro, o redesenho demográfico e social do país, causado pelo reforço na População Economicamente Ativa, elevava a demanda por emprego. O resultado

desse desequilíbrio foi o processo de exclusão do sistema previdenciário de uma parcela significativa dos trabalhadores<sup>5</sup>.

Na primeira década do século XXI, o mercado de trabalho se comportou de modo diferente. Nos anos de 2004 a 2005, a economia deu uma guinada significativa, com melhora do número de empregos formais<sup>6</sup> e redução do número de pessoas ocupadas em atividades precárias<sup>7</sup>, isto é, sem qualquer proteção social do Estado (BALTAR; LEONE, 2007).

Com a crise de 2008, observou-se uma queda no Produto Interno Bruto brasileiro, acompanhada de um aumento no nível de desemprego, com três implicações principais sobre o mercado de trabalho: (i) queda dos salários; (ii) crescimento da rotatividade e (iii) elevação do número de trabalhadores informais. O resultado foi a diminuição das receitas tributárias destinadas ao financiamento da Seguridade Social e a marginalização de parte dos trabalhadores à proteção previdenciária (CAMPOS; POCHMANN, 2007). Só a partir do ano de 2009 é que teve a retomada no número de empregos formais, que no último mês deste ano alcançou a marca de aproximadamente 3 milhões, quase o dobro do ano anterior (MTE, 2010).

Alguns estudos - Kreling (2004) e Pochmann (2009) - e duas pesquisas recentes - RAIS (MPS, 2010b) e PNAD (IBGE, 2011) - apontam para informações muito importantes para se compreender a dinâmica do mercado de trabalho e o perfil do trabalhador brasileiro. Assim se pode entender com mais precisão questões tais como: qual a participação da População Economicamente Ativa no mercado de trabalho? Quais as faixas etárias dos trabalhadores inseridos e seus níveis de escolaridade?

O perfil médio da faixa etária do trabalhador brasileiro inserido no mercado formal de trabalho é apontado pela RAIS com predominância de pessoas com idade entre 30 e 39 anos. As faixas etárias seguintes também possuem boa representativa, o que explica o aumento de

---

5

Segundo Campos e Pochmann (2007), entre 1989 e 2001, o número de desempregados passou de 1,9 milhões para 7,8 milhões, com geração de quase 6 milhões de desempregados

6

Taxa média anual de crescimento da década de 90 foi de 2% e no período de 2004 a 2008 foi de 5% (BALTAR; LEONE, 2007).

7

Atividades precárias são aquelas geralmente associadas a baixos salários e que estão à margem dos direitos formais trabalhistas, p. ex. as não-formais, autônomas, não assalariados, e do trabalho não remunerado, ou seja, aqueles marcados por ocupações precárias, não assalariadas, não protegidas pela legislação trabalhista e associadas a baixíssimos rendimentos do trabalho.

contingente de trabalhadores inseridos no conceito da PEA (KRELING, 2004; POCHMANN, 2009).

Em relação ao nível de escolaridade, os dados da RAIS (MPS, 2010b) apontam que a predominância é de trabalhadores com o nível médio completo. Os de nível superior representam uma pequena parcela da PEA, o que reflete o nível de instrução deficiente disponível no mercado de trabalho brasileiro. Quanto ao gênero, o número de trabalhadores homens supera o de mulheres, observando-se que esse dado guarda relação com os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres (OLIVEIRA et al., 2009; BRUSCHINI; PUPPIN, 2004). Apesar dessa afirmação, sabe-se das significativas mudanças advindas com a entrada das mulheres no mercado de trabalho, seja em relação ao maior número de mulheres inseridas, em relação a períodos anteriores, seja nos postos de trabalho ocupados.

## **2.2 A assistência à saúde do trabalhador**

Na Inglaterra do século XIX, quando instaurada a Revolução Industrial, as condições de vida da classe operária eram precárias, vivia-se tamanha situação de pobreza que o mínimo para subsistência era difícil; naquelas condições, milhares de trabalhadores morreram de fome. Ao descrever as condições de moradia dos trabalhadores ingleses, Engels traz à tona as precárias condições de vida desta população:

As casas são habitadas das caves aos telhados, são tão sujas no interior como no exterior e têm um tal aspecto que ninguém ai desejaria habitar. Mas isto ainda não é nada ao pé dos alojamentos nos pátios e vielas transversais onde se chega através de passagens cobertas, e onde a sujidade e a ruína ultrapassam a imaginação [...] Em Londres levantam-se todas as manhãs 50 000 pessoas sem saberem onde repousarão a cabeça na noite seguinte (ENGELS, 1975, p. 60).

Além das condições precárias de habitação, os locais de trabalho também eram insalubres, portanto colocavam em risco os trabalhadores, pondo em cheque a sobrevivência e a reprodução do sistema capitalista. Visando à preservação da força de trabalho, em meados do século XIX, adotou-se a manutenção de um médico na empresa que pudesse se responsabilizar pela manutenção da saúde dos trabalhadores.

Surgia a Medicina do Trabalho, uma especialidade desenvolvida sob o controle do Capital, cujos referenciais positivistas estabeleciam um vínculo causal entre a doença e o agente específico; a ênfase era dada naquilo que não estava nos padrões normais de saúde, ou

seja, a atenção voltava-se para a doença e não para a saúde ou para as condições de vida do indivíduo (MENDES; DIAS, 1991).

A respeito dessa prática, Mendes e Dias (1991, p. 53) trazem a seguinte reflexão:

A Medicina do Trabalho pode ser caracterizada como uma prática centrada no trabalho do médico, marcada pelo referencial da clínica, na qual o profissional que tem a confiança do empregador, assume em seu lugar, a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde dos trabalhadores. O lócus desta prática é o local de trabalho e a principal tarefa do médico é a adequação física e mental dos trabalhadores ao trabalho, através da seleção dos candidatos a emprego, no exame pré-admissional e da manutenção de sua capacidade produtiva, através das atividades chamadas de educativas, reduzindo o trabalhador a objeto das relações de saúde.

Durante mais de século, a Medicina do Trabalho foi a prática assistencial predominante, só após a onda de destruição provocada pela Segunda Guerra Mundial, quando os países centrais envolvidos no conflito tiveram a necessidade de reestruturação, essa situação começou a mudar, haja vista que essa ação exigia mão-de-obra. Desse modo, foi preciso aproveitar toda força de trabalho, ainda que com as limitações decorrentes do conflito ou pelas doenças e pelos acidentes de trabalho.

O problema era que a Medicina do Trabalho, na condição de prática assistencial à saúde do trabalhador, era incapaz de cumprir essa exigência, porque se preocupava apenas com a doença e não com as condições ambientais do trabalho. A solução encontrada foi adicionar outros conhecimentos à clínica médica, particularmente a higiene ocupacional, a ergonomia e a toxicologia, que juntas caracterizariam a Saúde Ocupacional: um novo modelo de atenção à saúde dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991)<sup>8</sup>.

Apesar do enfoque teórico na multidisciplinaridade, na prática, a Saúde Ocupacional manteve-se centrada na figura do médico, ou seja, na clínica médica. Contribuiu também para o insucesso dessa prática assistencial manter os trabalhadores como sujeitos passivos no conhecimento das suas condições de trabalho, sobretudo daquelas responsáveis em prejudicar a saúde.

Com o passar dos anos, já na década de 70, ocorreram diversas mudanças no processo produtivo, tais como a implantação de novas tecnologias capazes de automatizar a produção, fazendo surgir um novo quadro de morbidade relacionado às condições de trabalho. Tais mudanças evidenciaram a incapacidade da Saúde Ocupacional no cuidado à saúde dos

---

8

No Brasil, a adoção e o desenvolvimento da saúde ocupacional aconteceram mais tardiamente, por volta de 1960. Na vertente acadêmica, destaca-se a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e, nas instituições, a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) tornou-se referência (MENDES; DIAS, 1991).

trabalhadores, fomentando um terreno fértil para a sociedade civil reivindicar um novo modelo de assistência.

Nesta época, além das transformações no mundo do trabalho surgiram manifestações sociais em países como Alemanha, França, Itália e Inglaterra questionando o olhar do Estado sobre o valor do trabalho e a forma como as empresas exploravam o corpo do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991)<sup>9</sup>.

Também nos anos 70, no contexto brasileiro, a saúde da população refletia o modo como ela era organizada pelo Estado. O tema cabia a dois ministérios, o da Saúde e o da Previdência Social. Ao primeiro era reservada a tarefa de promoção de campanhas de combate a patologias que impactassem a força de trabalho (p. ex. contra a varíola, malária...). Ao segundo era atribuído o papel de realização de práticas ambulatoriais e de alta complexidade, sendo que apenas tinham acesso os trabalhadores formalmente empregados (o que os tornava contribuintes da P.S.) (BRAGA; PAULO, 2006).

Para aqueles que não se enquadravam na qualidade de usuários dos serviços médicos da Previdência Social, as possibilidades de assistência médica relacionavam-se com as possibilidades de consumo. Para os que dispunham de recursos, compravam assistência médica em centros médicos privados; para os que não possuíam recursos financeiros, a assistência ficava à mercê de assistência gratuita oferecida pelos hospitais filantrópicos (como as Santas Casas).

O modelo de organização da saúde no Brasil apresentado acabou forjando um quadro sanitário crítico. Primeiro, porque parcela significativa da população ficava desassistida. Segundo, porque as campanhas com foco apenas nas doenças que comprometessem a produção desconsideravam as patologias infecciosas associadas à desnutrição e à mortalidade infantil. Terceiro, por conta da ausência de infraestrutura de saneamento básico em muitas cidades, o que gerava impactos sobre a saúde da população.

Além disso, existia um quadro de morbidades relacionado ao trabalho, em que se destacavam as dermatoses ocupacionais acompanhadas das pneumoconioses, do saturnismo e das intoxicações. Ele foi agravado ao longo dos anos 80 com a elevação da surdez ocupacional, das doenças por agentes biológicos e da asma profissional, como também com o

---

9

Em decorrência das reivindicações sociais, surgiram conquistas relacionadas ao cuidado com a saúde dos trabalhadores. Um exemplo de destaque é a aprovação do Estatuto dos Trabalhadores na Itália (Lei nº 300, de 20/05/70), em que estão inscritas novas regras, entre elas: (i) não delegação da vigilância da Saúde ao Estado; (ii) não monetização do risco; (iii) acompanhamento e fiscalização dos ambientes de trabalho; (iv) validação do saber do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

surgimento das lesões por esforços repetitivos (LER) e com o dos transtornos mentais (WÜNSCH FILHO, 2004).

A conjuntura do setor de saúde somada ao contexto político da ditadura militar mobilizou os intelectuais da Saúde Coletiva e outros atores sociais (sindicatos, políticos e partidos) na reivindicação de garantias sociais e civis. A bandeira de uma saúde pública que atendesse às necessidades da população era levantada como um dos direitos sociais a serem alcançados.

Os movimentos de reivindicações ecoaram ao longo de toda a década de 80, mas foi apenas ao seu término e início dos anos noventa que algumas conquistas foram obtidas. Esse período representou o final da ditadura e início da redemocratização, em que uma nova ordem jurídica foi fixada no país por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988. Nela forjou-se um novo modelo de Seguridade Social configurado por um tripé: a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde.

Neste tripé, a Previdência Social e a Assistência Social mantiveram os critérios para prestar a assistência. Para a primeira, a relação contratual permaneceu como condição para receber os benefícios, isto é, há necessidade do trabalhador contribuir, principalmente através do trabalho assalariado para a Previdência Social. Para a segunda, foi mantida a condição de necessidade, isto é, há a impossibilidade do cidadão de garantir as necessidades básicas.

Já para a Saúde foi garantida a universalidade da assistência, isto é, todos os brasileiros, independentemente de serem trabalhadores formais, teriam acesso aos serviços de saúde pública por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS). Como se sabe, essa lógica representou um divisor de águas, pois eliminou a dicotomia entre a Medicina Previdenciária para os trabalhadores formalizados e a Saúde Pública para o restante da população.

No tocante à Saúde, foi criado um ato normativo (Lei nº 8.080/1990) que se preocupou em regulamentar medidas assistenciais voltadas para a população. Visava estabelecer um conjunto de atividades mediante promoção de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária com objetivo de proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população, destacando-se a assistência à saúde do trabalhador<sup>10</sup>.

---

10

Além da Lei nº 8080/1990, outros marcos regulatórios destacam-se quando se discute a Saúde do Trabalhador, entre eles: Lei nº 8689/1993 (dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências; e a Portaria 3809/GM 1998 que estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e os serviços de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1994, o Congresso Nacional brasileiro aprovou o Decreto nº 1.254<sup>11</sup>, o qual estabelece o dever de cada Estado-Membro de formular, implementar e rever periodicamente uma política nacional de segurança e saúde no trabalho, visando prevenir acidentes e doenças relacionados ao trabalho por meio da redução dos riscos à saúde existentes nos ambientes de trabalho.

Dez anos após a publicação do decreto, em ação conjunta dos Ministérios da Previdência Social, do Trabalho e Emprego, e da Saúde foi realizada a Terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (III CNST)<sup>12</sup>, com o objetivo de implementar e de definir novas diretrizes para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST). Porém, apenas em 2011, após diversas discussões e a formação de uma comissão tripartite interministerial, foi efetivamente regulamentada a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST), mediante a publicação do Decreto nº 7.602/2011.

Essa política tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho.

Para o alcance de seu propósito, a PNSST deverá ser implementada por meio da articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores. São responsáveis pela implementação e execução da PNSST os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, sem prejuízo da participação de outros órgãos e instituições que atuem na área. Abaixo seguem as competências dos Ministérios:

VII - Compete ao Ministério da Saúde:

a) fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial e a adequação e ampliação da capacidade institucional;

b) definir, em conjunto com as secretarias de saúde de Estados e Municípios, normas, parâmetros e indicadores para o acompanhamento das ações de saúde do traba-

---

11

Este decreto representou a incorporação no ordenamento jurídico brasileiro da Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, que dispõe sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho, de 22 de junho de 1981.

12

O ato normativo foi a publicação da portaria interministerial nº 774, de 28 de abril de 2004.

lhador a serem desenvolvidas no Sistema Único de Saúde, segundo os respectivos níveis de complexidade destas ações;

- c) promover a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho;
- d) contribuir para a estruturação e operacionalização da rede integrada de informações em saúde do trabalhador;
- e) apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde do trabalhador;
- f) estimular o desenvolvimento de processos de capacitação de recursos humanos em saúde do trabalhador; e
- g) promover a participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador;

VIII - Compete ao Ministério da Previdência Social:

- a) subsidiar a formulação e a proposição de diretrizes e normas relativas à interseção entre as ações de segurança e saúde no trabalho e as ações de fiscalização e reconhecimento dos benefícios previdenciários decorrentes dos riscos ambientais do trabalho;
- b) coordenar, acompanhar, avaliar e supervisionar as ações do Regime Geral de Previdência Social, bem como a política direcionada aos Regimes Próprios de Previdência Social, nas áreas que guardem inter-relação com a segurança e saúde dos trabalhadores;
- c) coordenar, acompanhar e supervisionar a atualização e a revisão dos Planos de Custeio e de Benefícios, relativamente a temas de sua área de competência;
- d) realizar estudos, pesquisas e propor ações formativas visando ao aprimoramento da legislação e das ações do Regime Geral de Previdência Social e dos Regimes Próprios de Previdência Social, no âmbito de sua competência; e
- e) por intermédio do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS:
  1. realizar ações de reabilitação profissional; e
  2. avaliar a incapacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários.

Os objetivos da PNSST e as ações propostas para serem realizadas denotam a complexidade que é desenvolver ações relativas à Saúde do Trabalhador, seja por que se chegou ao entendimento de que em torno do tema existem interesses divergentes, p.ex. os econômicos e os sociais, seja porque as ações não poderão ser implementadas sem envolvimento de diversos atores.

### **2.3 A condição de incapacidade e o exercício do trabalho**

Apesar do entendimento sobre a incapacidade vir mudando ao longo do tempo, ele sempre esteve ligado ao exercício, ou não, do trabalho. Tome-se, como exemplo, a compreensão das sociedades pré e pós capitalistas sobre o assunto, quando nas primeiras a deficiência era vista como um castigo dos deuses e em decorrência as pessoas com deficiência eram torturadas e levadas à morte (RIZZO, 2008).

Já no capitalismo industrial, a deficiência foi tratada como fenômeno individual, que requeria tratamento médico e internação. Isso porque o trabalho individualizado da fábrica levou as pessoas com deficiência a ficarem em grande desvantagem, tendo em vista que não conseguiam produzir mercadorias tal como aquelas que não tinham deficiência. Tal situação gerou um problema social: a incapacidade de subsistência do deficiente, o que levou a internações compulsórias (OLIVIER, 1998).

Entretanto, nas sociedades pós-industriais não tem sido possível considerar a deficiência um problema individual com resolutividade apenas por tratamento médico (BARNES, 2009). Isto porque tem aumentado cada vez mais o número de pessoas com alguma limitação, seja devido ao envelhecimento populacional, seja pelos conflitos bélicos ou pela violência que se difundem pelo mundo contemporâneo.

Ao passo que se considera insuficiente a compreensão da deficiência como um problema individual e restrito ao campo médico, surgem outros entendimentos sobre o assunto. Atualmente, existem três visões<sup>13</sup> dominantes: (i) a médica, ou individualista; (ii) a inter-relacional, ou biopsicossocial, e (iii) a sociopolítica, ou social.

A primeira foca o corpo físico e exclui o contexto biopsicossocial, neste caso a pessoa com deficiência deve ser curada, ou estar o mais próximo do normal (BARNES, 2009). Na visão biopsicossocial, a incapacidade seria o resultado de uma interação entre biologia, estrutura social e institucional. Nesta concepção a atenção deve incluir não só o tratamento médico, mas também uma ampla gama de medidas visando à integração da pessoa com deficiência no meio social. O terceiro entendimento compreende a incapacidade enquanto restrições nas atividades, causadas pela sociedade levando à exclusão das pessoas com deficiência. Com este enfoque a visão sociopolítica da incapacidade credita ao poder público uma intervenção no contexto social.

As visões médica, social e biopsicossocial não só apresentam concepções diferentes sobre a deficiência, como também evidenciam pontos divergentes. Essa divergência de paradigmas é apontada como um dos principais obstáculos na elaboração de políticas públicas voltadas para essa população (DI NUBILLA; BUCHALLA, 2008). Portanto, existe a

---

13

Entre os autores que estudaram os modelos de incapacidade coloca-se em destaque o professor Saad Z. Nagi que entre os anos 60 e 70 desenvolveu um modelo para descrever os estados relacionados à incapacidade. Ele sistematizou os conceitos em quatro categorias: patologia, deficiência, limitação funcional e incapacidade. A patologia seria uma infecção, um trauma, um distúrbio metabólico que interrompe o funcionamento normal do organismo. Já deficiência indica uma perda ou anormalidade anatômica, fisiológica, mental ou emocional. As limitações funcionais estão circunscritas ao nível do corpo, enquanto que a incapacidade está relacionada ao desempenho de papéis sociais. Disto, o autor conclui que sujeitos com o mesmo tipo de deficiência e limitação funcional podem ter graus de incapacidade diferentes (NAGI, 1991).

necessidade de consenso sobre o assunto, pois para fins de acesso a benefícios ou serviços, impasses podem levar a erros no processo de certificação de deficiência ou incapacidade deslocando a questão para a esfera jurídica na qual o processo pode às vezes ser bastante litigioso.

No âmbito legislativo, onde se formulam as leis, a resolução deste conflito conceitual é questão precípua, já que os conceitos ali estabelecidos poderão ser utilizados na área do seguro social, com implicações para a concessão de benefícios; na saúde, na determinação da prevalência das incapacidades, na forma de avaliar pacientes em reabilitação.

Entre as propostas institucionais criadas para fomentar o consenso destacam-se a da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a da Organização Mundial de Saúde (OMS). A OIT, em 1983, na cidade de Genebra, na Suíça, estabeleceu por meio da Convenção internacional 159 uma definição para as pessoas com deficiência (OIT, 1983). O documento refere como deficientes todas as pessoas cujas possibilidades de obterem e conservarem um emprego adequado e de progredirem no mesmo fiquem substancialmente reduzidas devido a uma deficiência de caráter físico ou mental devidamente comprovada.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1989 vem discutindo os conceitos relacionados à deficiência, visando obter uma linguagem uniforme ao abordar esse tema. Em 2001 publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, visando à compreensão dos estados relacionados à saúde e seu impacto na funcionalidade (OMS, 2003). Para Di Nubilla e Buchalla (2008), a CIF representa um novo modelo para compreender o estado de saúde, pois faz um deslocamento do paradigma do eixo da doença para o eixo da saúde e considera os fatores contextuais (culturais, sociais e ambientais) como influenciadores da incapacidade.

A concepção da CIF enfoca a funcionalidade, isto é, como um sujeito com uma incapacidade desempenha suas atividades diárias. Este entendimento considera que toda atividade apresenta requisitos para sua realização, alguns desses podem ter pouco ou nenhum efeito na capacidade da pessoa para executar determinado trabalho e outros podem apresentar-se como um obstáculo intransponível à sua realização. Daí se pode dizer que é no desempenho das atividades que se apresentam as situações em que a incapacidade se expressa.

Ao contrário dessa ideia, a Previdência Social entende a incapacidade como a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade (ou ocupação), em consequência de alterações morfopsicofisiológicas<sup>14</sup> provocadas por doença ou acidente. Ou

seja, não se refere nesse conceito qualquer questão relacionada ao contexto social. Porém, como a avaliação de incapacidade pela Previdência Social visa analisar se o indivíduo encontra-se apto para o exercício laboral, o contexto externo ao sujeito pode favorecer, ou não, o retorno ao trabalho.

Ratificando a compreensão sobre a influência do contexto externo na avaliação da (in)capacidade para o trabalho, Olivier (1998) refere que a economia tem um papel fundamental no entendimento da categoria deficiência. Nas palavras do autor,

Por, ello la economía, tanto mediante la actuación del mercado de trabajo como la organización social del trabajo, desempeña un papel clave en la producción de la categoría discapacidad y en la determinación de las respuestas de la sociedad a las personas discapacitadas (OLIVIER, 1998, p. 49).

Isto é decorrente da forma de organização do trabalho no capitalismo que se baseia no princípio da competição. Neste sentido as pessoas com deficiência estão em desvantagem no mercado de trabalho. Considerando que é a percepção do mercado de trabalho que prevalece no momento da contratação do trabalhador, entende-se que quando a incapacidade está expressa em um trabalhador cujas oportunidades de qualificação profissional foram restringidas, as consequências da incapacidade são ainda maiores.

Quando o trabalhador não consegue uma realocação para o desempenho de funções compatíveis com suas limitações, o subemprego ou desemprego tornam-se a única alternativa. Ao se encontrar marginalizado do mundo do trabalho, as possibilidades de consumo se reduzem ou se tornam impossíveis, e assim o trabalhador com incapacidade enfrenta outras carências.

Neste sentido cabem as palavras de Buss e Filho (2007, p. 89):

as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas como, habitação, instrução e até mesmo lazer.

Entende-se, portanto, que a incapacidade adquirida ao longo da vida desencadeia uma interrupção no exercício do trabalho, e, além disso, impacta também o modo de viver do sujeito, tendo em vista as restrições de consumo. Tal situação pode gerar um ciclo vicioso

---

Alterações morfofisiológicas são alterações estruturais em células, tecidos, ou alterações psicológicas, ou no funcionamento do organismo.

representado por incapacidade – desemprego – restrição de consumo – agravamento da saúde – desemprego, do qual o trabalhador não consegue se afastar por seus próprios meios.

#### **2.4 Uma reflexão sobre a assistência previdenciária no Brasil**

No Brasil, as políticas previdenciárias desenvolveram-se a partir do início do século passado, e por um período de quase 60 anos, o sistema de proteção social brasileiro combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais (FLEURY, 2005).

Em 1923, a lei Eloy Chaves instituiu as CAPS (Caixas de Aposentadoria e Pensão), embrião da Previdência Social, para trabalhadores civis urbanos, excluindo a massa de trabalhadores rurais da proposta de proteção social, os quais ainda estavam sob o domínio dos coronéis (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Com a ascensão de Vargas, em 1930, toda ênfase foi conferida no processo de industrialização, que por se tratar de um fenômeno essencialmente urbano forçou a migração da população da zona rural para as cidades em busca de oportunidades de trabalho. Se na Europa esse deslocamento em massa foi capaz, em dado momento, de fortalecer as reivindicações e conquistas de direitos sociais e civis, no Brasil o caminho traçado foi o oposto, já que o conflito das lutas de classe foi controlado pelo Estado, tanto pela concessão de uma cidadania regulada, quanto pela estatização do movimento sindical (CARVALHO, 2011; FLEURY, 2005).

Para Carvalho (2011), a forma como o Estado mediou o conflito de classes teve inspiração no ideário positivista de Augusto Comte, cuja ideia era incorporar o proletariado à sociedade por meio de medidas de proteção social. Assim, o Estado passou a fazer uso da política social como um mecanismo institucional de controle. A intervenção assegurava condições mínimas de vida e de trabalho aos pobres visando certo controle sobre as reivindicações sociais (FLEURY, 2005). Para tanto, o governo focalizou a atenção em três áreas: a trabalhista, a sindical e a previdenciária.

Na área trabalhista destacam-se a criação do Ministério do Trabalho (1930), da Justiça do Trabalho (1941) e da Consolidação das Leis Trabalhistas (1943). Os sindicatos advêm deste período, sendo legalizados em 1931. Não foram instituídos como um órgão de representação de interesses de operários e patrões, mas sim de cooperação entre as duas classes com a intermediação do Estado (CARVALHO, 2011). Neste balcão de negociação, os direitos, as obrigações e os privilégios eram firmados apenas com trabalhadores filiados.

Em relação às ações que envolviam a Previdência Social, as mudanças se deram no sentido da criação e operacionalização do sistema. A organização da Previdência Social passa a ser estruturada por categoria profissional, destituindo-se as Caixas de Aposentadoria e Pensão e criando-se os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS) (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Apesar dessas modificações na Previdência Social representarem um avanço, permaneceu a exclusão de grande parte dos trabalhadores, como os empregados rurais e autônomos e domésticos (CARVALHO, 2011). Ainda foram observadas, entre os IAPS, diferenças na concessão de benefícios e prestação de serviços, já que a base de financiamento era por categoria profissional e, portanto, diferenciada (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). Resultado foi que a partir das ocupações profissionais ocorreu uma nova estratificação social, mediante a qual apenas a alguns trabalhadores eram outorgados direitos sociais, o que incutia na sociedade o pensamento de ser a política social um favor recebido e não um direito devido (CARVALHO, 2011).

Sobre o assunto, Silva (2012, p. 210) comenta:

Assim, em seus primeiros cinquenta anos de estruturação no Brasil, a partir da década de 20, duas características se destacaram: heterogeneidade e padrão exclusivista. Tais características decorreram da influência de aspectos da economia e do mundo do trabalho, com as grandes diferenças econômicas e do grau de participação dos trabalhadores nas diversas regiões do país.

Essa situação permaneceu por um longo período, uma vez que os sucessores políticos de Vargas mantiveram o projeto político desenvolvimentista das forças produtivas em primeiro plano e deixaram, em plano secundário, a dimensão do bem-estar social, tais como questões de redistribuição de renda, ampliação de benefícios sociais e prestação de serviços públicos de assistência à população (CARVALHO, 2011).

No governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), destaca-se a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960 cujo projeto de lei foi elaborado em 1947 e vislumbrava a unificação, a universalização e a padronização da Previdência. A LOPS não conseguiu alcançar tamanha façanha; restringiu-se a uniformizar as normas e os critérios de acesso aos benefícios e serviços, bem como o teto das contribuições e os valores dos benefícios. Os IAPS passaram a seguir a mesma norma e só foram unificados em 1967 quando o Instituto Nacional de Previdência Social, criado em 1966, passou a coordenar as instituições previdenciárias no país (SILVA, 2012).

No período da ditadura militar (1964-1985), acentuou-se por parte do governo o uso das políticas sociais, inclusive da Previdência Social, como instrumento de controle da sociedade. Assim, outras categorias passaram a ser consideradas beneficiárias da Previdência Social, sem, contudo, retirar o caráter do trabalho assalariado como condição ao acesso (SILVA, 2012).

Em 1971, no governo Médici, foi criado o Fundo de Assistência Rural (Funrural) que incluía os trabalhadores rurais na previdência social, ainda que com a metade do valor dos benefícios em relação aos urbanos. Nos anos seguintes, outras categorias também foram incorporadas, tais como domésticos (1972), jogadores de futebol (1973) e autônomos (1978). Salienta-se ainda a Lei nº 6.179, de 11/12/1974, que estabeleceu a renda mensal vitalícia para maiores de 70 anos que comprovassem pobreza ou falta de sustento (SILVA, 2012). Frente à incorporação de outras categorias na Previdência Social constatou-se um crescimento de 18% da população segurada (SILVA, 2012).

Foi também na década de 70, que por meio da Lei nº 6.349 foi instituído o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) com a função de integrar programas, projetos, serviços e benefícios de sete órgãos vinculados ao MPAS (Ministério de Previdência e Assistência Social), entre eles: Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS), Fundação Legião Brasileira de Assistência Social, Fundação Nacional do Menor (FUNABEM), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e Central de Medicamentos (CEME) (SILVA, 2012). Para Oliveira e Teixeira (1986), a criação do SINPAS pode ser compreendida como uma crescente tendência à universalização e à adoção do modelo de seguridade.

Ao final da década de 70, o agravamento da crise econômica mundial, derivada da crise do petróleo, seguida do aumento de juros nos E.U.A., tornou insustentável o padrão econômico vigente baseado tanto na produção em série com baixa tecnologia, quanto no assalariamento. Tais fatos repercutiram no Brasil que tinha sua dinâmica econômica dependente do capital internacional; em relação ao mercado de trabalho viu-se um processo de redução dos vínculos formais para um aumento dos informais. Nesta conjuntura, diminuiu o número de trabalhadores contribuintes para a Previdência Social (SILVA, 2012).

Assim, as condições de vida precárias, a supressão das liberdades civis e políticas feridas pelo regime totalitário impulsionaram a sociedade civil a lutar por mudanças, ganhando apoio de alguns partidos de oposição ao regime. Em 1984, o país mobilizou-se na

campanha pelas "Diretas Já" e em 1985 foi eleito o primeiro presidente do regime democrático (CARVALHO, 2011).

O resgate da dívida social passa a ser um tema central na luta pela democracia, reunindo sindicatos, movimentos reivindicatórios urbanos e movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional, como o Movimento Sanitário (FLEURY, 2005).

O clamor social visava à construção de uma ordem institucional democrática com políticas sociais que respondessem às demandas da sociedade por maior inclusão e equidade. Neste sentido, a Constituição Federal de 1988 representou uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década (FLEURY, 2005).

Assim, inaugura-se um novo período, em que o padrão da política social brasileira caracteriza-se pela universalidade na cobertura responsabilizando não só o Estado pelo reconhecimento dos direitos sociais, mas também, pela regulação das práticas privadas em função da relevância pública. Por conseguinte, o modelo da Seguridade Social adotado no Brasil estrutura-se em um formato que busca a universalização da cidadania sobre o controle do Estado (FLEURY, 2005).

Apesar dos avanços, o modelo constitucional da Seguridade Social articulou três sistemas previamente existentes, regidos por lógicas diversas: a saúde pela necessidade, a previdência pela condição de trabalho e a assistência pela incapacidade. O entendimento de que a previdência é um sistema contributivo e que requer uma base de cálculo atuarial para garantir sua sustentabilidade traz uma fragmentação ao modelo proposto (FLEURY, 2005).

Neste sentido, os princípios orientadores da Seguridade Social não se aplicam igualmente a todos os setores, sendo a universalidade da cobertura e do atendimento o eixo do novo sistema de saúde; a uniformidade e a equivalência dos benefícios e sua irredutibilidade, a base da reforma da previdência social, e a seletividade e distributividade, o princípio orientador da política de assistência social (FLEURY, 2005).

Estas diferenças entre os pilares da proteção social brasileira decorrem dos desdobramentos da crise fiscal da década de 80 e 90 e o crescente processo inflacionário do período, somados com o alinhamento ideológico, que levaram a uma contenção dos gastos públicos com impactos significativos sobre o orçamento da Seguridade Social e mudaram a implementação da proposta originada na Constituição de 1988. Sobre o assunto, Silva (2012, p. 280) comenta:

A recessão econômica, com inflação galopante, na casa dos dois dígitos; os elevadíssimos valores principais da dívida externa; as mudanças no mundo do trabalho, com efeitos nefastos (redução do trabalho assalariado formal, expansão do emprego prolongado, das ocupações precárias e da queda da renda média mensal real dos salários e de sua participação no conjunto da renda nacional) são faces aparentes desse ônus, que implicou impactos negativos na vida cotidiana dos trabalhadores e o aprofundamento das desigualdades sociais.

Portanto, a Seguridade Social brasileira ao invés de estar embasada em três pilares - a saúde, a assistência social e a previdência social -, encontra-se fragmentada, sendo essa tríade regida por lógicas diversas (FLEURY, 2005). A saúde é orientada pelo princípio da universalidade (BRASIL, 1990) e a assistência social pela caracterização de risco social (BRASIL, 1993).

Já a Previdência Social é direcionada por uma relação contratual com o trabalhador. Essa lógica foi reforçada pela Emenda Constitucional nº 20, de dezembro de 1998, que entre suas propostas recomendava a introdução da exigência de equilíbrio financeiro e atuarial; a vinculação das contribuições sobre as folhas de salários ao pagamento de benefícios do RGPS e a transformação da aposentadoria por tempo de serviço em aposentadoria por tempo de permanência no trabalho (SILVA, 2012). Nesse sentido, essa política retorna ao seguro, ao sistema dos trabalhadores que contribuem, em oposição à universalização prevista na Constituição (FLEURY, 2005).

Atualmente a legislação previdenciária prevê outros contribuintes além do trabalhador empregado, entre eles, o contribuinte individual (trabalhador autônomo), o segurado especial (agricultor ou pescador que vive em regime de economia familiar) e o segurado facultativo (aquele que não trabalha, mas que pela contribuição poderá ter acesso a alguns benefícios previdenciários, tais como a aposentadoria, ex. de segurado facultativo: a dona de casa) (BRASIL, 1991).

Neste modelo de Previdência Social os direitos são dependentes da contribuição, que é em sua maioria decorrente do trabalho assalariado, por isso quando o mercado de trabalho sofre um aumento de informalidade a contribuição para Previdência Social fica comprometida.

A partir disso, ainda espera-se, por parte do Estado, uma resposta que considere não só a realidade estrita do próprio sistema previdenciário, mas também a incapacidade individual do trabalhador em solucionar o problema; portanto, esperam-se políticas públicas de incentivo à movimentação do mercado de trabalho embasado nos vínculos formais.

## **2.5 A Reabilitação Profissional: a materialização da assistência previdenciária para o trabalhador com incapacidade**

O marco legal da criação dos serviços de Reabilitação Profissional no Brasil foi o Decreto nº 7.036/1944 (BRASIL, 1944), ainda no governo de Getúlio Vargas. O dispositivo legal regulamentava a execução dos serviços, disciplinando que as ações seriam desenvolvidas mediante a prática da fisioterapia, da cirurgia ortopédica e reparadora, e também do ensino profissional em escolas profissionais especiais.

Tal assistência, inicialmente, era executada em alguns institutos de Previdência, tais como o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes – IAPC, e o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Trabalhadores da Indústria – IAPI (SOARES, 1991). Para Matsuo (2002), a disponibilização da assistência de Reabilitação nesses institutos visava à redução de despesas com aposentadoria e pensões. Posteriormente, em 1950, o Serviço Social da Indústria (SESI) criou o seu próprio serviço de Reabilitação Profissional (MATSUO, 2002).

Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em seu artigo 53, apresentava novas regulamentações para a assistência de Reabilitação Profissional. A norma autorizou a Previdência Social a delegar o serviço de assistência previdenciária de reabilitação profissional para a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e instituições congêneres<sup>15</sup>.

Em 1963, o decreto nº 53.264 disciplinou a assistência de Reabilitação Profissional na Previdência Social. A assistência passaria a ser custeada por vários IAP, porém a prestação do serviço em todo o país caberia a apenas um instituto, cuja escolha seria de responsabilidade do Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS), segundo critérios de melhores condições técnico-administrativas. Segue abaixo o rol de motivações para a publicação do decreto:

---

15

Em 1954, foi criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), com o objetivo de possibilitar que vítimas de pólio e pessoas portadoras de sequelas motoras tivessem acesso a um tratamento especializado e fossem reintegradas à sociedade e ao trabalho. Como a instalação de um Centro de Reabilitação requeria uma equipe altamente especializada, o Conselho Técnico e a Diretoria da ABBR optaram, inicialmente, por instituir uma escola para formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais – a primeira no país de nível superior.

CONSIDERANDO que as concentrações locais de beneficiários dos Institutos não justificam a implantação separadamente, de serviços de reabilitação profissional em grande número dos Estados da Federação;

CONSIDERANDO que a pluralidade de unidades, executivas na mesma localidade determinaria não só o alto custo da prestação, como a redução da possibilidade de sua expansão com prejuízo dos beneficiários nas regiões de menor concentração previdenciária, com a decorrente ampliação de ônus social consequente da manutenção de incapacitados em gozo de benefícios (aposentadoria por invalidez, auxílio-doença, pensão de dependente inválido);

CONSIDERANDO que o reduzido número de especialistas em reabilitação profissional existente no mercado de trabalho brasileiro exige que se os concentre na implantação do mínimo de unidades necessárias;

CONSIDERANDO que a prestação da reabilitação profissional a ser feita através de cada Instituto reclamaria para cada um deles os mesmo técnicos que não existem em número suficiente, para constituir cúpulas de direção multiplicando ainda de seis vezes o custo da prestação;

CONSIDERANDO finalmente, a economia que do sistema comunitário resultará para cada Instituto, por sua participação proporcional no custeio da reabilitação profissional, e especialmente a harmonia de interesses de todos e de cada um deles verificada por sua participação no planejamento, na orientação na aplicação e fiscalização das normas que regularão a reabilitação profissional.

Além de normatizar a prestação da assistência de Reabilitação Profissional, o decreto nº 53.264/1963 também criou a Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social (COPERPS), com a finalidade de planejar, orientar, coordenar e fiscalizar em todo o território nacional a prestação da reabilitação profissional.

Em 1966, houve a unificação dos IAP com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o que contribuiu para uniformização na concessão de benefícios e cobertura de assistência à saúde. Foi também nessa época que a Medicina Previdenciária passou por uma mudança significativa tanto na ampliação de cobertura (aumentando o número de trabalhadores assistidos)<sup>16</sup>, quanto nos gastos despendidos.

Nas décadas de 70 e 80, o serviço de Reabilitação Profissional exigia altos custos de material e grande quantidade de funcionários, pois eram executados em Centros de Reabilitação Profissional (CRP) – unidades de grande porte, providas de várias equipes multiprofissionais – e pelos Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP) – unidades de menor porte, com, no máximo, duas equipes multiprofissionais. No corpo técnico destas unidades havia médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professores de nível secundário e superior, em quantidade suficiente para atender os usuários do serviço, geralmente acidentados com aparentes sequelas físicas (TAKAHASHI, 2000).

---

16

Um exemplo do aumento da cobertura foi o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Pró-Rural) que passou a ser gerido pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador Rural (Funrural). O programa assegurava alguns benefícios previdenciários, mas tinha a assistência médica como uma de suas medidas.

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 (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009; TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

Na década de 90, o serviço de Reabilitação Profissional sofreu impactos significativos em decorrência da implantação de novas práticas de gestão pública, da conjuntura econômica e da mudança no perfil de morbidade.

Em relação à implantação de novo modelo de gestão da saúde, a Constituição Federal de 1988 instituiu um novo modelo de Seguridade Social, no qual todos os serviços de saúde – inclusive os prestados pela Previdência Social – foram transferidos para a pasta do Ministério da Saúde.

Em relação à economia, o país foi atingido por uma crise econômica que prejudicou as contas públicas. Como resposta, o Governo empreendeu um conjunto de medidas para redução das despesas públicas, destacando-se a política de demissão de funcionários públicos. Parte dessas demissões atingiu o quadro de pessoal dos serviços de Reabilitação Profissional, o que comprometeu a prestação da assistência (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

Quanto à alteração no perfil de morbidade dos usuários da Reabilitação Profissional, até então dominado por sequelas de acidentes de trabalho, houve um aumento na incidência de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), explicado pelo efeito da automação dos processos de trabalho sobre o corpo do trabalhador (MAENO; VILELA, 2010; MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009).

A conjunção desses três fenômenos levou a uma reestruturação da Reabilitação Profissional. Desse modo, a partir de 2000, ocorreram duas importantes alterações. A primeira foi a total desativação dos Centros de Reabilitação Profissional e dos Núcleos de Reabilitação Profissional. A segunda foi a criação de um conjunto de orientações para os procedimentos de RP na Previdência Social, materializados em um manual chamado de “Programa Reabilita”<sup>17</sup>.

---

17

Apesar do Manual Reabilita ter sido publicado em 2005, existia em 1999 o Decreto nº 3.048 que sinalizava para uma mudança na assistência de reabilitação profissional, porém não detalhava os procedimentos administrativos internos na Previdência Social. O nível prático foi alcançado justamente com o Programa Reabilita. Para fins ilustrativos, segue transcrição do artigo 136 do decreto citado: “A assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem” (BRASIL, 1999).

O Manual recomendava que a Reabilitação Profissional teria como objetivo a habilitação do trabalhador em outra atividade de trabalho, por meio de cursos e treinamentos. Com este conceito, normatizava-se também que a assistência à saúde do trabalhador não seria realizada na Previdência Social. O Programa Reabilita também orientava que o atendimento ao trabalhador fosse realizado por um perito médico e outro profissional de nível superior, não por uma equipe multiprofissional, como outrora. Além disso, o serviço deveria ser prestado o mais próximo possível do trabalhador, nas agências da Previdência Social.

Em novembro de 2011 uma nova regulamentação sobre o tema foi disponibilizada: o Manual Técnico de Procedimentos da Reabilitação Profissional (Despacho Decisório nº 2/DIRSAT/INSS, de 24/11/2011). As inovações foram relativas principalmente a nomenclaturas de termos técnicos, a regras de celebração de acordos de cooperação técnica<sup>18</sup> e à utilização de recursos financeiros destinados ao programa.

Os estudos recentes sobre o Programa de Reabilitação Profissional reprovam o modelo em vigor pela falta de atendimento das necessidades de saúde dos trabalhadores (TAKAHASHI; CANESQUI, 2003; TAKAHASHI; IGUTI, 2008; MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009; MAENO; VILELA, 2010) e também criticam a avaliação de incapacidade realizada pelos peritos, caracterizando-a como reducionista (MEDEIROS et al., 2010).

Além disso, as pesquisas têm investigado o significado do Programa para os trabalhadores (CESTARI; CARLOTTO, 2012), bem como para empresa e família (MATSUO, 2002). Tais estudos questionam o programa e referem que a Reabilitação Profissional tem sido delegada às empresas, pois internamente o programa não tem concretizado seu papel.

Finalmente, com base no referencial teórico apresentado, entende-se que o Programa de Reabilitação Profissional constitui-se como uma das ações previstas na Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho e que tem por objetivo habilitar o trabalhador em outra função. Tal habilitação visa o retorno do trabalhador incapacitado ao mercado de trabalho.

---

18

As regras de cooperação técnica estão regulamentadas na Resolução nº 118/2010.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 Desenho do estudo**

O tema do presente estudo está alinhado às tendências contemporâneas das Políticas de Seguridade Social e dirige seu olhar para o Programa de Reabilitação Profissional da Previdência Social. Deste modo, insere-se na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde do programa de Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco.

Por entender que o objeto desta pesquisa encontra-se no campo das relações sociais contemporâneas, de difícil apreensão a partir de instrumentos apenas de natureza quantitativa, adotaram-se também nesta pesquisa os métodos e as técnicas de abordagem qualitativa. Para Flick (2009), a combinação dos métodos qualitativos e quantitativos fornece um quadro mais geral da questão do estudo.

Para Minayo (1998), a pesquisa qualitativa pretende desvelar o significado dos fenômenos. Melucci (2005) refere que a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma independência viva do sujeito e do objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um conjunto de dados isolados conectados por uma teoria; diversamente, o observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes significado. Portanto, não se tem a pretensão de explicar a realidade com um distanciamento daquele que a observa, mas dar sentido a ela sob o ponto de vista científico.

Esta é uma pesquisa do tipo exploratória cujo propósito é tornar o problema mais explícito ou construir hipóteses. Sendo assim, seu objetivo principal é o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Geralmente as pesquisas exploratórias envolvem o levantamento bibliográfico, entrevistas não padronizadas ou estudos de caso (GIL, 2008).

#### **3.2 Objeto do estudo**

A pesquisa tem como objeto de estudo o Programa de Reabilitação Profissional que atualmente tem suas atividades preconizadas e padronizadas pelo Manual Técnico de Procedimentos da RP, publicado em novembro de 2011, as quais dão forma ao Programa.

Importante dizer que a entrada ao trabalhador ao Programa de Reabilitação Profissional pressupõe que o mesmo encontre-se afastado do trabalho por mais de quinze dias e com atestado médico pericial de impossibilidade de retorno à mesma função. A definição sobre a participação, ou não, do trabalhador no Programa é constatada a partir uma avaliação do potencial laborativo; após esta etapa, se considerado com perfil para cumprir o Programa, o segurado cumprirá a fase de orientação e acompanhamento profissional. Segue o detalhamento das etapas do Programa:

- ✓ Avaliação do potencial laborativo: ao chegar à Reabilitação Profissional os segurados passam por uma avaliação realizada por um perito médico e um servidor com formação superior. Esta análise, conhecida como avaliação do potencial laborativo (Anexo A e Anexo B), visa ratificar o encaminhamento do segurado ao programa a partir de uma investigação detalhada de sua condição física para o trabalho, bem como de aspectos relacionados à vida sócio profissional do trabalhador. Nesse momento da análise, ainda podem ser solicitadas avaliações de escolaridade, de fisioterapia e de terapia ocupacional<sup>19</sup>. Se o segurado reunir condições para realizar o programa ele é dito elegível e passará à segunda fase, orientação e acompanhamento profissional.
- ✓ O acompanhamento e a orientação do programa profissional: essa etapa é realizada mediante a condução do reabilitando para a escolha de uma nova função/atividade a ser exercida no mercado de trabalho e deve considerar os seguintes elementos básicos: **conhecimento de seu potencial laborativo; requisitos necessários ao exercício das profissões e oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho** (grifo nosso). Esse processo deve ser conduzido por servidor de formação superior e a preparação profissional deve ser realizada mediante a utilização de recursos disponíveis na comunidade, como cursos ou treinamentos.
- ✓ Desligamento do Programa de Reabilitação Profissional: o desligamento do Programa Profissional pode ter várias razões, entre elas: retorno ao trabalho na mesma função com atividades distintas da anteriormente exercida, o que equivale ao significado de

---

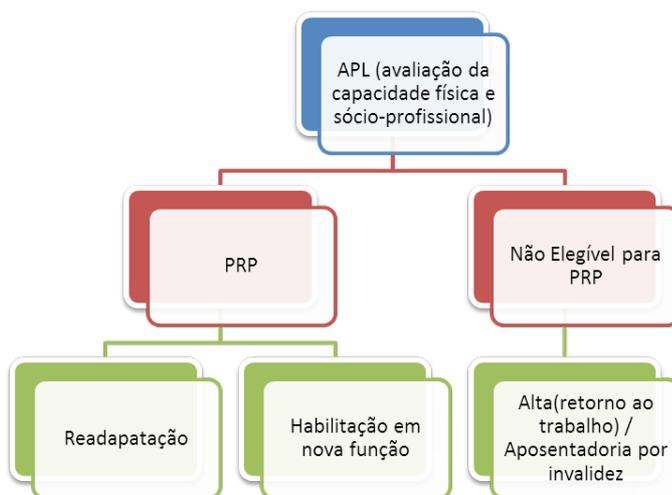
19

O Manual Técnico de Procedimentos da área recomenda que as avaliações sejam realizadas mediante acordos de cooperação técnica, porém no polo Recife tanto a avaliação fisioterápica quanto a terapêutica ocupacional são realizadas por servidores do quadro institucional.

readaptação, retorno ao trabalho em função diversa, aposentadoria por invalidez, intercorrência médica e até mesmo óbito. Nos casos de retorno ao trabalho dá-se também a finalização do recebimento do benefício por incapacidade<sup>20</sup>; nestes, ao finalizar o programa, o trabalhador recebe um certificado de reabilitação profissional que serve como documento comprobatório para dispor das vagas destinadas às pessoas com deficiência conforme refere a lei nº 8213/91. Saliente-se que embora o benefício por incapacidade tenha que ser mantido até que o segurado seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade, a Reabilitação Profissional é isenta da manutenção do segurado no mesmo emprego ou da sua colocação em outro para o qual for reabilitado (BRASIL, 1991).

Segue o fluxograma correspondente às mencionadas etapas

**Figura 1 - Fluxograma etapas do Programa de Reabilitação Profissional do INSS**



**Alta- retorno  
ao trabalho**

Benefício concedido ao segurado impedido de trabalhar por doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos. No caso dos trabalhadores com carteira assinada, os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador, exceto o doméstico, e a Previdência Social paga a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. Para os demais segurados inclusive o doméstico, a Previdência paga o auxílio desde o início da incapacidade. Quando a incapacidade é permanente e definitiva para todas as funções de trabalho o benefício por incapacidade é a aposentadoria por invalidez.

### 3.3 Local do estudo: o polo de Reabilitação Profissional em Recife

No âmbito da política de Reabilitação Profissional da Previdência Social existem polos em que as ações são desenvolvidas. No estado de Pernambuco existem quatro polos instalados nas cidades de Petrolina, Garanhuns, Caruaru e Recife. O último é responsável pelo atendimento dos trabalhadores cuja manutenção<sup>21</sup> do benefício por incapacidade é feita por uma das agências da Previdência Social da região metropolitana do Recife.

Para realização de suas atividades a Reabilitação Profissional em Recife dispõe de cinquenta e um servidores, sendo vinte e um técnicos administrativos (cargo de nível médio), quatro peritos médicos e vinte e seis servidores de nível superior com formação em diversas áreas, como psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, enfermagem, farmácia e estatística<sup>22</sup>.

### 3.4 Métodos de coleta de dados

A escolha dos métodos de coleta teve relação com os objetivos propostos por este estudo, sendo escolhidos a pesquisa documental e a entrevista. Sobre a utilização de documentos como fontes de pesquisa, Flick (2009) entende que estes podem ser vistos como dispositivos de armazenamento da informação e de contextualização de sistemas, além disso trazem versões sobre eventos. Sobre as vantagens e as limitações do uso desta fonte de dados, Gil (2008) refere como pontos positivos o baixo custo, a estabilidade material do documento e a não exigência de contatos com os sujeitos que às vezes é difícil ou até mesmo impossível; entre os pontos negativos, o autor aponta a representatividade e a subjetividade dos documentos que podem ser superadas por meio da análise de um número elevado das fontes de forma aleatória.

A escolha da entrevista como outra fonte de dados decorreu também do entendimento de que este método ainda pode ser considerado um dos melhores para apreender a percepção dos atores sociais sobre suas condutas (POUPART, 2008). Nesta pesquisa, elas serão

---

21

O benefício em manutenção é aquele que não foi cessado e sua ordem de pagamento está vinculada à agência da Previdência Social.

22

Nesta pesquisa os servidores da reabilitação profissional com nível superior que não forem peritos médicos serão chamados de técnicos da reabilitação profissional.

realizadas a partir de uma amostra intencional, pois se pretende analisar experiências significativas no âmbito do programa de Reabilitação Profissional.

### **3.5 Procedimento de coleta de dados**

Os procedimentos de coleta de dados consideraram a peculiaridade dos objetivos da pesquisa.

1) Para identificar as percepções da autarquia previdenciária que orientam a definição da elegibilidade do trabalhador para o Programa de Reabilitação Profissional, foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas com os quatro peritos médicos e os dois técnicos da reabilitação profissional<sup>23</sup> que realizam a avaliação do potencial laborativo (APL) no polo Recife. O roteiro propõe investigar a orientação da política previdenciária sobre a definição da incapacidade, a percepção do profissional sobre esta orientação e suas impressões a respeito do tema. Foi proposto um roteiro diferente para peritos e técnicos da Reabilitação Profissional (Apêndices A e B), considerando os quesitos que são avaliados por estes profissionais na APL (ver formulário de avaliação ANEXO A e B).

Visando à não identificação dos sujeitos, não serão referidos dados pessoais tais como: formação, tempo na instituição, idade. Portanto, na representação das falas os peritos serão identificados com a letra P e os técnicos com a letra T, ambas seguidas de números.

Alguns profissionais apresentaram receio em prestar depoimento sobre suas atividades, mostrando preocupação quanto à identificação, pois não estavam satisfeitos com o trabalho realizado; à vista disso, manifestaram-se reflexivos a respeito de prestar informações sobre as atividades que exerciam. Por outro lado, a pesquisadora também se deparou com sujeitos muito abertos em seu discurso, que expressaram inquietações sobre alguns aspectos do serviço.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora para proceder à análise. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D), no qual os sujeitos de pesquisa, após terem sido devidamente esclarecidos sobre a investigação, manifestaram a anuência à sua participação, conforme requerido pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996). O participante entrevistado também foi informado da possibilidade de desistência em colaborar com a pesquisa a qualquer tempo.

---

23

Neste estudo será adotada a nomenclatura técnicos da reabilitação profissional para os servidores de nível superior com compõem a equipe de atendimento ao segurado.

1) A investigação do perfil dos trabalhadores egressos da Reabilitação Profissional baseou-se na análise a partir de dois formulários contidos no prontuário do trabalhador: o de avaliação do potencial laborativo – conhecido como FAPL – (Anexo A e B) e o de pesquisa de fixação do mercado de trabalho (Anexo C). O primeiro documento é preenchido quando o trabalhador é encaminhado para o programa. O segundo que verifica a situação do trabalhador após o seu desligamento do Programa é preenchido decorridos 6 e 12 meses após o desligamento do programa. Para seleção da amostra do estudo adotaram-se os seguintes critérios de inclusão/exclusão:

- o marco temporal de desligamento do trabalhador do programa, ou seja, analisar os trabalhadores desligados do programa no biênio 2009-2010;
- o motivo de desligamento, isto é, o retorno ao mercado de trabalho em função distinta da que exercia;
- constar no prontuário pesquisa de fixação realizada nos dois momentos, 6 meses e 1 ano após desligamento do programa.

Um achado inesperado da pesquisa deve ser ressaltado. Trata-se do fato de que, no ano de 2009, não foi encontrado nenhum prontuário com pesquisa de fixação realizada, fato que impediu a investigação do perfil dos trabalhadores deste período. O fato constituiu em motivo de estranhamento, tendo em vista que a realização de pesquisa de fixação é normatizada pelo Manual Técnico de Procedimentos da Reabilitação Profissional. Além disso, antes da realização da pesquisa a instituição foi sondada quanto à regularidade do preenchimento dos dados no biênio 2009-2010.

Flick (2009), ao se referir às dificuldades na realização de pesquisas em instituições, diz que a entrada de uma pesquisa em uma instituição pode interferir em uma série de questões, desde a rotina até as relações de poder, podendo a pesquisa representar uma perturbação à ordem estabelecida, por conseguinte há uma reação defensiva. O autor refere ainda que o campo revela a si mesmo quando o projeto de pesquisa entra em cena e também que existe uma opacidade mútua entre o projeto de pesquisa e o sistema social a ser pesquisado (FLICK, 2009).

3) Para a investigação das habilitações profissionais oferecidas pela Previdência Social será observada, no prontuário do trabalhador, a função para qual ele foi reabilitado no prontuário do trabalhador

4) Para caracterização do mercado de trabalho da RMR foram utilizados dados da pesquisa do DIEESE sobre emprego e desemprego (PED) na RMR para o ano de 2010 e da RAIS.

### **3.6 Análise dos dados**

Para análise das entrevistas foram seguidas as orientações de Minayo, Assis e Souza (2005) no sentido de realizar uma leitura compreensiva do material com o objetivo de obter uma visão geral do conteúdo e de suas particularidades; em seguida, a partir do conhecimento obtido na fase anterior, juntamente com o referencial teórico dessa pesquisa foram elaboradas as categorias de análise e por fim foi realizada a interpretação dos possíveis significados das falas.

Para análise de dados documentais foram adotadas as etapas sugeridas por Gil (2008): identificação, localização e obtenção do material, tratamento dos dados, confecção de fichas, construção lógica e redação do trabalho.

Para a descrição do trabalhador reabilitado foram consultados 3.194 prontuários do Programa de Reabilitação Profissional da Previdência, sendo 1.348 prontuários do ano de 2009 e 1.846 do ano de 2010. A análise dos prontuários buscou identificar os trabalhadores reabilitados para outra atividade de trabalho, tendo sido encontradas 750 situações que correspondiam a esse critério para o ano de 2009 e 470 para o ano de 2010.

Em seguida, com o objetivo de verificar a inserção dos trabalhadores reabilitados no mercado de trabalho realizou-se a seleção daqueles que estavam com a pesquisa de fixação realizada em suas duas fases: (1) 6 meses após o término do programa e (2) 12 meses após a finalização do programa.

Nesta etapa não foi encontrada nenhuma pesquisa de fixação realizada no ano de 2009, sendo desconhecidos os motivos de tal fato. No ano de 2010, dos 470 trabalhadores considerados reabilitados para outra atividade de trabalho, apenas 84 participaram da pesquisa de fixação e desses, 76 possuíam seus prontuários preenchidos completamente, os quais corresponderam a aproximadamente 16% do número total de reabilitados para outra atividade de trabalho.

As variáveis contempladas na análise do perfil dos trabalhadores reabilitados são aquelas utilizadas nas estatísticas oficiais sobre o mercado de trabalho, tais como idade,

escolaridade, gênero e contribuição previdenciária. Além dessas, serão discutidos dados relativos à morbidade e à espécie de benefício<sup>24</sup>.

Em relação à variável idade, os dados coletados foram agrupados em faixas etárias, visando facilitar a análise dos resultados.

Importante mencionar que ao investigar a escolaridade dos trabalhadores reabilitados, percebe-se que o formulário de avaliação do potencial laborativo (FAPL), constante em cada prontuário do trabalhador, apresenta dois campos para o preenchimento desta informação, sendo um para a informação declarada pelo beneficiário e o outro para a comprovada por meio de documento. Ao analisar a informação contida no campo escolaridade declarada, constatou-se que para o preenchimento foram adotadas as seguintes categorias: (1) analfabeto e (2) sabe ler e escrever (sem ensino formal). Para os que apresentaram o campo de escolaridade comprovada por meio de documento, a descrição baseou-se em informações referentes à série de estudo que frequentaram.

Verificou-se também não constar do Manual Técnico de Procedimentos<sup>25</sup> quaisquer orientações para padronização desse registro, seja quanto a anos de estudo, seja quanto a séries cursadas de ensino. Desse modo, análises comparativas entre diferentes locais, com relação a este aspecto, tornam-se desaconselháveis, pois fica na dependência de cada servidor a forma como indagar sobre a escolaridade. Além disso, a escolaridade declarada pelo trabalhador pode conter um elevado grau de inconsistência.

Considerando que atualmente o conceito de alfabetismo não se restringe à capacidade de leitura e escrita, mas também de utilizar essas habilidades frente às demandas de seu contexto social e usá-las para continuar aprendendo e se desenvolvendo ao longo da vida, foi criado um índice de alfabetismo funcional no Brasil. A partir deste indicador constatou-se que entre as pessoas que não frequentaram escola 95% são analfabetas, entre as com nível de escolaridade fundamental I (1ª a 4ª série) o índice chega a 53%, e para as com ensino fundamental II (5ª a 8ª série) este índice é de 25% (INAF, 2011). Isto ratifica que a

<sup>24</sup>

A espécie de benefício é uma classificação criada pelo INSS para explicitar as peculiaridades de cada tipo de benefício pecuniário existente. A cada benefício é atribuído um código numérico de duas posições que indica a espécie. Por exemplo, o código 31 se refere à espécie de benefício auxílio-doença previdenciário e o 91 se refere a auxílio-doença acidentário. O benefício espécie 31 é o benefício concedido aos trabalhadores afastados do trabalho em virtude de incapacidade gerada por doenças não relacionada ao exercício do trabalho, já o benefício espécie 91 é concedido quando o afastamento está relacionado a acidente ou a doença do trabalho.

<sup>25</sup>

Em novembro de 2011, por meio do Despacho Decisório nº 2/DIRSAT/INSS, foi publicado o novo Manual Técnico de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional, que apesar de ter mudado o preenchimento desta informação conforme pode ser conferido no formulário do FAPL normatizado em 2011 (ANEXO), adotou apenas a escolaridade declarada pelo trabalhador sem também padronizar o preenchimento.

informação do nível de escolaridade fazendo uso apenas da declaração pode levar a interpretações equivocadas a respeito do real nível de escolaridade do trabalhador.

Considerando os aspectos levantados ressalta-se que a descrição do dado escolaridade, que será apresentado a seguir, pode não ser fidedigna ao nível real de instrução do trabalhador. Na tentativa de minimizar as possíveis inconsistências dos dados adotou-se a seguinte categorização para o aspecto escolaridade: grupo 1: não cursou ensino formal (analfabeto e alfabetizado); grupo 2: cursou ensino formal (fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, e superior - completo e incompleto).

Especificamente para verificar a associação entre as variáveis analisadas na caracterização do perfil dos trabalhadores reabilitados e a inserção, ou não, no mercado de trabalho, foi utilizado o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

### **3.7 Considerações Éticas**

Este estudo atendeu aos critérios éticos estabelecidos pela Resolução nº 196/96, e foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado (nº da CAE 05093912.6.0000.5208). À instituição, antes do início da pesquisa, foi encaminhado o projeto juntamente com a carta de anuência (Anexo E), sendo iniciada a coleta de dados só após a aprovação do projeto pelo CEP e anuência do INSS.

O risco inerente a este tipo de pesquisa esteve na perda de confidencialidade dos dados coletados nos prontuários bem como no possível constrangimento dos participantes das entrevistas. Em relação aos prontuários como forma de minimizar este risco foram adotadas as seguintes medidas: sigilo do material pesquisado devendo este permanecer apenas com os pesquisadores, o arquivo não conter identificações dos sujeitos e estar armazenado no computador pessoal do pesquisador responsável.

Em relação aos benefícios da investigação, pretende-se disponibilizar à instituição e aos profissionais participantes os resultados obtidos, visando uma contribuição para melhoria do serviço, bem como a assistência aos trabalhadores com incapacidades.

## **4 A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E SEUS DILEMAS**

Considerando que a Reabilitação Profissional tem como objetivo habilitar ou reabilitar o trabalhador incapacitado para viabilizar seu retorno ao mercado de trabalho, vê-se mais claramente a interferência dos fatores econômicos e sociais para o alcance desse propósito, pois, compreende-se que o Programa está inserido num todo de múltiplas complexidades, desde aquelas relacionadas às políticas econômicas e sociais do Estado, até às questões advindas da subjetividade dos sujeitos nele inscritos.

A partir deste entendimento, esta investigação inquirir sobre três dimensões que se articulam no âmbito da determinação referida acima. Sendo assim, se detém sobre os aspectos do Programa de Reabilitação Profissional em si, sobre a condição do trabalhador reabilitado e a respeito da lógica do mercado de trabalho da RMR, procurando relacionar essas dimensões em múltiplos e diversos sentidos.

### **4.1 A avaliação da incapacidade no Programa de Reabilitação Profissional**

A percepção da sociedade sobre as pessoas com incapacidade sofreu mudanças ao longo do tempo, distanciando-se do aspecto da segregação para alcançar outra percepção, no sentido da participação social incluindo o trabalho e o lazer. Entretanto, apesar de parecer irreversível a tendência ao reconhecimento de que uma limitação de ordem fisiológica não necessariamente implica em incapacidade para o trabalho, o modelo produtivo exige, cada vez mais, um trabalhador sem restrições, que possa atender às necessidades da produção.

Assim, a inclusão do trabalhador com incapacidade no mercado de trabalho envolve questões diversas, que vão desde fatores individuais – como a capacidade funcional e os conhecimentos relacionados a uma atividade de trabalho –, até aspectos sociais, tais como o direcionamento dos programas de proteção social para as pessoas com incapacidades, a questão da mobilidade (p. ex. transportes coletivos adaptados) e os requerimentos do mercado de trabalho.

As respostas do Estado para pessoas com deficiência podem estar baseadas em modelos de interpretação da incapacidade, os quais são influenciados por uma matriz teórica. Segundo Barnes (2009) e Sampaio e Luz (2009), os debates com relação às teorias da incapacidade tendem a se apresentar dicotomizados: ou sob a concepção médica ou sob a social. Enquanto o discurso biomédico tem como foco o corpo deficiente ou a disfunção em partes do corpo, o discurso social analisa a incapacidade como resultado de uma

(des)organização social, ou seja, uma diminuição de oportunidades sociais para as pessoas. Assim, adotada a concepção biomédica, as medidas estatais adotadas terão foco no corpo individual, enquanto no modelo social o alvo são mudanças que atingem a sociedade (p. ex. favorecimento da mobilidade/acessibilidade nos espaços urbanos).

Entende-se, portanto, que a divergência de ideias sobre a matriz interpretativa da incapacidade reflete-se nas dificuldades em uniformizar as avaliações e, por conseguinte, em delimitar o público-alvo das políticas públicas. Como exemplo, observa-se a avaliação do Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído pela LOAS<sup>26</sup> (Lei Orgânica da Assistência Social) realizada pelos peritos e assistentes sociais do INSS, que utiliza a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde). Nesta classificação, o entendimento sobre a funcionalidade e a incapacidade humanas está na interação dinâmica entre as condições de saúde (doença, trauma, lesões, distúrbios) e os fatores contextuais (incluindo fatores pessoais e ambientais).

Diferentemente, para concessão do benefício auxílio-doença, se utiliza outra compreensão na interpretação de incapacidade para o trabalho. O entendimento previdenciário baseia-se nas limitações que alterações morfofisiológicas (isto é, aquelas restritas ao corpo individual), provocadas por doença ou acidente, causam para exercer uma atividade. Neste sentido, parece que esta matriz interpretativa não observa questões relacionadas ao contexto social do trabalhador com incapacidade.

A CIF está baseada em um modelo biopsicossocial de interpretação de incapacidade que tenta superar esta dicotomia. Este modelo entende que o corpo com deficiência é muito mais do que um fenômeno fisiológico, é também um sujeito socializado. A incapacidade é entendida como o resultado de uma interação entre biologia, estrutura social e institucional de forma que se obtenha uma integração das várias dimensões da vida.

Essa questão - a compreensão polarizada sobre a incapacidade - constitui-se assim em um estímulo para a realização desta pesquisa. E um aspecto de interesse foi tentar compreender como a instituição previdenciária percebe e atua sobre a incapacidade, especialmente os parâmetros que utiliza para avaliação do trabalhador visando seu encaminhamento ao Programa de Reabilitação Profissional.

Aproximando-se, então, aos resultados obtidos, foi possível constatar que os peritos médicos e os técnicos<sup>27</sup> da reabilitação possuem competências diferentes na análise do

---

26

Lei nº 8742 de 07 de dezembro de 1993.

27

potencial laborativo, isto é (in)capacidade para o trabalho. Enquanto aos peritos é delegada a responsabilidade para avaliar as limitações circunscritas ao corpo e seu impacto no exercício do trabalho, aos técnicos da reabilitação é delegada a competência de analisar aspectos de ordem sócio-profissional, tais como idade, escolaridade e experiências profissionais e seu impacto no retorno ao mercado de trabalho.

Atualmente, na Previdência Social, na Reabilitação Profissional, na parte sócio-profissional, os elementos utilizados para avaliação do potencial laborativo são: idade, vínculo, experiências profissionais anteriores, grau de escolaridade e o descritivo de função exercida (T1).

No treinamento da avaliação do médico perito, você é orientado a levar em consideração somente a incapacidade para o trabalho do segurado e o trabalho que ele exerce. Você vê a doença e a atividade profissional e conclui pela incapacidade para o trabalho (P3).

Quando a gente avalia a parte médica, a gente tenta fazer uma comparação ou um confronto entre as sequelas físicas e as possibilidades de realização de outro tipo de atividade, então é bem direcionado nessa parte (P4).

Na avaliação de incapacidade para o trabalho a gente tem que saber qual é a função que a pessoa está exercendo e se a limitação clínica que eu detectei no segurado oferece algum tipo de obstáculo para o desempenho que eu imagino daquela função. É uma coisa muito difícil de fazer, em alguns momentos, pois minha grande limitação é o conhecimento mais profundo da demanda laboral do segurado, já que a gente trabalha com um universo muito subjetivo- o relato do trabalhador (P1).

A respeito do treinamento dos peritos para avaliação da incapacidade, constatou-se que ele tem enfoque sobre as limitações físicas e suas repercussões na atividade de trabalho, por conseguinte percebeu-se a influência do modelo biomédico na avaliação da incapacidade laboral.

Apesar do enfoque mais restrito ao aspecto físico, os peritos também reconhecem a relevância de fatores de ordem não biológica na avaliação do trabalhador com limitações para o exercício do trabalho.

A maior dificuldade que eu tenho para elegeo para o programa profissional, infelizmente é uma tristeza, é a escolaridade, pois este é um fator extremamente contundente na ineligibilidade para programa de Reabilitação Profissional (P1).

A parte mais fácil é ver a limitação física a outra, mais difícil, é o cunho psicológico do segurado, os interesses que ele tem (P2).

Acho que a maior dificuldade é a escolaridade e o interesse do segurado, a motivação dele (P4).

---

Conforme dito na nota 22, este trabalho adotou chamar por técnicos da reabilitação os diversos profissionais de nível superior (p. ex. fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social) que atendem os trabalhadores em Reabilitação Profissional.

Registra-se que embora nenhuma orientação no Manual Técnico a respeito da compreensão sobre a incapacidade em que deve ser baseada a avaliação do profissional, o instrumento utilizado favorece a análise dicotomizada do trabalhador, já que tem uma avaliação voltada para a parte física, de competência do médico, e outra que avalia a parte socioprofissional, de competência de um técnico da RP.

Em relação à relevância de outros aspectos na avaliação da incapacidade, os peritos atribuem ao trabalho com equipe multiprofissional da RP o desenvolvimento de uma sensibilidade sobre outros aspectos que não os de ordem física:

Com o passar do tempo na Reabilitação Profissional e em contato com outros profissionais, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, você começa ter outra visão da incapacidade para o trabalho, e você começa visualizar, mesmo não sendo profissional que vai dar esse parecer final, você começa a mesclar nesse binômio doença e trabalho exercido, outras coisas, perfil de escolaridade, idade, você visualiza as questões sociais mesmo, não sócio-profissionais, sociais mesmo como acesso de saúde, educação, transporte público e tal (P3).

No entanto, quando os peritos foram questionados sobre as ocasiões em que surgem divergências entre os seus pareceres e os do técnico da reabilitação profissional sobre as limitações do segurado e o potencial laborativo do trabalhador, eles afirmaram que os aspectos físicos têm maior peso em detrimento dos sociais. Entretanto, já foi constatado que fatores sociais tais como: o reduzido nível educacional, idade, tempo de afastamento e suporte social influenciam no retorno ao (JUNIOR; KUPEK; CRUZ; BARTILOTTI; CHEREM, 2009; MEDEIROS et al., 2010).

Neste sentido, apesar desses profissionais reconhecerem a importância de outros determinantes, que não os físicos, na manifestação da incapacidade, isso não muda um paradigma de avaliação:

Eu acho que ainda pesa mais o aspecto físico, está mudando, ainda bem que está mudando, mas eu acho que o físico que pesa mais. Então fica um viés, porque o aspecto psicológico não é avaliado, porque uma pessoa com a mesma seqüela, em situações semelhantes, reage de maneira diferente (P2).

Sobre esse assunto, um técnico da Reabilitação Profissional comenta que ainda prevalece um modelo de avaliação que privilegia os episódios ligados ao corpo:

O modelo de avaliação onde o mais importante para definição de uma Reabilitação Profissional é o aspecto físico, ou seja, desprezam-se outros aspectos tais como o psíquico e o social (T2).

Segundo um dos peritos, a razão para se dar mais relevância aos aspectos físicos tem amparo legal:

O aspecto físico tem que ter, porque se ele está em auxílio-doença tem uma limitação física, se foi enviado para Reabilitação Profissional esta limitação vai ser permanente e não vai se resolver em curto prazo (P2).

Os elementos sócio-profissionais são considerados, mas a questão física continua tendo um peso maior. Até porque como servidor, como agente administrativo a gente só pode fazer o que está na lei (P3).

Tais afirmações vão ao encontro do estudo de Melo e Assunção (2003) sobre a atividade pericial, no qual os autores certificaram que os peritos utilizam no exercício profissional um código ou matriz interpretativa baseados em elementos normativos e técnicos.

Quanto aos elementos normativos, a legislação vigente condiciona o recebimento do auxílio-doença a um motivo de agravo à saúde que incapacite para o trabalho (BRASIL, 1991). Conforme já mencionado, a Previdência Social entende a incapacidade como a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade, em consequência de alterações físicas provocadas por doença ou acidente e este entendimento confirma-se como balizador do entendimento médico pericial.

Em relação aos elementos técnicos, estes compreendem a própria avaliação clínica, que na formação do médico recebe a influência do paradigma cartesiano. Este é o arcabouço teórico que embasa o modelo biomédico, portanto em sua formação profissional o médico é conduzido a adotar enquanto alicerce consensual de racionalidade médica um modelo reducionista de avaliação (KOIFMAN, 2001).

Diante das questões expostas a respeito da avaliação do perito médico, percebe-se que o paradigma cartesiano vai influenciar também o entendimento pericial sobre a (in)capacidade para o trabalho. Considerando que os resultados da pesquisa apontaram para o viés das avaliações sob a ótica do perito médico, constatou-se que o modelo biomédico sobrepuja-se aos demais na análise da incapacidade.

Portanto, percebeu-se que apesar do formulário de Avaliação do Potencial Laborativo (Anexo A e B) estar desenhado para que sejam considerados tanto os aspectos físicos, quanto os sociais, nas circunstâncias em que as divergências técnicas emergem, a conclusão sobre o potencial laborativo do trabalhador é tendenciosa quanto aos aspectos físicos; seja porque superestimam esses aspectos ou porque omitem outros níveis de determinações. Isto quer dizer que este modelo de avaliação pode estar desconsiderando determinantes tais como condições de moradia, de alimentação, de acesso à educação, ou à mobilidade do trabalhador

que, segundo Laurell e Noriega (1989), são capazes de influenciar a manifestação da incapacidade.

Outro ponto constatado na investigação e relacionado à avaliação médico pericial diz respeito ao fato de que os peritos passam a conhecer a função do trabalhador a partir do relato pessoal do próprio trabalhador e não da observação do local de trabalho:

Apesar de eu ser médica do trabalho eu sei que as exigências de cada função são muito particulares a gente vai muito pouco ao local de trabalho, então para mim a gente tem uma visão superficial da exigência de trabalho. Eu fico imaginando a função de auxiliar de produção em uma empresa X, eu sei lá o que a pessoa faz! A gente não tem ideia porque é muito diversificada a forma de produção. Aí temos recursos? Temos! Você pode pedir PPP<sup>28</sup>, descritivo de função<sup>29</sup>, mas operacionalmente para demanda que hoje a gente tem de benefício por incapacidade estes detalhes ficam muito escondidos, então operacionalmente, a gente não tem como ter um olhar mais profundo, mais real (P1).

Nesta fala percebeu-se um incômodo em relação à impossibilidade de ir ao local de trabalho do segurado, implicando no desconhecimento das rotinas e dos riscos dos ambientes laborais. Um dos obstáculos apontados para esta impossibilidade seria a quantidade insuficiente de peritos para atender as demandas relacionadas à avaliação da incapacidade para o trabalho.

A implicação de não analisar a atividade de trabalho “*in loco*” é que alguns aspectos podem não estar suficientemente claros. Isto é, alguns aspectos que provocam o adoecimento, ou (im)possibilitam seu retorno ao trabalho podem não estar evidentes. Desta forma, considera-se que a análise da atividade laboral deve ser realizada com toda objetividade possível, o que tende a desocultar aspectos não apreendidos no discurso do trabalhador.

Outro elemento cujo conhecimento é baseado nas suposições do corpo técnico, peritos e técnicos da RP é aquele referente ao mercado de trabalho. Se a avaliação do potencial laborativo tem por objetivo decidir sobre a possibilidade de retorno ao mercado de trabalho, e se os profissionais que a realizam conhecem muito pouco, para não dizer, ou quase nada, a esse respeito, coloca-se o seguinte problema: como avaliar o desconhecido? Isto quer dizer

---

28

PPP: O Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) é um formulário com campos a serem preenchidos com todas as informações relativas ao empregado, como por exemplo, a atividade que exerce, o agente nocivo ao qual está exposto, a intensidade e a concentração do agente, exames médicos clínicos, além de dados referentes à empresa.

29

Descritivo de Função: é um formulário com campos a serem preenchidos com informações relativas às atividades exercidas pelo trabalhador na empresa.

que os profissionais avaliam a (in)capacidade de retornar ao mercado de trabalho com base em suposições.

Mas eu digo que nesta avaliação várias coisas ficam descobertas que trabalhamos com a suposição, por exemplo em relação ao mercado de trabalho (P2)

Dentro da instituição não temos dados técnicos comprovados de como se comporta o mercado e trabalho, este item vai muito da nossa intuição, nós não temos dados comprobatórios, técnicos que nos auxiliem a fazer um prognóstico do mercado de trabalho (T1).

Outra fala que denota certa preocupação em lidar com o desconhecido:

Agora outro lado que fica descoberto é esse, é conhecimento do mercado de trabalho, porque a gente não tem dados objetivos, que isso deveria ser pontuado quando o segurado é dito elegível, quando o segurado dá andamento a um curso que não vai servir para ele. A gente vê muito um segurado que fez um curso, mas como ele vai utilizar esse curso na vida prática dele? Vai ter empregabilidade, ou a empresa vai passar aquele período e vai demitir depois? (P2).

A propósito, o desconhecimento sobre o mercado de trabalho influenciará também na profissionalização do trabalhador, haja vista que é competência do técnico de reabilitação profissional orientar o segurado sobre sua formação profissional. Como não se pode orientar o desconhecido, é provável que aconteça a profissionalização do trabalhador sem observar as tendências do mercado de trabalho. Simonelli et al. (2010) reforçam essa hipótese ao afirmarem que em um programa de Reabilitação Profissional a repercussão imediata do desconhecimento sobre o mercado de trabalho poderá ser uma baixa fixação dos trabalhadores em possíveis postos de trabalho.

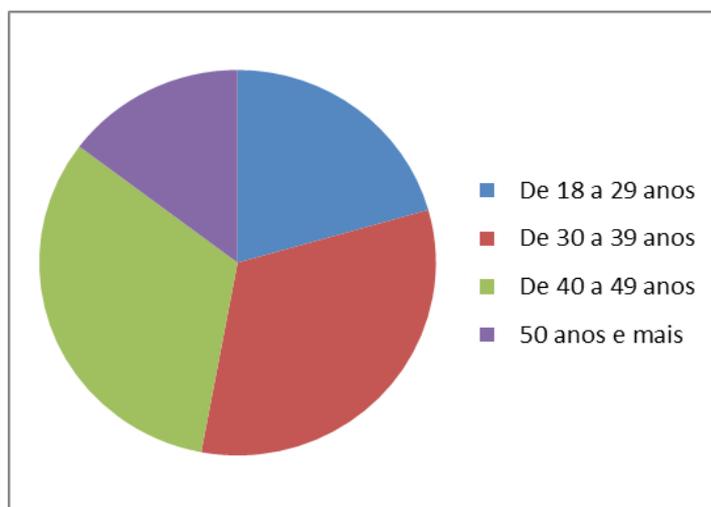
Por último, é importante ressaltar que há uma orientação no Manual Técnico de Procedimentos da Reabilitação Profissional (documento que normatiza o Programa dentro do INSS) para a equipe realizar o levantamento de tendências e oportunidades do mercado de trabalho, preferencialmente, na localidade de domicílio do reabilitando. Conforme apontaram os resultados da investigação, isso não vem sendo realizado, logo há o descompasso entre a avaliação do potencial laborativo, a profissionalização e as exigências e demandas de vagas do mercado de trabalho.

## **4.2 O perfil do trabalhador reabilitado**

O gráfico 1 apresenta a distribuição da população segundo esta variável. Os dados revelaram que a faixa etária de 18 a 29 anos corresponde a 15,8% da população estudada; de 30 a 39 anos corresponde a 39,5%; e de 40 a 49 equivale a 31,6%. A última faixa etária

estabelecida considerou os sujeitos com idade acima dos cinquenta anos que representaram 13,2% da população.

**Gráfico 1 - Perfil do Trabalhador reabilitado para outra função na Região Metropolitana do Recife em 2010, segundo faixa etária**



Na análise da relação entre grupos etários e a situação deles no mercado de trabalho<sup>30</sup>, os resultados evidenciaram que a maior parte dos trabalhadores empregados encontra-se nas faixas etárias de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos. Tal constatação é semelhante à descrição da RAIS (MPS, 2010a) quanto às faixas etárias dos trabalhadores predominantes no mercado de trabalho. Para Kreling (2004) e Pochmann (2009), a própria transição demográfica justificaria a inserção de um maior número de trabalhadores acima de 40 anos no mercado de trabalho na PEA. Por fim, a análise estatística não revelou uma associação entre idade e situação do mercado de trabalho.

Em 2010, os dados da Pesquisa de Emprego e Desemprego sobre o mercado de trabalho no estado de Pernambuco, na RMR e no Recife apontam que os jovens de 18 a 29 anos representaram maioria das contratações líquidas<sup>31</sup>, ao contrário do observado nacionalmente, em que o número de demissões superou o de contratações para a mesma faixa etária (MTE, 2010). Também foi constatado que no Recife ocorreu um aumento da

<sup>30</sup>

Nesta pesquisa adotou-se a seguinte nomenclatura para descrever a situação do trabalhador reabilitado no mercado de trabalho: (1) empregado, (2) desempregado e (3) inativo, correspondendo aos trabalhadores que retornaram ao benefício. Tal nomenclatura não deve ser confundida com aquela adotada pelo IBGE.

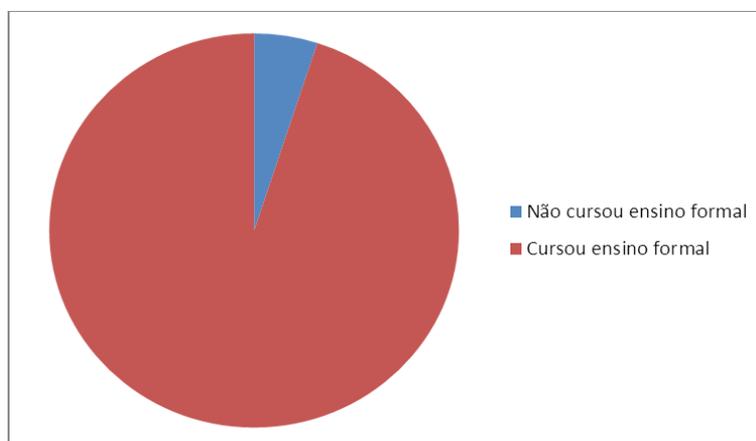
<sup>31</sup>

Diferença entre o número de contratações e de demissões.

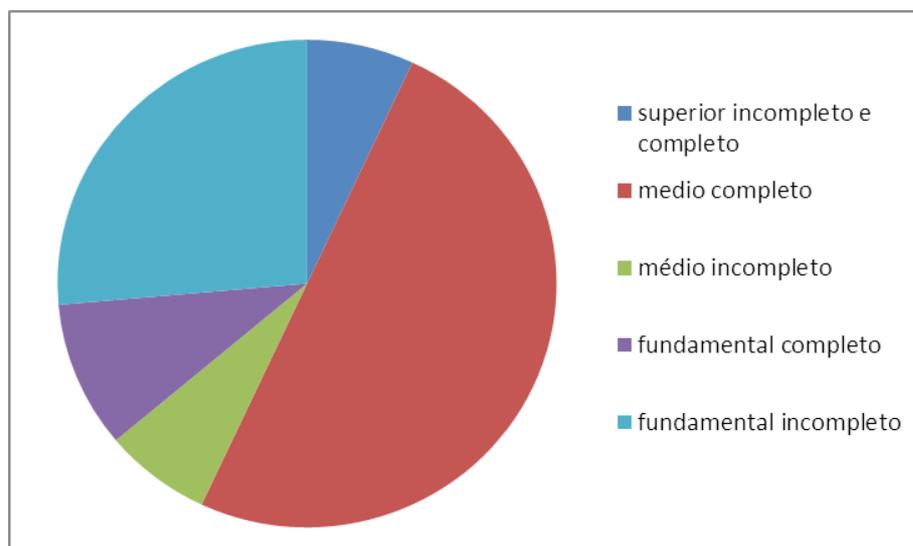
participação da faixa etária entre 30 e 39 anos no mercado de trabalho no quarto trimestre de 2010, elevando-se no mesmo período em 2011. Tanto na RMR quanto no Recife, as faixas etárias acima dos 50 anos vivenciaram redução nos postos de trabalho.

O gráfico 2 demonstra a distribuição destes grupos na população com relação à frequência em ensino formal e o gráfico 3 apresenta a distribuição da população considerando apenas os que cursaram o ensino formal. Na análise dos dados constatou-se que a maior parte da população apresentou grau de escolaridade médio completo (47%).

**Gráfico 2 - Perfil do Trabalhador reabilitado para outra função na Região Metropolitana do Recife em 2010, segundo a frequência em ensino formal**



**Gráfico 3 - Perfil do Trabalhador reabilitado para outra função na Região Metropolitana do Recife em 2010, segundo escolaridade formal**



Na análise do nível de escolaridade do trabalhador reabilitado observou-se prevalecerem no grupo dos empregados após o programa aqueles com escolaridade de nível médio completo (55,9%), assemelhando-se às estatísticas da RAIS (MPS, 2010b) para o Brasil e da Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED (CONDEPE; FIDEM; DIEESE, 2010) para a RMR nas quais os trabalhadores com escolaridade de nível médio tiveram maior inserção no mercado de trabalho.

No tocante ao gênero, na distribuição da população em estudo, observou-se a predominância de homens (63,2%) em relação às mulheres (36,8%). Tal preponderância ocorre também no mercado de trabalho brasileiro (MTE, 2010). Sobre este tema, estudos anteriores já constataram que a maior inserção dos homens no mercado de trabalho relaciona-se ao papel social atribuído às mulheres (BALTAR; LEONE, 2007).

Contudo, na generalidade dessa afirmação é reconhecido um movimento no sentido do aumento do número de mulheres no mercado de trabalho. Tal incremento é constatado a partir do aumento no número de mulheres chefes de família no país – um aumento de mais de 35% na última década (IBGE, 2011) e da feminilização do trabalho, embora este fato esteja aliado ao trabalho a baixo custo e à inserção da mulher, principalmente, na produção terciária.

Em relação à contribuição para a Previdência Social, observou-se que após o Programa de Reabilitação Profissional, 43,4% dos reabilitados voltaram à condição de contribuintes e 56,6% tornaram-se não contribuintes. Estes resultados apontam para uma associação significativa ( $p < 0,001$ ) quando se analisou a condição de contribuinte para Previdência Social e o status do trabalhador – empregado, desempregado ou inativo (Gráfico 4).<sup>32</sup>

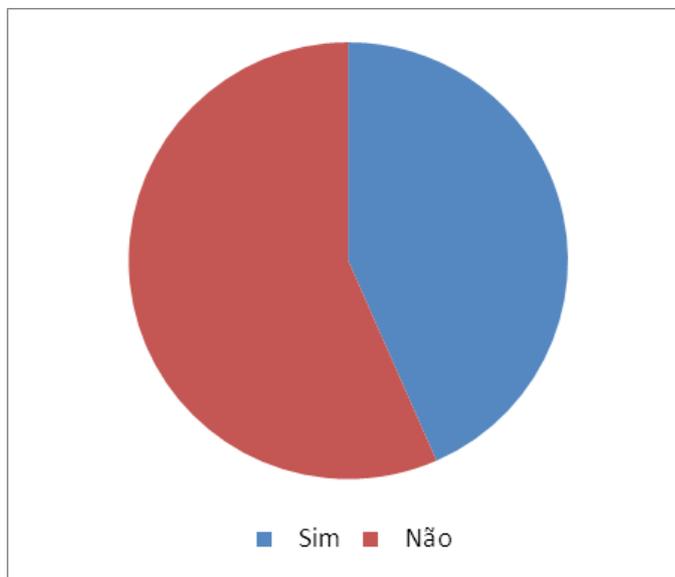
A relação entre o trabalho formal e a condição de contribuinte tem consequências para manutenção do trabalhador na condição de segurado da Previdência Social, haja vista que para ter direito à proteção previdenciária é preciso contribuir. Considerando que os requisitos do mercado de trabalho afetam diretamente a manutenção do trabalhador com incapacidade em um vínculo formal de emprego, contata-se que a sua relação com a Previdência Social pode vir a ser descontínua impactando a proteção do trabalhador.

---

32

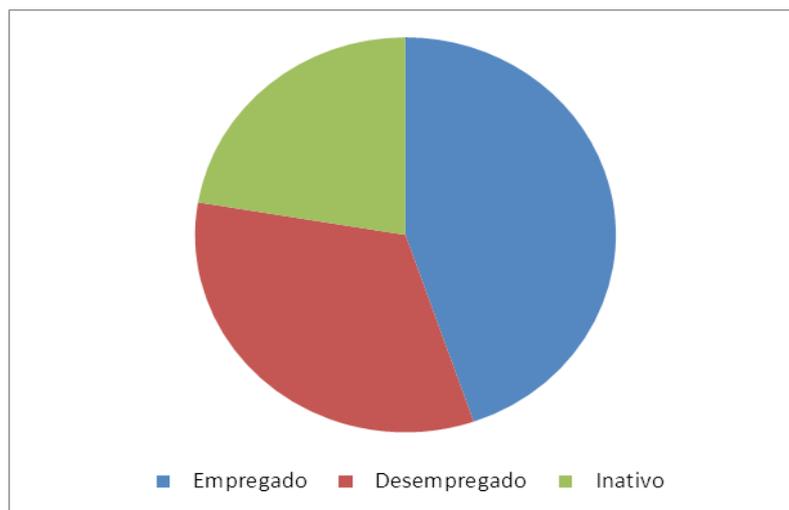
Importante esclarecer que o único benefício previdenciário concedido pelo RGPS sobre o qual a lei prevê a incidência de contribuição previdenciária é o salário-maternidade (Lei nº 8313 de 24 de julho de 1991).

**Gráfico 4 - Perfil do trabalhador reabilitado para outra função na Região Metropolitana do Recife em 2010, segundo a contribuição para Previdência Social**



Com o intuito de reforçar a constatação já referida entre a condição de contribuinte e a situação no mercado de trabalho, expõe-se que dos trabalhadores reabilitados 32,9% estavam desempregados, 22,4% inativos e 32,9% empregados (Gráfico 5).

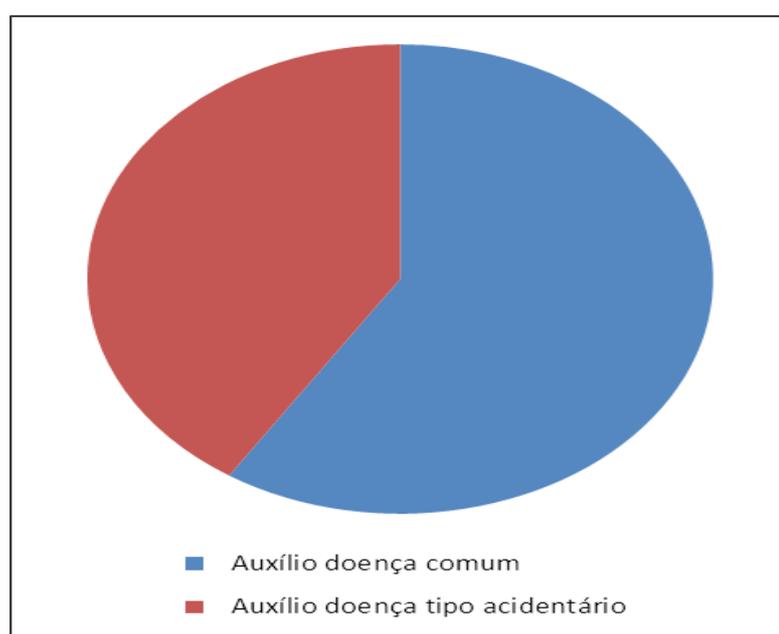
**Gráfico 5 - Perfil do Trabalhador reabilitado na Região Metropolitana do Recife em 2010, segundo a inserção no mercado de trabalho**



Quanto à variável espécie de benefício, constatou-se que dos trabalhadores reabilitados quando estavam recebendo benefício previdenciário, 59,2% receberam o benefício do tipo auxílio-doença previdenciário (concedido nos casos de doenças não relacionadas ao exercício

do trabalho<sup>33</sup>) e 41,8% receberam o auxílio doença acidentário (concedido nos casos de acidentes de trabalho<sup>34</sup> e doenças profissionais<sup>35</sup>). Estes dados apresentam correspondência com o anuário estatístico da Previdência Social (MPS, 2010a), no qual está registrado um maior número de auxílio-doença tipo previdenciário do que auxílio-doença do tipo acidentário.

**Gráfico 6 - Perfil do trabalhador reabilitado para outra função na Região Metropolitana do Recife, em 2010, segundo a espécie do benefício enquanto estava afastado do trabalho**



Outro aspecto detectado foi a relação entre a espécie de benefício recebida e a situação do trabalhador reabilitado para o mercado de trabalho<sup>36</sup>. Entre aqueles trabalhadores que estavam empregados, 61,8% receberam o auxílio doença do tipo acidentário e 38,2% o auxílio

<sup>33</sup>

São aquelas que não têm relação com a atividade profissional.

<sup>34</sup>

Considera-se acidente de trabalho aquele ocorrido no exercício de atividades profissionais a serviço da empresa (típico) ou ocorrido no trajeto casa-trabalho-casa (de trajeto).

<sup>35</sup>

É a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério da Saúde constantes na Portaria nº 1339/GM em 18 de novembro de 1999.

<sup>36</sup>

A situação do trabalhador reabilitado no mercado de trabalho foi detalhada na nota de rodapé 12, página 67.

doença do tipo comum. Já entre os desempregados e inativos, 76% e 76,5%, respectivamente, receberam o auxílio doença do tipo comum. A partir desses dados, a análise estatística constatou haver uma associação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre a espécie de benefício recebida e a situação no mercado de trabalho.

Desse modo tornou-se evidente que a garantia da manutenção do emprego, após a interrupção do benefício, relaciona-se com a proteção legal conferida aos trabalhadores que se afastam de suas atividades laborais em virtude de doença ou acidente de trabalho (Lei nº 8.213/1991). Considerando que a regulamentação do trabalho tem a interferência estatal e que este resultado aponta como determinante a legalização do direito, observa-se a necessidade de repensar as regras de regulação do trabalho, direcionadas para proteção ao vínculo empregatício daqueles trabalhadores que se tornaram incapazes por doença ou acidente não relacionado ao trabalho.

Deve ser ressaltado que o estudo não pode afirmar se a relação identificada nos parágrafos anteriores persiste após o intervalo de 12 meses, uma vez que a fonte de coleta de dados foi a pesquisa de fixação no mercado de trabalho que é realizada em até 12 meses posteriores à conclusão do programa profissional. Isto, porém, não impede de afirmar que a proteção legal aos trabalhadores que receberam benefício espécie auxílio-doença acidentária ratifica-se como um aspecto valioso na inserção do trabalhador com incapacidade no mercado de trabalho após o Programa de Reabilitação Profissional.

Em relação ao perfil de morbidade apresentado pelos trabalhadores, as três principais causas de afastamento do trabalho foram: traumas (27%), sinovites e tenossinovites (25%) e patologias da coluna (12%). Esses resultados assemelham-se aos encontrados no estudo de Boff, Leite e Azambuja (2002), cujas conclusões apontam que o principal motivo de concessão de benefícios por incapacidade são as causas externas. Também guarda relações com os dados do Anuário Estatístico da Previdência Social (MPS, 2010a), no qual as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo aparecem como segundo motivo subjacente à concessão desse tipo de benefício.

Ao analisar as três principais causas de afastamento e sua relação com o exercício do trabalho, constatou-se que 68% das sinovites e tenossinovites e 52% dos traumas ocorreram em virtude do exercício do trabalho. Não foi constatada relação entre as patologias da coluna e o exercício do trabalho; neste caso, suspeita-se de uma interpretação inadequada da relação doença e atividade laboral.

Um comentário adicional diz respeito ao registro de doenças e acidentes de trabalho na Previdência Social. Sabidamente as empresas sonegam informações referentes ao verdadeiro

número de acidentes de trabalho ocorridos, não promovendo, desta feita, a emissão da chamada comunicação de acidente de trabalho - CAT. Em virtude disso, em abril de 2007 foi implementado nos sistemas informatizados da Previdência Social o NTEP<sup>37</sup> resultando em um incremento de 148% na concessão de auxílios-doença de natureza acidentária.

Com o NTEP a caracterização de natureza acidentária é realizada pela perícia médica do INSS, e como consequência fica a cargo do empregador o ônus de provar que o acidente não tem qualquer relação com a atividade desenvolvida pelo empregado. Outrossim, o nexó também é responsável por auferir o índice referente ao Fator Acidentário de Prevenção (FAP), o qual serve para majorar ou diminuir as alíquotas de contribuição das empresas para o Seguro de Acidente de Trabalho (SAT), de acordo com o grau de risco das empresas.

Desse modo, o resultado do NTEP foi um incremento na concessão de auxílios-doença de natureza acidentária com impactos negativos sobre o interesse das empresas e do capital financeiro ao provocar aumentos nos custos da produção.

### **4.3 As habilitações fornecidas pelo PRP e o mercado de trabalho da Região Metropolitana do Recife**

Em tópicos anteriores foi abordado o tema do mercado de trabalho no Brasil. Agora, interessa aos objetivos propostos neste estudo comparar as funções para as quais os segurados foram reabilitados e aquelas disponíveis no mercado de trabalho da Região Metropolitana do Recife (RMR).

A RMR integra o grupo das regiões metropolitanas brasileiras com população acima de três milhões de habitantes. Representa apenas 3% da área do território pernambucano, mas concentra 42% da população e mais da metade do PIB estadual. Nela observam-se os melhores indicadores sociais e as maiores taxas de crescimento econômico do estado.

Em relação aos quatro ramos de atividades mais importantes para a geração de postos de trabalhos na RMR, tem-se, em ordem decrescente: (1) construção civil; (2) comércio; (3) serviços e (4) indústria (CONDEPE/FIDEM; DIEESE; SEADE, 2011). Aqui cabe inferir que

---

37

O NTEP (Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário) é um nexó epidemiológico produzido através de um estudo e utilizado pela Previdência Social para o estabelecimento da relação entre uma patologia e a atividade de trabalho. A análise é realizada com auxílio dos sistemas informatizados da Previdência e executada pelo perito médico, nela verifica-se a relação entre a lesão ou agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador. O cruzamento das informações é verificado através do código da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 e de código da Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE.

não existe registro nos formulários da previdência de qual ramo de atividade o segurado reabilitado está empregado.

A ausência da informação tem como consequência a impossibilidade de o processo de qualificação dos segurados estar em consonância com as tendências do mercado de trabalho. O problema residiria, então, em uma qualificação que desconhece os setores das atividades econômicas que teriam potencialmente maiores chances de absorver os trabalhadores reabilitados.

Na RMR, no último trimestre de 2011, a cidade do Recife foi a cidade responsável pela geração do maior número de vagas de trabalho. As principais oportunidades surgidas foram nas funções<sup>38</sup> de: (a) escriturários; (b) agentes, assistentes e auxiliares administrativos; (c) vendedores e demonstradores de lojas ou de mercados (CONDEPE/FIDEM; DIEESE; SEADE, 2011). Como se pode depreender, tais funções poderiam estar adscritas aos ramos de atividade 1, 2, 3 e 4 citados anteriormente.

Ao observar as funções que geraram maior oportunidade de trabalho na RMR e aquelas para as quais os segurados foram reabilitados, constatou-se uma baixa correspondência entre umas e outras. Isto se confirma na análise dos resultados, ao ser constatado que do total de trabalhadores do estudo, apenas 34% foram reabilitados para função de auxiliar administrativo – uma das funções que mais demandou vagas de trabalho –; do restante dos trabalhadores, 54% foram reabilitados para funções que não despontaram como as que mais oportunizaram vagas de trabalho e 12% para funções sem oportunidades de vagas no mercado de trabalho, com p. ex. auxiliar de portaria e produção de doces e salgados. Nesses casos, constatou-se que apenas dois estavam empregados, entretanto para funções que não haviam sido reabilitados, enquanto os demais ou retornaram ao benefício da Previdência Social ou estavam desempregados.

Salienta-se ainda que mesmo os trabalhadores que foram reabilitados para a função de auxiliar administrativo (34%) – apontada como principal demanda do mercado de trabalho – obtiveram uma baixa fixação no mercado de trabalho, já que em torno de 65% dos reabilitados para esta função não estavam empregados (quando da realização da pesquisa de fixação). Deste total de desempregados, 85% eram trabalhadores sem o amparo legal de um ano de estabilidade no emprego após a cessação do benefício previdenciário, em virtude de

---

38

A descrição das funções mais prevalentes no mercado de trabalho na cidade do Recife obedeceu ao agrupamento por família ocupacional. Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego uma família ocupacional se refere a empregos que exigem habilidades cognitivas comuns.

seus afastamentos não serem decorrentes de doença ou acidente de trabalho, mas sim, de doença não relacionada ao trabalho.

Nesse ponto, a propósito, coloca-se uma questão que pode ser analisada sob uma dupla perspectiva. De um lado, a formação e a sensibilidade dos médicos peritos, no sentido de qual conceito de determinação de saúde-doença orienta suas práticas. Isto porque somente uma abordagem ampla desse conceito possibilitará enxergar para além dos cânones presentes nos manuais de treinamento das instituições. Por outro lado, a condição do trabalhador que sentindo-se, estando doente, nem sempre tem seu mal-estar ou sua doença reconhecidos “cientificamente” enquanto condições incapacitantes para o exercício do trabalho.

Finalmente, é possível afirmar que o trabalhador reabilitado se depara com um conjunto de adversidades para conseguir se reinserir no mercado de trabalho. As dificuldades estão relacionadas com o próprio entendimento do que seria a incapacidade e suas implicações para o exercício de uma atividade de trabalho. Somada a esta questão está a dinâmica do próprio mercado de trabalho que exige um trabalhador sem qualquer limitação, seja de natureza física ou psicossocial.

Esse problema adquire relevância no cenário contemporâneo das sociedades capitalistas, tendo em vista a reestruturação produtiva em curso e as consequências advindas do mundo do trabalho para o cotidiano dos trabalhadores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação possibilitou identificar a complexidade envolvida no retorno do trabalhador com restrição laboral ao mercado de trabalho. Isso porque a reintegração dos trabalhadores que se encontram parcialmente incapacitados, por motivo de doença ou acidente de trabalho, é um processo que exige um conjunto de ações que perpassam não só pela construção de políticas de emprego para o trabalhador com incapacidade, como também a concretização da articulação interministerial prevista na PNSST.

A importância da construção de políticas de emprego para o trabalhador com incapacidade foi constatada nos resultados dessa pesquisa, uma vez que se concluiu ser determinante, para a permanência do trabalhador reabilitado no emprego, a proteção legal de 12 meses de estabilidade após o término do PRP. Desse modo, é possível afirmar que, na ausência de instrumentos de proteção do emprego, dificilmente o trabalhador reabilitado consegue permanecer empregado.

Isso porque a lógica do mercado de trabalho atual segue os fundamentos capitalistas, em que o objetivo de perseguir o lucro econômico da empresa prevê a contratação de trabalhadores que geram maior produtividade. Tal dinâmica torna-se perversa com o trabalhador reabilitado, em razão de ele possuir restrições laborais que geralmente não se enquadram nos requisitos de contratação das empresas.

Em relação à relevância da articulação entre as ações dos Ministérios da Previdência, da Saúde e do Trabalho na PNSST, tem-se que ela deriva da necessidade do trabalhador incapacitado de receber do primeiro órgão a proteção previdenciária, do segundo a assistência à saúde e do terceiro a fiscalização das condições ambientais do seu local de trabalho. As ações isoladas desses três ministérios não atendem satisfatoriamente às necessidades do reabilitado, porque, sem a fiscalização dos riscos laborais ocorre o adoecimento, sem o restabelecimento da saúde não se retoma o trabalho, sem o trabalho perde-se a proteção previdenciária.

Com previsão na PNSST, uma dessas ações é o Programa de Reabilitação Profissional que se situa entre a fase de tratamento de saúde do trabalhador incapacitado e o seu retorno ao mercado de trabalho. Na sua posição intermediária, o PRP se depara com limitações externas ao programa: de um lado, tem-se uma assistência à saúde nem sempre adequada às necessidades do trabalhador e, de outro, as adversidades inerentes na dinâmica do mercado de trabalho contemporâneo.

Além das externas, verificou-se que também existem constrangimentos internos ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS. Um desses ocorre no momento da avaliação

do potencial laborativo do trabalhador com incapacidade. Na forma como é executada, ela privilegia as limitações físicas do indivíduo e subestima a influência dos aspectos sociais no seu retorno ao mercado de trabalho. A adoção desse critério avaliativo vai de encontro ao objetivo social do PRP, cujo cerne é (re)habilitar o trabalhador para outra atividade de trabalho, visando ao seu retorno ao ofício.

O modo como a avaliação do potencial laborativo é realizada também apresenta incompatibilidade com a concepção teórica sobre adoecimento e incapacidade aceita no campo da Saúde Coletiva. Esta área do conhecimento entende que o modo de viver e de trabalhar são aspectos determinantes para os padrões de morbidade, de mortalidade e para a manifestação da incapacidade, logo não pode desconsiderar a importância dos aspectos sociais na análise da capacidade para o trabalho.

Outro constrangimento interno constatado foi o desconhecimento dos profissionais da equipe de Reabilitação Profissional do INSS a respeito da dinâmica do mercado de trabalho, sobretudo quanto às disponibilidades de vagas e aos requisitos para contratação. A ausência desse conhecimento compromete o Programa, pois não permite aos profissionais conduzirem seus trabalhos levando em consideração a realidade do mercado de trabalho. Com isso, conforme os resultados da pesquisa apontaram, há uma profissionalização desarticulada com as oportunidades de emprego.

Além disso, não se pode deixar de mencionar a não realização de atividades previstas nos atos normativos internos, como a pesquisa de fixação. Tal procedimento possibilitaria a obtenção de informações sobre a trajetória do trabalhador após o Programa, constituindo-se em uma importante ferramenta para a gestão.

Assim, para o Programa de Reabilitação Profissional ser um espaço para os trabalhadores construírem novas trajetórias profissionais, compatíveis com suas limitações, deverá enfrentar as limitações externas e superar as internas. Dada a complexidade das limitações externas, não é possível enfrentá-las sem o Estado ampliar a proteção do emprego do trabalhador com incapacidade. Já, para a superação dos constrangimentos internos, faz-se necessário subsidiar os profissionais com uma nova compreensão acerca da relação entre incapacidade e mercado de trabalho.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Mônica Maria Torres de. As Políticas de emprego e renda no Brasil: do nacional-desenvolvimentismo ao nacional-empendedorismo. In: BEHRING, Elaine Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório. Trabalho e Seguridade Social/Percursos e Dilemas. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2008.

ANTUNES, Ricardo. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, Pablo; FRIGOTTO, Gaudêncio. **La Ciudadania Negada**. Políticas de Exclusión en la Educación y el Trabajo. Santiago: CLACSO, 2000.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2003. 258p.

BALTAR, Paulo; LEONE, Eugênia Troncoso. Perspectiva do emprego formal em um cenário de crescimento econômico. **Carta Social e do Trabalho**, São Paulo, n. 7, set./dez. 2007.

BARNES, Colin. Un Chiste “Malo”: ¿Rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita ? In: BROGNA, Patricia. **Visiones y revisiones de la discapacidad**. México: FCE, 2009. 468p.

BOFF, B. M.; LEITE, D. F.; AZAMBUJA, M. I. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 36, 2002.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULO, Sergio Goes de. **Saúde e Previdência**. Estudos de Política Social. São Paulo: Hucitec, 2006. 224p.

BRASIL. **Decreto nº 53.264**, de 13 de dezembro de 1963. Dispõe sobre a Reabilitação Profissional na Previdência Social. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-53264-13-dezembro-1963-393225-publicacaooriginal-1-pe.html>

BRASIL. **Decreto nº 7.602/2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm)

BRASIL. **Lei nº 3.807**, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1960/3807.htm>

BRASIL. **Decreto nº 7036**, de 10 de novembro de 1944. Dispõe sobre a reforma da Lei de Acidentes de Trabalho. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1944/7036.htm>. Acesso em: 07/01/2012

BRASIL. **Decreto nº 3.048**. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências, 1999.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:  
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 15 maio 2012.

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/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm). Acesso em: 07 jan. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8742 de 07 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm). Acesso em: 15 maio 2012.

BRUSCHINI, Cristina; PUPPIN, Andrea Brandão. Trabalho de mulheres executivas no Brasil no final do século XX. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, v. 34, n. 121, p. 105-138, jan/abr. 2004

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pelegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, André; POCHMANN, Marcio. Mercado de Trabalho e Previdência Social no Brasil. **Carta Social e do Trabalho**, São Paulo, n. 7, set./dez. 2007.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 14. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. 236 p.

CESTARI, Elisabete; CARLOTTO, Mary Sandra. Reabilitação profissional: o que pensa o trabalhador sobre sua reinserção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 93-115, 2012.

CONDEPE/FIDEM; DIEESE. **Pesquisa de Emprego da Região Metropolitana do Recife (PED)**. 2010.

CONDEPE/FIDEM; DIEESE; SEADE. **Pesquisa de Emprego da Região Metropolitana do Recife (PED)**. 2011.

DI NUBILLA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 324-35, 2008.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora em Inglaterra**. Rio de Janeiro: Afrontamento, 1975.

FLEURY, Sônia. Seguridade Social e os dilemas da Inclusão Social. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 449-469, maio/jun. 2005.

FLICK, Uwe. Dados Multifocais. In: FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 230-237.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 175 p.

GOMEZ, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. Precarização do Trabalho e desproteção social: desafios para saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 411-421-807, 1999.

INDICADOR DE ALFABETISMO FUNCIONAL/PRINCIPAIS RESULTADOS. São Paulo: Ação Educativa; Instituto Paulo Montenegro (Ação Social do IBPOPE), IBOPE Inteligência, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio**. 2011.

JUNIOR, J. J. S.; KUPEK, E.; CRUZ, R. M.; BARTILOTTI C.; CHEREM, A. J. Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. **Acta Fisiátr**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 81-86, 2009.

KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História Ciências Saúde**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, mar-jun., 2001.

KRELING, Norma Hermínia. A inserção do adulto maior de 40 anos no mercado de trabalho: ocupação e desemprego da RMPA. **Indic. Eco FEE**, Porto Alegre, v. 13, n. 4, p. 181- 202, fev. 2004.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de Produção e saúde: Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. 333p.

MAENO, Maria; TAKAHASHI, Mara Alice Conti; LIMA, Mônica Angelim Gomes de. Reabilitação profissional como política de inclusão social. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 53-58, 2009.

MAENO, Maria; VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para construção de uma política pública. **Rev. brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 87-99, 2010.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política** (livro I, tradução de Reginaldo Sant'Anna). 19. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 966p.

MATSUO, Myrian. **Acidentado de trabalho: Reabilitação ou exclusão**. São Paulo: Ministério do Trabalho e Emprego/Fundacentro, 2002. 238p.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia. **Deficiência e Igualdade**. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2010. 248p.

MELO, Maria da Penha Pereira de; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. **Physis** [online]. 2003, v. 13, n. 2, pp. 343-365. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312003000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000200007&lng=en&nrm=iso)>.

MELUCCI, Alberto. Busca de qualidade, ação social e cultura – Por uma sociologia reflexiva. In: MELUCCI, Alberto. **Por uma sociologia reflexiva**. Pesquisa qualitativa e cultura. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da Medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998, 256 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244p.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (MPS). **Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho**. 2010a.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (MPS). **RAIS**: Relação anual de informações sociais. 2010b.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (MPS). **Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho**. 2011.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social**. Um estudo sobre as tendências da Previdência e da Assistência Social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 2011. 246p.

NAGI, S. Z. Disability concepts revised: implications for prevention. In: **Disability in America**: toward a National Agenda for prevention. 1991. p. 309-327. Disponível em: [http://www.ilo.org/safework\\_bookshelf/english?content&nd=857170192](http://www.ilo.org/safework_bookshelf/english?content&nd=857170192) Acesso em: 08 dez. 2011.

OLIVEIRA, Pedro Rodrigues de; SCORZAFAVE, Luiz Guilherme; PAZELLO, Elaine Toldo. Desemprego e inatividade nas metrópoles brasileiras: as diferenças entre homens e mulheres. **Nova econ**. [online]. 2009, v. 19, n. 2, pp. 291-324. ISSN 0103-6351. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-63512009000200004>.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. **(IM)Previdência Social**. 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: RJ: Vozes, 1986.

OLIVIER, Mike. ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? In: BARTON, L. **Discapacidad y sociedad**. Madrid: Ediciones Morata, 1998. p. 35-75

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. OIT. **Conferência Internacional do Trabalho, Convenção 159**. Dispõe sobre a Reabilitação Profissional e o emprego das pessoas deficientes. Genebra, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para família; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

PEIXOTO, Patrícia Ebani. **Do Planfor ao PNQ: uma análise comparativa sobre os planos de qualificação no Brasil**. 2008. 136f. Dissertação de mestrado em Política Social. O Programa de Pós-Graduação em Política Social do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, 2008.

PERUZZO, Juliane Feix. Reestruturação produtiva e proteção social. **Revista Virtual Textos & Contextos**. Porto Alegre, n. 1, Nov. 2002.

POCHMANN, Marcio. O trabalho na crise econômica no Brasil: primeiros sinais. **Estud. av.** [online]. 2009, v. 23, n. 66, pp. 41-52. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142009000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142009000200004&lng=en&nrm=iso)>.

POUPART, Jean. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, Jean et al. **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 215-253.

RIZZO, Agustina Palacios. El modelo social de la discapacitada: orígenes, caracterización y plasmación. In: **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. Comité Español de representantes de personas con discapacidad. Madrid: Grupo Editorial Cinca, 2008. 524p.

SAMPAIO, Rosana Ferreira; LUZ, Madel Teresinha. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, Mar. 2009.

SILVA, Maria Lúcia Lopes. **Previdência Social no Brasil**. Desestruturação do Trabalho e condições para sua universalização. São Paulo: Cortez, 2012. 492p.

SIMONELLI, A. P.; CAMAROTTO, E. S. B.; VILELA, R. A. de G. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 35, n. 121, p. 64 -84. Jan-jul, 2010.

SOARES, Léa Beatriz Teixeira. **Terapia Ocupacional Lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Hucitec, 1991. 217p.

TAKAHASHI, M. A. B. C. **Incapacidade e Previdência Social:** Trajetória de Incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/ DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira na década de 1990. 2006. 279 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti; CANESQUI, Ana Maria. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1473-1483, Oct. 2003. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000500026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500026&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500026>.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti; IGUTI, Aparecida Mari. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov., 2008.

WÜNSCH FILHO, Victor. Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 103-117. Abr- jun, 2004.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas para os peritos médicos previdenciários**

- Identificação do perito (a) entrevistado (a)
- O que você leva em conta para definir a incapacidade para o trabalho?
- Quais as dificuldades que você tem para definir o sujeito como elegível para cumprir PRP?
- Qual a sua concepção a respeito das exigências do mercado de trabalho sobre o trabalhador?
- Qual a sua impressão sobre Reabilitação Profissional e como você vê o perito médico nesse processo?

**APÊNDICE B - Roteiro de entrevistas para os técnicos da reabilitação que realizam a avaliação do potencial laborativo**

- Identificação do técnico (a) entrevistado (a)
- Quais elementos você utiliza para definir o prognóstico de retorno ao trabalho?
- Quais as dificuldades que você tem para definir o sujeito como elegível para cumprir PRP?
- Qual a sua concepção a respeito das exigências do mercado de trabalho sobre o trabalhador?
- Qual a sua impressão sobre Reabilitação Profissional e como você vê o perito médico nesse processo?
- Como você avalia a atividade de avaliação do potencial laborativo no que diz respeito aos aspectos sócio-profissionais na Reabilitação Profissional?

APÊNDICE C – Tabela 1: detalhamento da associação estatística

Variáveis	Situação no Mercado de Trabalho						Total		Valor do p
	Empregado		Desempregado		Inativo		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
<b>Sexo</b>									
Masculino	23	67,6	15	60,0	10	58,8	48	63,2	0,764
Feminino	11	32,4	10	40,0	7	41,2	28	36,8	
<b>Idade</b>									
Até 29 anos	7	20,6	4	16,0	1	5,9	12	15,8	0,289
De 30 a 39 anos	11	32,4	10	40,0	9	52,9	30	39,5	
De 40 a 49 anos	11	32,4	10	40,0	3	17,6	24	31,6	
50 anos e mais	5	14,7	1	4,0	4	23,5	10	13,2	
<b>Escolaridade</b>									
Analfabeto e Alfabeta não lido	2	5,9	1	4,0	1	5,9	4	5,3	0,579
Fundamental incompleto	5	14,7	8	32,0	6	35,3	19	25,0	
Fundamental completo	2	5,9	3	12,0	2	11,8	7	9,2	
Médio incompleto	2	5,9	2	8,0	1	5,9	5	6,6	
Médio completo	19	55,9	11	44,0	6	35,3	36	47,4	
Superior incompleto e completo	4	11,8	0	0,0	1	5,9	5	6,6	
<b>Espécie de benefício</b>									
Auxílio doença comum	13	38,2	19	76,0	13	76,5	45	59,2	0,004
Auxílio doença tipo acidentário	21	61,8	6	24,0	4	23,5	31	40,8	

**ANEXOS**



**ANEXO B - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO POTENCIAL LABORATIVO  
(TÉCNICO EM REABILITAÇÃO PROFISSIONAL)**

**FORMULÁRIO DA AVALIAÇÃO DO POTENCIAL LABORATIVO**

**TÉCNICO EM REABILITAÇÃO PROFISSIONAL**

---

**DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE EXERCIDA:**

---

**HISTÓRICO DO AFASTAMENTO:**

DESVIO DE FUNÇÃO: SIM ( )      NÃO ( ) \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA DE VÍNCULO OU DO EMPREGADOR OU DO DOMICÍLIO FISCAL:**

---

**Nome da empresa ou do empregador:**

CNPJ:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone:

Ramo da atividade:

Admissão:

Tempo na função:

Demissão:

**EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

---

**OCUPAÇÕES**

**NOME DA EMPRESA**

**TEMPO DE SERVIÇO**

**TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO:** \_\_\_\_\_

---

**HISTÓRICO PROFISSIONAL (CURSOS E TREINAMENTOS):**

**INTERESSE\_PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESTUDO SÓCIO-ECONÔMICO:**

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Composição familiar:**

**nº de filhos maiores ( )**

**nº de filhos menores ( )**

**nº de dependentes ( )**

**outros ( )**

---

Renda familiar

Outros auxílios

---

**Prognóstico de retorno ao trabalho:**

**Outras observações:**

**DATA:**

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:**

**ANEXO C - Ficha de acompanhamento e pesquisa de fixação****Código da Equipe de Reabilitação Profissional na Agência da Previdência Social – ERPAS:****Entrevista fase 1: Após 6 meses de desligamento****Identificação do (a) segurado (a):**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Data de nasc.:

Sexo:

Escolaridade:

NB:

Esp.:

Data de início em PRP:

Data do desligamento:

CID: \_\_\_\_\_

**Avaliação da capacidade laborativa:**

Sequelas: \_\_\_\_\_

Capacidade laborativa: \_\_\_\_\_

	Situação empregatícia	Função	Ramo da atividade	Salário
Anterior ao PRP				
Na conclusão do PRP				

Endereço da empresa: \_\_\_\_\_

Programa Profissional: \_\_\_\_\_

Avaliação do Potencial laborativo ( ) Curso ( ) Treinamento ( )

Recursos Materiais: \_\_\_\_\_

Prótese: ( ) Órtese ( )

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do servidor e matrícula: \_\_\_\_\_

**Entrevista Fase 2: Após 12 meses do desligamento**

Servidor responsável:

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Situação empregatícia atual:

Função:

Ramo da atividade:

Salário:

Empresa/Empregador:

Endereço:

Contribuição para o INSS: sim ( ) não ( ) por quê?

Demissão em período de estabilidade:

Alteração na situação empregatícia:

**Utilização de recursos materiais:**

Prótese: Sim ( ) Não ( ) Por quê?

Órtese: Sim ( ) Não ( ) Por quê?

Implemento Profissional: Sim ( ) Não ( ) Por quê?

**Nível de satisfação do segurado com o trabalho atual:**

ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim ( )

Por quê?

**Contribuição do Processo de reabilitação Profissional no nível de satisfação do segurado:**

muita ( ) pouca ( ) nenhuma ( ) bom ( )

Sugestões para melhoria do processo de

RP: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orientação: \_\_\_\_\_

-----  
Assinatura do servidor responsável

## **ANEXO D - Termo de consentimento livre e esclarecido**

Este termo de consentimento livre e esclarecido faz parte da pesquisa de dissertação de mestrado: “Reabilitação Profissional: a interface entre o trabalhador com incapacidades e o mercado de trabalho”. O objetivo desta pesquisa é estudar em que condições os trabalhadores são considerados aptos para retornar ao trabalho após cumprirem o programa de Reabilitação Profissional da Previdência Social.

Informamos que sua participação consistirá em uma entrevista conduzida pela pesquisadora responsável, Manoela Martins Aquino. Para facilitar o processo de apreensão das falas as entrevistas serão gravadas em formato áudio.

Não será oferecida nenhuma gratificação financeira pela participação.

Os dados de identificação pessoal serão mantidos em sigilo e não poderão ser divulgados. Você poderá desistir da participação em qualquer tempo.

Agradecemos a colaboração e nos colocamos à disposição para dirimir quaisquer dúvidas.

Manoela Martins Aquino

UFPE- CCS- PPGISC

Tel. 96338983

Consentimento pós-esclarecido:

Declaro que após ter sido esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da pesquisa.

Ass.:

Recife,

**ANEXO E - Carta de Anuência**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Eu, Ladjane Wolmer, chefe do serviço de saúde do trabalhador do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS na Gerência Executiva Recife, situada na Av. Mário Melo, 343, Santo Amaro, Recife/Pernambuco, manifesto por meio desse documento estar ciente e de acordo com o plano de trabalho do projeto de pesquisa intitulado: “Reabilitação Profissional: a interface entre o trabalhador com incapacidade e o mercado de trabalho, orientado pela professora Heloísa M<sup>a</sup> Mendonça de Moraes da Universidade Federal de Pernambuco e pela pesquisadora Manoela Tereza Martins de Souza e Silva, terapeuta ocupacional do serviço de Reabilitação Profissional do INSS.

---

Ladjane Wolmer