

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

**REABILITAÇÃO PROFISSIONAL OFERECIDA PELO INSS EM UBERLÂNDIA  
EM 2017: CAUSAS, PROCESSOS E CONSEQUÊNCIAS**

**Alexandre Magno Borges Pereira Santos**

Uberlândia  
2019

**Alexandre Magno Borges Pereira Santos**

**REABILITAÇÃO PROFISSIONAL OFERECIDA PELO INSS EM UBERLÂNDIA  
EM 2017: CAUSAS, PROCESSOS E CONSEQUÊNCIAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional, Mestrado Profissional, da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia

Linha de Pesquisa: Gestão Pública

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Betelho

Uberlândia  
2019

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU  
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S237	Santos, Alexandre Magno Borges Pereira, 1979-
2019	REABILITAÇÃO PROFISSIONAL OFERECIDA PELO INSS EM UBERLÂNDIA EM 2017 [recurso eletrônico] : CAUSAS, PROCESSOS E CONSEQUÊNCIAS / Alexandre Magno Borges Pereira Santos. - 2019.
	Orientadora: CRISTIANE BETANHO.
	Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Gestão Organizacional.
	Modo de acesso: Internet.
	Disponível em: <a href="http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2119">http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2119</a>
	Inclui bibliografia.
	Inclui ilustrações.
	1. Administração. I. BETANHO, CRISTIANE , 1979-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Gestão Organizacional. III. Título.
	CDU: 658

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:  
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091  
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

**ATA DE DEFESA**

Programa de Pós-Graduação em:	<b>Gestão Organizacional</b>			
Defesa de:	<b>Dissertação de Mestrado Profissional, 40, PPGGO</b>			
Data:	<b>oito de maio de 2019</b>	Hora de início:	<b>08:30</b>	Hora de encerramento:
Matrícula do Discente:	<b>11722GOM001</b>			
Nome do Discente:	<b>Alexandre Magno Borges Pereira Santos</b>			
Título do Trabalho:	<b>REABILITAÇÃO PROFISSIONAL OFERECIDA PELO INSS EM UBERLÂNDIA EM 2017: CAUSAS, PROCESSOS E CONSEQUÊNCIAS</b>			
Área de concentração:	<b>Gestão Organizacional</b>			
Linha de pesquisa:	<b>Gestão Pública</b>			
Projeto de Pesquisa de vinculação:	<b>-</b>			

Reuniu-se na sala **1 de webconferência, Bloco 5M, Campus Santa Mônica**, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em **Gestão Organizacional**, assim composta: Profª. Drª. Cristiane Betelho - FAGEN/UFU, orientadora do candidato; Profª. Drª. Renata Rodrigues Daher Paulo - FAGEN/UFU; Prof. Dr. José Eduardo Ferreira Lopes - FAGEN/UFU e Profª. Drª. Ana Maria Malik - FGV, todos *in loco*, exceto a última, por meio de videoconferência.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Drª. Cristiane Betelho, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(as) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

**Aprovado.**

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Mestre**.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

---

Documento assinado eletronicamente por **José Eduardo Ferreira Lopes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 17/05/2019, às 11:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Betelho, Professor(a) do Magistério Superior**, em 17/05/2019, às 16:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Renata Rodrigues Daher Paulo, Professor(a) do Magistério Superior**, em 17/05/2019, às 16:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.](#)



Documento assinado eletronicamente por **ANA MARIA MALIK, Usuário Externo**, em 17/05/2019, às 17:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site  
[https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1194190** e o código CRC **D1CBE1B5**.

## **REABILITAÇÃO PROFISSIONAL OFERECIDA PELO INSS EM UBERLÂNDIA EM 2017: CAUSAS, PROCESSOS E CONSEQUÊNCIAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional, Mestrado Profissional, da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia, 15 de abril de 2019.

---

Professora Doutora Cristiane Betelho  
Universidade Federal de Uberlândia

---

Professora Doutora Ana Maria Malik  
Fundação Getúlio Vargas

---

Professora Doutora Renata Rodrigues Daher Paulo  
Universidade Federal de Uberlândia

---

Professor Doutor José Eduardo Ferreira Lopes  
Universidade Federal de Uberlândia

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, razão primeira e finalidade última.

A minha família. Querida esposa, companheira, amiga e eterna namorada. Querido filho Vítor que é tudo o que eu gostaria de ser: forte, saudável, belo e inteligente. Querido filho Rafael, especial por duas vezes, sua vida nos ensina que o tempo de Deus não é o nosso e que todas as vitórias valem a pena. Meu pai Antonio, o homem mais inteligente, culto e bem-educado que já conheci. Minha mãe Terezinha, forte como o carvalho, suave como o orvalho. Minha querida avó Maria Angélica, sua doce saudade ainda povoa meus sonhos. Meu irmão Emmanuel, o homem renascentista. Meus queridos sobrinhos, esperança de que o mundo ainda tem jeito. Meu sogro, minha sogra, cunhados e cunhadas, família que me acolheu como se de seu sangue.

A minha orientadora Cris Betelho. Sua solidariedade nos momentos difíceis e intervenção nos momentos decisivos foram minha tábua de salvação.

Ao professor José Eduardo, uma amizade recém-conquistada, mas que parece ser de outras existências. Sua competência só é superada por sua humildade.

Todos vocês são muito, do pouco que sou.

## **RESUMO**

A reabilitação profissional é uma política pública que envolve conceitos de trabalho, de saúde e de educação. Esta dissertação teve por objetivo analisar o perfil básico do trabalhador acolhido no serviço de reabilitação profissional do INSS em Uberlândia/MG, bem como os fatores que contribuem com o sucesso do programa. Em termos metodológicos, trata-se de um estudo de natureza quantitativa e qualitativa. A unidade de análise são os segurados desligados no ano de 2017 e foram analisados dados secundários extraídos pelo INSS de processos físicos de acompanhamento dos reabilitandos. Descreveram-se o procedimento adotado pelo setor de reabilitação profissional do INSS, o perfil do segurado submetido a reabilitação profissional e os índices de recolocação profissional. Além disso, identificaram-se quais fatores contribuem para que o reabilitando seja recolocado no mercado de trabalho e se correlacionaram as características do indivíduo, do processo e da reabilitação profissional. Os resultados permitem inferir que o serviço oferecido tem pontos fortes (alta resolutividade e boa triagem dos segurados encaminhados ao setor de reabilitação, dentre outros) e oportunidades de melhoria (ausência de um banco de dados informatizado, muitos segurados encaminhados indevidamente, alto tempo de permanência, dentre outros). Concluiu-se que alguns aspectos da amostra contrariavam os prognósticos fornecidos pelo referencial teórico e que outros os confirmavam. Por fim, foram sugeridas propostas alternativas ao processo de reabilitação. Como produtos tecnológicos resultantes desta dissertação, foi possível contribuir com um bom diagnóstico da situação, além de elaborar ferramentas de gestão (confecção de base de dados eletrônica e análises estatísticas descritivas) úteis, de baixo custo de implantação e alto potencial de replicação. Estas informações podem subsidiar a tomada de decisões administrativas.

**Palavras-chave:** Previdência social, reabilitação profissional, saúde, trabalho.

## **ABSTRACT**

Sick workers reintegration is a public policy that involves knowledge about work, health and education. This research aimed to understand the basic profile of the worker into the INSS' rehabilitation program in Uberlândia/MG, as well as the contributing factors to its success. About methodology, the research is a quantitative and qualitative oriented study and analyses secondary data, extracted by INSS professionals from the physical processes. The workers dismissed by the program in 2017 are the analysis unit. The text describes the INSS' proceedings, the workers profile and the amount of workers that come back to their jobs. Besides, the research identifies which factors increase the chances of rehabilitation and compares features in individuals, processes and rehabilitation. Results indicates the public service has strong points (for example, high levels of work re-entry and good filters for workers who will be re-trained or re-educated in the program) and improval opportunities (lack of electronic data bank, lots of workers incorrectly sent to the program, high maintenance time, and others). In conclusion, the expectations supported by the literature are confirmed by some sample's features, and denied by others. In the end, it suggests alternatives to the rehabilitation process as it is. The resulting technological products are a good situation diagnosis, and useful, low-cost e high-relying managing tools (electronic data bank and describing analytics). These informations are able to support executive decisions tasks.

**Key words:** Social security, sick workers reintegration, rehabilitation, health, work.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 01 – Idade dos segurados – DIB e DCB	72
Gráfico 02 – Faixas de renda – DIB e DCB – em salários mínimos	73
Gráfico 03 – Resolutividade x dias em RP	81
Gráfico 04 – Resolutividade x renda (em salários mínimos no início do benefício)	85

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 01 – Pesquisas empíricas que analisam o tema reabilitação profissional de trabalhadores	45
Quadro 02 – Matriz de Amarração	68
Quadro 03 – Fases e etapas do Processo de Reabilitação Profissional	71
Quadro 04 – Prognóstico - relação entre o grupo de CID e a faixa etária do segurado	89
Quadro 05 – Comparação do prognóstico com os resultados da amostra–CID e faixa etária	90
Quadro 06 – Prognóstico - relação entre nível de escolaridade e faixa etária do segurado	90
Quadro 07 – Comparação do prognóstico com os resultados da amostra – escolaridade e faixa etária	91
Quadro 08 – Relação entre tempo de benefício por incapacidade e faixa etária do segurado	92
Quadro 09 – Comparação do prognóstico com os resultados da amostra – escolaridade e faixa etária	93

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 01 – Quantidade e valor de benefícios (em R\$ Mil) concedidos, por clientela, segundo os grupos de espécies - 2015/2017	14
Tabela 02 – Escolaridade – total da amostra	77
Tabela 03 – Motivos de desligamento – total da amostra	78
Tabela 04 – Quantidade total de cursos oferecidos	79
Tabela 05 – Quantidade de cursos x quantidade de segurados	80
Tabela 06 – Cursos/treinamentos oferecidos x segurados não reabilitados e reabilitados	80
Tabela 07 – Idade na DIB x dias em RP x valor do benefício na DIB x dias em gozo de benefício	81
Tabela 08 – Resolutividade x dias em RP	83
Tabela 09 – Cidade de residência do segurado – reabilitados	85
Tabela 10 – Resolutividade por grupo CID	86
Tabela 11 – Resolutividade em função da escolaridade	86
Tabela 12 – Resolutividade x renda (em salários mínimos no início do benefício)	87
Tabela 13 – Percentual de segurados por CID e faixa etária	89
Tabela 14 – Percentual de segurados por escolaridade e faixa etária	91
Tabela 15 – Percentual de segurados por tempo de benefício e faixa etária	92
Tabela 16 – Motivos de desligamento – composição total da amostra	94
Tabela 17 – Encaminhamentos indevidos - por grupo CID	96
Tabela 18 – Cálculo custo do trabalho de estagiário	104
Tabela 19 – Cálculo custo do trabalho de servidor	104

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BERP	Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Código Internacional de Doença
CF	Constituição Federal
CGU	Controladoria Geral da União
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRP	Centro de Reabilitação Profissional
DIB	Data de Início do Benefício
DIESAT	Departamento Intersticial de Estudo e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
e-sic	Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão
FAPL	Formulário de Avaliação do Potencial Laboral
FAPS	Formulário de Avaliação do Potencial Socioprofissional
FARP	Formulário de Avaliação de Reabilitação Profissional
FCRP	Formulários de Conclusão da Reabilitação Profissional
FPF	Formulário da Pesquisa de Fixação
GEX	Gerência Executiva do INSS
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
INST	Instituto Nacional de Saúde no Trabalho
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MPU	Ministério Público da União
MS	Ministério da Saúde
LER/DORT	Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
NR	Norma Regulamentadora
NRP	Núcleo de Reabilitação Profissional
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoa com Deficiência
PIB	Produto Interno Bruto
PR	Profissional de Referência

PRP	Programa de Reabilitação Profissional
RP	Reabilitação Profissional
SAT	Seguro de Acidentes de Trabalho
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Objetivo e Hipóteses .....	16
1.2 Justificativa .....	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 Políticas públicas: conceitos e ciclos .....	21
2.2 O trabalho e sua promoção .....	27
2.3 Promoção a Saúde do Trabalhador .....	33
2.4 Reabilitação profissional: conceitos e estudos empíricos.....	37
2.4.1 Estudos empíricos .....	43
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	65
4 O INSS E O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL EM UBERLÂNDIA	70
4.1 O perfil do segurado submetido a reabilitação profissional .....	74
4.2 Os fatores que interferem na resolutividade da reabilitação profissional .....	82
4.3 Encaminhamentos indevidos a reabilitação profissional .....	94
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	97
5.1 A pesquisa e os resultados .....	97
5.2 Os limites da pesquisa e encaminhamentos para estudos futuros.....	101
5.3 Produtos e processos .....	103
REFERÊNCIAS .....	107

## **1 INTRODUÇÃO**

A Constituição da República de 1988 define o Brasil como um Estado Democrático de Direito. Como tal, todo poder emana do povo, que o exerce diretamente ou por seus representantes (BRASIL, 1988). Entretanto, esta fórmula jurídica quer dizer muito mais do que isso. Pretende-se que a Administração Pública brasileira se oriente no sentido de proporcionar condições para o pleno desenvolvimento das potencialidades do ser humano, em aspecto amplo: como cidadão, trabalhador e ser cultural (MARTINEZ, 2017). Neste trabalho, importa especialmente a segunda dimensão, qual seja, a do trabalhador segurado pela Previdência Social.

A Constituição traz um extenso rol de direitos sociais. No seu artigo 6º, enuncia-se que são direitos sociais a “educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

Mais adiante, no artigo 194, aquela norma jurídica define a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Com base nestas informações, infere-se que a proteção social do trabalhador é um dos pilares sobre os quais se edifica o Estado brasileiro e que há estreita ligação entre a garantia do direito ao trabalho, a promoção da saúde e a previdência pública.

Atualmente, cabe ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) concretizar as políticas públicas concernentes a previdência social (BRASIL, 1990). Até o ano de 2016, esta autarquia federal esteve ligada ao Ministério da Previdência Social. De 2016 a 2018, com a extinção daquele Ministério, passou a se vincular ao Ministério do Desenvolvimento Social e ao Ministério da Fazenda (BRASIL, 2016). Desde janeiro de 2019, está ligada ao Ministério da Economia (BRASIL, 2019).

O último Anuário Estatístico da Previdência Social (SECRETARIA DA PREVIDÊNCIA, 2017) divulgado pelo INSS é o do ano de 2017. Dentre as informações por ele trazidas, destacam-se as da Tabela 01.

Tabela 01 – Quantidade e valor de benefícios (em R\$ Mil) concedidos, por clientela, segundo os grupos de espécies - 2015/2017

	TOTAL												Clientela									
	2015		2016		2017		2015		Urbana		2016		2017		2015		Rural		2016		2017	
	Qtdade.	Valor	Qtdade.	Valor	Qtdade.	Valor	Qtdade.	Valor	Qtdade.	Valor	Qtdade.	Valor										
<b>TOTAL</b>	<b>4.344.701</b>	<b>5.038.458</b>	<b>5.132.451</b>	<b>6.700.025</b>	<b>4.995.623</b>	<b>6.843.559</b>	<b>3.546.427</b>	<b>4.408.752</b>	<b>4.245.154</b>	<b>5.917.427</b>	<b>4.104.488</b>	<b>6.006.840</b>	<b>798.274</b>	<b>629.706</b>	<b>887.297</b>	<b>782.598</b>	<b>891.135</b>	<b>836.719</b>				
<b>BENEFÍCIOS DO RGPS</b>	<b>4.065.490</b>	<b>4.817.687</b>	<b>4.784.307</b>	<b>6.392.076</b>	<b>4.669.604</b>	<b>6.536.410</b>	<b>3.267.216</b>	<b>4.187.982</b>	<b>3.897.010</b>	<b>5.609.479</b>	<b>3.778.469</b>	<b>5.699.691</b>	<b>798.274</b>	<b>629.706</b>	<b>887.297</b>	<b>782.598</b>	<b>891.135</b>	<b>836.719</b>				
<b>Previdenciários</b>	<b>3.843.040</b>	<b>4.527.981</b>	<b>4.532.396</b>	<b>6.026.152</b>	<b>4.448.953</b>	<b>6.202.592</b>	<b>3.056.564</b>	<b>3.907.398</b>	<b>3.657.717</b>	<b>5.254.441</b>	<b>3.567.876</b>	<b>5.375.018</b>	<b>786.476</b>	<b>620.582</b>	<b>874.679</b>	<b>771.711</b>	<b>881.077</b>	<b>827.573</b>				
Aposentadorias	1.058.151	1.380.508	1.263.974	1.934.253	1.391.170	2.185.008	746.877	1.134.167	938.811	1.646.520	1.045.344	1.858.990	311.274	246.342	325.163	287.734	345.826	326.018				
Tempo de Contribuição	320.460	639.702	432.033	1.002.969	470.010	1.093.514	318.996	638.321	430.407	1.001.236	468.350	1.091.632	1.464	1.381	1.626	1.733	1.660	1.882				
Idade	575.841	544.709	662.366	703.770	718.679	804.362	289.165	318.038	362.486	438.799	401.904	506.545	286.676	226.671	299.880	264.971	316.775	297.818				
Invalidez	161.850	196.098	169.575	227.515	202.481	287.132	138.716	177.808	145.918	206.485	175.090	260.813	23.134	18.290	23.657	21.030	27.391	26.319				
Pensão por Morte	365.262	443.897	410.533	558.817	400.941	579.940	248.038	351.077	284.404	447.395	274.141	460.766	117.224	92.819	126.129	111.422	126.800	119.174				
Auxílios	1.858.175	2.218.550	2.226.602	2.930.103	2.026.100	2.797.032	1.692.867	2.088.943	2.015.968	2.744.765	1.825.332	2.609.101	165.308	129.607	210.634	185.338	200.768	187.931				
Doença	1.828.337	2.192.930	2.190.808	2.895.683	1.988.169	2.759.260	1.665.934	2.064.939	1.983.708	2.712.479	1.791.509	2.573.846	162.403	127.991	207.100	183.204	196.660	185.415				
Reclusão	19.851	19.273	23.960	26.196	22.605	26.553	18.733	18.372	22.741	25.096	21.424	25.425	1.118	901	1.219	1.100	1.181	1.129				
Acidente	9.987	6.347	11.834	8.224	15.326	11.218	8.200	5.632	9.519	7.190	12.399	9.830	1.787	715	2.315	1.034	2.927	1.388				
Salário-Maternidade	561.451	485.025	631.287	602.978	630.741	640.611	368.781	333.210	418.534	415.761	423.058	446.161	192.670	151.815	212.753	187.217	207.683	194.450				
Outros	1	1	-	-	1	1	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Salário-Família	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Abono de Permanência	1	1	-	-	1	1	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Vantagem de Servidor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Acidentários</b>	<b>222.450</b>	<b>289.707</b>	<b>251.911</b>	<b>365.925</b>	<b>220.651</b>	<b>333.818</b>	<b>210.652</b>	<b>280.583</b>	<b>239.293</b>	<b>355.038</b>	<b>210.593</b>	<b>324.673</b>	<b>11.798</b>	<b>9.123</b>	<b>12.618</b>	<b>10.887</b>	<b>10.058</b>	<b>9.146</b>				
Aposentadoria por Invalidez	8.782	13.241	9.220	15.366	9.319	16.380	8.236	12.803	8.667	14.876	8.717	15.810	546	438	553	490	602	570				
Pensão por Morte	368	623	393	785	298	616	360	613	386	777	295	612	8	10	7	8	3	3				
Auxílios	213.300	275.843	242.298	349.774	211.034	316.822	202.056	267.167	230.240	339.385	201.581	308.250	11.244	8.675	12.058	10.389	9.453	8.573				
Doença	196.761	260.260	223.668	330.757	191.118	295.930	185.998	251.780	212.209	320.645	182.290	287.659	10.763	8.480	11.459	10.112	8.828	8.271				
Acidente	16.399	15.522	18.513	18.945	19.764	20.814	15.918	15.326	17.914	18.668	19.139	20.512	481	195	599	277	625	302				
Suplementar	140	61	117	72	152	79	140	61	117	72	152	79	-	-	-	-	-	-				
<b>BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS</b>	<b>279.014</b>	<b>220.362</b>	<b>347.971</b>	<b>307.576</b>	<b>325.847</b>	<b>306.750</b>	<b>279.014</b>	<b>220.362</b>	<b>347.971</b>	<b>307.576</b>	<b>325.847</b>	<b>306.750</b>	-	-	-	-	-	-				
Amparos Assistenciais	278.683	219.841	347.672	307.052	325.449	306.009	278.683	219.841	347.672	307.052	325.449	306.009	-	-	-	-	-	-				
Portador de Deficiência	136.698	108.032	182.952	161.779	168.840	158.186	136.698	108.032	182.952	161.779	168.840	158.186	-	-	-	-	-	-				
Idoso	141.985	111.808	164.720	145.272	156.609	147.822	141.985	111.808	164.720	145.272	156.609	147.822	-	-	-	-	-	-				
Pensão Mensal Vitalícia	331	521	299	524	398	742	331	521	299	524	398	742	-	-	-	-	-	-				
Rendas Mensais Vitalícias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Invalidez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
IDADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
<b>ENCARGOS UNIÃO - EPU</b>	<b>PREV.</b>	<b>197</b>	<b>409</b>	<b>173</b>	<b>372</b>	<b>172</b>	<b>399</b>	<b>197</b>	<b>409</b>	<b>173</b>	<b>372</b>	<b>172</b>	<b>399</b>	-	-	-	-	-	-			

Fonte: adaptado de Secretaria da Previdência (2017)

Ao analisar alguns dos dados supra apresentados, verifica-se que a quantidade total de benefícios aumentou em 2016, comparativamente a 2015. Rocha (2004) menciona que, em momentos de crise econômica, há um aumento da procura pelos benefícios previdenciários, que acabam servindo como uma alternativa ao desemprego.

Em 2017, contudo, houve uma redução da quantidade de benefícios concedidos. Aparentemente, as mudanças na legislação previdenciária e a revisão dos benefícios por incapacidade contribuíram para este resultado (CAVALLINI, 2018).

Apesar da redução da quantidade de benefícios entre 2016 e 2017, o valor nominal total pago aumentou ano a ano (SECRETARIA DA PREVIDÊNCIA, 2017). O motivo deste aumento é a correção anual dos valores dos benefícios previdenciários – tanto os de valor mínimo (um salário mínimo), quanto os de valores superiores.

Deve-se destacar que os números apresentados na Tabela 01 representam apenas os pagamentos feitos em cada um dos respectivos exercícios, não compreendendo desembolsos futuros.

Percebe-se também que o benefício mais concedido nos três exercícios foi o auxílio-doença não-acidentário (chamado pela Autarquia de “previdenciário”). Os benefícios acidentários (auxílio-doença e aposentadoria por invalidez) são assim chamados porque decorrem de acidentes de trabalho ou de doenças relacionadas ao trabalho. Os não-acidentários (ou “previdenciários”) tem origem em doenças não-relacionadas ao trabalho (SECRETARIA DA PREVIDÊNCIA, 2017).

Com base nos dados supramencionados, pode-se afirmar que o auxílio-doença é um dos principais benefícios previdenciários administrados pelo INSS. Por definição legal, ele é pago ao segurado que ficar temporariamente incapacitado por sua atividade habitual. No caso dos segurados empregados, os primeiros quinze dias de afastamento são pagos pelo seu empregador e, daí por diante, pela previdência social (BRASIL, 1991).

Após a estabilização do quadro de saúde do trabalhador, o INSS verifica se ainda há capacidade laborativa. Caso ele tenha se recuperado completamente, retornará ao trabalho. Se ele estiver incapaz para a função que desempenhava, mas ainda puder ser reabilitado para outra função, será submetido ao processo de reabilitação profissional. Se ele estiver incapaz para qualquer trabalho que lhe garanta a subsistência, terá direito a uma aposentadoria por invalidez (INSS, 2018).

A Lei 8.213/1991 determina que a reabilitação profissional deverá proporcionar “os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive” (BRASIL, 1991). Além de treinamentos e da

análise da possibilidade de readaptação (por exemplo, em função diferente na mesma empresa), a reabilitação profissional também compreende o fornecimento de aparelhos de prótese, órtese e instrumentos de auxílio para locomoção, sua reparação ou substituição (quando desgastados pelo uso normal ou por ocorrência estranha à vontade do beneficiário) e o transporte do acidentado do trabalho, quando necessário (BRASIL, 1991).

Nesse sentido, percebe-se que a reabilitação profissional desempenha dois papéis importantes: garante o direito ao trabalho para o segurado, promovendo a sua reintegração social e possibilita a economia com pagamentos de benefícios previdenciários.

O procedimento de reabilitação profissional envolve uma equipe multidisciplinar, formada por médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos. Cada um destes profissionais tem uma função específica e sua atuação deve ser coordenada e integrada, de tal forma que suas habilidades e experiências possibilitem um diagnóstico amplo e preciso da capacidade funcional do trabalhador. Desta forma, torna-se possível elaborar propostas de reabilitação profissional adequada para cada segurado analisado (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2018). Cada trabalhador é portador de condições de saúde, de habilidades e de experiências profissionais prévias específicas. Assim, o potencial para a reabilitação profissional é muito distinto entre eles.

O presente trabalho analisa o processo de reabilitação profissional desenvolvido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em Uberlândia no ano de 2017. Este serviço é prestado aos trabalhadores (segurados) que estão permanentemente incapazes para a atividade profissional que (até então) exerciam, mas que ainda podem ser readaptados ou requalificados para o exercício de outra.

Assim, o questionamento que norteia esta pesquisa é: em que condições o serviço de reabilitação profissional oferecido pelo INSS em Uberlândia/MG consegue reintegrar o segurado ao mercado de trabalho?

## **1.1 Objetivo e Hipóteses**

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a reabilitação profissional oferecida pelo INSS em Uberlândia em 2017 indicando o estágio atual, limites, avanços e possibilidades de melhoria.

Como objetivos específicos, elencam-se:

- a) Descrever o procedimento adotado pelo setor de reabilitação profissional do INSS;

- b) Descrever o perfil do segurado submetido a reabilitação profissional e os índices de recolocação profissional;
- c) Identificar quais fatores contribuem positivamente para que o reabilitando seja recolocado no mercado de trabalho;
- d) Correlacionar características do indivíduo, do processo e reabilitação profissional;
- e) Sugerir propostas alternativas ao processo de reabilitação profissional, se cabíveis.

A análise dos trabalhos arrolados no referencial teórico indica a importância de várias proposições. Algumas delas não podem ser abordadas nesta dissertação, em função da metodologia de pesquisa empregada e do recorte epistemológico realizado. Por isso, elas foram reunidas no item 5.2 e identificadas como limitações do presente trabalho e sugestões para pesquisas futuras.

Subtraídas estas, pretende-se confrontar as seguintes proposições:

- a) o perfil dos reabilitados é semelhante aos encontrados nos estudos empíricos de Struffaldi (1994), Gurgel (2003), Silva (2013), Varandas (2013), Cheres e outros (2013), Santos e Lopes (2015), Barros (2015), Vacaro e Pedroso (2016), Ruschel e Mirales (2018) – ou seja, segurado do sexo masculino, encaminhado pela perícia médica (e não pela via judicial), recebia auxílio-doença previdenciário (e não acidentário), afastado por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (grupo CID M), faixa etária dos 40 aos 49 anos, tempo de afastamento do trabalho médio de 5 anos, com ensino médio completo e incompleto e recebia remuneração próxima de um salário mínimo;
- b) os seguintes fatores contribuem com o sucesso da reabilitação: a natureza acidentária do afastamento, a escolaridade, a idade, o tempo de afastamento do trabalho, o sexo, a renda, motivos de afastamento do trabalho, ter realizado algum curso profissionalizante, ter sido encaminhado por decisão judicial, residir em cidade de grande porte, baixo valor do benefício ou do último salário;
- c) O percentual de resolutividade (segurados que são reabilitados) é semelhante ao encontrado por Varandas (2013): próximo de 21%, o tempo de manutenção médio no programa é de 2 anos e 8 meses e a razão entre segurados reabilitados por servidor lotado no serviço é de aproximadamente um por mês;

- d) Na presente amostra, há percentual importante de encaminhamentos incorretos;
- e) As proposições do Manual Técnico da Reabilitação Profissional (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2018, p. 12-13) se confirmam na presente amostra.

## 1.2 Justificativa

O serviço de reabilitação profissional se situa na interseção entre as áreas de saúde e de previdência social. Dirige-se ao trabalhador que se encontra em situação de extrema vulnerabilidade social: busca nova qualificação profissional para voltar ao mercado de trabalho, ainda com as marcas da enfermidade que o incapacitou para sua ocupação anterior (INSS, 2018).

Bem conduzida, a reabilitação profissional pode promover a reinclusão social do trabalhador. Nessa senda, deve-se lembrar que o trabalho representa importante papel de identificação pessoal e social – *status* social, rede de relacionamentos pessoais, familiares e profissionais (LANCMAN; SZNELWAR; DÉJOURS, 2004).

Entretanto, como quase todos os serviços públicos oferecidos no Brasil, a reabilitação profissional parece carecer de instrumentos de gestão mais adequados e eficientes, bem como de estrutura e de pessoal suficientes para atender a demanda.

No primeiro ano de mestrado deste pesquisador, em desenvolvimento de trabalhos relacionados a algumas disciplinas e até mesmo na busca e amadurecimento pelo projeto de pesquisa, deparou-se com ausência e fragilidade nas informações disponibilizadas pelo Setor de Reabilitação Profissional do INSS em Uberlândia/MG. Notou-se que não há critérios de avaliação da efetividade (aqui entendida como o retorno do segurado ao mercado de trabalho, com condições semelhantes de trabalho e de renda) do processo de reabilitação profissional. Além disso, todas as informações sensíveis para a elaboração de um diagnóstico da situação estão esparsas e precisam ser extraídas manualmente dos autos de cada processo físico (não há uma base de dados em formato eletrônico).

Assim, uma das contribuições práticas do trabalho foi a melhor compreensão de todo o processo e de seus pontos de estrangulamento, bem como do perfil básico do segurado. Se bem elaborado, o diagnóstico ora proposto pode orientar a formulação de políticas públicas ligadas às áreas de saúde, de previdência e de emprego.

Outra contribuição prática foi correlacionar características do indivíduo, do processo e do resultado final da reabilitação profissional (ou seja, se o segurado foi recolocado no

mercado de trabalho em condições semelhantes de trabalho e de renda). Com isso, possibilita-se a avaliação da política pública da reabilitação profissional.

A reabilitação profissional é um serviço oferecido pelo INSS em todo o território nacional (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2018). As ferramentas de gestão sugeridas na pesquisa (confecção de base de dados eletrônica e análises estatísticas descritivas) são de baixo custo, pouca complexidade e fácil implementação. Por isso, o presente estudo apresenta elevada aptidão para sua replicação em grande escala. Na seção 5.3 estão explicitados os custos aproximados de implantação do modelo estatístico na Agência da Previdência Social em Uberlândia/MG.

Foi realizada uma revisão bibliográfica dos trabalhos publicados sobre políticas públicas (em geral e de saúde do trabalhador em específico), sobre o papel do trabalho (intensificação da exploração e socialização dos custos do adoecimento do trabalhador) e sobre a reabilitação profissional. A partir destes estudos, foi possível identificar que havia uma lacuna a ser preenchida. De fato, os trabalhos não faziam qualquer referência ao prognóstico de reabilitação profissional contido no Manual Técnico da Reabilitação Profissional (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2018). Por isso, jamais confrontaram a realidade dos resultados da reabilitação profissional com as suas previsões. Assim, o trabalho adiciona uma contribuição teórica.

Uma contribuição social do trabalho é a construção de um elemento básico para a melhoria da qualidade do serviço de reabilitação profissional, atendendo mais segurados e de uma forma mais eficiente e mais digna, com os mesmos (sempre escassos) recursos materiais e financeiros disponíveis.

O tema está relacionado diretamente com a atuação profissional do pesquisador, como membro da carreira de procurador federal da Advocacia Geral da União. Na rotina da representação judicial do Instituto Nacional do Seguro Social, lida diariamente com demandas em que são pleiteados benefícios previdenciários como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. Dentre as questões debatidas nestes processos judiciais, está a possibilidade de o trabalhador adoecido ser readaptado (voltar ao mesmo trabalho, mas com algumas alterações em sua rotina) ou reabilitado para outra função.

Por fim, merece destaque a pertinência do presente trabalho aos objetivos do Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Uberlândia, a saber:

Art. 4º O PPGGO tem os seguintes objetivos:  
(...)

II - atuar com foco em problemas práticos na produção de material intelectual/tecnológico, no âmbito da gestão organizacional de modo a contribuir com o desenvolvimento das organizações em suas diversas funções.

Além da presente Introdução, a estrutura do trabalho será composta por Referencial Teórico, Procedimentos Metodológicos e Referências.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico pavimenta o caminho da pesquisa de campo. Este trabalho de pesquisa é da área de ciências sociais aplicadas e tem por pano de fundo a análise de política pública de saúde, trabalho e previdência social. Assim, faz-se importante recordar conceitos iniciais sobre políticas públicas e seus ciclos para, em seguida, refletir sobre as categorias trabalho, saúde e reabilitação profissional.

### **2.1 Políticas públicas: conceitos e ciclos**

Neste momento, calha destacar conceitos sobre políticas públicas, bem como seus ciclos.

Uma reflexão crítica importante que acompanha este trabalho é a distinção entre duas faces da política pública. A primeira é o planejamento (aparentemente) racional e neutro realizado pelo Estado (*policy*). A segunda, a que sofre as interferências dos diversos atores políticos visando a defesa de seus interesses (*politics*). Rua (2009) adverte que o idioma português abarca os significados das duas palavras sob o termo “política”. Contudo, há diferença conceitual importante para a presente pesquisa.

Suponha-se que um determinado grupo de interesse comece a fazer manifestações públicas em favor de uma determinada reivindicação. Posteriormente, organizam-se em grupos menores e começam a visitar gabinetes de parlamentares, solicitando seu apoio. Sensibilizados, os parlamentares incorporam as reivindicações a seus discursos e buscam o apoio de outros colegas. As lideranças do governo no Congresso relatam estas discussões ao Poder Executivo, que constitui grupo de trabalho para elaborar proposta de lei para regulamentar a matéria. No governo, há disputa entre atores para determinar a composição deste grupo – que, de alguma forma, influencia no resultado dos estudos. A proposta elaborada é encaminhada para discussão com os parlamentares.

Todo o processo descrito no parágrafo anterior expressa o conteúdo conceitual da palavra *politics*, qual seja, o amadurecimento das discussões, o fortalecimento e a reformulação de concepções e o encaminhamento de deliberações para que se estabeleça uma fórmula de consenso entre os interesses – porém, sem gerar novos conflitos com outros atores sociais (RUA, 2009).

Por outro lado, o termo *policy* se refere a “formulação de propostas, tomada de decisões e sua implementação por organizações públicas” (RUA, 2009, p. 19). Se várias

decisões governamentais se organizam estrategicamente para a consecução de um determinado objetivo, estamos diante de uma política pública. Assim, estabelecer um novo imposto é uma decisão política, mas a reforma tributária é uma política pública (RUA, 2009).

Desta forma, o termo *policy* parece ser mais adequado aos propósitos da presente pesquisa.

Prosseguindo, Saravia (2006) ensina que políticas públicas são um conjunto de decisões públicas organizadas e destinadas a manutenção ou modificação da realidade de um ou vários setores da vida social, mediante a eleição de objetivos e destinação de recursos (materiais e humanos).

É importante observar que a dimensão pública de uma política é dada não pelo tamanho do agregado social (grandes ou pequenos grupos) sobre o qual ela incide, mas pelo seu caráter jurídico imperativo. Uma das suas características centrais é o fato de que são decisões e ações revestidas do poder “extroverso e da autoridade soberana do poder público” (RUA, 2009, p. 21).

Apresentados os conceitos iniciais de políticas públicas, importa tratar dos seus ciclos.

Embora a literatura especializada exponha diversas definições, parece adequado empregar neste trabalho o paradigma que identifica o ciclo de políticas públicas como esquema visual e interpretativo do processo de elaboração de políticas públicas (SARAVIA, 2006; RUA, 2009; SECCHI, 2013).

Há alguma divergência entre os autores a respeito da quantidade de fases que integram o ciclo, bem como de sua exata denominação. Embora tal discussão tenha sua importância acadêmica, para os fins da presente pesquisa, é suficiente falar em sete fases principais: identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção (SECCHI, 2013).

É de se ressaltar que se trata verdadeiramente de um esquema interpretativo, de natureza didática. As políticas públicas se dão em um ambiente de intensa competição, marcado por disputas de poder entre diversos atores do Estado e da sociedade. Assim, na prática, nem sempre estas fases se apresentam de forma estanque, nem são tão facilmente identificadas (RUA, 2009; SECCHI, 2013).

A primeira fase decorre da diferença entre um estado de coisas atual e real e uma situação imaginada ou pretendida como a ideal. Este descompasso pode surgir de forma súbita (como em uma catástrofe natural), progressivamente (como a piora no fluxo de trânsito de uma grande cidade) ou até mesmo existir há muito tempo, mas não ter recebido atenção suficiente (como a favelização). Em qualquer das situações, o problema só “surge”, de fato, a

partir do momento em que é reputado como relevante por muitos atores políticos relevantes (partidos políticos, agentes políticos, organizações não-governamentais, dentre outros) (SECCHI, 2013).

A identificação de problemas varia de acordo com a forma de sua evidenciação (tal como uma crise momentânea ou uma série de informações organizadas em indicadores e estatísticas), da proposição das políticas (que usualmente já são expostas por determinadas organizações, como organizações que defendem a reforma da previdência, por exemplo) e do fluxo da política (estado das disputas interpartidárias e eleitorais) (RUA, 2009).

Percebido o problema, passa-se a sua delimitação, enunciando sinteticamente sua essência, suas causas, possíveis soluções, empecilhos. Um problema público somente é assim percebido se for possível elaborar alguma espécie de solução (total ou parcial) para ele (SECCHI, 2013).

A etapa da elaboração da agenda consiste na organização dos diferentes problemas públicos. Dependendo do ator político que a desenvolva, pode consistir em um programa de governo, um planejamento orçamentário ou uma lista de assuntos que interesse a um grupo editorial. Esta última é a agenda da mídia, que tem grande poder de influenciar a opinião pública em geral e, por isso, habitualmente recebe maior atenção dos governantes (SECCHI, 2013).

Rua (2009) lembra que a elaboração de agendas públicas deriva de um processo em que competem vários atores, governamentais e não-governamentais, visíveis (como o Presidente da República e seus ministros) e invisíveis (a exemplo de assessores legislativos e *lobbies*). Assim, a depender do nível de influência de cada grupo de pressão, suas aspirações receberão maior ou menor atenção.

Como se trata de percepções (inter)subjetivas de situações concretas, as agendas oscilam ao longo do tempo e os temas ganham e perdem importância sucessivamente. Para continuar frequentando uma agenda, um problema deve receber suficiente atenção de um grupo diverso de atores, ser reputado como solucionável e estar dentro da alçada de competência atribuída a uma determinada autoridade pública (SECCHI, 2013).

Deve-se lembrar que alguns autores reúnem a primeira e a segunda fase em uma única, que compreenderia a identificação de um problema como público e o progressivo aumento das discussões a seu respeito (RUA, 2009).

A terceira etapa é a de formulação de alternativas. Envolve o estabelecimento de objetivos (mais gerais ou mais específicos) e a elaboração de estratégias, combinada com a

avaliação de custos e benefícios de cada uma. Nesta etapa o tomador de decisão define quais conflitos quer enfrentar (SECCHI, 2013).

Podem-se apresentar três modelos de análise deste processo.

O modelo da política racional define os órgãos governamentais e os tomadores de decisão como uma entidade única, homogênea, monolítica e racional. Assim, todos os agentes concentram todos os seus esforços para elaborar a solução mais perfeita para o problema examinado (RUA, 2009).

Já o modelo organizacional coloca em evidência que o Estado e o governo são constelações de organizações distintas, com estruturas e culturas organizacionais próprias. A percepção dos problemas públicos é captada por sensores destas organizações e as soluções são resultado dos procedimentos operacionais já padronizados (RUA, 2009).

Por fim, há o modelo da política burocrática, que rejeita a racionalidade pura e reconhece que os atores políticos são dotados de interesses próprios e frequentemente conflitantes. Assim, para formular as alternativas viáveis, é essencial compreender qual interesse está em jogo para cada um dos atores envolvidos (RUA, 2009).

O estabelecimento de objetivos mais específicos (por exemplo, a redução em 20% da mortalidade infantil) facilita a avaliação da eficácia da política pública. Por este mesmo motivo, pode ser tecnicamente custoso (há variáveis qualitativas difíceis de mensurar) ou politicamente inoportuno (até mesmo insuportável) ao se enfrentar problemas de difícil solução e com baixas possibilidades de sucesso (SECCHI, 2013).

Em geral, o tomador de decisão tem a sua disposição quatro espécies de estratégias de intervenção: premiação (estimulando comportamentos desejáveis), coerção (usando a força física ou jurídica para desestimular condutas indesejáveis), conscientização (apelo ao senso moral) e soluções técnicas (como pintar a fachada de imóveis de uma região com uma tinta repelente a pichações) (SECCHI, 2013).

Já para avaliar a eficácia das alternativas, lança-se mão de projeções, quando há dados passados ou atuais para avaliar o setor da política pública em questão ou outro que lhe seja similar; de previsões, ao empregar teorias ou modelos interpretativos consolidados e aceitos para prever resultados; e conjecturas, que valorizam a experiência prática dos profissionais de linha de frente de atuação (os *street level bureaucrats*), que compreendem bem determinadas nuances da administração pública (SECCHI, 2013).

Rua (2009) lembra que a etapa de elaboração de alternativas deixa em evidência o maior ou menor poder político de cada grupo de atores públicos. Isto porque cada proposta

expressa interesses diversos e a decisão a ser tomada deverá expressar uma forma de equilíbrio (mas não necessariamente de isonomia) entre eles.

A tomada de decisão é a quarta etapa e aquela em que são explicitados os objetivos e as estratégias escolhidas para enfrentar o problema público. A dinâmica entre os problemas e as soluções é explicada com base em três modelos: identificam-se os problemas e se corre atrás de soluções; ajustam-se soluções aos problemas e problemas às soluções, sucessivamente; o tomador de decisões já detém as soluções e luta para inflar um problema na opinião pública (SECCHI, 2013).

O primeiro modelo se baseia em uma lógica essencialmente racionalista, absoluta ou limitada, que envolve a análise profunda e o cálculo detalhado de todos os custos e alternativas ideais (racionalidade absoluta) ou possíveis (racionalidade limitada) (SECCHI, 2013).

O segundo paradigma se baseia no método incremental. Envolve o entendimento de que problemas e soluções são criados e lapidados simultânea e continuamente durante o processo decisório, que decisões presentes são comumente consequências de decisões passadas e que há fatores políticos (interesses dos atores envolvidos) que interferem no conteúdo da decisão (SECCHI, 2013).

Por fim, o modelo dos fluxos múltiplos compreende que a tomada de decisão é resultado da confluência de diversos fatores não diretamente relacionados e que o correto alinhamento dentre eles gera uma janela de oportunidade para a solução de um problema público (SECCHI, 2013).

Rua (2009) esclarece que a tomada de decisão se restringe ao núcleo da política pública em questão e não a todas as decisões políticas que lhe concernem. Caso se trate de uma questão com alto grau de consenso, este núcleo será mais abrangente. Entretanto, se se tratar de questão conflituosa, complexa ou que exija grande profundidade de conhecimentos, a tomada de decisão incidirá sobre uma gama mais restrita de aspectos.

A quinta etapa é a da implementação da política pública. Nesta fase, são colocadas em prática as soluções escolhidas pelos tomadores de decisão, que passam a gerar efeitos concretos na realidade social. Aqui, importa tentar visualizar as rotinas, procedimentos e eventuais obstáculos a serem superados, bem como detectar eventuais falhas nas etapas anteriores – tais como, objetivos mal formulados e expectativas irrealis (SECCHI, 2013).

Agora, as decisões deixam de ser intenções e passam a ser intervenções, pois se referem a rotinas executivas das organizações envolvidas na política pública (RUA, 2009). É nesta fase que a administração pública realmente é posta a prova, pois tem que demonstrar sua

capacidade de transformar intenções políticas em ações concretas (SECCHI, 2013). Exatamente por este motivo, a etapa da implementação é acompanhada por um monitoramento dos processos adotados e dos resultados preliminares (RUA, 2009).

O estudo desta fase pode se concentrar no processo em si mesmo (pesquisa de implementação, de natureza essencialmente descritiva) ou nas causas de falhas e acertos (pesquisa de avaliação, prescritiva). A partir disso, sugerem-se dois modelos de análise (SECCHI, 2013).

O primeiro é o de cima para baixo (*top-down*) e ressalta a separação entre tomadores de decisão (os políticos) e implementadores (administração) e enuncia que, se os objetivos estão clara e coerentemente enunciados, as falhas de implementação são de responsabilidade dos agentes (SECCHI, 2013).

Após as críticas a este modelo, que deslocava a culpa (*blameshifting*), elaborou-se o modelo de baixo para cima (*bottom-up*), que atribui aos agentes maior liberdade de organização e de modelação da implementação das políticas públicas. Estas alterações são posteriormente chanceladas pelos tomadores de decisão (SECCHI, 2013).

Secchi (2013) ensina que a etapa de avaliação dos resultados verifica a pertinência entre as estratégias de implementação e os objetivos (avaliação *ex ante*) ou o (in)sucesso dos projetos implementados (avaliação *ex post*). Segundo Rua (2009) esta etapa se destina a informar os tomadores de decisão a respeito dos ajustes necessários. Saravia (2006) lembra que a preocupação com a avaliação dos resultados surgiu no período subsequente à Segunda Guerra Mundial, para discutir os custos e vantagens das políticas sociais adotadas no esforço de reconstrução.

Para bem avaliar os resultados, é necessária a definição de critérios, indicadores e padrões.

Os principais critérios são economicidade (nível de utilização de recursos), eficiência econômica (relação entre *inputs* e *outputs*), eficiência administrativa (nível de conformidade a prescrições estabelecidas), eficácia (nível do atingimento de metas) e equidade (razão da homogeneidade dos benefícios ou das punições distribuídos). Daí, entende-se que a avaliação pode ressaltar aspectos jurídicos (tais como a conformidade da política com a legislação), técnicos (como seu nível de eficácia) ou políticos (como o nível de envolvimento dos destinatários na elaboração da política, a legitimidade deste processo ou a percepção dos destinatários) (SECCHI, 2013).

Os indicadores são artifícios usados para medir *inputs* (quantidade de recursos materiais, financeiros e humanos), *outputs* (produtividade do serviço) e resultados

(capacidade de resolução ou de mitigação do problema sobre os destinatários) (SECCHI, 2013).

Por fim, a utilização de padrões permite uma razão comparativa entre os indicadores e pode se apresentar sob a forma absoluta (metas estabelecidas antes da implementação), histórica (valores alcançados no passado e organizados periodicamente) ou normativa (metas estabelecidas com base em um cenário ideal) (SECCHI, 2013).

A avaliação dos resultados permitirá o juízo sobre a continuação da política pública nos mesmos moldes, a sua reformulação parcial ou a sua extinção. Apesar disso, é difícil elaborar avaliações completas e significativas, seja pelos custos (materiais, financeiros e humanos) envolvidos, pela má definição dos objetivos ou pela interferência de outros fatores, que não a política pública, no resultado almejado (multicausalidade). Também se deve ressaltar o desvirtuamento da apresentação das avaliações (por exemplo, para propósitos político-partidários) e o tempo de maturação de uma política pública (SECCHI, 2013).

Rua (2009) aponta que a análise de política tem origem nos anos 1960. Nessa época, os formuladores de políticas públicas se dão conta da complexidade crescente dos problemas públicos enfrentados. Ao mesmo tempo, aumenta o interesse dos pesquisadores acadêmicos das áreas de ciências sociais sobre temas relacionados às políticas públicas. Nesse sentido, pode-se falar em *analysis of policy*, em formato essencialmente descritivo, voltada ao melhor entendimento do processo político e em *analysis for policy*, de caráter prescritivo, destinada a apoiar as tomadas de decisões.

A última fase do ciclo é a extinção da política pública. Ela pode se dar pela percepção de que o problema público foi resolvido, perdeu sua importância ou de que o programa é ineficaz. Não obstante, a extinção pode ser obstacularizada pela alta conflituosidade entre financiadores e beneficiários, pelo poder político de grupos organizados de beneficiários, pela inércia institucional e pela falta de atores políticos interessados em sua extinção (SECCHI, 2013).

Apresentados os conceitos de políticas públicas e de seus ciclos, as próximas seções abordarão de forma mais detida as políticas públicas voltadas ao trabalho e à saúde do trabalhador.

## **2.2 O trabalho e sua promoção**

O significado do trabalho é construído histórica e culturalmente. De fato, se algumas sociedades o consideravam um meio de tortura (daí, a etimologia *tripalium*, um instrumento

de tortura constituído por três pedaços de madeira), hodiernamente é reputado como uma atividade que dignifica o homem (FARIAS, 2013).

Lancman, Barros e Jardim (2016) também sinalizam que o conceito de trabalho é complexo e seu sentido varia ao longo do tempo e de uma sociedade para outra. Acrescentam, ainda, que a definição de trabalho é multidimensional, de tal sorte que diferentes áreas do conhecimento têm a contribuir para a exata compreensão do fenômeno social e que nenhuma delas tem o monopólio deste objeto.

A história fala de sociedades que conheceram a escravidão, em que o trabalhador era objeto de direitos (coisa) e não titular de direitos (pessoa). Em seguida, com a servidão, o trabalhador passa a ser visto como pessoa, embora com pouquíssima liberdade. Após esse período, apresentaram-se as corporações, nas quais os trabalhadores deviam respeito ao mestre. Nesses cenários de absoluta desregulamentação, doenças e mortes eram cotidianas e, assim mesmo, associadas aos riscos normais do desempenho do trabalho (FARIAS, 2013).

Com a Revolução Industrial, a relação do trabalhador com a máquina era desprovida de treinamento e de aperfeiçoamento profissional. A destreza se adquiria com o hábito e a experiência diária, o que colocava em risco o próprio operário. Com o tempo, as taxas de adoecimentos e de óbitos se tornaram insustentáveis. Surgiram, então, as primeiras regras visando a proteção dos trabalhadores, tanto no sentido humano, quanto no social e jurídico (FARIAS, 2013).

Cheres e outros (2013) apontam que o trabalho é essencial a própria essência humana. A partir de sua capacidade de raciocinar e acumular conhecimentos, o homem vence as vicissitudes impostas pela natureza e garante a sua própria subsistência. Este agir consciente permite que se realizem mudanças no mundo externo (no objeto a ser transformado) e também no mundo interior, na subjetividade dos indivíduos, que em si descobrem novas capacidades e qualidades.

Para além de uma referência econômica, o ato de trabalhar é também uma referência psicológica, cultural e simbolicamente dominante. É fundante da atividade humana e ocupa lugar central na vida (CASTEL, 1998).

Assim, antes de debater as políticas públicas de promoção do trabalho e o próprio processo de adoecimento do trabalhador, afigura-se indispensável problematizar o conceito de trabalho, alçando-o a uma verdadeira categoria de análise (PEREIRA, 2013).

Para atingir este objetivo, é importante lançar mão da teorização de Karl Marx. Para ele, o trabalho é um processo pelo qual o homem intervém na natureza. Ao colocar em movimento as forças naturais do seu corpo, o homem se apropria dos recursos da natureza,

imprimindo-lhes forma útil a alguma necessidade humana. Esse agir humano é, por isso, qualitativamente superior a intervenção que os animais realizam na natureza. Assim, o trabalho é a categoria fundante do ser social, prioritária para que as relações sociais existam (LOMBARDI, 2011).

Embora todos os animais interfiram na realidade da natureza que lhe é exterior, apenas o trabalho humano como ser social remete sempre para além das necessidades biológicas (PEREIRA, 2013).

Modificar a natureza por meio de seu trabalho é a própria essência do homem. E, ao fazê-lo, o homem modifica a si mesmo, sua consciência e sua forma material de viver. A acumulação destas experiências, conhecimentos e interações transforma as condições materiais de viver ao longo da história. Por isso, os diferentes estágios da humanidade podem ser diferenciados pelos desenvolvimentos das forças produtivas. Ainda que os objetos feitos sejam semelhantes ao longo da história, os instrumentos que se utilizaram para manipular os materiais indicam o estágio evolutivo das sociedades a eles correspondentes (LOMBARDI, 2011).

Duarte e Prado (2016) concordam que o elemento que distingue o trabalho nas diferentes épocas não é o que se produz, mas como se produz - quem produz, quem se apropria e como se distribui o que é produzido.

Com esteio nessas concepções, Pereira (2013) nega que o trabalhador adoce porque o trabalho em si é nocivo para quem o executa. Isto porque, em verdade, o trabalho é a forma originária do ser social.

O entendimento atual deste pesquisador é de que o adoecimento é consequência das condições adversas em que o trabalho é prestado e que estas circunstâncias, em grande parte, decorrem da intensificação da exploração do trabalho.

Esta concepção permite realçar a importância do trabalho e sua influência em todos os âmbitos da vida humana. Compreender sua centralidade na organização social e psíquica dos indivíduos permite, ainda, compreender o tempo do não-trabalho e de que forma se identifica uma vida como de boa qualidade (LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016).

Assim compreendido, o trabalho é mais do que a simples busca pela remuneração ou, em última análise, pela subsistência. Há também o reconhecimento social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de pertinência a grupos, de participação e de acesso a certos direitos sociais (LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016).

Ainda há que se ressaltar a função psíquica do trabalho: um pilar na constituição do sujeito e da sua rede de significados. Experiências e reflexões como reconhecimento,

gratificação e emprego da inteligência estão diretamente conectados com a constituição da identidade e da subjetividade (LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016).

Esta constatação é explicitada no estudo de Souza e Queiróz (2018). As autoras notaram que a grande maioria do grupo de reabilitados por elas estudado era de homens. Para estes, o processo de adoecimento e de busca pela recuperação da capacidade laborativa era marcado por intensa culpabilização pessoal, por não conseguir desempenhar o papel de provedor da família – com reflexos na sua noção de virilidade. Contudo, na maioria das vezes, esse sofrimento não desencadeia uma reflexão sobre as condições de trabalho a que eles estavam submetidos, nem sobre as relações de exploração e de poder.

Duarte e Prado (2016) lembram que o capitalismo tem como característica a ocorrência sucessiva de crises – decorrentes da lei geral de acumulação e de concentração de capitais. Nesses momentos, há uma intensa busca por recuperação produtiva e de domínio societal. Via de regra, também se intensifica a exploração do trabalhador (ANTUNES, 2015).

A este respeito, é simbólica a Crise de 1929, bem como as medidas implementadas para debelar suas consequências. Naquela ocasião, as políticas públicas consistiram em incentivar a expansão da produção e do consumo (binômio fordismo/keynesianismo). Como consequência, aumentaram a taxa de empregos e a abrangência das políticas sociais – como forma de recomposição das forças produtivas provocadas pela Segunda Guerra Mundial (DUARTE; PRADO, 2016).

Este modelo gerou um crescimento sem precedentes do capitalismo. Porém, ele se esgotou e uma nova crise se instaurou a partir da década de 1970. Desta feita, a situação recomendava medidas distintas: as ferramentas neoliberais restrinham as políticas sociais (DUARTE; PRADO, 2016). Baseadas no Estado mínimo de direito e mercado máximo, as medidas neoliberais ameaçam constantemente os direitos trabalhistas que já haviam se incorporado ao patrimônio jurídico do trabalhador. Este movimento está profundamente relacionado à precarização das condições de trabalho e contribui decisivamente para a deterioração do processo saúde-doença desse mesmo trabalhador, vulnerável às crises do capital (SOUZA; QUEIRÓZ, 2018).

Estes fatos históricos permitem concluir que diante da crise, os estados capitalistas intervêm no Direito e na Economia para impedir a redução radical das taxas de lucros. O Estado, assim, é o principal meio pelo qual se serve o modo de produção capitalista para a sua renovação sucessiva e constante (DUARTE; PRADO, 2016).

Nesse contexto, a mundialização do capital impõe novos arranjos a organização do trabalho. A intensificação da exploração do trabalho se expressa em novas figuras como

subemprego, desemprego estrutural, terceirizações e subcontratações. No dia-a-dia das relações de trabalho, aprofundam-se as situações de concorrência, competição, assédio moral, captura da subjetividade dos trabalhadores, para além do ambiente de trabalho e o discurso participacionista, de integração, colaboração, o que acaba por influenciar a anulação da liberdade humana (ANTUNES; ALVES, 2004).

O processo de globalização (ou de internacionalização do capital) gera a reestruturação e a reorganização das cadeias produtivas. No mundo do trabalho, este movimento intensifica a precarização, com a desregulamentação e a perda de direitos trabalhistas e sociais, com a legalização dos contratos temporários e com o aumento da informalidade. Intensificam-se as atividades e jornadas de trabalho, acumulam-se funções, há maior exposição a fatores de riscos para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção a saúde e a segurança, rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego – atribuída ao destino, a economia, ao mercado, ou as relações sistêmicas. Como consequências, aumentam a exclusão social e a incidência de doenças – diretamente ligadas ao trabalho ou não (FARIAS, 2013).

As mudanças na forma de se trabalhar influenciam nos perfis de desgaste e de adoecimento no trabalho, aumentam os afastamentos e dificultam os processos de retorno ao trabalho. No mesmo sentido, aumentam-se os custos dos adoecimentos para os sistemas previdenciário e produtivo e, obviamente, para os próprios trabalhadores (LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016). Além disso, vem ocorrendo repercussões significativas para os relacionamentos humanos, para a subjetividade e para a psicogênese em geral (BIANCHESSI, 2014).

Curiosamente, a globalização prometia maior qualidade de vida e justiça social, em virtude da maior aproximação dos países e dos povos (CHERES et al, 2013).

As muitas transformações no mundo do trabalho atingiram centralmente os países capitalistas desenvolvidos. Contudo, também houve intensas repercussões nos países em desenvolvimento, especialmente nos intermediários e dotados de um parque industrial significativo, como é o caso do Brasil (BREGALDA, 2016).

Durante a década de 1990, houve uma intensa reestruturação produtiva no setor industrial e de serviços. Regida pela nova divisão internacional do trabalho, exigiram-se mutações na organização da produção e na sua distribuição territorial. A automação, a robótica e a microeletrônica, desenvolvidas dentro de um quadro recessivo intensificado, ocasionaram a demissão de grandes contingentes de operários. Agravando a situação, as medidas de flexibilização, desregulamentação e privatização acelerada encontraram forte

repercussão no neoliberalismo da gestão federal do final da década de 1980 e início da de 1990 (ANTUNES, 2015).

Ampliaram-se as modalidades desregulamentadas de trabalho, que estão imunes (ou simplesmente burlam) a legislação trabalhista. Além dos grandes contingentes de trabalhadores que passam da condição de assalariados (com carteira de trabalho assinada) a autônomos, a partir dos anos de 1990, aumentaram as empresas de terceirização e locadoras de mão de obra (BREGALDA, 2016).

Se é perturbadora a situação dos que não trabalham, não é melhor a dos que trabalham – constantemente ameaçados de estar aquém do patamar que lhes permita uma autonomia mínima, com ocupações instáveis, sazonais, intermitentes, salários reduzidos e menor cobertura dos direitos sociais (CASTEL, 2009).

Nos últimos anos, as aprovações das Leis da Terceirização (Lei 13.429/2017) e da Reforma Trabalhista (Lei 13.467/2017) simbolizaram a insegurança quanto ao futuro dos direitos trabalhistas e das relações de trabalho, inclusive no que se refere a saúde do trabalhador (BRASIL, 2017a, BRASIL, 2017b, SOUZA; QUEIRÓZ, 2018).

É diante desse quadro que se coloca, em xeque, a elaboração das políticas públicas de promoção do trabalho, especialmente os aspectos relacionados ao retorno e permanência no trabalho – uma das etapas mais frágeis das políticas públicas em saúde do trabalhador (LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016).

O trabalho não conduz inexoravelmente ao sofrimento e ao adoecimento. O trabalho e as relações que nele se originam não são neutras, mas são espaço de integração social. Uma alteração de paradigma permite que ele se torne fonte de prazer e de desenvolvimento psicossocial do indivíduo. Compartilhando experiências e se projetando em atividades que superam o interesse individual, o trabalhador pode atingir *status* social e identidade profissional e social que o integram a um número maior de redes sociais (LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016). Nesse sentido:

Trabalhar significa pensar, conviver, agir, construir-se a si próprio e confrontar-se perante o mundo. O sofrimento engendrado pelo trabalho é inerente a esse processo de confronto identitário e não será necessariamente patológico, ao contrário, dependendo das condições que o trabalhador tem de superá-lo poderá ser fator de crescimento e de desenvolvimento psíquico. Trabalhar pode promover o equilíbrio psíquico, a identificação com aquilo que se faz, a realização de si, porque é um meio essencial para a busca do sentido. Em suma, o trabalho é elemento central na construção da saúde. Isto reforça a ideia que o conceito de saúde deve ser entendido como processo, que perdura ao longo da vida e, que está relacionado com as possibilidades que o sujeito tem para agir no mundo, isto é, as possibilidades que cada um tem para construir, no seu meio social e nos coletivos onde vive, a sua vida (LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016, p. 103).

As políticas públicas devem levar em consideração a situação do desemprego estrutural – pessoas que tem capacidade laborativa, mas não existe trabalho para eles. Trata-se de capturados entre a obrigação de trabalhar e a impossibilidade de fazê-lo segundo as formas legalmente admitidas (CASTEL, 1998).

Especificamente a respeito das políticas públicas de reabilitação profissional, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) enuncia que seu objetivo é permitir que o sujeito com incapacidade obtenha, conserve um emprego e nele progrida, promovendo assim a sua reintegração social (BREGALDA, 2016).

O principal desafio da reabilitação profissional é a oposição entre a necessidade de colocação de pessoas com incapacidade e as demandas das empresas. Diante do que foi exposto antes, percebe-se que o mercado de trabalho requer qualificações inatingíveis por boa parte da população em geral – o que se dirá, então, pelas pessoas consideradas incapazes (CRUZ; CANAL, 2013).

São possíveis duas espécies de intervenção. Segundo o modelo biomédico mais frequentemente utilizado, deve-se aumentar a capacidade das pessoas. Segundo o modelo social da deficiência e da análise da atividade, ainda não consagrado na prática, deve-se ajustar a demanda das tarefas (CRUZ; CANAL, 2013).

Diante deste quadro, Pereira (2013) indica que a reabilitação profissional do INSS tem sido utilizada para atender mais aos interesses do capital e da Previdência do que aos do trabalhador.

O presente trabalho verificou se a amostra estudada espelha esta situação.

### **2.3 Promoção à Saúde do Trabalhador**

Antes de abordar diretamente as políticas públicas de saúde do trabalhador, é necessário estabelecer uma breve digressão sobre os termos “saúde do trabalhador”, “saúde ocupacional” e “saúde do trabalho”. Mais do que do que simples definições conceituais, trata-se de uma verdadeira disputa político-ideológica a propósito do modelo de intervenção (LAROTTA e outros, 2019).

A primeira metade do século XIX marca o início da Medicina do Trabalho. O enfoque era, então essencialmente biológico e individual, restrita ao ambiente fabril, com o escopo de isolar riscos e tratar suas consequências (CARVALHO, 2018).

A evolução constante dos processos produtivos evidenciou a necessidade de superação desse modelo. A segunda metade do século XX viu o surgimento da saúde ocupacional. Esta abordagem considera a contribuição de múltiplos fatores de risco na produção da doença. Regulamentam-se os procedimentos de trabalho reputados como seguros e se estabelece a obrigatoriedade de equipamentos de proteção individual (CARVALHO, 2018). Passa-se a utilizar conhecimentos multidisciplinares – além do profissional médico, o engenheiro, o profissional da higiene industrial e o da Ergonomia (LA-ROTTA e outros, 2019).

Contudo, os agentes etiológicos são compreendidos como inerentes aos processos produtivos – o que faz incorrer nas mesmas restrições da medicina do trabalho. À míngua de sistematização das proposições e de adequada formação profissional, a saúde ocupacional também falha em seus objetivos (CARVALHO, 2018 e LA-ROTTA e outros, 2019).

Entre os anos 1960 e 1970, o fortalecimento dos sindicatos dos trabalhadores químicos, de petróleos e de energia atômica nos EUA levam a elevação do trabalhador como protagonista de seu próprio cuidado e saúde. É aí que se começa a empregar o termo “saúde do trabalhador” (LA-ROTTA e outros, 2019).

Esta mudança de perspectiva tem dois pilares. O primeiro, de que o trabalhador detém conhecimentos acerca do processo produtivo (especialmente do desgaste por ele causado ao seu organismo), que devem ser a base para uma consciência crítica das relações saúde-trabalho. O segundo, de que o trabalhador organizado em entidades representativas é capaz de reorganizar o trabalho, adequando-o ao homem e não ao lucro (LA-ROTTA e outros, 2019).

Nesse sentido, o termo “saúde do trabalhador” parece o mais adequado a análise aqui proposta.

Prosseguindo, deve-se ressaltar que os direitos sociais em geral e o à saúde, especificamente, são frutos de lutas históricas, travadas a partir do surgimento da classe operária industrial. Obviamente, esta luta ganha ainda maior importância diante da sociedade atual, que é palco de radicais e rápidas mudanças políticas, econômicas e sociais. Nesse sentido, para que a promoção da saúde do trabalhador seja mais sólida, é necessário que os seus interesses prevaleçam no campo político em disputa (PEREIRA, 2013).

De fato, somente nos anos 1970, após a ocorrência de diversos acidentes de trabalho (muitos deles, fatais), o Brasil começou a regulamentar a legislação trabalhista relativa à saúde do trabalhador (CHERES et al, 2013).

Nesta época, os sindicatos de trabalhadores criaram diversas assessorias técnicas, tais como o Departamento Intersticial de Estudo e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) e o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST). Tais entidades

realizavam estudos científicos, visando compreender e propor ações para minorar os riscos aos quais os trabalhadores estavam expostos (CHERES et al, 2013).

Atualmente, a Constituição Federal brasileira define a saúde como direito de todos e dever do Estado e prevê sua concretização mediante políticas públicas (sociais e econômicas) que tenham por objetivo reduzir o risco de doença e promover o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Também estabelece que é da competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência (BRASIL, 1988).

As ações de promoção à saúde do trabalhador integram a área da Saúde Pública. Assim, apresentam-se como atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), tal como definido na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (a Lei 8.080/1990). Para bem compreender este sistema, é necessário enxergá-lo como um conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, CHERES et al, 2013, BIANCHESSI, 2014).

O SUS atende as demandas de saúde do trabalhador por intermédio das Secretarias de Saúde. Estas, por sua vez, implementam programas preventivos e atendem os pacientes com danos decorrentes da atividade produtiva. Estes danos compreendem acidentes de trabalho, doenças e agravos (lesão ou função prejudicada) sofridos pelo trabalhador – sejam eles sofridos no local de trabalho (ou em função dele), trajeto entre a residência e o local de trabalho ou na prestação de serviço para o empregador. O atendimento à saúde independe de o trabalhador ter ou não carteira assinada, bem como do local em que o dano ocorreu (CHERES et al, 2013).

A Saúde do Trabalhador, no SUS, contempla ações de promoção da saúde, diagnóstico e tratamento, vigilância em saúde, orientação do trabalhador, notificação aos sistemas de informação, acesso à Previdência Social e ao Seguro Acidente do Trabalho (SAT), capacitação e educação permanente, produção de conhecimento e controle social (BREGALDA, 2016).

Outras normas de hierarquia inferior que também visam a proteger a saúde do trabalhador são a Portaria/MS n. 3.120/1998 e a Portaria/MS n. 3.908/1990. Elas versam, respectivamente, sobre a definição de procedimentos básicos para a vigilância em saúde do trabalhador e para a prestação de serviços nesta área. Estas normas ainda definem as

responsabilidades de cada ente federativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998a, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998b).

Também foram editadas diversas normas regulamentadoras (NR) da saúde do trabalhador, que versam sobre as condições mais particulares em que o labor se desenvolve. Assim, há NRs que tratam sobre trabalho em altura, risco de incêndio e explosão, eletricidade, construção civil, riscos ergonômicos, obrigatoriedade de exames admissionais, demissionais e periódicos, dentre outros<sup>1</sup>.

Não obstante todo este arcabouço legislativo, vários autores indicam que ainda não houve uma sólida consolidação de uma política nacional de proteção da saúde dos trabalhadores, no país. Dentre os diversos entraves, podem-se citar as dificuldades históricas na implementação de políticas sociais no Brasil, a restrita cobertura do sistema de proteção social e a fragmentação do sistema de seguridade social concebido pela Constituição Federal de 1988. Nos últimos anos, a reestruturação produtiva intensificou a exploração do trabalho, agravando a exposição dos trabalhadores a fatores patogênicos (WATANABE, 2004, CHERES et al, 2013, PEREIRA, 2013, CANAL; CRUZ, 2013, BREGALDA, 2016).

Os Centros de Referências Especializados em Saúde do Trabalhador (CEREST) foram criados pela legislação com a finalidade de sistematizar os esforços dos principais executores da saúde pública, com foco sobre a Saúde do Trabalhador. Seu objetivo estratégico é prevenir, controlar e enfrentar os problemas de saúde coletiva – especialmente, mortes, acidentes e doenças relacionados com o trabalho. Contudo, seu funcionamento está obstado pela burocracia e pela letargia do setor saúde. Desta forma, sua atuação se restringe a notificação de agravos e a contabilidade de mortes (BREGALDA, 2016).

A Saúde do Trabalhador é um ramo interdisciplinar, epistemologicamente situado entre saúde, educação, trabalho e previdência. E a reabilitação profissional se apresenta como o *locus* privilegiado de observação desta confluência.

Bregalda (2016, p. 482) assinala que a Saúde do Trabalhador compreende “a epidemiologia, a administração e o planejamento em saúde e as ciências sociais em saúde”, somando-se a outras disciplinas como “demografia, estatística, antropologia, ecologia, toxicologia, geografia, ergonomia, engenharia de produção” dentre outras.

Por isso, para serem efetivas, as ações de reabilitação profissional devem ir além da visão do trabalhador como seu único objeto, elaborando intervenções nas relações e na

---

<sup>1</sup> Essas normas foram originalmente editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego – extinto em 2018 – e, atualmente, estão disponíveis no site da Secretaria de Saúde e Segurança no Trabalho, vinculada ao Ministério da Economia, acessível pelo link <https://enit.trabalho.gov.br/portal/index.php/seguranca-e-saude-no-trabalho/sst-menu?view=default>

organização do trabalho e nos processos de saúde e doença, tanto em uma perspectiva individual quanto coletiva. Não podem, assim, concentrar-se exclusivamente em ações reparadoras (PEREIRA, 2013; BREGALDA, 2016).

A seção 2.4 discutirá de forma mais detida alguns aspectos da estrutura, das práticas e das experiências da reabilitação profissional no Brasil.

## **2.4 Reabilitação profissional: conceitos e estudos empíricos**

No Brasil, a exemplo do que aconteceu no resto do mundo, o processo de consagração dos direitos sociais foi lento e gradativo, partindo do assistencialismo individual para se chegar a proteção social atual.

Deve-se ponderar, contudo, que o desenvolvimento social brasileiro se deu muitos anos após o processo desencadeado na Europa – consequência do processo histórico que se deu em nosso país. Rocha (2004, p. 45) chama atenção para este fenômeno:

O desenvolvimento do Brasil, como o da América Latina em geral, não foi caracterizado pela transição do feudalismo para o capitalismo moderno, com um mínimo de intervenção estatal. A relação entre o Estado brasileiro e a sociedade civil sempre foi uma relação peculiar, pois as condições nas quais aquele foi concebido – tais como partidos políticos regionais e oligárquicos, clientelismo rural, ausência de camadas médias organizadas politicamente, inviabilizando a institucionalização de formas de participação política e social da sociedade civil – determinaram o nascimento do Estado antes da sociedade civil. Por conseguinte, a questão social, tão antiga quanto a história nacional do Brasil como nação independente, resultará complexa. Enquanto a primeira revolução industrial estava na sua fase de maturação na Inglaterra (1820 a 1830), o Brasil acabara de promover a sua independência, deixando de ser colônia, mas permanecendo com uma economia arcaica baseada no latifúndio e no trabalho escravo. Por isto, antes de ingressar na era industrial, nosso País já apresentava contornos sociais marcados por desigualdades, em especial, uma distribuição de renda profundamente desigual.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a reabilitação profissional tem por finalidade permitir que uma pessoa com deficiência obtenha e mantenha um emprego adequado e progride no mesmo, promovendo-se assim a sua integração ou reintegração na sociedade (WATANABE, 2004, p. 64).

Em todo o mundo, os melhores programas de reabilitação profissional têm como objetivo proporcionar a segurança em um emprego estável e remunerado para cada cliente, como ponto de apoio para sua integração a sociedade. Dito de outro modo, a principal meta é tornar o indivíduo empregável e desenvolver competências para escolher e garantir sua própria colocação – obedecendo as competências pessoais, sociais e de trabalho que podem proporcionar-lhe a total independência (WATANABE, 2004).

A reabilitação não pode se restringir, portanto, ao período de tratamento e para a função para a qual o trabalhador foi reabilitado. Diferentemente, deve se projetar para o futuro, que certamente trará mais exigências em tarefas de outra natureza (WATANABE, 2004).

Esta ponderação coloca em relevo a discussão a respeito dos conceitos de incapacidade e de deficiência.

A Organização das Nações Unidas (ONU) informa que aproximadamente 650 milhões de pessoas (cerca de 10% da população mundial) vivem com algum tipo de deficiência. O censo brasileiro de 2000 apontou que mais de 24 milhões de pessoas possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade (14,5% da população). Em 2010, registraram-se mais de 45 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência no país – isto é, quase 24% da população se declarou incapaz ou referiu possuir dificuldades permanentes de enxergar, ouvir ou caminhar (FARIAS, 2013).

No mesmo ano de 2010, apenas 306 mil pessoas com vínculo empregatício ativo foram identificadas como pessoas com deficiência, aproximadamente 0,7% do total. Apesar de baixo, este índice representa uma elevação no número de empregos em relação ao ano anterior, de 288,6 mil vínculos (FARIAS, 2013).

Já a incapacidade está intimamente ligada a reabilitação e é definida como uma dificuldade para realizar determinados tipos de funções. Tradicionalmente, a etimologia do termo incapacidade em diferentes idiomas se refere a ideia de menor valor, menor capacidade, desvio, privação, limitação – o que indica se tratar de problema exclusivo do indivíduo (CANAL; CRUZ, 2013).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta dois modelos conceituais de incapacidade e se baseia na integração entre eles: o modelo biomédico considera a doença como um problema do indivíduo e exige intervenção individual na forma de tratamento de saúde; já o modelo social entende a incapacidade como um problema social e nele intervém com o objetivo de proporcionar integração plena do indivíduo na sociedade (CANAL; CRUZ, 2013).

Saldanha e outros (2013) correlacionam estes dois modelos às definições de retorno ao trabalho. A primeira o define como um desfecho de episódio de acidente ou doença. Ou seja, apenas se o segurado retornou ou não ao trabalho. A segunda toma o retorno ao trabalho como um processo que fornece as condições para que um trabalhador volte ao trabalho – pode ser a volta a ocupação anterior com o mesmo empregador e jornada de trabalho, regresso a uma nova função ou até a uma nova empresa.

O segundo modelo descreve um processo dinâmico, com que contribuem diferentes fatores em distintos momentos. Podem-se enxergar várias etapas, desde a recuperação funcional com o trabalhador fora do trabalho (*off work*), passando pela reinserção no ambiente de trabalho (*Re-Entry*), pelo acompanhamento da sua manutenção (*Maintenance*) e pelo incentivo ao avanço de postos ocupados pelo trabalhador (*Advancement*) (SALDANHA *et al*, 2013).

A implicação recíproca entre os modelos biomédico e social de incapacidade permite enxergar a incapacidade como um conjunto complexo de condições – muitas delas, criadas pelo ambiente social. Este paradigma põe em realce a necessidade e a responsabilidade coletiva (de toda a sociedade) pelas modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social (CANAL; CRUZ, 2013).

Esta perspectiva de incapacidade deve orientar as políticas voltadas para a área e é indispensável para a adequada definição dos critérios de elegibilidade dos sujeitos da reabilitação, disponibilidade dos serviços, acesso aos recursos, bem como do comportamento dos profissionais envolvidos (FARIAS, 2013).

Assim, para promover uma reabilitação adequada, é possível incrementar suas habilidades e competências, ou minorar suas deficiências, adaptando o ambiente de trabalho a suas necessidades. Fala-se em reabilitação psicossocial, “um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afeto (...) somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador” (DAKUZAKU, 1998, p. 137).

Contudo, a reabilitação também enfrenta limites em outras habilidades pessoais e sociais. Por exemplo, uma vivência muito pobre em relação a escolaridade e a experiências sociais em geral, dificultam que o indivíduo enfrente sua nova situação laboral e o próprio mercado de trabalho, em constante transformação. Ao não desenvolver a verdadeira independência e integração social, preparando-o para enfrentar ocasiões de frustrações ou de vitórias na vida, a reabilitação pode segregar ainda mais o indivíduo (DAKUZAKU, 1998).

Desta forma, a reinserção social pelo trabalho se dá realmente quando o trabalhador se torna consciente de sua existência e a realiza pelo emprego de sua força de trabalho. Não se trata apenas da recuperação de sua capacidade de produzir excedente de capital, mas da retomada de sua habilidade de agir de forma inteligente e proposital - o que lhe dá uma grande adaptabilidade e que proporciona as condições sócio-culturais para ampliar a sua própria produtividade e qualidade de vida (WATANABE, 2004).

Tudo isso só é possível se o modelo de reabilitação não se limitar ao papel de resposta pública a uma necessidade produtiva e econômica (TAKAHASHI, 2000).

Ainda que as limitações físicas e mentais dos segurados sejam importantes, a atividade intelectual, a criação espontânea, a idealização, a concepção e a concretização da transformação dos objetos, além da participação na organização coletiva do trabalho são fundamentais para a formação da personalidade, para o equilíbrio psíquico e para a realização das potencialidades humanas (WATANABE, 2004).

Segundo informam Takahashi e Iguti (2008), a implantação da estrutura de atendimento a reabilitação profissional no Brasil se iniciou a partir da estatização do Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT) pela Lei 5.316/67. Foi marcada pela criação dos Centros de Reabilitação Profissional do INPS (os CRPs) e pelos Núcleos de Reabilitação Profissional do INPS (NRPs).

Os CRPs eram dotados de grandes estruturas físicas, alinhados com a tendência hospitalocêntrica da assistência médica vigente na época. Todos os recursos terapêuticos eram fornecidos dentro de suas instalações, com equipamentos de fisioterapia e terapia ocupacional de alto custo e um grande contingente de profissionais. Já os NRPs eram unidades menores, com uma ou duas equipes que encaminhavam para os CRPs os casos de maior complexidade (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

Contudo, a política nacional de investimentos na reabilitação profissional sofreu grande guinada a partir da segunda metade dos mesmos anos 1980, quando se reduziram drasticamente os investimentos na referida estrutura. Consequentemente, assistiu-se a um processo de contínuo sucateamento das instalações físicas dos CRPs e dos NRPs e de falta de contratações de servidores públicos (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

Na década de 1990, este movimento se intensificou, com o oferecimento de planos de aposentadoria proporcional e de demissão voluntária para os servidores da Previdência Social (PRAVATO; DOMINATO; FERNANDES, 2010).

É importante destacar a edição de três normas jurídicas: a Lei 8.213/1991, o Decreto 3.048/1999 e a Emenda Constitucional número 20 de 1998. A primeira fez a consolidação do regime geral de benefícios previdenciários (BRASIL, 1991). A segunda regulamentou a Lei 8.213/91 (BRASIL, 1999). Já a Emenda Constitucional 20, apelidada de “reforma da previdência”, estabeleceu profundas mudanças no regime geral de benefícios previdenciários e, simbolicamente, autorizou que a cobertura do risco de acidente de trabalho fosse atendida também pelo setor privado, em concorrência com o Estado (BRASIL, 1998). Esta última mudança, qual seja, a cobertura securitária dos acidentes de trabalho pelas seguradoras

privadas, só poderia ser colocada em prática após a sua regulamentação por legislação específica – que ainda não foi editada.

Chama a atenção a redação de um dispositivo no Decreto 3.048/99 que é simbólico a respeito desta forma de se entender a reabilitação profissional oferecida pela Previdência Social:

Art. 140. Concluído o processo de reabilitação profissional, o Instituto Nacional do Seguro Social emitirá certificado individual indicando a função para a qual o reabilitando foi capacitado profissionalmente, sem prejuízo do exercício de outra para a qual se julgue capacitado.

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

§ 2º Cabe à previdência social a articulação com a comunidade, com vistas ao levantamento da oferta do mercado de trabalho, ao direcionamento da programação profissional e à possibilidade de reingresso do reabilitando no mercado formal (BRASIL, 1999).

Pela leitura deste dispositivo, percebe-se que a atividade do setor de reabilitação profissional da Previdência Social se extingue com (e se resume a) expedição de um documento formal, qual seja, o certificado de reabilitação profissional. Assim, pela letra da lei, o INSS se exime de qualquer outra responsabilidade concreta, limitando-se a envidar esforços para a captação de oportunidades de trabalho.

Nos anos 2000, os CRPs e NRPs foram totalmente desativados. Para substituí-los, a Previdência Social lançou o Programa Reabilita, vinculando-o como um subprograma das perícias médicas das agências da Previdência Social. Contudo, não foi criada infraestrutura, nem mesmo disseminada a cultura institucional adequadas para incorporar o serviço (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

Bernardo (2006) indica que o serviço de reabilitação profissional perdeu autonomia técnica, orçamentária e financeira. Para substituir as equipes interdisciplinares, foi criada a figura do orientador profissional. A reabilitação se resumiu, assim, a este profissional generalista, juntamente com um médico.

A partir de então, o maior ou menor sucesso dos programas de reabilitação profissional passaram a ser determinados pelas iniciativas locais, capitaneadas pelos servidores lotados nas agências de previdência social (PRAVATO; DOMINATO; FERNANDES, 2010). Além disso, estudos indicam que a opção administrativa pela adoção de modelos de reabilitação profissional com maior ou menor resolutividade (segurados que são reabilitados) se deu em função da maior ou menor capacidade de coordenação política dos trabalhadores (TAKAHASHI, 2000).

Esta última evidência se ressalta pela constatação de que, a partir de 2003, voltaram a se realizar investimentos públicos em estrutura física das agências da Previdência Social, em melhorias de atendimento de segurados e na realização de concursos públicos para a contratação de servidores com formação específica para a reabilitação profissional (TAKAHASHI, 2000).

Prosseguindo, deve-se lembrar que a Lei 8.213/91 define que o serviço de reabilitação profissional tem por objetivo proporcionar aos beneficiários (segurados, aposentados ou não, e seus dependentes) incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho e as pessoas com deficiência os meios para a “(re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive” (BRASIL, 1991).

Assim, o serviço de reabilitação profissional do INSS se apresenta, ao menos teoricamente, como uma importante ferramenta de (re)integração do trabalhador incapacitado ao mercado de trabalho. Pensando em termos mais amplos, é um serviço que qualquer brasileiro, segurado ou não, pode vir a necessitar – se acometido de deficiência ou de enfermidade incapacitante.

Atualmente, a reabilitação profissional envolve a avaliação do potencial laborativo, orientação e acompanhamento da programação profissional, articulação com a comunidade e acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho. Nota-se que este processo não contempla o tratamento e a intervenção em reabilitação, o que chama a atenção para a necessidade de se pensar em modelos de intervenção ainda não consolidados nas políticas públicas do país (CANAL; CRUZ, 2013).

Uma ilação constantemente encontrada na literatura é de que, pelo modelo de reabilitação profissional implantado no Brasil desde a estatização do seguro de acidentes do trabalho (ainda no governo militar, pela Lei 5.316/67), os empregadores transferem a responsabilidade pela recuperação do trabalhador para o Estado. Em termos mais amplos, este movimento revela a prática capitalista da socialização dos custos do trabalho, em contradição com a apropriação privada das riquezas por ele geradas. Algumas das evidências que apontam para esta conclusão são descritas nos vários estudos sobre adoecimentos de trabalhadores em indústrias de variados ramos, tais como frigoríficos, empresas de construção civil, instituições financeiras, metalúrgicas e indústrias calçadistas (RIBEIRO, 1999, LOURENÇO, 2009, GOMES, 2011, PRAUN, 2014, VARUSSA, 2016).

Ao analisar o enfoque das relações de produção, transparece a realidade de que a força de trabalho e o próprio indivíduo são utilizados como peças da linha de produção e que tem seu prazo de validade pré-estabelecido. Quando estas engrenagens se estragam, devem ser

descartadas e substituídas por outras, da forma mais rápida e mais barata possível (RIBEIRO, 1999, PRAUN, 2014, VARUSSA, 2016). Pela ótica das políticas neoliberais, o trabalhador incapacitado gera altíssimas despesas públicas, que devem ser reduzidas a qualquer custo. Vários documentos normativos ainda em vigor evidenciam as finalidades de reduzir as despesas com o pagamento de benefícios e chancelar o processo de desligamento dos segurados dos programas de reabilitação profissional, antes mesmo de sua efetiva reintegração ao mercado de trabalho (LOURENÇO, 2009, GOMES, 2011,).

Assim, constata-se que o trabalhador fica no meio do fogo cruzado entre a empresa-empregadora e o Estado: a impossibilidade de retorno ao trabalho e a negativa do direito ao não-trabalho (auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez). A dificuldade de reingressar no mercado com suas limitações profissiográficas (baixa escolaridade, idade avançada etc.), acrescida da debilidade física proveniente da doença e do estigma do acidente de trabalho fazem com que a melhor alternativa para o trabalhador seja a aposentadoria por invalidez e não o retorno ao trabalho. A bibliografia já consultada e que documenta a experiência do segurado incluído no programa de reabilitação profissional demonstra que o trabalhador incapacitado referencia valores positivos em relação ao tempo em que trabalhava normalmente na empresa, mas, em virtude da descrença em relação às reais perspectivas de reintegração ao mercado, almeja a aposentadoria (CESTARI; CARLOTTO, 2012).

O tema da pesquisa deixa entrever, ainda, a necessária e pouco explorada relação entre previdência, educação, saúde e trabalho (BERNARDO, 2006). Um dos elementos que reforçam esta hipótese é o aumento dos pedidos de benefícios previdenciários por incapacidade (principalmente auxílio-doença e aposentadoria por invalidez), contemporâneo ao endurecimento das regras de concessão de seguro-desemprego no final de 2014 (BRASIL, 2014).

Outra informação que se apresenta é que a estrutura de atendimento da reabilitação profissional é moldada em função de particularidades locais, atendendo a necessidades de determinados grupos econômicos, sem a interlocução com os trabalhadores. Estudos demonstram que os modelos criados após efetiva participação política dos segurados apresentam melhores resultados de reabilitação profissional e que a sua ausência impede que as políticas públicas assumam um caráter de efetiva proteção social (TAKAHASHI, 2000).

#### **2.4.1 Estudos empíricos**

Nesta seção foram analisados alguns estudos empíricos a respeito da reabilitação profissional de trabalhadores oferecida pelo INSS. O objetivo foi verificar qual parte da presente pesquisa já foi percorrida e quais questões ainda permanecem sem resposta.

Para realizar a análise bibliométrica, foram pesquisadas três bases de dados, a saber, Google Scholar, Spell e IBICT.

Em todas as bases de dados, foram usadas como palavras-chave “reabilitação”, “profissional” e “INSS”. Estas palavras foram escolhidas porque a pesquisa se restringe aos processos e limites da reabilitação profissional no INSS, autarquia previdenciária brasileira.

Para identificar artigos científicos, utilizou-se a base de dados *Google Scholar* (acessível pelo link <https://scholar.google.com.br/>). Restringiu-se a pesquisa aos artigos publicados entre 2013 e 2018 – pois trazem estudos mais recentes e atualizados com as questões eventualmente advindas da recente reforma trabalhista –, classificados por relevância e apenas no idioma português – pois o estudo se restringe a experiência da reabilitação no cenário nacional. Foram selecionadas as vinte e três primeiras referências bibliográficas – por se apresentarem como as mais relevantes, segundo a ferramenta de pesquisa –, excluindo-se patentes e citações. Excluíram-se os artigos que, apesar de filtrados pelas palavras-chave supramencionadas, referiam-se a reabilitação profissional realizada por entidades de integração social, bem como aqueles que analisavam apenas os aspectos pertinentes às ciências biológicas – tais como estudos clínicos e abordagens terapêuticas. Nesta situação, encontram-se os trabalhos de Cardoso, Cavalcante e Miranda (2014) e Valença e outros (2016). Também foi excluído um artigo (ZILITO; BERTI, 2013) que foi relacionado em duplicidade pela ferramenta de pesquisa.

Com isso, chegaram-se a duas dissertações, dezessete artigos e um capítulo de livro relevantes e suas idéias principais foram relacionadas no presente tópico do trabalho.

Em seguida, foram pesquisadas as bases de dados *Scientific Periodicals Electronic Library – Spell* (acessível pelo link <<http://www.spell.org.br/>>) e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – BDTD/IBICT (no site <<https://sistema.bibliotecas-bdigital.fgv.br/bases/biblioteca-digital-de-teses-e-dissertacoes-bdtd-ibict>>). Nestas bases de dados, os resultados foram ordenados por relevância, mas não houve restrição a ano de publicação, nem a idioma.

A consulta a base de dados Spell se revelou infrutífera, pois não retornou nenhum resultado.

Já a pesquisa na BD TD/IBICT resultou em nove trabalhos, sendo sete dissertações de mestrado e duas teses de doutoramento. Todos os aspectos importantes destes trabalhos acadêmicos foram identificados e se encontram relacionados nesta seção da pesquisa.

Os resultados obtidos podem ser resumidos esquematicamente no Quadro 01.

Quadro 01 – Pesquisas empíricas que analisam o tema reabilitação profissional de trabalhadores

<b>Id</b>	<b>Autor(a/es)</b>	<b>Título</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>
01	STRUFFALDI, Maria Cristina Blanco (1994)	Reabilitação profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados	Quantitativo – 105 entrevistas com questionários estruturados de	Traça perfil dos segurados; Conclui que a reabilitação não reinsere os segurados no mercado de trabalho
02	DAKUZAKU, Regina Yoneku (1998)	De deficiente a trabalhador: reabilitação profissional na perspectiva da pessoa com deficiência – um estudo de caso	Qualitativa – entrevistas com segurados e profissionais e análise documental	Ressalta a importância da reabilitação; Aponta necessidade de alterações no programa
03	GURGEL, Maria Eneida Pinto (2003)	A reabilitação profissional: um programa de reinserção do acidentado no mercado de trabalho	Qualitativa – análise documental e entrevistas	Conclui que a reabilitação não consegue reinserir o trabalhador no mercado de trabalho
04	WATANABE, Marisol (2004)	A reabilitação profissional é possível: um estudo de caso de uma empresa de economia mista	Qualitativa – entrevistas com trabalhadores profissionais	A reabilitação realizada pela empresa consegue reinserir o trabalhador
05	FONSECA, Fernando Vasconcellos da	Modelo de reabilitação profissional: uma proposta de avaliação da eficácia	Qualitativa – análise documental e entrevistas com profissionais	Elabora uma matriz de avaliação da eficácia da reabilitação

(continua)

Quadro 1 – Pesquisas empíricas que analisam o tema reabilitação profissional de trabalhadores (continuação)

<b>Id</b>	<b>Autor(a/es)</b>	<b>Título</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>
06	SILVA, Manoela Tereza Martins de Souza e (2013)	O programa de reabilitação profissional da Previdência Social e seus limites	Qualitativa entrevistas com 13	– Elabora um perfil dos segurados; Conclui a reabilitação não consegue reinserir o trabalhador no mercado de trabalho;
07	VARANDAS, Lilian Fonseca da Costa Lessa (2013)	Facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho dos segurados reabilitados pelo programa de reabilitação profissional do INSS	Quantitativa qualitativa entrevistas com 113 segurados	– Elabora um perfil do segurado; Identifica fatores que contribuem (com) e outros que prejudicam o sucesso da reabilitação; Conclui que há necessidade de melhoria no programa
08	CANAL, Patricia; CRUZ, Roberto Moraes (2013)	Aspectos psicológicos da reabilitação profissional: revisão de literatura	Quantitativa qualitativa bibliometria sobre reabilitação profissional de trabalhadores incapacitados por doenças ocupacionais relacionadas à saúde mental	– A temática é recente e que aumentaram as publicações a partir da década de 2000. É necessário aprofundamento de estudos na área.
09	CHERES, José Eduardo Cardoso; ALMEIDA, Geovane Rodrigues de; CARVALHO, Jô de; LUCAS, Larissar Martins (2013)	Reabilitação profissional na agência da previdência social do município de Timóteo: uma prática possível?	Informa empregar métodos quantitativos e qualitativos. Contudo, mostra apenas análise estatística de dados (193 processos)	Identifica dificuldades da reabilitação

(continua)

Quadro 1 – Pesquisas empíricas que analisam o tema reabilitação profissional de trabalhadores (continuação)

<b>Id</b>	<b>Autor(a/es)</b>	<b>Título</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>
10	FARIAS, Samantha Hasegawa (2013)	Estudo dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho grave participantes do Programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional de Seguridade Social de Campinas, usuários de órtese e prótese	Quantitativo	Identifica fatores que influenciam na reabilitação
11	FARIAS, Samantha Hasegawa; LUCCA, Sergio Roberto de (2013)	Perfil dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho grave usuários de prótese do programa de readaptação profissional	Quantitativo	Identifica fatores que influenciam na reabilitação
12	PEREIRA, Marina Coutinho de Carvalho (2013)	O serviço de reabilitação profissional previdenciário: desafios para sua consolidação	Qualitativa - análise documental e questionários semiestruturados com profissionais	A reabilitação se orienta pela contenção de custos, prejudicando os segurados
13	SALDANHA, Jorge Henrique Santos; PEREIRA, Ana Paula Medeiros; NEVES, Robson da Fonseca; LIMA, Mônica Angelim Gomes (2013)	Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT	Qualitativa bibliometria respeito a segurados afastados por LER/DORT	- Identifica fatores que interferem na reabilitação

(continua)

Quadro 1 – Pesquisas empíricas que analisam o tema reabilitação profissional de trabalhadores (continuação)

<b>Id</b>	<b>Autor(a/es)</b>	<b>Título</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>
14	VACARO, JerriEstevan; PEDROSO, Fleming Salvador (2013)	Reabilitação profissional e a aposentadoria especial nas doenças ocupacionais.	Quantitativa	Elabora o perfil do segurado encaminhado para reabilitação;
15	ZILIOOTTO, Denise Macedo; BERTI, Ariete Regina (2013)	Reabilitação profissional para trabalhadores com deficiência: reflexões a partir do estado da arte	Qualitativa – bibliometria sobre reabilitação profissional (2001 a 2011)	Identifica as principais questões abordadas na bibliometria
16	BIANCHESSI, Desirée Luzardo Cardozo et al (2014)	Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho.	Não há pesquisa de campo	Descreve estrutura ideal da reabilitação
17	SCHVEITZER, Fernanda Cabral (2014)	Trabalhadores com restrições laborais: comitê de acompanhamento em empresa pública	Quantitativo - um estudo de caso	Conclui que a reabilitação oferecida pela empresa foi bem-sucedida
18	SANTOS, Geovana de Souza Henrique; LOPES, Roseli Esquerdo (2015)	A (in) elegibilidade de trabalhadores encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS	Quantitativo estudo de caso	- Identifica motivos da inelegibilidade para a reabilitação profissional
19	BARROS, Ellen Belmonte (2015)	Reabilitação profissional: investigando a resiliência em trabalhadores acidentados	Quantitativa qualitativa – entrevistas com 11 segurados	e Identifica fatores que motivam e que dificultam a reabilitação

(continua)

Quadro 1 – Pesquisas empíricas que analisam o tema reabilitação profissional de trabalhadores (continuação)

<b>Id</b>	<b>Autor(a/es)</b>	<b>Título</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>
20	BREGALDA, Marília Meyer; LOPES, Roseli Esquerdo (2016)	A reabilitação profissional no INSS: caminhos da terapia ocupacional	Pesquisa quantitativa (questionário estruturado respondido por 45 pessoas) e qualitativa (entrevistas em profundidade com 6 pessoas) realizada com profissionais da reabilitação profissional do INSS no Estado de São Paulo	Identificam fatores que prejudicam a reabilitação
21	DUARTE, Evaristo Emigdio Colman; PRADO, Fernanda de Oliveira (2016)	A racionalização do trabalho dos assistentes sociais do INSS	Quantitativa - questionário com servidores do INSS	A racionalização aumentou a produtividade mas prejudicou os segurados
22	LANCMAN, Selma; BARROS, Juliana de Oliveira; JARDIM, Tatiana de Andrade (2016)	Teorias e práticas de retorno e permanência no trabalho: elementos para a atuação dos terapeutas ocupacionais	Qualitativa – bibliometria sobre o papel do trabalho e sua integração com a saúde	Sugere modelo de intervenção no trabalho para melhorar a reabilitação
23	SILVA, Talita Naiara Rossi da; ALVES, Gisele Beatriz Oliveira; ASSIS, Marcella Guimarães (2016)	O retorno ao trabalho na perspectiva terapeutas ocupacionais: facilitadores e barreiras	Qualitativa – questionários a de servidores do INSS	Identifica facilitadores e dificultadores da reabilitação

(continua)

Quadro 1 – Pesquisas empíricas que analisam o tema reabilitação profissional de trabalhadores (continuação)

<b>Id</b>	<b>Autor(a/es)</b>	<b>Título</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>
24	SILVA, Elaine Cristina; CAMAROTTO, João Alberto (2016)	Contribuições da análise da atividade do trabalho no processo de retorno do trabalhador afastado por LER/DORT	Qualitativa bibliometria reabilitação profissional segurados acometidos LER/DORT	– A reabilitação não consegue reintegrar o segurado no mercado de trabalho por
25	VACARO, JerriEstevan; PEDROSO, Fleming Salvador (2016)	Desempenho dos segurados no serviço de reabilitação do Instituto Nacional de Seguridade Social	Quantitativo	Identifica fatores que contribuem com a reabilitação
26	SOUZA, Andréa Domingues da Silva; QUEIRÓZ, Maria de Fátima Ferreira de (2018)	Percepção dos trabalhadores inseridos na reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social: a organização do trabalho adoece?	Qualitativa entrevistas trabalhadores	– Conclui que há um desmonte da reabilitação e um aumento de sua demanda
27	CARVALHO, Flávia Xavier de (2018)	As alterações no programa de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS): garantia ou supressão de direitos	Qualitativa entrevistas semiestruturadas com 15 segurados	– Os trabalhadores se desistiram do retorno ao trabalho e pretendem o reconhecimento do direito ao não-trabalho
28	PINA, José Augusto; STOTZ, Eduardo Navarro; JACKSON FILHO, José Marçal (2018)	Trabalhador “compatível”, fratura exposta no processo de produção da indústria automobilística: intensificação do trabalho e saúde em questão	Qualitativa entrevistas semiestruturadas com 20 segurados	– A reestruturação produtiva intensifica a exploração do trabalhador e o aumento de adoecimentos

(continua)

Quadro 1 – Pesquisas empíricas que analisam o tema reabilitação profissional de trabalhadores (conclusão)

<b>Id</b>	<b>Autor(a/es)</b>	<b>Título</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>
29	RUSCHEL, Mariele Stertz; MIRALES, Rosana (2018)	Adoecimento de trabalhadores agroindústria frangos	de Quantitativa na análise de estatísticas de apresentadas pelo INSS – e qualitativa – entrevistas com 8	O aumento de exploração trabalho leva a aumento da quantidade de afastamentos.

Fonte: elaborado pelo autor

A pesquisa de Struffaldi (1994) foi desenvolvida na área de conhecimento da saúde pública, avaliou os conhecimentos e opiniões de acidentados de trabalho sobre segurança no trabalho, serviços prestados pelo Centro de Reabilitação Profissional do INSS em São Paulo e direitos previdenciários de que dispõem. O trabalho usou a abordagem quantitativa e reuniu respostas de 105 trabalhadores a um questionário estruturado.

O estudo demonstrou que a maioria dos acidentados estavam afastados há mais de dois anos, percebiam as condições de segurança do trabalho como ruins, mas não as identificavam como causas dos acidentes de trabalho. Também se notou que eles tinham bom conhecimento a respeito de seus direitos previdenciários, mas não do serviço de reabilitação profissional a que estavam submetidos. Apesar disso, concluiu que a reabilitação profissional não atinge os objetivos de reinserir os reabilitados num mercado de trabalho identificado como “fortemente competitivo”, pois os reabilitados relatam que as empresas os demitem, após a alta do INSS (STRUFFALDI, 1994).

O estudo de Dakuzaku (1998) é da área de conhecimento da engenharia da produção e se dedicou a compreender e avaliar as práticas de uma instituição não-governamental (e não do Instituto Nacional do Seguro Social) na reabilitação profissional de pessoas com deficiência. O estudo tem natureza qualitativa e foi realizado com base em entrevistas com os ex-usuários e com os profissionais da área, além de análise documental.

Os resultados colhidos evidenciaram que a maioria dos trabalhadores mencionou a importância da atividade da instituição para seu ingresso e manutenção no mercado de trabalho, bem como das orientações pessoais e profissionais recebidas. Contudo, reclamaram

da extensa duração do programa e da pouca diversificação das atividades profissionais em que ingressar, além das atividades cansativas usadas como treinamento (DAKUZAKU, 1998).

Por sua vez, os profissionais também se ressentiram da pouca diversificação das atividades de treinamento e de opções de ingresso no mercado de trabalho. Destacaram a necessidade de revisão do modelo de avaliação de desempenho do treinamento e se preocuparam com o perfil de mão de obra exigido pelo mercado de trabalho – cada vez mais exigente (DAKUZAKU, 1998).

Outra pesquisa essencialmente qualitativa foi desenvolvida por Gurgel (2003). Seu trabalho pertence a área de conhecimento do serviço social e identificou as seguintes categorias relevantes: significado do trabalho, sociabilidade e esgarçamento social, expectativa, estigma e frustração, culpabilidade, receptividade, estratégia de sobrevivência e perspectivas.

A primeira parte da pesquisa consistiu em análise documental dos prontuários arquivados no serviço de reabilitação profissional de Fortaleza/CE, no período de janeiro de 1999 e julho de 2001. Com base nos dados extraídos e na viabilidade da pesquisa, elaborou-se um perfil básico do segurado e se estabeleceram os parâmetros para a elegibilidade do trabalhador para as entrevistas em profundidade: residir em Fortaleza, ter concluído o programa há mais de um ano (fim da estabilidade do acidentado), estar na faixa etária compreendida entre 25 e 50 anos, ter retornado a mesma atividade ou a atividade diversa, ser vinculado a empresa de médio e grande porte (de 100 a mais empregados) (GURGEL, 2003).

O autor concluiu que as políticas públicas de reabilitação profissional não conseguem reinserir o trabalhador acidentado no mercado de trabalho, não atendendo os anseios de vida e de trabalho dignos ao acidentado (GURGEL, 2003).

Watanabe (2004) pesquisou na área da saúde coletiva. Realizou um estudo de caso com uma empresa de economia mista do interior de São Paulo. A entidade firmou convênio de cooperação técnica com o INSS para prestar o serviço de reabilitação profissional. A pesquisa descreveu e avaliou o referido programa no período de 1989 a 2000, discutindo a aplicabilidade da reabilitação dentro de uma política que satisfizesse interesses da empresa e dos empregados. A pesquisa tinha natureza qualitativa e a autora realizou entrevistas semiestruturadas com 29 trabalhadores e com 26 profissionais com cargo de chefia e analisou os documentos dos respectivos processos.

O estudo identificou que três fatores determinaram o interesse da empresa por realizar a reabilitação profissional dentro de sua estrutura organizacional: a obrigação legal de reabilitar os acidentados no trabalho, as exigências legais que dificultam que a sociedade de

economia mista admita e demita funcionários e a responsabilidade social e ética para com trabalhadores. Todos estes fatores colaboraram para que o modelo de reabilitação profissional no caso estudado apresentasse uma perspectiva psicossocial, de intervenção mais integrada, rompendo com o modelo biomédico e assistencial vigente na área e no contexto empresarial. Além da dimensão física, envolveram-se também a cognitiva, a emocional, a relacional e a laboral, com o objetivo de resgatar a autonomia dos trabalhadores adoecidos, tanto para o trabalho, quanto para a vida em geral (WATANABE, 2004).

Fonseca (2011) também desenvolveu seu trabalho de pesquisa na área de saúde coletiva e propôs um modelo de avaliação da eficácia da Reabilitação Profissional oferecida pelo INSS em todo o Brasil. Definiu eficácia como o atendimento à legislação correspondente. Sua revisão bibliográfica apresentou os aspectos básicos da reabilitação profissional no Brasil e no mundo e discutiu os modelos para o programa.

Elaborou um modelo teórico e um modelo lógico como instrumentos para a criação da matriz de avaliação. A matriz envolveu a avaliação de insumos (estrutura organizacional, recursos humanos, informação, serviços e recursos financeiros), atividades (avaliação do potencial laborativo e programação profissional) e produtos (certificação, reinserção no trabalho, redução aposentadorias por invalidez e vigilância). Indicou que se tratava de um primeiro passo para a revisão das diretrizes da área de reabilitação profissional no INSS (FONSECA, 2011).

O trabalho de Silva (2013) também foi desenvolvido na área de conhecimento da saúde coletiva e teve por objetivo verificar em que condições o Serviço de Reabilitação Profissional do INSS considera reabilitado o trabalhador e como essas condições se articulavam com as exigências reais do mercado de trabalho. A pesquisa também tem natureza qualitativa e revelou a complexidade envolvida no retorno ao mercado do trabalhador com restrições laborais.

Foram identificados limites internos e externos ao programa de reabilitação profissional. Internamente, o trabalho considerou que é inadequado o modelo de avaliação da incapacidade profissional – que se concentra nas limitações físicas do trabalhador e subestima a influência dos aspectos sociais no seu retorno ao trabalho – e que os profissionais envolvidos desconhecem diversos aspectos da dinâmica do mercado de trabalho, tais como a disponibilidade de vagas e os requisitos para contratação. Externamente, o ambiente de intensa disputa por vagas no mercado de trabalho se apresenta (ainda mais) hostil ao trabalhador acidentado (SILVA, 2013).

A pesquisa também traçou perfis básicos dos trabalhadores atendidos pelo setor de reabilitação profissional do INSS em Recife/PE, no ano de 2010. Por fim, evidenciou a necessidade de maior articulação entre as políticas públicas dos Ministérios da Previdência, da Saúde e do Trabalho (SILVA, 2013).

Varandas (2013) desenvolveu sua pesquisa na área de conhecimento das ciências e tecnologias da saúde e analisou os fatores que influenciavam no retorno ao trabalho dos reabilitados INSS do Distrito Federal, no período de Janeiro a Dezembro de 2011, sob a ótica do segurado e do técnico da Autarquia. A pesquisa tem metodologia quantitativa e qualitativa e se referiu a 113 (cento e treze) segurados. O perfil básico do segurado é de trabalhadores do sexo masculino, casados, com ensino médio completo, idade média de 47 anos, do ramo de serviços, ramo de atividade da seção H do CNAE 2.0 (transporte, armazenagem e correio), com salário médio de 1,5 salário mínimo, afastados do trabalho há mais de 5 anos, tendo como motivo principal as doenças do sistema osteomuscular.

A pesquisa apresentou diversos estudos que evidenciavam a importância de se propiciar o retorno o mais precoce possível do trabalhador ao seu local de trabalho. Contudo, a composição da amostra coletada demonstrou que este desiderato não é alcançado e que isso influenciou diretamente na baixa retenção dos trabalhadores: de 113 segurados reabilitados ao término do programa de reabilitação, 53 permaneceram empregados; após 1 ano do programa, foram encontrados 45 segurados em exercício da atividade laboral (VARANDAS, 2013).

Estes resultados ainda foram muito superiores a média encontrada nas obras listadas como referência bibliográfica (em torno de 30%). A autora atribuiu esta performance as circunstâncias de os segurados morarem em uma região nível de instrução superior a média nacional e de boa parte destes segurados (pouco mais de 30%) pertencerem a uma grande empresa de economia mista nacional (VARANDAS, 2013).

As análises estatísticas revelaram várias conclusões importantes.

A primeira foi a associação, ainda que fraca, entre a natureza do auxílio-doença e o retorno ao trabalho. Segundo a autora, possivelmente, o motivo é a estabilidade no emprego de que dispõe o acidentado (auxílio-doença accidentário) e que não protege os demais (auxílio-doença previdenciário) (VARANDAS, 2013).

Além disso, constatou-se que quanto maior o nível de escolaridade, mais frequente foi a permanência na empresa de vínculo. O fato de o segurado ser casado também pôde ser considerado um fator preditor do retorno ao trabalho (VARANDAS, 2013).

Em contrapartida, não se encontrou correlação entre idade e o tempo de afastamento do trabalho. No mesmo sentido, não se evidenciou diferença significativa entre as médias do

tempo de trabalho na empresa dos que retornaram e dos que não retornaram ao trabalho (VARANDAS, 2013).

A análise qualitativa destacou facilitadores e dificultadores para o retorno ao trabalho, na ótica dos trabalhadores e dos profissionais da reabilitação. Identificou-se que os principais elementos motivadores do retorno ao trabalho foram a vontade do segurado, a receptividade das empresas e a interlocução proporcionada pela equipe de Reabilitação Profissional. Por outro lado, os principais entraves foram a resistência dos segurados (que teriam se acomodado ao benefício, após longo período de afastamento), sua baixa escolaridade, o desinteresse das empresas e a falta de qualificação adequada proporcionada pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS para o retorno (VARANDAS, 2013).

Além disso, o estudo evidenciou que dos 648 segurados registrados em 2011, apenas 21% foram considerados reabilitados, contra 53% que permaneceram em PRP e já estavam aguardando em programa há aproximadamente 2 anos e 8 meses (o tempo de espera variou entre 1 ano a 9 anos). O tempo de espera médio para o início da avaliação foi de 1 ano e 3 meses para os segurados encaminhados pela via judicial, que deveriam ter atendimento prioritário e de 1 ano e 9 meses para os encaminhados via perícia médica. A média de reabilitados por servidor lotado no serviço de reabilitação foi de 13 por ano, em 2011 – pouco mais de 1 segurado por mês (VARANDAS, 2013).

A autora concluiu que há necessidade de aprimoramento na gestão do encaminhamento de casos para a reabilitação profissional e de recomposição da equipe de servidores. Também se notaram gastos desnecessários com segurados que já poderiam ter retornado ao mercado de trabalho oportunamente, longo tempo espera e baixo número de segurados reabilitados (VARANDAS, 2013).

Canal e Cruz (2013) realizaram estudo bibliométrico na área da psicologia. Sua pesquisa tem metodologias quantitativa e qualitativa. Restringiram sua pesquisa a obras sobre reabilitação profissional de trabalhadores incapacitados em virtude de doenças ocupacionais relacionadas a saúde mental. Após levantamento em bases de dados nacionais e estrangeiras, obtiveram 70 artigos. Concluíram que a temática é recente e que aumentou a partir da década de 2000. Nesse sentido, sinalizaram a necessidade de aprofundamento de estudos nessa área.

Cheres e outros (2013) publicaram artigo na área do Direito. Embora o texto informasse empregar métodos quantitativos e qualitativos, apresentou apenas análise estatística descritiva de dados extraídos de 193 processos de reabilitação profissional na Agência do INSS da cidade de Timóteo/MG. Como dificuldades para o programa de reabilitação profissional, identificaram a pouca estrutura de trabalho do INSS, a realidade do

mercado de trabalho seletivo e excluente e as restrições laborativas dos segurados. Apesar destes fatores, notaram que uma sinergia adequada entre a atuação dos órgãos estatais e das empresas envolvidas, utilizando metodologia e acompanhamento apropriados, consegue propiciar sucesso do programa.

O trabalho realizou análise estatística descritiva avaliando escolaridade, idade, renda, motivos de afastamento do trabalho, existência de vínculo empregatício, se estão realizando algum curso profissionalizante. Também foram analisados vários dados relativos aos segurados encaminhados em virtude de decisão judicial (CHERES et al; 2013).

Farias (2013) realizou pesquisa na área de saúde coletiva. Estudou as características sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores amputados, vítimas de acidente de trabalho, que receberam órtese e prótese do setor de Reabilitação Profissional do INSS e verificou as características dos acidentes de trabalho, a taxa de retorno ao mercado de trabalho formal, os fatores de sucesso e insucesso do PRP, bem como discutiu a importância da prótese como parte do processo de reinserção profissional. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, quantitativo, realizado INSS de Campinas/SP.

O artigo de Farias e Lucca (2013) foi publicado em revista de saúde pública e reuniu as principais conclusões da dissertação de Farias (2013). Concluiu-se que a taxa de retorno ao trabalho é importante, mas não leva em conta os vínculos empregatícios informais. Também destacou a existência de diversos fatores que influenciaram no resultado final da reabilitação profissional, bem como a falta de integração dos atores e instituições envolvidas.

A dissertação de mestrado de Pereira (2013) é da área de serviço social. Trata-se de uma análise sobre a estrutura e os processos de atendimento dos segurados no serviço de reabilitação profissional do INSS em Florianópolis, nos anos de 1990 a 2012. É uma pesquisa qualitativa, baseada em análise documental e questionários semiestruturados oferecidos a servidores da reabilitação profissional. Sustentou que as várias alterações ocorridas no início do período estudado foram justificadas pelos discursos da eficácia e da eficiência, mas que não solucionaram os principais problemas apontados pelos envolvidos. Concluiu que até o final do período estudado, a organização do serviço de reabilitação profissional se orientou pela lógica economicista de contenção de custos, afastando-se do atendimento às reais necessidades dos segurados.

Saldanha e outros (2013) realizaram pesquisa estritamente bibliográfica a respeito de facilitadores e barreiras ao retorno ao trabalho de segurados afastados por Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT). Seu trabalho foi publicado em periódico da área da saúde coletiva. A pesquisa tem natureza

qualitativa e envolveu a revisão crítica de publicações do período de janeiro de 2005 a outubro de 2010, disponíveis nas bases Lilacs, MedLine e SciELO.

Os fatores identificados como mais relevantes foram: de ordem pessoal (dor, fatores psicossociais, afastamento do trabalho); organizacionais (modificações nos postos de trabalho, demanda psicológica do trabalho, apoio organizacional, apoio de colegas e da chefia); relacionados aos serviços, sistemas e políticas (programa de retorno ao trabalho, tempo de afastamento e serviços de apoio). Concluíram que o retorno ao trabalho é um processo complexo e, por isso, exige políticas multifárias, cooperação intersetorial e estabelecimento de metas em conjunto pelos envolvidos no processo (SALDANHA et al, 2013).

Vacaro e Pedroso (2013) desenvolveram uma pesquisa na área da saúde coletiva com o objetivo de mapear as patologias e profissões mais frequentemente ligadas aos afastamentos e encaminhamentos a reabilitação profissional, bem como a espécie de benefício que resultou no afastamento do trabalho. O trabalho tem natureza quantitativa.

Concluíram que as principais profissões responsáveis pelos encaminhamentos ao programa de reabilitação profissional foram motorista, vigilante e enfermeiro. As patologias mais comuns foram as musculoesqueléticas (26%), psiquiátricas (18,17%), traumatológicas (16,08%), e cardiovasculares (8,52%). Já a espécie auxílio doença previdenciário (não acidentário) foi a maior responsável pelos encaminhamentos. Por fim, acentuaram que as patologias que geraram afastamento não parecem ter relação direta com as patologias originárias de agentes nocivos contemplados pela aposentadoria especial (VACARO; PEDROSO, 2013).

Ziliotto e Berti (2013) pesquisam na área da saúde coletiva. Seu trabalho é um estudo bibliométrico, com metodologia qualitativa, sobre reabilitação profissional publicada no Brasil no período de 2001 a 2011. As principais questões abordadas nas pesquisas versaram sobre a efetividade do programa de reabilitação profissional, as limitações do processo de perícia médica e as LER/Dort (Lesão por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho).

O trabalho de Bianchessi (2014) é um capítulo de livro voltado a formação de profissionais de saúde. Seu texto descreveu características das equipes de trabalho ideais, rotinas de atendimento e modelos de serviço de medicina ocupacional. Não trouxe aspectos relevantes sobre a reabilitação profissional fornecida pelo INSS.

Schweitzer (2014) é pesquisadora da área da saúde coletiva. Seu trabalho é um estudo de caso, abordado com métodos quantitativos. Abordou a experiência de uma empresa pública que firmou convênio de cooperação técnica com o INSS para prestar o serviço de reabilitação

profissional dos seus trabalhadores. Mencionou que o quadro anterior a assinatura do convênio era de inépcia do serviço prestado pelo INSS na reabilitação profissional. Apontou, sem quantificar, que havia diversos trabalhadores em condições de serem reaproveitados, mas que não eram sequer encaminhados ao serviço de reabilitação profissional e outros, com notória incapacidade laboral, mas que não eram aposentados.

Concluiu que o caso estudado foi uma bem-sucedida iniciativa de promoção de saúde dos trabalhadores e da concepção do trabalho como elemento da socialização plena do indivíduo. Ao assumir a condução da reabilitação de seus trabalhadores, a empresa ampliou seu diálogo com eles, com os profissionais de saúde assistentes e com o INSS. Além disso, a experiência forneceu oportunidade de reflexões sobre o trabalho e sobre a prevenção de doenças em toda a empresa – não apenas nos setores diretamente envolvidos.

Santos e Lopes (2015) publicaram seu artigo em revista da área da saúde coletiva. Trata-se de um estudo de caso, realizado com metodologia quantitativa, que teve por objetivo investigar os motivos da não inclusão de trabalhadores contribuintes junto ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS.

Concluíram que, na amostra coletada, dois motivos são responsáveis por mais de 75% das causas de inelegibilidade. Em primeiro lugar, 46,97% dos segurados considerados inelegíveis a reabilitação profissional o foram em virtude da possibilidade de retorno ao trabalho. A segunda maior causa de inelegibilidade foi a impossibilidade de retorno ao trabalho, com 29,55%. Dentre os motivos para esta conclusão, identificaram-se: a idade; a escolaridade; a pouca experiência em atividades laborativas distintas; a circunstância de residir em localidade distante da sede do programa (inviabilidade de deslocamento para submissão aos cursos) e em cidade de pequeno porte (poucos postos de trabalho, em áreas restritas); o fato de o trabalhador ter muitos anos de contribuição ao INSS; diagnóstico ou limitação importante, progressiva, de difícil reinserção no mercado de trabalho; muitos anos exercendo a mesma profissão; valor alto do benefício ou do último salário (se o usuário fosse reabilitado, o rendimento salarial na nova área seria inferior ao que ele recebia antes do ingresso no Programa); estar em gozo de benefício considerado longo, sem melhorias no quadro clínico, durante o afastamento (SANTOS; LOPES, 2015).

O trabalho de Barros (2015) é da área de conhecimento da psicologia. Definiu como resiliência a capacidade dos segurados de superarem as adversidades do processo de reabilitação e do retorno ao trabalho. Pesquisou de que forma as ações realizadas no Programa de Reabilitação Profissional do INSS em Manaus/AM contribuíram com a resiliência dos trabalhadores. A pesquisa empregou metodologia quantitativa e qualitativa.

Quanto a etapa qualitativa, identificou alguns construtos importantes, organizados nas seguintes categorias e subcategorias: (1) contexto do acidente de trabalho – relacionamento com pares e superiores, exigência no trabalho, associação doença x fraqueza e acidente x imprudência; (2) ações do programa de reabilitação profissional – inexistência de ações, palestra sobre reabilitação, perícia, treinamento fora da empresa, entrega de certificado, acompanhamento após o retorno ao trabalho, queixas sobre demora e burocracia, relacionamento com técnicos do PRP; (3) vivências de prazer no processo de reabilitação – a oportunidade de estar vivo, perceber-se com uma nova postura diante da vida, a oportunidade de mudar de carreira, estar com a família. (4) vivências de sofrimento no processo de reabilitação – dificuldades financeiras, problemas de saúde, perceber-se deficiente, desestrutura e desorientação emocional (BARROS, 2015).

Na parte quantitativa, chama a atenção o pequeno porte da amostra: apenas 11 (onze) segurados. Ainda assim, o trabalho desenhou dois perfis sócio-demográficos. O primeiro correlaciona sexo, idade, estado civil e crença religiosa. O segundo, escolaridade, área de atuação, tempo de empresa, renda familiar e responsabilidade doméstica (BARROS, 2015).

O texto de Bregalda e Lopes (2016) é uma pesquisa qualitativa baseada em entrevistas realizadas com profissionais da área de terapia ocupacional lotados no Serviço de Reabilitação Profissional do INSS no Estado de São Paulo. Realizada na área da saúde pública, a pesquisa ressaltou que a reabilitação profissional se situa no ponto de encontro das políticas públicas de promoção da saúde, da educação e de trabalho e emprego.

Foram obtidas mais avaliações negativas do que positivas, majoritariamente ligadas a ausência de estrutura adequada da Autarquia, a baixa participação e responsabilização das empresas, a ausência de articulação das políticas de reabilitação profissional com os demais setores governamentais e da sociedade civil e a necessidade de ampliação e da reformulação da legislação que trata da reabilitação profissional no Brasil (BREGALDA; LOPES, 2016).

Duarte e Prado (2016) desenvolveram sua pesquisa na área de gestão. Seu trabalho realizou pesquisa quantitativa, mediante a aplicação de questionário estruturado a servidores lotados no setor de reabilitação profissional do INSS. O objetivo da pesquisa foi identificar a influência da racionalização sobre os processos de trabalho dos assistentes sociais. Concluíram que a implantação de mecanismos de racionalização se encontrava em estágio avançado e vinha sendo utilizada para aumentar a produtividade dos profissionais, mas tinha como subproduto a restrição do acesso dos trabalhadores aos seus direitos.

Lancman, Barros e Jardim (2016) são pesquisadores da área de terapia ocupacional. Seu artigo é um levantamento bibliográfico sobre a centralidade da categoria trabalho como

elemento de identificação pessoal e social do indivíduo e sobre a necessidade de se compreender a relação entre saúde e trabalho de forma integrada. Assim, o retorno e a permanência no trabalho só ocorreriam se levados em consideração todos os fatores que causaram o adoecimento e a necessidade de transformá-los. O processo, então, envolveria: cuidar do retorno ao trabalho, conhecer onde o adoecimento começou e intervir no trabalho para prevenir novos eventos – agindo na empresa, nos departamentos de recursos humanos e de saúde do trabalhador para transformar os programas de retorno em programas de prevenção ao adoecimento e de promoção da saúde dos trabalhadores.

Silva, Alves e Assis (2016) publicaram seu artigo em periódico da área de saúde coletiva. Sua pesquisa tem natureza qualitativa e empregou respostas de servidores públicos do setor de reabilitação profissional do INSS a um questionário semiestruturado. O estudo identificou os seguintes facilitadores para o retorno ao trabalho: a motivação dos trabalhadores, a qualificação, a integração entre INSS e as empresas, e as políticas que apoiam a capacitação. Como barreiras, foram citadas as experiências profissionais restritas, a desarticulação entre as áreas do INSS, o desinteresse das empresas para adaptar situações de trabalho e a descontinuidade dos recursos para a Reabilitação Profissional.

Silva e Camarotto (2016) também são autores da área de saúde coletiva. Seu trabalho empregou uma revisão bibliográfica para propor um fluxograma de atendimento ao serviço de reabilitação profissional, no que se refere aos trabalhadores afastados por LER/DORT. Ponderou que, além das limitações funcionais, os trabalhadores também enfrentam obstáculos no trabalho. Ressaltou que a reabilitação profissional do INSS não garante as melhorias necessárias para um efetivo retorno às atividades laborais.

Vacaro e Pedroso (2016) escreveram artigo da área de saúde coletiva com o objetivo de analisar o desempenho dos segurados que participaram do programa de reabilitação profissional do INSS em Porto Alegre/RS. Trata-se de um estudo quantitativo, baseado em análise de dados extraídos dos sistemas informatizados do INSS – sexo, idade, existência de vínculo empregatício antes da reabilitação (empregado ou desempregado), existência de vínculo empregatício um ano após a reabilitação (empregado ou desempregado), natureza do afastamento (acidente de trabalho ou não), tempo de permanência em benefício.

Concluíram que os empregados, em benefício espécie acidente de trabalho, durante tempo menor em benefício e que foram reabilitados dentro da própria empresa, alcançaram índice maior de retorno ao trabalho se comparados ao índice dos desempregados, com longos benefícios e aqueles cuja empresa não ofereceu outra função (VACARO; PEDROSO, 2016).

Também se encontra o trabalho de Souza e Queiróz (2018), publicado na área da saúde coletiva. Trata-se de artigo científico resultante de pesquisa qualitativa realizada com trabalhadores afastados de suas atividades laborais e inseridos no Programa de Reabilitação Profissional do INSS em Guarulhos/SP. O objetivo era identificar qual a percepção dos trabalhadores sobre as condições em que seu trabalho era realizado e qual a contribuição destas para a incapacidade laborativa que apresentavam.

Descreveu-se a estrutura de atendimento do setor de reabilitação profissional do INSS, que contava com equipe multiprofissional e sofria com a escassez de recursos financeiros para a contratação de cursos especializados de formação profissional – o que, afirmou-se, prejudicava a efetividade do programa. O texto sinalizou que o aumento da demanda do setor de reabilitação profissional era um reflexo da intensificação da exploração da mão de obra pelo sistema capitalista e do desmonte da rede de proteção social ao trabalhador (SOUZA; QUEIRÓZ, 2018).

Mencionou-se que o público atendido era majoritariamente masculino e que a incapacidade laborativa era identificada pelos trabalhadores como um prejuízo à identificação sociocultural do homem, severamente ligada ao trabalho. Nesse sentido, o homem sentia uma culpabilização pessoal por não poder desempenhar a função de (principal) provedor de sua família. Enxergava que as condições de trabalho (especialmente a intensificação da sua exploração) contribuíram para a sua incapacidade laborativa e que dificultaram as possibilidades de reintegração ao mercado de trabalho. Contudo, os trabalhadores entendiam que deviam ser fortes o suficiente para suportar as adversidades, muitas vezes recorrendo à automedicação (principalmente analgésicos cada vez mais potentes) para permanecerem no trabalho, evitando ao máximo o afastamento (SOUZA; QUEIRÓZ, 2018).

A tese de doutoramento de Carvalho (2018) tem enfoques estruturalista e humanista. Foi desenvolvida na área de conhecimento das ciências sociais aplicadas. Descreveu os procedimentos de acolhimento, avaliação e treinamento dos segurados, mas também deitou atenção sobre as histórias e percepções individuais de alguns deles. Realizou pesquisa qualitativa na forma de entrevistas semiestruturadas com 15 (quinze) trabalhadores e trabalhadoras. Concluiu que, para efetivamente reabilitar os trabalhadores, o serviço deve promover sua reintegração social plena – o que se choça com os limites e finalidades legalmente estabelecidos. A pesquisa permitiu enxergar que a vida dos segurados se divide entre os momentos anteriores e posteriores à doença e que a sua postura diante da reabilitação oscila entre a expectativa de retorno ao mercado de trabalho, o medo, a sujeição e a resignação.

As entrevistas não identificaram a presença do elemento desemprego. Contudo, há incisivas referências ao trabalho na informalidade (garantir a sobrevivência por “bicos”), a prorrogação do benefício ou a obtenção de aposentadoria por invalidez definitiva. A autora entende que os segurados pretendem, em verdade, o reconhecimento social de sua incapacidade, a negação definitiva de sua força de trabalho. Ponderou que a sociedade valoriza o trabalho, mas que isso para eles perdeu o sentido. Assim, sua reivindicação é o reconhecimento do não-trabalho, o que lhes é negado (CARVALHO, 2018).

Pina, Stotz e Jackson Filho (2018) realizaram pesquisa qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas com 20 (vinte) trabalhadores. Seu artigo é da área de conhecimento da saúde coletiva. Restringiram seu objeto de pesquisa aos trabalhadores reabilitados reintegrados ao trabalho, identificados no trabalho como “compatíveis”, empregados em uma montadora automobilística a Região do ABC, em São Paulo. Também realizaram visitas a fábrica.

Os dados coletados permitiram aos autores concluir que a reestruturação produtiva leva ao aprofundamento da exploração do trabalho, mediante a intensificação do ritmo de trabalho, ao prolongamento da jornada e a gestão por estresse – exigências físicas e psicológicas mais desgastantes para o trabalhador, especialmente o reabilitado. Por outro lado, a convenção coletiva de trabalho das montadoras do setor automobilístico da Região do ABC previa a estabilidade no emprego até a aposentadoria para o trabalhador compatível ocupacional. Nesse contexto, notaram tendência de exclusão do trabalhador reabilitado dos setores “produtivos” da empresa (PINA; STOTZ; JACKSON FILHO, 2018).

Ruschel e Mirales (2018) pesquisaram a relação entre trabalho e adoecimento dos trabalhadores afastados em uma empresa do setor de agroindústria de frangos de Dois Vizinhos – PR. Seu trabalho foi desenvolvido na área de conhecimento das ciências sociais aplicadas. Durante a pesquisa, foram selecionados 14 trabalhadores e trabalhadoras. Contudo, 8 desistiram de participar da pesquisa, alegando que ela poderia trazer prejuízos a sua vida pessoal e profissional. A análise dos dados quantitativos permitiu concluir que 7% dos trabalhadores da referida empresa estiveram afastados do trabalho entre 2003 e 2017. Também identificaram que o aumento da exploração da força de trabalho leva ao aumento da quantidade de afastamentos.

Diante do exposto, pode-se identificar que todas as pesquisas destacaram o papel do trabalho como organizador da vida social (elemento de identificação pessoal do homem e de seu relacionamento com a natureza e o meio social) e a intensificação da exploração do trabalho em face das alterações da reestruturação produtiva. Alguns trabalhos (VACARO;

PEDROSO, 2013; SILVA; CAMAROTTO, 2016; RUSCHEL; MIRALES, 2018) apontaram que a frequência das doenças entre os reabilitados é semelhante à da população em geral, mas elas se apresentam de forma mais precoce no primeiro grupo.

Também se evidenciou a baixa resolutividade (segurados que são reabilitados) do programa de reabilitação profissional do INSS. Contudo, as razões atribuídas a este fato oscilam desde o desinteresse do trabalhador e da empresa, até a incompatibilidade estrutural entre o modelo de reabilitação profissional e o atual estágio do modo de produção capitalista, passando pela ausência de investimentos efetivos na estrutura de atendimento do INSS.

Dois trabalhos (SCHVEITZER, 2014; WATANABE, 2004) sugerem que modelos de reabilitação profissional oferecidos por empresas tem maior taxa de sucesso.

O quadro geral aponta para uma necessidade de vários aprimoramentos na política pública de reabilitação profissional e para a identificação de alguns limites que são intransponíveis nos estreitos limites desta política – qual seja, a intensa mutabilidade real das relações de trabalho e os crescentes desafios para a empregabilidade e para a prestação de saúde coletiva.

Além disso, a partir das obras consultadas é possível definir o construto reabilitação plena.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define que o objetivo da reabilitação profissional é permitir que o sujeito com incapacidade obtenha, conserve um emprego e nele progride, promovendo assim a sua reintegração social (BREGALDA, 2016).

Carvalho (2018) define reabilitação plena com base nas expectativas extraídas dos relatos dos trabalhadores reabilitandos e reabilitados. Nesse sentido, eles entendem que foram reabilitados quando se sentem úteis e produtivos e que o trabalho que realizam é capaz de lhes proporcionar a sobrevivência (independência financeira, custeio pessoal e familiar), a elevação da autoestima, a identidade profissional e a realização pessoal e profissional.

Conceito semelhante é exposto por Watanabe (2004). Para ela, além da dimensão física, a reabilitação profissional plena envolve também a cognitiva, a emocional, a relacional e a laboral, com o objetivo de resgatar a autonomia dos trabalhadores adoecidos, tanto para o trabalho, quanto para a vida em geral.

Prosseguindo, Watanabe (2004) aponta que os melhores programas de reabilitação profissional do mundo têm como objetivo tornar o indivíduo empregável e desenvolver competências para escolher e garantir sua própria colocação – um emprego remunerado estável que sirva como esteio para sua integração a sociedade. Não se trata apenas da recuperação de sua capacidade de produzir excedente de capital, mas da retomada de sua

habilidade de agir de forma inteligente e proposital – o que lhe dá uma grande adaptabilidade e que proporciona as condições socioculturais para ampliar a sua própria produtividade e qualidade de vida.

Saldanha e outros (2013) também defendem que a reabilitação profissional deve se compor de várias etapas, desde a recuperação funcional com o trabalhador fora do trabalho (*off work*), passando pela reinserção no ambiente de trabalho (*Re-Entry*), pelo acompanhamento da sua manutenção (*Maintenance*) e pelo incentivo ao avanço de postos ocupados pelo trabalhador (*Advancement*).

Assim, o conceito de reabilitação plena envolve três dimensões: trabalho, personalidade e redes de sociabilidade.

A seção 3 trata dos aspectos metodológicos da pesquisa.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Nesta seção, serão explicitados os processos, métodos e procedimentos metodológicos empregados na pesquisa.

Em termos gerais, esta pesquisa adota o método indutivo, já que parte da análise de questões particulares até chegar a conclusões mais amplas e generalizadas (MARCONI; LAKATOS, 2017). Embora o estudo tenha como marco inicial a análise da bibliografia consultada para embasar a análise dos dados, o método não é dedutivo. Isto porque a análise dos dados concretos é que possibilitou traçar um perfil dos segurados atendidos, elaborar o modelo preditivo e identificar os problemas de gestão encontrados – como, por exemplo, o fato de que boa parte dos segurados foram desligados do programa no dia da primeira análise, sem passarem por nenhum curso profissionalizante, seja porque estivessem incapazes definitivamente (aposentadoria por invalidez), seja porque já haviam recuperado a capacidade laborativa (retorno ao trabalho).

Quanto aos procedimentos técnicos, cumpre divisar a abordagem do problema e as estratégias da pesquisa (ECO, 2008).

Nesse sentido, esclarece-se que a abordagem de pesquisa é quantitativa, pois partiu de um plano de trabalho pré-definido, com hipóteses e variáveis definidas. Assim, os resultados foram descritos, quantificados, comparados, interrelacionados e classificados.

Analisou-se a realidade da prática da reabilitação profissional oferecida pelo INSS em Uberlândia/MG. A pesquisa é *ex-post-facto*, seu objeto/unidade de análise é o segurado e a coleta de dados foi feita em documentos e dados secundários.

Como estratégia de pesquisa, foi utilizada a pesquisa documental. Baseou-se em documentos oficiais e autos dos processos administrativos de reabilitação profissional do universo em estudo – todos os segurados desligados do programa de reabilitação profissional do INSS em Uberlândia no ano de 2017.

O trabalho tem natureza de pesquisa aplicada, pois visa gerar conhecimentos para a solução de problemas de gestão do setor de reabilitação profissional do INSS em Uberlândia/MG.

O objetivo da pesquisa é descritivo, pois procurou descrever as características do problema de gestão enfocado, visando identificar relações entre as variáveis predefinidas (GIL, 2008).

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram a obtenção de documentos, que estão organizados e sistematizados de maneira adequada e a observação direta – já que o

pesquisador observou de forma passiva a estrutura e a rotina de atendimento do setor de reabilitação profissional do INSS. A análise de dados foi realizada por meio de análise de conteúdo de documentos, estatísticas descritivas e análise de correlação de Pearson.

Coeficientes de correlação apresentam um resumo numérico dos dados sobre a existência, o sentido e a intensidade da relação linear entre duas variáveis. O coeficiente de correlação de Pearson pode variar entre -1 e +1. Se o sinal é positivo, o aumento ocorre nas duas variáveis simultaneamente. Se negativo, uma variável aumenta enquanto a outra diminui. O valor absoluto da correlação indica a força do relacionamento. Se há uma (hipotética) correlação perfeita (1 ou -1), o valor de uma variável pode ser exatamente determinado conhecendo-se o valor de outra. Uma correlação com valor igual zero indica que não existe relacionamento linear entre as duas variáveis (TABACHNICK; FIDELL, 2013).

Foram utilizados dados secundários, extraídos dos prontuários de acompanhamento dos processos administrativos de reabilitação profissional do INSS em Uberlândia/MG, no ano de 2017. Os dados foram reunidos em uma tabela em formato Microsoft Excel, tratados e manipulados no mesmo *software* e, em alguns casos, no programa IBM-SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Na fase preliminar desta pesquisa, foi formulado pedido de acesso a dados básicos dos segurados que foram desligados do programa de reabilitação profissional entre 01.01.2017 e 31.12.2017. Deve-se destacar que se trata de dados exclusivamente estatísticos, que ora instruem pesquisa científica em que há evidente interesse público e que está resguardada a identificação da pessoa a que a informação se refere. Por este motivo, não se fez necessário o consentimento expresso do segurado (BRASIL, 2012).

O requerimento foi formulado pelo Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (denominado e-sic), disponibilizado pela Controladoria Geral da União (CGU) no endereço eletrônico <https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx>.

As informações requeridas foram as seguintes: identificação (atribuíram-se números de controle, preservando-se a identidade dos envolvidos), data de nascimento, nível de escolaridade, gênero, etnia, cidade de residência, natureza do benefício (previdenciário ou acidentário), DIB (data de início do benefício), quantos benefícios recebeu, código internacional de doença (CID), data de entrada na reabilitação, data da saída da reabilitação, função/profissão na data do ingresso na reabilitação, função/profissão após readaptação, salário de contribuição na data do afastamento, salário de contribuição na data do desligamento, cursos/treinamentos recebidos, motivo do desligamento do programa

(reabilitação, abandono, aposentadoria, dentre outros) e, finalmente, se o encaminhamento à reabilitação profissional tinha origem em processo judicial ou não.

O pedido de acesso aos dados foi atendido, embora com atraso. Isto porque, conforme esclarecimentos prestados na resposta a solicitação e-SIC, era necessário o levantamento manual dos dados pela Agência do INSS responsável pela informação. Isto é, os dados existiam e podiam ser acessados, mas não estavam compilados em uma única planilha.

Reunidos os dados necessários, eles foram tratados e organizados em planilha em formato Microsoft Excel. Foram criadas algumas variáveis auxiliares (tais como mês/ano da DIB, mês/ano da DCB, dias em gozo de benefício, grupos de CID, dentre outras). Criou-se uma tabela auxiliar com o valor do salário mínimo mês a mês, desde a DIB mais antiga e até fevereiro de 2019. Foram eliminadas algumas duplicidades e inconsistências, mediante consulta direta a servidora responsável pelo atendimento do Setor de Reabilitação Profissional.

Também foi criada outra planilha auxiliar separando as informações constantes no campo “cursos/treinamentos” para cada segurado. Da forma como elas haviam sido prestadas inicialmente, todos os treinamentos e capacitações oferecidos a um segurado apareciam em uma única célula. Assim, era impossível contar quais os cursos foram mais oferecidos, bem como quais foram os mais frequentes.

Além disso, não havia um padrão de apresentação das informações desta coluna. De fato, um mesmo curso era identificado de várias formas diferentes (por exemplo, “capacitação em informática básica” aparecia como “curso de informática”, “informática básica”, “capacitação em informática”, dentre outras formas). Também foram realizadas as devidas correções, respeitando a integridade das informações prestadas.

No mesmo sentido, todas as informações que se referiam a escolaridade formal (tais como “retornou ao ensino médio”, “concluiu o ensino superior” e “supletivo”) foram substituídas por “melhoria na escolaridade”.

Sob a rubrica de “melhoria na CNH” foram reunidas as informações sobre “habilitação em categoria “B” e “renovação de carteira habilitação categoria AB”.

É importante fazer uma ressalva a respeito dos dados fornecidos na coluna “motivo do desligamento”. Observou-se que o Setor de Reabilitação Profissional utiliza alguns motivos de desligamento não previstos no Manual Técnico da Reabilitação Profissional (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2018), a saber, “inelegível permanente”, “inelegível temporário”, “não necessita de rp”, “retorno imediato ao trabalho”. Apesar disso, tais códigos foram mantidos, em respeito à integridade dos dados analisados.

Em seguida, foram realizadas as análises estatísticas descritivas propriamente ditas.

Em janeiro de 2019, atendendo a sugestão da banca de exame de qualificação, foi formulado novo pedido de acesso aos mesmos dados básicos, agora dos segurados desligados do programa de reabilitação profissional nos anos de 2018, 2016, 2015 e 2014. O objetivo era estender o período de pesquisa, de forma a aumentar a consistência das análises empreendidas. Contudo, nesta oportunidade, diante de uma nova chefia em um tempo de novo governo, o pesquisador não obteve permissão de acessar os dados dos referidos anos.

Por estes motivos, o período de análise se restringiu ao ano de 2017.

Os critérios de seleção dos estudos empíricos estão explicitados na seção 2.4.1, supra.

O Quadro 02 é uma matriz de amarração elaborada pelo autor, com o fim de melhorar a visualização e o relacionamento entre o problema de pesquisa, os objetivos geral e específicos, as fontes de dados, os instrumentos de coleta e a técnica de análise.

Quadro 02 – Matriz de Amarração

**Problema de Pesquisa:** o serviço de reabilitação profissional oferecido pelo INSS em Uberlândia/MG consegue reintegrar o segurado ao mercado de trabalho?

**Objetivo Geral:** analisar a reabilitação profissional oferecida pelo INSS em Uberlândia no ano de 2017, indicando limites, avanços e possibilidades de melhoria

Objetivos Específicos	Fonte de Dados	Instrumentos de Coleta de Dados	Técnica de Análise de Dados
a) Descrever o procedimento adotado pelo setor de reabilitação profissional do INSS	Pesquisa documental; observação direta	Roteiro de pesquisa e observação direta	Análise de conteúdo
b) Descrever o perfil do segurado submetido a reabilitação profissional e os índices de recolocação profissional	Pesquisa documental; revisão bibliográfica	Revisão bibliográfica	Análise de conteúdo; análise estatística
c) Identificar quais fatores contribuem para que o reabilitando seja recolocado no mercado de trabalho	Pesquisa documental; revisão bibliográfica	Revisão bibliográfica	Análise de conteúdo; análise estatística
d) Correlacionar características do indivíduo, do processo e reabilitação profissional	Pesquisa documental	(não se aplica)	Análise de conteúdo; análise estatística
e) Sugerir propostas alternativas ao processo de reabilitação profissional, se cabíveis	Pesquisa documental; revisão bibliográfica	(não se aplica)	(não se aplica)

Fonte: elaborado pelo autor

Foram tratados na seção 4 os objetivos “a”, “b”, “c” e “d” (“descrever o procedimento adotado pelo setor de reabilitação profissional do INSS”, “descrever o perfil do segurado submetido a reabilitação profissional e os índices de recolocação profissional”, “identificar quais fatores contribuem para que o reabilitando seja recolocado no mercado de trabalho” e “correlacionar características do indivíduo, do processo e reabilitação profissional”).

Já o objetivo “e” (“sugerir propostas alternativas ao processo de reabilitação profissional, se cabíveis”) será trabalhado nas considerações finais, no item “5.3 Produtos e Processos”.

## **4 O INSS E O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL EM UBERLÂNDIA**

Nesta seção foi abordado o primeiro objetivo específico do trabalho, qual seja, descrever o procedimento adotado pelo Setor de Reabilitação Profissional do INSS em Uberlândia/MG.

A partir da observação direta, constatou-se que a equipe conta com um médico perito (que exerce a sua chefia), um técnico administrativo e nove analistas, que atuam como profissionais de referência. O estoque de segurados aguardando a avaliação inicial é de 2240 pessoas.

A maioria absoluta das informações relativas aos programas fica registrada apenas em prontuários físicos individuais devido à inexistência de sistema informatizado para tal finalidade. O único documento que reúne algumas informações estatísticas é o BERP (Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional) – que confirma os números de estoque e de integrantes da equipe.

O procedimento adotado pela equipe de reabilitação profissional em Uberlândia/MG segue o que estabelecido no Manual Técnico da Reabilitação Profissional (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2018) – com algumas adaptações.

Assim, o processo é composto das seguintes fases sequenciais: avaliação do potencial laboral, orientação e acompanhamento, desligamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho. Cada uma destas fases subdivide-se em diferentes etapas, conforme se visualiza no Quadro 3.

Quadro 03 - Fases e etapas do Processo de Reabilitação Profissional<sup>2</sup>

<b>Fase</b>	<b>Etapa</b>	<b>Responsável</b>	<b>Conclusão</b>	<b>Prazo</b>
Avaliação do potencial laboral	Perícia médica de elegibilidade	Perito	Elegível/inelegível	Não se aplica
	Avaliação sócioprofissional	Profissional de referência	Favorável/desfavorável	Até 45 dias após FAPL
	Perícia médica de RP	Perito	Restrições e prognóstico laboral	Até 45 dias após FASP
Orientação e acompanhamento	Reunião de planejamento	Perito + PR	Definição do programa	Até 15 dias após FARP
	Avaliação subsequente PR	Profissional de referência	Continuidade do processo	A cada 60 dias. ou prazo diferente, conforme a necessidade de cada caso
	Perícia médica subsequente PR	Perito	Continuidade do processo	Variável
	Reunião de acompanhamento	Perito + PR	Definição do programa	Variável
Desligamento	Avaliação desligamento PR	Profissional de referência	Parecer PR e procedimentos	Imediatamente após a finalização da programação profissional.
	Perícia médica de desligamento	Perito	Desligamento	Imediatamente após a avaliação de desligamento do profissional de referência
Pesquisa de fixação	Pesquisa 18 meses	Profissional de referência	Informações sobre a efetividade do programa	18 meses após desligamento do PRP

Fonte: adaptado de Instituto Nacional do Seguro Social (2018)

<sup>2</sup> RP = reabilitação profissional; PR = profissional de referência; FAPL = Formulário de Avaliação do Potencial Laboral; FAPS = Formulário de Avaliação do Potencial Socioprofissional; FARP= Formulário de Avaliação de Reabilitação Profissional; PRP = Programa de Reabilitação Profissional.

A primeira fase do programa é a avaliação do potencial laboral, que se subdivide em três: perícia médica de elegibilidade, avaliação socioprofissional e perícia médica de RP.

A perícia médica de elegibilidade é o ato inicial do processo, quando o perito médico, em qualquer fase do exame médico-pericial, identifica que o segurado é insuscetível de recuperação para a sua atividade habitual, porém reúne condições de ser submetido ao PRP. O perito deve avaliar de forma criteriosa se o segurado realmente reúne as condições de elegibilidade e preencher o Formulário de Avaliação do Potencial Laboral – FAPL no sistema informatizado de concessão de benefícios.

O Manual recomenda que o perito médico que elegeu o reabilitando deve acompanhá-lo, em conjunto com o Profissional de Referência, durante todo o processo até o seu desfecho, salvo eventual impossibilidade (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2018).

Contudo, no INSS em Uberlândia/MG, este encaminhamento inicial é realizado pelos médicos peritos responsáveis pelo acompanhamento dos benefícios já concedidos. Estes profissionais não estão ligados diretamente ao setor de reabilitação profissional e, como regra geral, não acompanham os segurados por eles encaminhados. Esta situação parece ser causa de um dos problemas de gestão encontrados na pesquisa – qual seja, grande percentual dos segurados encaminhados ao setor de reabilitação profissional não reúne condições mínimas de elegibilidade, conforme será melhor explicitado na seção 4.3.

A etapa seguinte é a avaliação socioprofissional, que é realizada por um dos profissionais de referência lotados no setor de reabilitação profissional (assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos).

São analisados diversos aspectos ligados à ocupação do segurado, ao seu histórico de afastamentos do trabalho, às suas experiências profissionais prévias e à sua qualificação profissional obtida por cursos e treinamentos. Além disso, verifica-se qual é o grau de interesse e de motivação do segurado para ingressar no programa.

Ao cabo da análise, o Profissional de Referência preenche um formulário próprio, exarando seu prognóstico, favorável ou desfavorável, para o ingresso no programa e para o retorno ao trabalho.

A última etapa da avaliação do potencial laboral é a perícia médica de reabilitação profissional. Ela tem por finalidade concluir pela continuação ou não do programa de reabilitação do segurado analisado. Por isso, deve o médico perito cotejar o potencial laboral do segurado com as restrições apresentadas. Nesse momento, a conclusão deve se ater obrigatoriamente a uma das seguintes situações: intercorrência médica, invalidez limite

indefinido, retorno imediato ao trabalho, continuidade em processo de reabilitação profissional, recusa, abandono, instrução de processo judicial, óbito, concessão/manutenção de prótese e órtese, (re)habilitação de PCD, indeferimento de (re)habilitação de PCD, homologação de readaptação profissional, indeferimento de readaptação profissional, transferência, não necessita de programa de RP, alta a pedido.

A segunda fase é a de orientação e acompanhamento e consiste em quatro etapas: reunião de planejamento, avaliação subsequente do profissional de referência, avaliação subsequente do perito médico e reunião de acompanhamento.

Na reunião de planejamento, o médico perito e o profissional de referência definem, em conjunto, quais serão as diretrizes básicas de cada processo de reabilitação (prognóstico, treinamento na empresa de vínculo, cursos de qualificação profissional, necessidade de recursos materiais, entre outros).

Caso o segurado tenha vínculo empregatício, o profissional de referência entra em contato (formalizado por ofício) com a empregadora, esclarecendo-lhe os objetivos do processo de reabilitação. Se necessário, o profissional de referência também solicita a empregadora a descrição de função/atividade desempenhada pelo segurado.

Caso o segurado não tenha vínculo empregatício, é definido o encaminhamento que for compatível com sua profissiografia.

A etapa seguinte é a da reunião de acompanhamento. Nesse momento, médico e profissional de referência analisam o progresso do trabalho de reabilitação e, se necessário, estabelecem novos rumos.

Para os segurados sem vínculo empregatício, discute-se se há recursos disponíveis na comunidade para viabilizar a reabilitação profissional.

Caso se trate de segurado com vínculo empregatício, verifica-se se a função proposta pela empresa é compatível com as limitações do segurado. Caso a função seja incompatível, o profissional de referência solicita nova função, dando a empregadora o prazo de 15 (quinze) dias para resposta. Caso não exista função compatível, ou se a empregadora não responder ao INSS, a equipe discutirá com o reabilitando outras alternativas para o programa. Nessa hipótese, o INSS deverá fornecer ao segurado cursos e treinamentos para que ele se capacite para o exercício de outra atividade – respeitando o estudo de interesses, aptidões e características do mercado de trabalho.

Na hipótese de se tratar de segurado sem vínculo empregatício, a equipe disporá de três alternativas: treinamento em empresas parceiras e/ou conveniadas; oferecimento de

cursos de capacitação profissional presencial e/ou a distância e elevação de escolaridade até nível fundamental I/II ou médio.

Estabelecidos os passos da programação de treinamento profissional, caberá ao profissional de referência e ao perito médico estabelecerem intervalo de tempo razoável para reavaliarem o progresso do reabilitando. Se necessário, o acompanhamento será por meio de visitas externas.

A terceira fase do processo é o desligamento do programa. O profissional de referência e o médico perito avaliam se foi atingida a requalificação profissional pretendida. Nessa hipótese, o médico estabelece a data de cessação do benefício previdenciário e o profissional de referência emite o certificado de reabilitação.

Decorrido o período de 18 (dezoito) meses após o desligamento do segurado do programa, deve ser realizada a pesquisa de fixação. O objetivo da pesquisa é verificar se o segurado se manteve inserido no mercado de trabalho, seja na mesma, seja em outra empresa. Pelas informações obtidas na observação participante, conclui-se que o INSS em Uberlândia/MG não realiza regularmente esta pesquisa de fixação. Os motivos informados para isso são o grande estoque de segurados aguardando avaliação inicial e a carência de servidores no setor de reabilitação profissional.

As seções seguintes trarão a análise dos dados colhidos sobre os segurados desligados do programa de reabilitação profissional do INSS em Uberlândia/MG no ano de 2017, abordando especificamente cada uma das proposições arroladas no item 1.1.

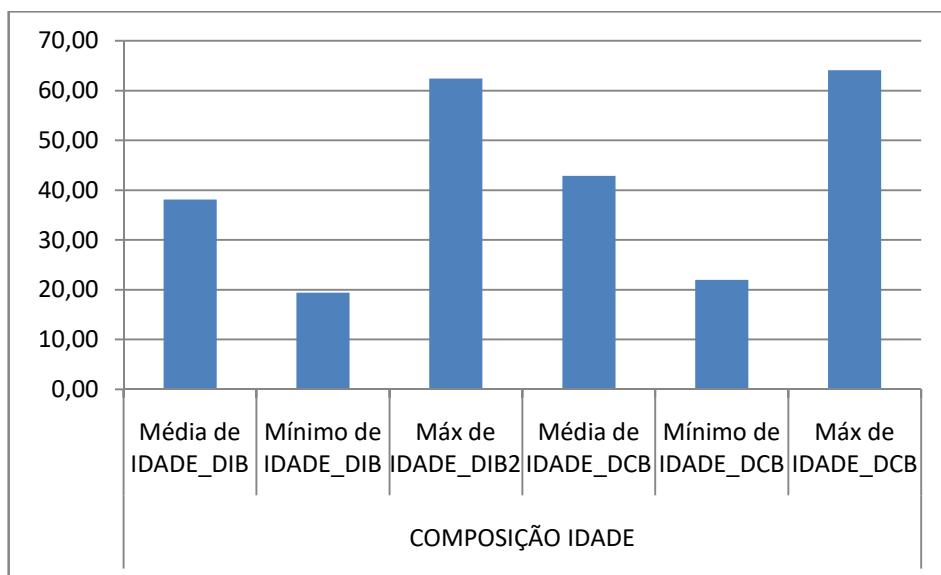
#### **4.1 O perfil do segurado submetido a reabilitação profissional**

Esta seção é dedicada ao segundo objetivo específico do trabalho, qual seja, descrever o perfil do segurado submetido a reabilitação profissional e os índices de recolocação profissional. Nesse sentido, verificar-se-á se o perfil dos reabilitados é semelhante aos encontrados nos estudos empíricos de Struffaldi (1994), Gurgel (2003), Silva (2013), Varandas (2013), Cheres e outros (2013), Santos e Lopes (2015), Barros (2015), Vacaro e Pedroso (2016), Ruschel e Mirales (2018).

Inicialmente, deve-se sublinhar que a amostra é composta por 382 segurados desligados do setor de reabilitação profissional do INSS em Uberlândia/MG, no ano de 2017.

O Gráfico 01 ilustra a composição da amostra em relação a idade dos segurados no início (DIB) e no fim (DCB) do benefício previdenciário:

Gráfico 01 – Idade dos segurados – DIB e DCB



Fonte: elaborado pelo autor

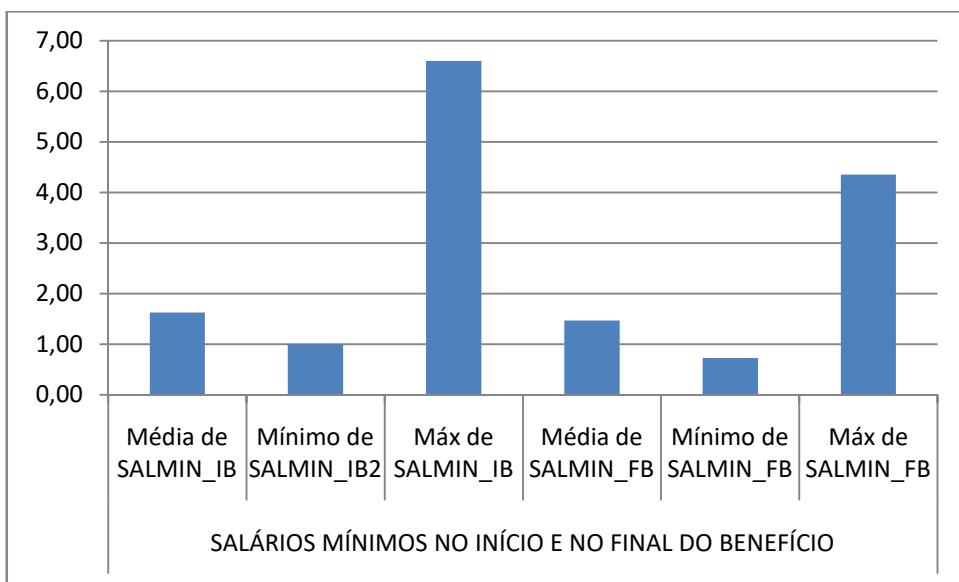
Percebe-se que a média de idade na DIB é de 38,14 anos e, na saída, de 42,84. O segurado mais jovem entrou no programa de reabilitação profissional com 19 anos de idade e o mais jovem a sair tinha 22 anos. O máximo de idade na DIB foi de 62,39 anos e, na DCB, 64,06 anos.

A média de remuneração no início do processo de reabilitação profissional foi de 1,63 salários mínimos. O menor valor inicial foi de um salário mínimo e o maior, 6,60 salários mínimos. A média de remuneração no desligamento do processo é de 1,47 salários mínimos, o menor valor é de 0,73 e o maior, 4,35.

Ressalve-se que as remunerações constantes da tabela são as calculadas em função das contribuições do segurado. Contudo, por obrigação legal, o INSS não paga nenhum benefício (exceto auxílio-acidente) em valor inferior a um salário mínimo. Assim, sempre que o salário de benefício calculado (com base nas contribuições) for inferior, a remuneração paga será fixada em um salário mínimo.

As faixas de renda no início e no fim do benefício podem ser representadas no Gráfico 02:

Gráfico 02 – Faixas de renda – DIB e DCB – em salários mínimos



Fonte: elaborado pelo autor

Analizando os dados apresentados, percebe-se que o valor da remuneração na saída é menor do que a da entrada, em número de salários mínimos. A explicação plausível para esta situação é de que a correção do valor do salário mínimo foi superior aos índices oficiais de inflação entre os anos 2003 e 2015.

Prosseguindo, verifica-se que o tempo médio de permanência do segurado no programa de reabilitação profissional é de 712,12 dias. O maior tempo de permanência na amostra foi de 3519 dias e o menor, de zero. Sobreleva notar que 76 segurados foram desligados do programa no mesmo dia em que ingressaram, o que sugere terem sido encaminhados indevidamente. A análise dos encaminhamentos indevidos será pormenorizada na seção 4.3. Verifica-se ainda que 20,42% dos segurados foram encaminhados para avaliação da reabilitação profissional em virtude de ordem judicial.

A análise de dados também evidencia que 18,06% dos segurados encaminhados a reabilitação recebiam benefício acidentário – ou seja, haviam sofrido acidente de trabalho.

Percebe-se, ainda, que 67,28% dos segurados residiam na cidade de Uberlândia; 8,90%, em Araguari; 6,28%, em Ituiutaba; 2,88%, em Prata e os demais (14,66%) estavam pulverizados em 23 cidades da região do Triângulo Mineiro.

A análise da amostra revela que 41,36% segurados encaminhados a reabilitação profissional se afastaram por enfermidades classificadas no CID pelo código “M” e 23,56%, pelo código “S”. 6,54% dos segurados estão ligados ao código “H” e 5,24% aos códigos “G”

e “I”. Os demais, aos códigos F, T, C, L, B, A, K, N, E, J, P, Q, R, em percentuais inferiores a 4% cada um.

Para melhor compreensão, os grupos CID são assim identificados: A e B - Doenças infecciosas e parasitárias; C e D – Neoplasias; E – Doenças nutricionais, endócrinas e metabólicas; F - Transtornos mentais e comportamentais; G – Doenças do sistema nervoso; H - Doenças do olho e ouvido; I - Doenças do aparelho circulatório; J - Doenças do aparelho respiratório; K – Doenças do aparelho digestivo; L – Afecções da pele e do tecido subcutâneo; M - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; N – Doenças do aparelho geniturinário; O – Gravidez, parto e puerpério; P – Afecções originadas no período perinatal; Q - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas ; R – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; S e T - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas

A Tabela 02 mostra a escolaridade dos pesquisados.

Tabela 02 – Escolaridade – total da amostra

<b>Escolaridade</b>	<b>Qtd.segurados</b>	<b>Percentual</b>
Pós-graduação	3	0,79%
Superior completo	17	4,45%
Superior incompleto	12	3,14%
Médio completo	104	27,23%
Médio incompleto	36	9,42%
Curso técnico completo	2	0,52%
Fundamental completo	34	8,90%
Fundamental incompleto	157	41,10%
Alfabetizado	3	0,79%
Analfabeto	14	3,66%
<b>Total geral</b>	<b>382</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: elaborado pelo autor

Percebe-se que a amostra é bastante heterogênea, pois há desde segurados analfabetos até pós-graduados. Contudo, ampla maioria – qual seja, 63,87% dos segurados – tem nível de escolaridade inferior ao ensino médio completo.

O perfil dos desligamentos do programa pode ser observado na Tabela 03.

Tabela 03 – Motivos de desligamento – total da amostra

<b>Motivo do desligamento</b>	<b>Qtd. segurados</b>	<b>%</b>
Retorno a função diversa	121	31,68%
Inelegível Permanente	50	13,09%
Retorno imediato ao trabalho	39	10,21%
Recusa a RP	38	9,95%
Insuscetível de RP	32	8,38%
Impossibilidade Técnica	26	6,81%
Transferência para outra APS	19	4,97%
Inelegível Temporário	11	2,88%
Retorno as mesmas Funções com Atividades Diversas	10	2,62%
Retorno a mesma função com as mesmas atividades	10	2,62%
Intercorrência Médica	9	2,36%
Não necessita de RP	7	1,83%
Óbito	6	1,57%
Abandono	4	1,05%
Total geral	382	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor

No trabalho de Santos e Lopes (2015), dois motivos são responsáveis por mais de 75% das causas de inelegibilidade: possibilidade de retorno ao trabalho (46,97%) e impossibilidade de retorno ao trabalho (29,55%).

Na amostra analisada, identifica-se que o motivo “retorno imediato ao trabalho” corresponde a possibilidade de retorno ao trabalho e perfez 10,21%. Já a impossibilidade de retorno é expressa pelos motivos “inelegível permanente”, “insuscetível de RP”, “impossibilidade técnica”, “inelegível temporário” e “não necessita de RP” e importa em 32,98%, percentual discretamente superior ao da referência citada. Uma das justificativas possíveis para este fato é o alto percentual de encaminhamentos incorretos – melhor tratado na seção 4.3.

Ao analisar os cursos e treinamentos oferecidos aos segurados, revelam-se algumas importantes conclusões (ver Tabela 04).

De fato, 225 segurados (equivalente a 58,90% do total de pessoas) foram desligados do programa sem passarem por nenhum programa de capacitação, curso ou treinamento profissional. Além disso, mais de 15% dos cursos oferecidos foram para a função de vigia/porteiro/recepção. Menos de 5% dos cursos oferecidos correspondiam melhoria na escolaridade geral (conclusão de ensino fundamental, médio ou superior). Quase 20% dos cursos oferecidos se referiam a formação para funções administrativas.

Tabela 04 – Quantidade total de cursos oferecidos

Cursos	Qtdade.	%
Nenhum	225	43,95%
Capacitação/treinamento profissional em recepção/portaria/vigia	78	15,23%
Capacitação/treinamento profissional em Assistente Administrativo	52	10,16%
Capacitação em Informática Básica	47	9,18%
Melhoria na escolaridade	23	4,49%
Treinamento profissional como Agente de Correios	5	0,98%
RP em andamento	4	0,78%
Capacitação em Operador de Empilhadeira	4	0,78%
Readequação a função diversa na mesma empresa	3	0,59%
Capacitação em Técnico em Segurança do Trabalho	3	0,59%
Capacitação de técnico em logística	2	0,39%
melhoria na CNH	2	0,39%
Capacitação em Empreendedorismo	2	0,39%
Treinamento Profissional na função de Motorista	2	0,39%
Capacitação em auxiliar de mecânico e manutenção	2	0,39%
Treinamento para atendente comercial	2	0,39%
Capacitação em Auxiliar Financeiro	2	0,39%
Treinamento para auxiliar de serviços gerais	2	0,39%
Capacitação em Técnicas de Atendimento e Vendas	2	0,39%
Outros	50	9,77%
<b>Total geral</b>	<b>512</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: elaborado pelo autor

A grande quantidade de segurados desligados sem passar por nenhum curso parece ter ligação direta com os encaminhamentos indevidos para a reabilitação profissional, que serão tratados com maior detalhamento na seção 4.3.

O baixo índice de encaminhamento para melhoria da escolaridade sugere que a educação formal não é identificada como um poderoso elemento para o aumento da empregabilidade dos segurados em questão. Esta hipótese se fortalece ao verificar que há grande quantidade de cursos de formação técnica específica, voltados a “ensinar uma profissão” ao segurado – tais como operador de empilhadeira, técnico em segurança do trabalho, técnico em logística, auxiliar de mecânico, dentre outros.

Também deve ser visto com ressalvas o índice relativamente alto de segurados treinados para vigia/porteiro. É que se trata de função adequada a baixa escolaridade e que não exige esforços físicos tão elevados. Contudo, sua remuneração média também é usualmente baixa.

A Tabela 05 detalha a quantidade de cursos por segurado.

Tabela 05 – Quantidade de cursos x quantidade de segurados

<b>Qtd. Cursos</b>	<b>Qtd. NIT</b>	<b>Percentual</b>
0	225	58,90%
1	81	21,20%
2	42	10,99%
3	21	5,50%
4	8	2,09%
5	4	1,05%
6	1	0,26%
<b>Total</b>	<b>382</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: elaborado pelo autor

Conforme mencionado anteriormente, é grande a quantidade de segurados que são desligados do programa sem terem passado por nenhum curso ou treinamento profissional. Contudo, 19,90% dos segurados fizeram dois ou mais atividades de capacitação.

Dividindo a quantidade de cursos e treinamentos oferecidos aos reabilitados (286) pela quantidade destes mesmos segurados (157), conclui-se que a média é de 1,82 – quase dois cursos por segurado.

Esta situação reforça a hipótese de que a maioria dos segurados que não receberam qualquer curso ou treinamento advém dos encaminhamentos indevidos. A conclusão se torna definitiva a partir da análise da Tabela 06.

Tabela 06 – Cursos/treinamentos oferecidos x segurados não reabilitados e reabilitados

<b>Curso</b>	<b>Não reabilitados</b>	<b>Reabilitados</b>
Nenhum curso	205	20
Pelo menos um curso	36	121
<b>Total geral</b>	<b>241</b>	<b>141</b>

Fonte: elaborado pelo autor

Assim, dentre os 241 segurados que não foram reabilitados, 205 não receberam nenhum curso. Já dentre os 141 segurados que foram reabilitados, 121 receberam pelo menos um curso.

Estes dados revelam que a triagem feita no setor de reabilitação profissional é eficiente, pois são poucos os segurados que recebem pelo menos um curso e não são reabilitados. Assim, sugere-se que apenas aqueles que reúnem boas condições de reabilitação

são admitidos no programa e, após se submeterem aos cursos e treinamentos, conseguem retornar ao mercado de trabalho.

A Tabela 07 correlaciona idade do segurado na data de início do benefício, quantidade de dias em reabilitação profissional, valor do benefício no início do benefício (em quantidade de salários mínimos) e dias em gozo de benefício.

Tabela 07 - Idade na DIB x dias em RP x valor do benefício na DIB x dias em gozo de benefício

		<b>Idade_DIB</b>	<b>Qtd.dias em RP</b>	<b>SALMI_N_IB</b>	<b>Dias em gozo de benefício</b>
IDADE_DIB	Correlação de Pearson	1	-,298**	0,074	-,258**
	Sig. (2 extremidades)		0	0,146	0
	N	382	382	382	364
Qtd.dias em RP	Correlação de Pearson	-,298**	1	0,01	,577**
	Sig. (2 extremidades)	0		0,844	0
	N	382	382	382	364
SALMIN_IB	Correlação de Pearson	0,074	0,01	1	,171**
	Sig. (2 extremidades)	0,146	0,844		0,001
	N	382	382	382	364
Dias em gozo de benefício	Correlação de Pearson	-,258**	,577**	,171**	1
	Sig. (2 extremidades)	0	0	0,001	
	N	364	364	364	364

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: elaborado pelo autor

Diferentemente do que sugerem Varandas (2013), Cheres e outros (2013), Barros (2015), Santos e Lopes (2015) e Vacaro e Pedroso (2016), há correlação inversa entre a idade na DIB e a quantidade de dias em reabilitação profissional, bem como entre a idade na DIB e a quantidade de dias em gozo de benefício. Deve-se destacar que a correlação é fraca, mas estatisticamente significativa.

Duas explicações são possíveis para esta circunstância.

Primeiramente, com amparo em Souza e Queiróz (2018), pode haver associação entre a idade mais elevada e a assunção pelo papel de provedor da família – o que estimularia a um maior envolvimento pessoal no sucesso da reabilitação profissional.

Em segundo lugar, deve-se lembrar que há grande quantidade de segurados que são encaminhados incorretamente (o que será tratado com mais detalhe na subseção 4.3), porque não tem condições de serem reabilitados. Assim, vários segurados com idade mais elevada são desligados do programa logo na primeira avaliação.

Também há correlação direta e estatisticamente relevante, porém fraca, entre o valor do benefício e o tempo de gozo do benefício. Esta conclusão coincide com a de Santos e Lopes (2015), que sustenta que o valor mais alto do benefício desestimularia a reabilitação – se o segurado fosse reabilitado, o rendimento salarial na nova área seria inferior ao que ele recebia antes do ingresso no programa.

Estabelecidas estas informações a respeito da composição da amostra, a próxima subseção investigará quais fatores interferem no sucesso da reabilitação profissional.

## **4.2 Os fatores que interferem na resolutividade da reabilitação profissional**

Esta subseção trata do terceiro objetivo específico da dissertação, qual seja, identificar quais fatores contribuem para que o reabilitando seja recolocado no mercado de trabalho. Por se tratar de temática intimamente relacionada, também será atingido o quarto objetivo específico, a saber, correlacionar características do indivíduo, do processo e reabilitação profissional.

Nesse sentido, a presente subseção será dedicada a investigar as seguintes proposições:

- a) os seguintes fatores contribuem com o sucesso da reabilitação: a natureza acidentária do afastamento, a escolaridade, a idade, o tempo de afastamento do trabalho, o sexo, a renda, motivos de afastamento do trabalho, ter realizado algum curso profissionalizante, ter sido encaminhado por decisão judicial, residir em cidade de grande porte, baixo valor do benefício ou do último salário;
- b) Na presente amostra, o percentual de resolutividade (segurados que são reabilitados) é semelhante a Varandas (2013): próximo de 21%, o tempo de manutenção médio no programa é de 2 anos e 8 meses e a razão entre segurados reabilitados por servidor lotado no serviço é de aproximadamente um por mês;

- c) As proposições do Manual Técnico da Reabilitação Profissional (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2018, p. 12-13) se confirmam na presente amostra.

Todas as análises realizadas nesta subseção consideraram que houve resolutividade da reabilitação profissional nos casos em que o motivo do desligamento foi “retorno a função diversa”, “retorno às mesmas funções com atividades diversas” e “retorno à mesma função com as mesmas atividades”.

Inicialmente, deve-se destacar a alta resolutividade do programa de reabilitação profissional do INSS em Uberlândia. De fato, o índice de segurados reabilitados (“retorno a função diversa”, “retorno às mesmas funções com atividades diversas” e “retorno à mesma função com as mesmas atividades”) é de 36,91% do total. Varandas (2013) encontrou um índice de 21% em sua amostra – que era composta por vários funcionários de empresas estatais de Brasília/DF, que tinham direito a estabilidade e, por isso, tendiam a exibir melhores condições de serem reintegrados ao trabalho.

Segundo informação colhida em observação direta, o setor de reabilitação profissional do INSS em Uberlândia/MG contava com dez profissionais de referência no ano de 2017. Destaque-se que este número não leva em consideração os médicos, pois eles estão lotados em outro setor e atendem aos encaminhamentos a RP fora do horário de atendimento da agenda normal do INSS.

Considerando que foram reabilitados 141 segurados no ano de 2017, a razão de reabilitados por servidor do setor é de 14,1 para 1 – ou seja, pouco mais de um por mês. Esta média é semelhante a obtida por Varandas (2013).

A média de dias em reabilitação profissional dos reabilitados foi de 1045,52. O tempo máximo de permanência foi de 3500 dias e o mínimo, de 34 dias. Comparando estes dados com o total da amostra, percebe-se que a média de dias em RP dos reabilitados é superior a do total da amostra. Esta constatação parece contrariar as conclusões de Santos e Lopes (2015) e Vacaro e Pedroso (2016). Contudo, separando o grupo em percentis, revela-se outra situação (ver Tabela 08).

Tabela 08 - Resolutividade x dias em RP

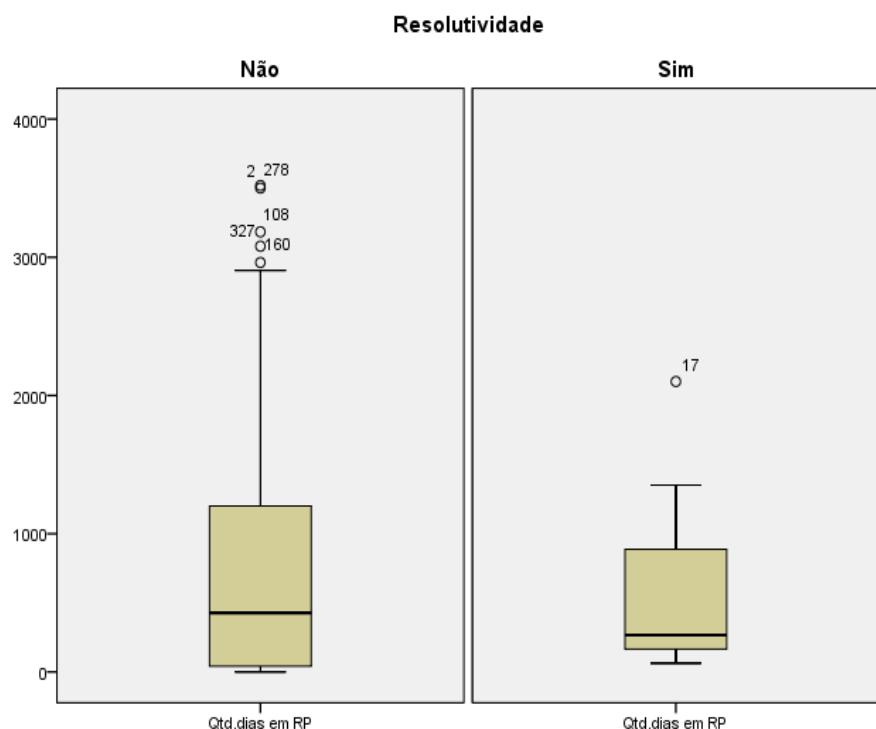
	Qtd.dias em RP							
	Mín.	Percentil 05	Percentil 25	Mediana	Média	Percentil 75	Percentil 95	Máx.
Resolutividade	Não	0	0	42	428	720	1201	2478
	Sim	63	81	165	267	568	888	3519

- Fonte: elaborado pelo autor

A análise destes dados permite concluir que 75% dos reabilitados são desligados em até 888 dias, enquanto 75% dos não-reabilitados, em 1201 dias. Além disso, 95% dos reabilitados são desligados em até 1727 dias e 95% dos não-reabilitados, em 2478 dias.

Assim, a análise pormenorizada dos grupos permite confirmar que há relação entre o menor tempo de permanência na reabilitação profissional e a resolutividade do programa.

Gráfico 03 – Resolutividade x dias em RP



Fonte: elaborado pelo autor

Prosseguindo, os encaminhamentos pela via judicial são de 20,42% do total. Contudo, dentre os reabilitados, este grupo importa em 9,22%. Nota-se que a resolutividade dos judiciais é inferior a metade da composição, o que sugere encaminhamento incorreto pelo Judiciário.

Os acidentados do trabalho são somam 24,82% dos reabilitados, percentual discretamente superior ao da composição da amostra. Isto sugere que não há grande influência da espécie do benefício na resolutividade da reabilitação. Esta conclusão contraria os estudos de Varandas (2013), Cheres e outros (2013) e Vacaro e Pedroso (2016), que mostram que o grupo dos acidentados do trabalho exibe melhor resolutividade do que os não-acidentados.

A Tabela 09 mostra a cidade de residência dos reabilitados.

Tabela 09 – Cidade de residência do segurado – reabilitados

Cidade	Qtd. segurados	%
Uberlândia	111	78,72%
Ituiutaba	7	4,96%
Prata	5	3,55%
Araguari	4	2,84%
Campina Verde	4	2,84%
Tupaciguara	2	1,42%
Abadia dos Dourados	2	1,42%
Indianópolis	1	0,71%
Araporã	1	0,71%
Uberlândia	1	0,71%
Monte Carmelo	1	0,71%
Estrela do Sul	1	0,71%
Monte Alegre de Minas	1	0,71%
Total geral	141	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor

Nota-se que várias cidades pequenas que compõem a amostra não tem nenhum segurado reabilitado. Isto indica que o tamanho da cidade é importante para a sucesso da reabilitação. Esta conclusão é secundada pela pesquisa de Santos e Lopes (2015). A explicação oferecida pelo autor é de que as cidades menores dispõem de poucos postos de trabalho e em áreas mais restritas.

A resolutividade em função do grupo CID da enfermidade pode ser observada na Tabela 10.

A terceira coluna da tabela acima expressa a qual é a relação entre a quantidade de reabilitados de cada CID em relação ao total de segurados reabilitados. A quarta coluna indica a relação entre a quantidade de reabilitados de cada CID em relação ao total de segurados encaminhados com o mesmo CID.

Percebe-se que os percentuais de resolutividade quase não variam em relação a composição da amostra, o que indica que o grupo CID não interfere de forma significativa para o sucesso da reabilitação.

Tabela 10 – Resolutividade por grupo CID

<b>Grupo CID</b>	<b>Qtd. reabilitados</b>	<b>% reabilitados</b>	<b>% amostra</b>
Q	1	0,71%	100,00%
R	1	0,71%	100,00%
J	2	1,42%	66,67%
L	4	2,84%	66,67%
A	2	1,42%	50,00%
T	7	4,96%	46,67%
G	9	6,38%	45,00%
S	40	28,37%	44,44%
M	57	40,43%	36,08%
E	1	0,71%	33,33%
C	2	1,42%	28,57%
F	4	2,84%	26,67%
N	1	0,71%	25,00%
B	1	0,71%	20,00%
H	5	3,55%	20,00%
I	4	2,84%	20,00%
K	0	0,00%	0,00%
P	0	0,00%	0,00%
Total geral	141	100,00%	36,91%

Fonte: elaborado pelo autor

Na Tabela 11, a terceira coluna indica qual é a relação entre a quantidade de reabilitados de cada escolaridade em relação ao total de segurados reabilitados. A quarta coluna expressa a relação entre a quantidade de reabilitados de cada escolaridade em relação ao total de segurados encaminhados com a mesma escolaridade.

Tabela 11 – Resolutividade em função da escolaridade

<b>Escolaridade</b>	<b>Qtd.reabilitados</b>	<b>% reab</b>	<b>% amostra</b>
Alfabetizado	1	0,71%	33,33%
Analfabeto	4	2,84%	28,57%
Curso técnico completo	2	1,42%	100,00%
Fundamental completo	11	7,80%	32,35%
Fundamental incompleto	53	37,59%	33,76%
Médio completo	47	33,33%	45,19%
Médio incompleto	12	8,51%	33,33%
Pós-graduação	2	1,42%	66,67%
Superior completo	3	2,13%	17,65%
Superior incompleto	6	4,26%	50,00%
Total geral	141	100,00%	36,91%

Fonte: elaborado pelo autor

A exemplo do que ocorre com os grupos CID, percebe-se que os percentuais de resolutividade quase não variam em relação a composição da amostra, o que indica que a escolaridade não interfere de forma decisiva para o sucesso da reabilitação.

Analizando a composição de idade dos reabilitados, verifica-se que a média de idade no início do benefício é de 36,32 anos, discretamente inferior a da amostra (38,14 anos). O reabilitado mais jovem ingressou com 19 anos e o mais velho, com 57 anos. A média de idade no fim do benefício dos reabilitados é de 41,07 anos – ante 42,84 anos de média de idade na amostra –, o mais jovem saiu do programa com 22 anos e o mais velho, com 59 anos.

Assim, também não é possível afirmar que a idade contribui de forma decisiva para o sucesso da reabilitação. Isso contraria a conclusão dos estudos de Cheres e outros (2013), Santos e Lopes (2015), Barros (2015) e Vacaro e Pedroso (2016).

Ao analisar a correlação linear de Pearson entre a idade e tempo de permanência na reabilitação, obtém-se os valores de -0,30 para o total da amostra e de -0,15 para os reabilitados.

Conforme já havia sido mencionado na subseção 4.1, há relação inversa e fraca entre a idade e o tempo de permanência na reabilitação profissional no total da amostra. Ao restringirmos a análise aos reabilitados, continua existindo correlação inversa, agora ainda mais fraca. Esta situação também sugere que a idade não tem impacto significativo na duração da reabilitação profissional.

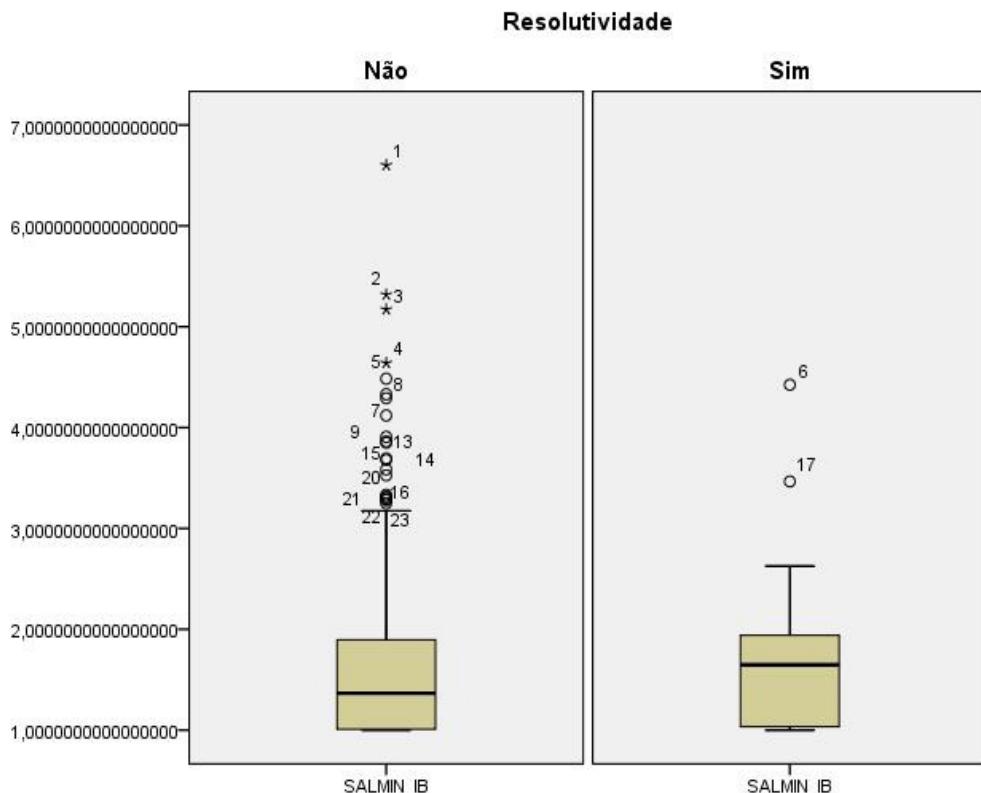
A participação do fator renda na resolutividade está apresentada na Tabela 12, da qual deriva o Gráfico 04.

Tabela 12 - Resolutividade x renda (em salários mínimos no início do benefício)

	Mín.	Percentil 05	Percentil 25	Media na	Médi a	Percentil 75	Percentil 95	Máx.
Resoluti- vidade	Não	1	1	1,01	1,37	1,62	1,9	3,29
	Sim	1	1	1,03	1,65	1,78	1,94	4,42

Fonte: elaborado pelo autor

Gráfico 04 – Resolutividade x renda (em salários mínimos no início do benefício)



Fonte: elaborado pelo autor

Os dados coletados indicam que 95% dos reabilitados tinham renda mensal de 3,94 salários mínimos da DIB, enquanto 95% dos não-reabilitados tinham renda mensal de 3,29 salários mínimos, no mesmo período. Desta sorte, contrariando as conclusões de Santos e Lopes (2015), os trabalhadores de maior renda mensal tendem a ter maior sucesso no processo de reabilitação profissional.

Por fim, verificar-se-á se as proposições estabelecidas no Manual Técnico da Reabilitação Profissional (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2018, p. 12-13) se confirmam na presente amostra.

O referido texto traz quatro tabelas exemplificativas relacionando variáveis envolvidas no prognóstico para encaminhamento ao programa de reabilitação profissional. Dentre elas, este trabalho deixará de abordar a Tabela 3, que correlaciona a experiência profissional prévia e faixa etária do segurado. Isto porque o dado “experiência profissional prévia” não foi coletado na amostra.

Feita esta ressalva, o Quadro 04 analisa o prognóstico que correlaciona o grupo de CID e a faixa etária do segurado.

Quadro 04 – Prognóstico - relação entre o grupo de CID e a faixa etária do segurado

CID	18 a 30 anos	31 a 50 anos	Acima de 50 anos
Grupo S/T	Aspecto Favorável	Aspecto Favorável	Aspecto Indefinido
Grupo M	Aspecto Favorável	Aspecto Favorável	Aspecto Indefinido
Grupo F/G	Aspecto Indefinido	Aspecto Indefinido	Aspecto Desfavorável
Outros	Aspecto Indefinido	Aspecto Indefinido	Aspecto Desfavorável

Fonte: adaptado de Instituto Nacional do Seguro Social (2018)

Para verificar se os prognósticos se confirmam na amostra, foi elaborada uma tabela auxiliar (Tabela 13), relacionando o percentual de segurados de cada grupo CID e faixa etária, agrupando-os por amostra e dentre os reabilitados.

Tabela 13 – Percentual de segurados por CID e faixa etária

Grupo CID	18 a 30 Anos		31 a 50 Anos		Acima de 50 Anos		Total	
	Amos-tra	Reab.	Amos-tra	Reab.	Amos-tra	Reab	Amos-tra	Reab
S/T	11,52%	12,77%	14,92%	20,57%	1,05%	0,00%	27,49%	33,33%
M	3,66%	3,55%	29,84%	32,62%	7,85%	4,26%	41,36%	40,43%
F/G	1,57%	1,42%	6,54%	7,09%	1,05%	0,71%	9,16%	9,22%
Outros	5,50%	7,80%	13,61%	9,22%	2,88%	0,00%	21,99%	17,02%
Total geral	22,25%	25,53%	64,92%	69,50%	12,83%	4,96%	100,00%	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor

Comparando a participação de cada grupo CID no total da amostra e no grupo dos reabilitados, é possível investigar se os prognósticos do Manual Técnico da Reabilitação Profissional (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2018) estão corretos ou não. Nos casos em que a diferença foi próxima a 1% (um por cento), considerou-se que o aspecto era indiferente. Para facilitar a visualização dos resultados, foi criado o Quadro 05 e marcados com asterisco os resultados divergentes.

Quadro 05 – Comparação do prognóstico com os resultados da amostra – CID e faixa etária

<b>CID</b>	<b>18 a 30 anos</b>	<b>31 a 50 anos</b>	<b>Acima de 50 anos</b>
Grupo S/T	Aspecto Indefinido*	Aspecto Favorável	Aspecto Indefinido
Grupo M	Aspecto Indefinido*	Aspecto Favorável	Aspecto Desfavorável*
Grupo F/G	Aspecto Indefinido	Aspecto Indefinido	Aspecto Indefinido
Outros	Aspecto Favorável*	Aspecto Desfavorável*	Aspecto Desfavorável

Fonte: elaborado pelo autor

Na faixa etária de 18 a 30 anos, os grupos S/T e M apresentam diferença próxima a 1% na diferença de participação entre o total da amostra e dos reabilitados. Por isso, entende-se que o aspecto é indefinido.

Já na faixa etária acima de 50 anos, o grupo M apresenta diferença superior a 3%. Portanto, entende-se que o aspecto é desfavorável neste grupo.

Na faixa etária de 18 a 30 anos, os outros grupos de CID apresentam proporcionalmente mais segurados reabilitados do que em relação a sua participação na amostra. Isso indica que o aspecto é favorável nesta faixa. Contudo, na faixa etária de 31 a 50 anos, sua participação proporcional entre os reabilitados é inferior do que sua participação na amostra – o que sugere que sua contribuição desfavorável.

Prosseguindo, o segundo quadro a ser analisado é o do prognóstico que correlaciona nível de escolaridade e faixa etária do segurado (ver Quadro 06).

Quadro 06 - Prognóstico - relação entre nível de escolaridade e faixa etária do segurado

<b>Escolaridade</b>	<b>18 a 30 anos</b>	<b>31 a 50 anos</b>	<b>Acima de 50 anos</b>
Superior completo	Aspecto Indefinido	Aspecto Indefinido	Aspecto Desfavorável
Médio completo	Aspecto Favorável	Aspecto Favorável	Aspecto Indefinido
Fundamental completo	Aspecto Indefinido	Aspecto Desfavorável	Aspecto Desfavorável

Fonte: adaptado de INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (2018)

Seguindo a mesma lógica anterior, foi elaborada a Tabela 14 para auxiliar a análise:

Tabela 14 – Percentual de segurados por escolaridade e faixa etária

Escolaridade	18 a 30 Anos		31 a 50 Anos		Acima de 50 Anos		Total geral	
	Amostra	Reab	Amostra	Reab	Amostra	Reab	Amostra	Reab
Pós-graduação	0,00%	0,00%	0,52%	1,42%	0,26%	0,00%	0,79%	1,42%
Superior completo	1,05%	0,71%	3,14%	1,42%	0,26%	0,00%	4,45%	2,13 %
Superior incompleto	1,57%	3,55%	1,57%	0,71%	0,00%	0,00%	3,14%	4,26%
Curso técnico completo	0,00%	0,00%	0,52%	1,42%	0,00%	0,00%	0,52%	1,42%
Médio completo	8,12%	7,80%	17,54%	22,70%	1,31%	2,84%	26,96%	33,33%
Médio incompleto	3,14%	4,26%	6,28%	4,26%	0,26%	0,00%	9,68%	8,51%
Fundamental completo	2,88%	2,13%	5,50%	5,67%	0,52%	0,00%	8,90%	7,80%
Fundamental incompleto	5,50%	7,09%	27,49%	29,08%	8,12%	1,42%	41,10%	37,59%
Alfabetizado	0,00%	0,00%	0,52%	0,71%	0,26%	0,00%	0,79%	0,71%
Analfabeto	0,00%	0,00%	1,83%	2,13%	1,83%	0,71%	3,66%	2,84%
Total geral	22,25%	25,53%	64,92%	69,50%	12,83%	4,96%	100%	100%

Fonte: elaborado pelo autor

Seguindo o modelo anterior, foram comparadas a participação de cada escolaridade no total da amostra e no grupo dos reabilitados, com o objetivo de verificar se os prognósticos do Manual Técnico da Reabilitação Profissional (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2018) estão corretos (ver Quadro 07). Também foi seguido o mesmo critério para reputar o aspecto como indiferente e adotado o mesmo sistema de marcação dos resultados divergentes com asterisco.

Quadro 07 – Comparação do prognóstico com os resultados da amostra – escolaridade e faixa etária

Escolaridade	18 a 30 anos	31 a 50 anos	Acima de 50 anos
Superior completo	Aspecto Indefinido	Aspecto Desfavorável*	Aspecto Indefinido*
Médio completo	Aspecto Indefinido*	Aspecto Favorável	Aspecto Favorável*
Fundamental completo	Aspecto Indefinido	Aspecto Indefinido*	Aspecto Indefinido*

Fonte: elaborado pelo autor

Percebe-se que a participação do grupo superior completo na amostra é de 3,14%, mas de apenas 1,42% dentre os reabilitados na faixa etária de 31 a 50 anos – o que indica que o aspecto é desfavorável. Já na faixa etária seguinte, o percentual na composição da amostra é de 0,26% e, dentre os reabilitados, zero – o que sugere que o aspecto é indefinido.

Situação semelhante acontece na faixa etária de 18 a 30 anos para a escolaridade médio completo, e nas faixas etárias 31 a 50 anos e acima de 50 anos para a escolaridade fundamental completo – as diferenças da participação na composição da amostra e dentre os reabilitados altera menos de 1%, o que indica que o aspecto é indefinido.

Contudo, na faixa etária acima de 50 anos, a escolaridade médio completo a participação sobe de 1,31% na amostra para 2,84%, dentre os reabilitados. Segundo o critério aqui adotado, o aspecto se revela favorável.

Por fim, o último Quadro (08) a ser analisado é o do prognóstico que correlaciona tempo de benefício e faixa etária do segurado.

**Quadro 08 - Relação entre tempo de benefício por incapacidade e faixa etária do segurado**

<b>Tempo de benefício</b>	<b>18 a 30 anos</b>	<b>31 a 50 anos</b>	<b>Acima de 50 anos</b>
Inferior a 1 ano	Aspecto Favorável	Aspecto Favorável	Aspecto Indefinido
1 a 2 anos	Aspecto Favorável	Aspecto Indefinido	Aspecto Desfavorável
Superior a 2 anos	Aspecto Indefinido	Aspecto Desfavorável	Aspecto Desfavorável

Fonte: adaptado de Instituto Nacional do Seguro Social (2018)

A tabela que auxilia na análise é a 15:

**Tabela 15 – Percentual de segurados por tempo de benefício e faixa etária**

<b>Tempo de benefício</b>	<b>18 a 30 Anos</b>		<b>31 a 50 Anos</b>		<b>Acima de 50 Anos</b>		<b>Total geral</b>	
	<b>Amostra</b>	<b>Reab</b>	<b>Amostra</b>	<b>Reab</b>	<b>Amostra</b>	<b>Reab</b>	<b>Amostra</b>	<b>Reab</b>
1 a 2 Anos	2,09%	2,84%	7,59%	6,38%	3,40%	0,71%	13,09%	9,93%
Inferior a 1 Ano	0,79%	0,71%	3,66%	2,13%	0,52%	0,00%	4,97%	2,84%
Superior a 2 Anos	19,37%	21,99%	53,66%	60,99%	8,90%	4,26%	81,94%	87,23%
Total geral	22,25%	25,53%	64,92%	69,50%	12,83%	4,96%	100%	100%

Fonte: elaborado pelo autor

Os resultados da comparação dos percentuais de cada tempo de benefício no total da amostra e no grupo dos reabilitados são os que seguem. Repetiu-se o critério para reputar o aspecto como indiferente e de marcação dos resultados divergentes.

Quadro 09 – Comparação do prognóstico com os resultados da amostra – escolaridade e faixa etária

<b>Tempo de benefício</b>	<b>18 a 30 anos</b>	<b>31 a 50 anos</b>	<b>Acima de 50 anos</b>
Inferior a 1 ano	Aspecto Indefinido*	Aspecto Desfavorável*	Aspecto Desfavorável*
1 a 2 anos	Aspecto Indefinido*	Aspecto Desfavorável*	Aspecto Indefinido*
Superior a 2 anos	Aspecto Favorável*	Aspecto Favorável*	Aspecto Desfavorável

Fonte: elaborado pelo autor

Percebe-se que apenas um dos prognósticos se confirmou na amostra.

De fato, para a faixa etária de 18 a 30 anos, o tempo de benefício até dois anos se revelou indefinido para o resultado final – pois as diferenças de composição são inferiores a 1%. Já o prazo de afastamento superior se revelou favorável, pois a composição sobe de 19,37%, para 21,99%.

Em relação a faixa etária de 31 a 50 anos, o tempo de benefício de até dois anos se revelou desfavorável, pois a sua participação na amostra é maior do que dentre os reabilitados. Contudo, o tempo de benefício superior a 2 anos se revelou favorável, evoluindo de 53,66%, para 60,99%.

Na faixa superior a 50 anos, o tempo de benefício inferior a 1 ano se revelou desfavorável, pois a composição caiu de 3,40% na amostra para 0,71%, dentre os reabilitados. Já o tempo de 1 a 2 anos se revelou indefinido, com uma diferença inferior a 1%.

Ao final desta subseção, cumpre ressaltar que alguns resultados indicados no referencial teórico foram confirmados e outros, infirmados.

A subseção 4.3 analisa alguns aspectos concernentes aos encaminhamentos incorretos de segurados para o programa de reabilitação profissional.

#### **4.3 Encaminhamentos indevidos a reabilitação profissional**

Esta subseção foi dedicada a investigar quais são os percentuais de encaminhamentos incorretos (geral e por faixas) e o tempo de manutenção médio no programa.

Ao analisar os dados, o autor se deparou com um alto índice de segurados que não deveriam ter sido encaminhados para a análise do setor de reabilitação profissional. Trata-se de um achado de pesquisa que não foi abordado diretamente por nenhuma das obras do referencial teórico. De fato, apenas Varandas (2013) menciona a necessidade de aprimoramento na gestão do encaminhamento de casos para a reabilitação profissional, mas sem maior aprofundamento, nem mais informações.

Este grupo de segurados não reunia condições de elegibilidade do programa. Alguns não dispunham de capacidade laborativa suficiente para serem reinseridas no mercado de trabalho. Outros tinham condição de saúde ainda não consolidada, pois ainda precisavam se submeter a alguma espécie de tratamento médico. Havia, ainda, os que já reuniam condições de retornarem ao trabalho independentemente de reabilitação profissional.

Todas as análises realizadas nesta subseção consideraram que encaminhamento indevido a reabilitação profissional nos casos em que o motivo do desligamento foi “inelegível permanente”, “retorno imediato ao trabalho”, “insuscetível de RP”, “impossibilidade técnica”, “inelegível temporário” e “não necessita de RP” (ver Tabela 16).

Tabela 16 – Motivos de desligamento – composição total da amostra

Motivo do desligamento	Qtdade.	%
Retorno a função diversa	121	31,68%
Inelegível Permanente	50	13,09%
Retorno imediato ao trabalho	39	10,21%
Recusa a RP	38	9,95%
Insuscetível de RP	32	8,38%
Impossibilidade técnica	26	6,81%
Transferência para outra APS	19	4,97%
Inelegível Temporário	11	2,88%
Retorno a mesma função com as mesmas atividades	10	2,62%
Retorno as mesmas Funções com Atividades Diversas	10	2,62%
Intercorrência Médica	9	2,36%
Não necessita de RP	7	1,83%
Óbito	6	1,57%
Abandono	4	1,05%
Total geral	382	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor

Lendo atentamente as informações da Tabela 16, conclui-se que a somatória dos casos em que o motivo do desligamento foi “inelegível permanente”, “retorno imediato ao trabalho”, “insuscetível de RP”, “impossibilidade técnica”, “inelegível temporário” e “não necessita de RP” importa em 43,19%.

Esta situação pode ter reflexos importantes.

Chamou a atenção a alta resolutividade (segurados que são reabilitados) do programa de reabilitação profissional do INSS em Uberlândia: 36,91% do total. Muito superior aos 21% identificados por Varandas (2013) em sua amostra – que era composta por vários funcionários de empresas estatais de Brasília/DF, que tinham direito a estabilidade e, por isso, tendiam a exibir melhores condições de serem reintegrados ao trabalho.

Pois bem. O índice de resolutividade ainda se torna mais expressivo se considerarmos que boa parte dos segurados desligados em 2017 foram encaminhados indevidamente para a reabilitação profissional. De fato, 165 segurados foram desligados pelos motivos “inelegível permanente”, “insuscetível de RP”, “impossibilidade técnica”, “inelegível temporário”, “não necessita de RP” e “retorno imediato ao trabalho”. Excluídos da amostra, o índice de resolutividade salta para 64,98%.

Também chama a atenção a grande quantidade média de dias em reabilitação profissional deste grupo de segurados encaminhados indevidamente: 357,46 dias. Ressalte-se que o tempo máximo permanência foi de 3519 dias e o tempo mínimo, zero dias. Nesta última situação, percebe-se que o desligamento foi feito no momento da avaliação inicial, situação que ocorreu com 76 segurados – quase 20% dos desligados no ano de 2017.

A Tabela 17 analisa a composição dos grupos CID nos encaminhamentos indevidos.

Tabela 17 - Encaminhamentos indevidos - por grupo CID

<b>Grupo CID</b>	<b>Quantidade</b>	<b>% enc.indev.</b>	<b>% amostra</b>
P	1	0,61%	100,00%
B	4	2,42%	80,00%
K	3	1,82%	75,00%
N	3	1,82%	75,00%
I	12	7,27%	60,00%
H	15	9,09%	60,00%
G	9	5,45%	45,00%
M	70	42,42%	44,30%
C	3	1,82%	42,86%
F	6	3,64%	40,00%
S	33	20,00%	36,67%
E	1	0,61%	33,33%
A	1	0,61%	25,00%
T	3	1,82%	20,00%
L	1	0,61%	16,67%
J	0	0,00%	0,00%
Q	0	0,00%	0,00%
R	0	0,00%	0,00%
Total geral	165	100,00%	43,19%

Fonte: elaborado pelo autor

Nota-se que os Grupos CID P, B, K, N, I, H, G e M apresentam percentuais de afastamento superiores a média geral. Isto sugere que os responsáveis pelo encaminhamento dos segurados ao setor de reabilitação profissional têm maiores dificuldades de avaliação da elegibilidade dos segurados portadores destas enfermidades.

Assim, entende-se que a melhoria da gestão dos encaminhamentos a reabilitação profissional é uma grande oportunidade de melhoria para a qualidade do serviço do INSS em Uberlândia/MG. Se fossem eliminados os encaminhamentos indevidos (objetivo sabidamente utópico), o ganho de eficiência do setor seria de 100%.

Na seção 5, estão concatenadas as conclusões parciais expostas até aqui, identificados os limites da pesquisa e os encaminhamentos futuros, bem como os produtos e processos que resultam do presente trabalho.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao cabo deste trabalho, cumpre concatenar as principais conclusões já lançadas ao longo do texto, tecer algumas considerações a respeito dos limites da pesquisa, sugerir abordagens para trabalhos futuros e realçar os produtos e processos surgidos a partir desta dissertação.

### **5.1 A pesquisa e os resultados**

Atualmente, a Previdência Social é um dos temas mais noticiados e debatidos. Contudo, o espaço destinado à notícia nem sempre é o mais adequado a uma reflexão mais detida. Consequentemente, os debates acabam se concentrando na superficialidade das informações e nas disputas de narrativas.

Sem a ambição de esgotar o tema, a presente dissertação teve por objetivo geral compreender de forma mais aprofundada um dos aspectos da Previdência Social brasileira. Embora não goze de tanto prestígio no noticiário político-econômico, a reabilitação profissional parece ser um termômetro das políticas públicas de proteção social. Isto porque ela se situa na interseção dos ramos da saúde pública, da previdência social, do trabalho e da educação.

Vive-se momentos de profundas alterações na forma de se produzir bens e serviços e, consequentemente, nas relações de trabalho e de vida em sociedade. O cenário é de intensificação do ritmo de trabalho (material e imaterial), de redução de custos, de flexibilização legislativa. O mercado de trabalho é cada vez mais exigente, expulsando mais facilmente o trabalhador e dificultando cada vez mais a sua reentrada. Em contrapartida, a rede de proteção social é vista como anacrônica, dispendiosa, pouco eficiente e, por isso, deve ser desmontada. Parece uma tempestade perfeita.

Diante desta situação, esta dissertação pretendeu lançar luz sobre uma pequena parte do problema. O diagnóstico a situação da reabilitação profissional em Uberlândia permitiu identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria, confirmar algumas proposições pré-concebidas, infirmar outras e revelou alguns achados de pesquisa.

Esta pesquisa produziu resultados que, se não podem ser generalizados a toda a população, podem contribuir como um ponto de partida para analisar os problemas de outras unidades do INSS.

Em relação ao perfil dos segurados, comparando-se as informações fornecidas pelo referencial teórico com as obtidas na análise da amostra, as principais conclusões são as seguintes:

- a) A média de idade apurada na amostra é semelhante à indicada no referencial teórico, mas apresenta maiores amplitudes mínima e máxima;
- b) A média de remuneração da amostra é discretamente inferior;
- c) Na amostra, o tempo médio de permanência no programa é superior;
- d) Há uma grande participação de encaminhamentos judiciais na amostra;
- e) A participação dos benefícios acidentários é semelhante;
- f) Na amostra, ampla maioria dos segurados tem nível de escolaridade inferior ao ensino médio completo;
- g) A inelegibilidade por possibilidade de retorno ao trabalho é bem inferior a do referencial teórico e por impossibilidade de retorno ao trabalho é semelhante;
- h) Na amostra, grande parte dos segurados foi desligada do programa sem passar por nenhum curso de capacitação ou treinamento profissional;
- i) No grupo pesquisado, a média é de quase dois cursos por segurado, para aqueles que receberam algum – ou seja, excluídos os mencionados no item “h”, supra;
- j) Quase 15% do grupo pesquisado recebeu formação para a função de vigia/porteiro, menos de 5% recebeu melhoria na escolaridade geral (conclusão de ensino fundamental, médio ou superior) e quase 20% recebeu formação para funções administrativas;
- k) Na amostra, há correlação fraca, inversa e estatisticamente significativa entre a idade na DIB e a quantidade de dias em reabilitação profissional, bem como entre a idade na DIB e a quantidade de dias em gozo de benefício. Esta informação permite inferir que a responsabilidade pelo sustento da família tem importância no sucesso da reabilitação profissional;
- l) O grupo pesquisado demonstrou correlação fraca, direta e estatisticamente relevante entre o valor do benefício e o tempo de gozo do benefício. Esta constatação sugere que o fato de o segurado receber um benefício de valor superior prejudica o sucesso da reabilitação profissional.

Quanto à resolutividade (segurados que são reabilitados) da reabilitação profissional, as principais conclusões são:

- a) O índice de resolutividade do programa de reabilitação do INSS em Uberlândia pode ser considerado alto, pois é quase 100% superior ao mencionado no referencial teórico;
- b) 95% dos reabilitados são desligados em tempo menor do que 95% dos não-reabilitados. Isto permite inferir que, quanto menor o tempo de vínculo com a reabilitação, maior a possibilidade de sucesso;
- c) A resolutividade dos segurados encaminhados pela via judicial é inferior a metade da composição, o que sugere encaminhamento incorreto pelo Judiciário;
- d) Não há grande influência da espécie do benefício (accidentário ou previdenciário) na resolutividade da reabilitação;
- e) O porte da cidade de residência do segurado é importante para a sucesso da reabilitação;
- f) O grupo CID não interfere de forma significativa para o sucesso da reabilitação;
- g) A escolaridade não interfere de forma decisiva para o sucesso da reabilitação;
- h) A idade não contribui de forma decisiva para o sucesso da reabilitação;
- i) A idade não tem impacto significativo na duração da reabilitação profissional;
- j) Os trabalhadores de maior renda mensal tendem a ter maior sucesso no processo de reabilitação profissional;
- k) Alguns dos prognósticos do Manual Técnico da Reabilitação Profissional (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2018, p. 12-13) se confirmaram e outros, não.

Embora não tenham sido previstos no referencial teórico, a pesquisa evidenciou as seguintes situações (achados de pesquisa):

- a) A análise da elegibilidade feita pelos profissionais do setor de reabilitação profissional é eficiente;
- b) Há um alto índice de segurados (43,19%) que não deveriam ter sido encaminhados para a análise do setor de reabilitação profissional;
- c) Quase 20% dos segurados foram desligados no momento da avaliação inicial;
- d) Os Grupos CID P, B, K, N, I, H, G e M apresentam percentuais de afastamento superiores a média geral. Isto sugere que os responsáveis pelo encaminhamento dos segurados ao setor de reabilitação profissional têm maiores dificuldades de avaliação da elegibilidade dos segurados portadores destas enfermidades;
- e) Em Uberlândia, diferentemente do preconizado pelo Manual Técnico da Reabilitação Profissional (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL,

2018), o perito médico que elegeu o reabilitando não acompanha o processo de reabilitação;

- f) O INSS em Uberlândia não realiza regularmente a pesquisa de fixação do segurado no mercado de trabalho.

Nesse ponto, calha explorar o quinto objetivo específico da dissertação, qual seja, sugerir propostas alternativas ao processo de reabilitação profissional, se cabíveis.

Em primeiro lugar, parece clara a necessidade de aprimoramento na gestão do encaminhamento de casos para a reabilitação profissional. Muitos segurados são encaminhados indevidamente e, embora uma expressiva fração deles seja desligada já na primeira avaliação, o tempo de permanência médio na reabilitação ainda é alto.

Esta situação deixa evidente que há gastos desnecessários com segurados que já poderiam ter retornado ao mercado de trabalho oportunamente. Além desses casos, há os que já deveriam ter sido aposentados por invalidez, antes mesmo de serem encaminhados a reabilitação profissional. Por fim, no que se refere aos segurados que ainda precisavam de alguma intervenção médica antes de serem encaminhados a reabilitação, há o desgaste da imagem do INSS com relação ao segurado e o retrabalho – já que o trabalhador será reencaminhado posteriormente para outra avaliação.

Em segundo lugar, notou-se que o INSS não adota o conceito de reabilitação plena sugerido pelo referencial teórico. Trata-se de um modelo mais abrangente e que tem por objetivo a melhor integração social do trabalhador.

Em terceiro lugar, há a necessidade de se reunir os dados a respeito dos segurados e do processo de reabilitação em um sistema informatizado. De fato, a grande dificuldade de obtenção dos dados para a pesquisa decorreu da necessidade de sua extração manual a partir da consulta dos processos físicos. Além de pouco eficiente, esse procedimento manual é mais sujeito a falhas.

Outra questão a ser abordada é a dificuldade de acesso aos dados, mesmo em se tratando de uma pesquisa de natureza científica e que tem o declarado propósito de colaborar com a melhoria da gestão pública.

A subseção 5.2 abordará os limites da pesquisa e encaminhamentos para futuros trabalhos.

## **5.2 Os limites da pesquisa e encaminhamentos para estudos futuros**

De pronto, deve-se destacar que uma das limitações do presente estudo é o fato de ele ter se restringido apenas aos segurados desligados da reabilitação profissional em Uberlândia/MG no ano de 2017. O objetivo inicial do trabalho era estender o período de análise aos anos de 2014 a 2018. Contudo, em virtude da negativa de acesso aos dados (detalhada na seção 3), isso não foi possível.

Também vale mencionar que a presente dissertação usa metodologia quantitativa e sua unidade de análise são os trabalhadores inseridos no programa de reabilitação profissional – de tal forma que o marco temporal final é o desligamento do programa.

Assim, para futuras pesquisas sobre o tema, sugerem-se investigações a respeito de importantes questões suscitadas no referencial bibliográfico e que não puderam ser abordadas, em função da composição da amostra e da metodologia de pesquisa utilizadas. São elas:

- a) O adoecimento dos trabalhadores é consequência das condições adversas em que o trabalho é prestado e estas circunstâncias, em grande parte, decorrem da intensificação da exploração do trabalho;
- b) O mercado de trabalho requer qualificações inatingíveis por boa parte da população em geral e, ainda mais difíceis, pelas pessoas consideradas incapazes;
- c) Há dois modelos de intervenção. O mais frequentemente utilizado é o biomédico, que consiste em aumentar a capacidade das pessoas. O referencial teórico indica que seus resultados são inferiores aos do modelo social da deficiência e da análise da atividade, ainda não consagrado na prática, que defende o ajuste da demanda das tarefas;
- d) A reabilitação profissional do INSS tem sido utilizada para atender mais aos interesses do capital (tirar da linha de produção trabalhadores incapacitados) e da Previdência (cessar e/ou reduzir valor de benefícios) do que aos do trabalhador;
- e) Vários aspectos são mencionados no referencial teórico como contributivos para o sucesso da reabilitação e merecem ser investigados. Dentre eles, podemos citar os emocionais (conforme BARROS, 2015, SILVA; ALVES; ASSIS, 2016, SOUZA; QUEIRÓZ, 2018, CARVALHO, 2018, SALDANHA et al., 2013), a avaliação da estrutura e dos processos de atendimento (tratados por FONSECA, 2011, BREGALDA; LOPES, 2016, LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016, SILVA; ALVES; ASSIS, 2016, CARVALHO, 2018), a percepção dos trabalhadores a

respeito do mercado de trabalho, da resolutividade (segurados que são reabilitados) do processo de reabilitação profissional e suas vivências após a sua reabilitação (aspectos abordados por STRUFFALDI, 1994, DAKUZAKU, 1998, SOUZA; QUEIRÓZ, 2018, CARVALHO, 2018, GURGEL, 2003, PINA; STOTZ; JACKSON FILHO, 2018);

- f) O referencial teórico indica que a adoção de modelos de reabilitação profissional com maior resolutividade se deu em função da maior capacidade de coordenação política dos trabalhadores. Qual é o nível de participação política dos trabalhadores na organização do processo de reabilitação profissional em Uberlândia/MG?
- g) A reabilitação profissional em Uberlândia envolve a avaliação do potencial laborativo, orientação, acompanhamento da programação profissional e não há acompanhamento regular da fixação no mercado de trabalho. Também existe articulação com a comunidade, tratamento e intervenção em reabilitação?
- h) A taxa de retorno ao trabalho leva em conta os vínculos empregatícios informais?
- i) Os recursos financeiros para o programa de reabilitação profissional foram reduzidos ao longo dos anos? Uma eventual escassez de recursos financeiros para a contratação de cursos especializados de formação profissional prejudicou a efetividade do programa?
- j) A demanda do setor de reabilitação profissional aumentou ao longo dos anos? Um eventual aumento é reflexo da intensificação da exploração da mão de obra e do desmonte da rede de proteção social ao trabalhador?

Também há outras proposições adequadas a metodologia quantitativa e que não puderam ser testadas, pois as variáveis envolvidas não foram coletadas na presente amostra. A saber:

- a) Os segurados casados tem maior probabilidade de retorno ao trabalho do que os não-casados; há diferença significativa entre as médias do tempo de trabalho na empresa dos que retornaram e dos que não retornaram ao trabalho; o tempo de espera médio para o início da avaliação foi de 1 ano e 3 meses para os segurados encaminhados pela via judicial e de 1 ano e 9 meses para os encaminhados via perícia médica; o tempo de espera variou entre 1 ano a 9 anos (VARANDAS, 2013).
- b) A existência de vínculo empregatício interfere no resultado da reabilitação profissional (CHERES et al, 2013);

- c) Os seguintes fatores prejudicam o sucesso da reabilitação profissional: muitos anos de contribuição; pouca experiência em atividades laborativas distintas; residir em localidade distante da sede do programa (inviabilidade de deslocamento para submissão aos cursos); ser portador de diagnóstico ou de limitação importante, progressiva e de difícil reinserção no mercado de trabalho; ter passado muitos anos exercendo a mesma profissão (SANTOS; LOPES, 2015);
- d) Há relação entre o sucesso da reabilitação e estado civil, crença religiosa, área de atuação da empresa, tempo de empresa, renda familiar e responsabilidade doméstica (BARROS, 2015);
- e) Há relação entre o sucesso da reabilitação e existência de vínculo empregatício antes da reabilitação (VACARO; PEDROSO, 2016);
- f) O setor de agroindústria de frangos tem índice de afastamento do trabalho superior a média geral (RUSCHEL; MIRALES, 2018).

Desta sorte, longe de tentar esgotar o tema, a presente pesquisa tem por objetivo indicar parte do caminho já percorrido e, a partir de algumas reflexões, identificar quais as mais relevantes questões que ainda podem ser abordadas.

### **5.3 Produtos e processos**

Em termos de produtos e processos, esta dissertação se configura como um diagnóstico da situação. Embora se trate de um estudo limitado no espaço e no tempo, as situações retratadas não diferem muito da realidade de outras localidades. Ademais, um estudo descritivo tem aplicabilidade sempre que se quiser conhecer mais a fundo um problema em administração.

Como o instrumento de coleta de dados criado para o diagnóstico foi construído a partir da legislação vigente, abrangendo todas as obrigações e que o mesmo foi testado com sucesso, pode ser utilizado para a análise pelos setores administrativos do próprio INSS em Uberlândia/MG e região, bem como replicado para análise em outros órgãos congêneres.

As ferramentas de gestão sugeridas na pesquisa (confecção de base de dados eletrônica e análises estatísticas descritivas) são de baixo custo, pouca complexidade e fácil implementação. Os programas estatísticos utilizados nesta dissertação são acessíveis e o autor disponibilizará todas as fórmulas para consulta e aplicação direta pelos servidores do INSS em Uberlândia/MG.

Os custos aproximados de implantação do modelo estatístico na Agência da Previdência Social em Uberlândia/MG se resumem a disponibilização de algumas horas de trabalho de um estagiário (supervisionado por um servidor da área) para a extração dos dados dos processos físicos e de um profissional de referência com conhecimentos básicos do programa Microsoft Excel.

Foram gastos aproximadamente 40 horas de trabalho para a extração dos dados de cada um dos semestres.

O tempo de análise dos dados foi bem mais elevado, pois exigia a formatação dos dados, a criação das fórmulas, a correção de inconsistências de bases de dados e o treinamento nas ferramentas do sistema. Contudo, o trabalho de aplicação do modelo a partir das fórmulas disponibilizadas pelo autor será bem mais célere. Assim, a elaboração de todas as análises expostas nesta dissertação deverá consumir, aproximadamente, 20 horas de trabalho para cada período desejado – seja ele semestral, anual, bienal, trienal ou até período maior.

Supondo que a remuneração média de um estagiário seja de um salário mínimo por mês, para uma jornada de 20 horas semanais, o custo de extração dos dados será de meio salário mínimo – ou seja, R\$221,78 (duzentos e vinte e um reais e setenta e oito centavos).

Considerando que a remuneração média de um profissional de referência da RP é de R\$7.000,00, para uma jornada de 40 horas semanais o custo de análise dos dados será de R\$636,36 (seiscientos e trinta e seis reais e trinta e seis centavos).

As Tabelas 18 e 19 esclarecem estes cálculos.

Tabela 18 – Cálculo custo do trabalho de estagiário

Rubrica	Valor
salário/mês	R\$ 998,00
divisor – hora	180
salário/hora	R\$ 5,54
tempo de trabalho	40
Custo total	R\$ 221,78

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 19 – Cálculo custo do trabalho de servidor

Rubrica	Valor
salário/mês	R\$ 7.000,00
divisor – hora	220
salário/hora	R\$ 31,82
tempo de trabalho	20
Custo total	R\$ 636,36

Fonte: elaborado pelo autor

Por todas estas razões, o presente estudo apresenta elevada aptidão para sua replicação em grande escala.

Também restou clara a necessidade de aprimoramento na gestão do encaminhamento de casos para a reabilitação profissional. Muitos segurados são encaminhados indevidamente e, embora uma expressiva fração deles seja desligada já na primeira avaliação, o tempo de permanência médio na reabilitação ainda é alto.

Um mecanismo para abordar este problema é fazer com que o perito médico que elegeu o reabilitando o acompanhe, em conjunto com o Profissional de Referência, durante todo o processo até o seu desfecho, salvo eventual impossibilidade.

Além disso, notou-se que o INSS não adota o conceito de reabilitação plena sugerido pelo referencial teórico. Trata-se de um modelo mais abrangente e que tem por objetivo a melhor integração social do trabalhador.

Prosseguindo, há a necessidade de se reunir os dados a respeito dos segurados e do processo de reabilitação em um sistema informatizado. De fato, a grande dificuldade de obtenção dos dados para a pesquisa decorreu da necessidade de sua extração manual a partir da consulta dos processos físicos. Além de pouco eficiente, esse procedimento é mais sujeito a falhas. Isto posto, sugere-se que o INSS monte uma tabela informatizada para coletar os dados importantes sobre o segurado no momento do atendimento. Além dos dados abordados neste trabalho, reputa-se importante que sejam reunidos os dados necessários para testar as proposições que não o foram, em virtude da sua ausência, a saber: etnia declarada, responsabilidade pela renda familiar, renda familiar, quantos benefícios recebeu, estado civil, existência de vínculo empregatício anterior, tempo de contribuição, experiência em atividades laborativas distintas, residência em localidade distante da sede do programa (inviabilidade de deslocamento para submissão aos cursos), ser portador de diagnóstico ou de limitação importante, progressiva e de difícil reinserção no mercado de trabalho; ter passado muitos anos exercendo a mesma profissão, crença religiosa, área de atuação da empresa, tempo de empresa e ramo econômico da empresa.

Ademais, para uma avaliação adequada da resolutividade da reabilitação profissional, é imprescindível que o INSS comece a realizar regularmente a pesquisa de fixação do segurado do mercado de trabalho, pelo menos até um ano após o seu desligamento do programa.

Os resultados da pesquisa também evidenciam vários pontos fortes do trabalho de gestão da reabilitação profissional em Uberlândia. A reunião destes dados em um formato

cientificamente válido pode fortalecer a posição da unidade administrativa em seus pleitos futuros perante órgãos superiores. Além disso, estes pontos fortes também merecem ser replicados para outras unidades.

Por fim, as conclusões aqui documentadas podem orientar a formulação de políticas públicas ligadas às áreas de saúde, de previdência e de emprego.

## **REFERÊNCIAS**

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015.

ANTUNES, Ricardo e ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação &Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio-agosto. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/es/v25n87/21460.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302004000200003>

BARROS, Ellen Belmonte. **Reabilitação Profissional:** investigando a resiliência em trabalhadores acidentados. 2015. 74 p. Dissertação (mestrado). Programa de pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015. Disponível em: [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFAM\\_b74689ee18ec2ec71c41573566fcc720](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFAM_b74689ee18ec2ec71c41573566fcc720). Acesso em: 20 out. 2018.

BERNARDO, Lilian Dias. **Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual.** 2006. 67 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-73BKA6/lilian\\_dias\\_bernardo.pdf;jsessionid=BB085D3E30DBE2A69C23EC0AC63B8319?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-73BKA6/lilian_dias_bernardo.pdf;jsessionid=BB085D3E30DBE2A69C23EC0AC63B8319?sequence=1)>. Acesso em: 06 jun. 2016.

BIANCHESSI, Desirée Luzardo Cardozo et al. Sobre uma construção em atenção em saúde mental e trabalho na empresa. In: CRESPO, Álvaro Roberto; BOTTEGA, Carla Garcia; PEREZ, Karine Vanessa (Org.). **Atenção à saúde mental do trabalhador:** sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014. P 117-132. Disponível em: [http://www.nersat.com.br/wp-content/uploads/2015/05/atencao\\_completo\\_reduzido.pdf#page=118](http://www.nersat.com.br/wp-content/uploads/2015/05/atencao_completo_reduzido.pdf#page=118). Acesso em 18 nov. 2018.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade:** para uma teoria geral da política. 14. ed. São Paulo: Paz e Terra. 1986.

BRAGA, Ruy. **A política do precariado:** do populismo a hegemonia lulista. São Paulo: Boitempo, 2012.

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

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990. Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração Pública Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 abr. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8029compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8029compilada.htm)>. Acesso em: 13 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 30 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm)>. Acesso em: 13 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm)>. Acesso em: 13 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 2009. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 mai. 1999. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048compilado.htm)>. Acesso em: 13 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012. Regulamenta a Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 mai. 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/Decreto/D7724.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Decreto/D7724.htm)>. Acesso em: 18 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 664, de 30 de dezembro de 2014. Altera as Leis no 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e a Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2014. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/Mpv/mpv664.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/Mpv/mpv664.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.341, de 29 de setembro de 2016. Altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e 11.890, de 24 de dezembro de 2008, e revoga a Medida Provisória no 717, de 16 de março de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 set. 2016. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/L13341.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13341.htm)>. Acesso em: 18 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei no 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 mar. 2017. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13429.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13429.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 de jul. 2017. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 9.679, de 2 de janeiro de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Economia, remaneja cargos em comissão e funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jan. 2019. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9679.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9679.htm)>. Acesso em 3 jan. 2019.

BREGALDA, Marília Meyer; LOPES, Roseli Esquerdo. A reabilitação profissional no INSS: caminhos da terapia ocupacional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 479-493, 2016. Disponível em: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0104-12902016000200479&script=sci\\_arttext&tlang=pt](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0104-12902016000200479&script=sci_arttext&tlang=pt). Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016150784>

BURDEAU, Georges. **O Estado**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

CANAL, Patricia; CRUZ, Roberto Moraes. Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: revisão de literatura. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 4, p. 593-601, dez 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2013000400012&script=sci\\_abstract&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2013000400012&script=sci_abstract&tlang=pt). Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400012>

CARDOSO, Jordana Santos; CAVALCANTE, Milady Cutrim Vieira; MIRANDA, Ana Teresa Mendes de. A reabilitação profissional como proposta de intervenção da terapia ocupacional no pós-transplante renal. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 162-167, abr. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rto/article/view/79911>. Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i2p162-167>

CARVALHO, Flávia Xavier de. **As alterações no programa de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS): garantia ou supressão de direitos**. 2018. 317 p. Tese (doutorado). Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018. Disponível em: <http://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/2534>. Acesso em: 20 out. 2018.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CAVALLINI, Marta. Em 2 anos, pente-fino cancela quase metade dos benefícios por incapacidade do INSS. **G1**, Brasília, 24 dez. 2018. Caderno de Economia. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2018/12/24/em-2-anos-pente-fino-cancela-quase-metade-dos-beneficios-por-incapacidade-do-inss.ghtml>>. Acesso em: 22 fev. 2019.

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. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n1/v12n1a06.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2016. <https://doi.org/10.12957/epp.2012.8307>

CHERES, José Eduardo Cardoso et al. Reabilitação profissional na agência da previdência social do município de Timóteo: uma prática possível?. **Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas**, Ipatinga, v. 1, n. 4, out-dez 2013. Disponível em: <http://fadipa.educacao.ws/ojs-2.3.3-3/index.php/cjuridicas/article/view/126>. Acesso em: 18 nov. 2018.

DAKUZAKU, Regina Yoneko. **De deficiente a trabalhador:** reabilitação profissional na perspectiva da pessoa com deficiência – um estudo de caso. 1998. 162 p. Tese (doutorado). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1998. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/3787/456.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01 nov. 2018.

DALARI, Dalmo de Abreu. **Teoria geral do estado.** 2. ed. São Paulo: Saraiva. 1998.

DUARTE, Evaristo Emigdio Colman; PRADO, Fernanda de Oliveira. A racionalização do trabalho dos assistentes sociais do INSS. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 162-171, mar. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/43648>. Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.1590/1414-49802015180200003>

ECO, Humberto. **Como se faz uma tese.** 21 ed. São Paulo: Perspectiva. 2008.

ENGELS, Friedrich. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. São Paulo: Lafonte, 2017.

FARIAS, Samantha Hasegawa. Estudo dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho grave participantes do Programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional de Seguridade Social de Campinas, usuários de órtese e prótese. 2013. 86 p. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312035/1/Farias\\_SamanthaHasegawa\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312035/1/Farias_SamanthaHasegawa_M.pdf). Acesso em: 18 nov. 2018.

FARIAS, Samantha Hasegawa; LUCCA, Sergio Roberto de. Perfil dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho grave usuários de prótese do programa de readaptação profissional. **Revista baiana de saúde pública**, [S.l.], v. 37, n. 3, p. 725-738, set. 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n3/a4471.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

FONSECA, Fernando Vasconcellos da. **Modelo de Reabilitação Profissional:** uma proposta de avaliação da eficácia. 2011. 169 p. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2011. Disponível em: [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC\\_77ff738a5a254f7452d7707c1d38ea57](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC_77ff738a5a254f7452d7707c1d38ea57). Acesso em 20 out. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas. 2008.

GOMES, Haroldo Pereira. **Construção civil e saúde do trabalhador:** um olhar sobre pequenas obras. 2011. 190 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

GURGEL, Maria Eneida Pinto. **A reabilitação profissional:** um programa de reinserção do acidentado no mercado de trabalho. 2003. 96 p. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, 2003. Disponível em: [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPE\\_e2601b4f7cc5694cc111ab482e724025](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPE_e2601b4f7cc5694cc111ab482e724025). Acesso em: 20 out. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Diretoria de Saúde do Trabalhador. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional.** Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.alexandretiches.com.br/wp-content/uploads/2018/03/Manual-de-Reabilita%C3%A7%C3%A3o-profissional.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

LANCMAN, Selma; BARROS, Juliana de Oliveira; JARDIM, Tatiana de Andrade. Teorias e práticas de retorno e permanência no trabalho: elementos para a atuação dos terapeutas ocupacionais. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 101-108, ago. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rto/article/view/119231>. Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i2p101-108>

LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal; DÉJOURS, Christophe. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Rio de Janeiro: Fio cruz, 2004.

LA-ROTTA, Ehideé Isabel Gómez et al . Nomeação e institucionalização da saúde do trabalhador: um campo em disputa. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, e0017928, 2019 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000200504&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200504&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00179>.

LOMBARDI, José Claudinei (Org.). **Textos sobre educação e ensino:** Karl Marx e Friedrich Engels. Campinas: Navegando, 2011. <https://doi.org/10.20396/rho.v11i41e.8639914>

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Na trilha da saúde do trabalhador:** a experiência de Franca/SP. 2009. 427 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Serviço Social, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2009.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 8.ed. São Paulo: Atlas. 2017.

MARTINEZ, Wladimir Novaes. **Curso de Direito Previdenciário**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 664, de 30 de dezembro de 2014. Altera as Leis no 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e a Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2014. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Mpv/mpv664.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Mpv/mpv664.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.120, de 1 de julho de 1998. Aprovar a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jul. 1998. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998>. Acesso em: 20 jul. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 out. 1998. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html). Acesso em: 20 jul. 2018.

PEREIRA, Marina Coutinho de Carvalho. **O serviço de reabilitação profissional previdenciário: desafios para sua consolidação**. 2013. 119 p. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106935/317906.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 nov. 2018.

PINA, José Augusto Pina; STOTZ, Eduardo Navarro Stotz e JACKSON FILHO, José Marçal. Trabalhador “compatível”, fratura exposta no processo de produção da indústria automobilística: intensificação do trabalho e saúde em questão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00114017, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000705005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000705005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out. 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00114017>

PRAUN, LucieneidaDováo. **Não sois máquina: Reestruturação produtiva e adoecimento na General Motors do Brasil**. 2014. 200 f. Tese (Doutorado) - Curso de Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

PRAVATO, Camila Medeiros; DOMINATO, Haber David Granato de Souza; FERNANDES, Rita de Cássia. **Reabilitação Profissional: a importância da inclusão social no Mundo do Trabalho**. 2010. 42 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós-graduação em Tv, Cinema

& Mídias Digitais, Faculdade de Comunicação, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/pravato-dominato-fernandes-reabilitacao-profissional.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

RIBEIRO, Herval Pina. **A violência oculta do trabalho:** as lesões por esforços repetitivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. <https://doi.org/10.7476/9788575412824>

ROCHA, Daniel Machado da. **O direito fundamental a previdência social na perspectiva dos princípios constitucionais diretivos do sistema previdenciário brasileiro.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

RUSCHEL, Mariele Stertz; MIRALES, Rosana. Adoecimento dos trabalhadores na agroindústria de frangos. **Revista Direitos, trabalho e política social**, Cuiabá, v. 4, n. 6, p. 122-144, jan-jun. 2018. Disponível em: <http://revista91.hospedagemdesites.ws/index.php/rdtps/article/view/108>. Acesso em: 20 out. 2018.

SALDANHA, Jorge Henrique Santos et al. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S.I], v. 38, n. 127, p. 122-38, jan.-jun. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1005/100528024011/>. Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100014>

SANTOS, Geovana de Souza Henrique; LOPES, Roseli Esquerdo. A (in) elegibilidade de trabalhadores encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 151-161, jul.-dez. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1796/179643308002.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.1590/1414-49802015180200002>

SCHVEITZER, Fernanda Cabral. Trabalhadores com restrições laborais: comitê de acompanhamento em empresa pública. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [S.I], v. 12, n. 1, p. 43-9, 2014. Disponível em: [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:vDoHplNEDEJ:scholar.google.com/+Trabalhadores+com+restri%C3%A7%C3%A7%C3%85es+laborais:+comit%C3%AA+de+acompanhamento+em+empresa+p%C3%BAblica&hl=pt-BR&as\\_sdt=0,5](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:vDoHplNEDEJ:scholar.google.com/+Trabalhadores+com+restri%C3%A7%C3%A7%C3%85es+laborais:+comit%C3%AA+de+acompanhamento+em+empresa+p%C3%BAblica&hl=pt-BR&as_sdt=0,5). Acesso em: 18 nov. 2018.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas:** conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013. Cap. 3: Ciclo de Políticas Públicas. Disponível em: <<https://encontroprogramadeptecao.files.wordpress.com/2011/11/ciclo-de-polc3adicas-pc3bablicas.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

SILVA, Elaine Cristina; CAMAROTTO, João Alberto. Contribuições da análise da atividade do trabalho no processo de retorno do trabalhador afastado por LER/DORT. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 131-137, ago. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rto/article/view/106935>. Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i2p131-137>

SILVA, Talita Naiara Rossi da; ALVES, Gisele Beatriz Oliveira; ASSIS, Marcella Guimarães. O retorno ao trabalho na perspectiva de terapeutas ocupacionais: facilitadores e barreiras. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 116-122, ago. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rto/article/view/106727>. Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i2p116-122>

STRUFFALDI, Maria Cristina Blanco. **Reabilitação profissional:** características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados. 1994. 140 p. Tese (doutorado). Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-24012018-151402/pt-br.php>. Acesso em: 01 nov. 2018.

PAULA, A. P. P. de. Administração Pública Brasileira: entre o Gerencialismo e a Gestão Social. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1, jan-mar, p.36-49, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902005000100005>

SARAVIA, Enrique. Introdução a Teoria da Política Pública. In: SARAVIA, Enrique e FERRAREZI. **Políticas públicas:** coletânea. Brasília: ENAP, 2006. P. 21-42. Disponível em: [http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1254/1/cppv1\\_0101\\_saravia.pdf](http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1254/1/cppv1_0101_saravia.pdf). Acesso em: 16 out. 2018.

Secretaria da Previdência. **Anuário Estatístico da Previdência social**. Brasília: MF/Dataprev, 2017. Disponível em: <<http://sa.previdencia.gov.br/site/2019/01/AEPS-2017-janeiro.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SILVA, Manoela Tereza Martins de Souza. **O programa de reabilitação profissional da Previdência Social e seus limites**. 2013. 84 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Pernambuco, Recife, 2013. Disponível em: [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPE\\_f7f363dcd5739db84ce9fe2b92c74bf6](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPE_f7f363dcd5739db84ce9fe2b92c74bf6). Acesso em: 20 out. 2018.

SINGER, André. **Os sentidos do lulismo:** reforma gradual e pacto conservador. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SOUZA, Andréa Domingues da Silva e QUEIRÓZ, Maria de Fátima Ferreira de. Percepção dos trabalhadores inseridos na reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social: a organização do trabalho adoece? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 100-112, jan-mar 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-11042018000100100&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000100100&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 out. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811608>

TAKAHASHI, Maria Alice Batista Conti. **Avaliação em reabilitação profissional : a experiência de adoecer por LER e o resgate da autonomia: uma trajetória singular**. 2000. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000. Disponível em:

<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000197873&fd=y>>. Acesso em: 05 jun. 2016

TAKAHASHI, Maria Alice Batista Conti; IGUTI, Aparecida Mari. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100021)>. Acesso em: 05 jun. 2016. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100021>

VACARO, JerriEstevan; PEDROSO, Fleming Salvador. Reabilitação profissional e a aposentadoria especial nas doenças ocupacionais. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [S. l], v. 11, n. 2, p. 60-5, 2013. Disponível em: [http://www.anamt.org.br/site/upload\\_arquivos/revista\\_brasileira\\_de\\_medicina\\_do\\_trabalho - volume 11 n%C2%BA 2 12122013122945533424.pdf](http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_de_medicina_do_trabalho - volume 11 n%C2%BA 2 12122013122945533424.pdf). Acesso em: 18 nov. 2018.

VACARO, JerriEstevan; PEDROSO, Fleming Salvador. Desempenho dos segurados no serviço de reabilitação do Instituto Nacional de Seguridade Social. **Acta fisiátrica**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 200-205, dez. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/actafisiatica/article/view/103666>. Acesso em: 18 nov. 2018.

VALENÇA, Janaina Bussola Montrezor et al. Perfil de trabalhadores com doenças da coluna vertebral atendidos em um serviço de saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 24, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1105>. Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0575>

VARANDAS, Lilian Fonseca da Costa Lessa. Facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho dos segurados reabilitados pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS. 2013. 168 p. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB\\_f9bb33d3b34dc5e7825db3e0325dfbbb](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_f9bb33d3b34dc5e7825db3e0325dfbbb). Acesso em: 20 out. 2018.

VARUSSA, Rinaldo José (Org.). **Eu trabalhava com dor:** trabalho e adoecimento nos frigoríficos. Jundiaí: Paco Editorial, 2016.

WATANABE, Marisol. **A reabilitação profissional é possível:** um estudo de caso de uma empresa de economia mista. 2004. 213 p. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP\\_cd96d078d198f1fe9e7659f8f7524ba6](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_cd96d078d198f1fe9e7659f8f7524ba6). Acesso em: 01 nov. 2018.

WEBER, Max. **Economia e sociedade.** Brasília: UnB, 2011.

ZILIOOTTO, Denise Macedo; BERTI, Ariete Regina. Reabilitação profissional para trabalhadores com deficiência: reflexões a partir do estado da arte. **Saúde e Sociedade**, São

Paulo, v. 22, p. 736-750, 2013. Disponível em:  
[https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0104-12902013000300008&script=sci\\_arttext&tln\\_g=pt](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0104-12902013000300008&script=sci_arttext&tln_g=pt). Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300008>