



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB

Faculdade de Ceilândia - FCE

Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

LILIAN FONSECA DA COSTA LESSA VARANDAS

**Facilitadores e Dificultadores do
Retorno ao Trabalho dos Segurados Reabilitados pelo
Programa de Reabilitação Profissional do INSS**

BRASÍLIA/DF

2013

LILIAN FONSECA DA COSTA LESSA VARANDAS

**Facilitadores e Dificultadores do
Retorno ao Trabalho dos Segurados Reabilitados pelo
Programa de Reabilitação Profissional do INSS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília / Faculdade de Ceilândia.

Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Linha de pesquisa: Saúde, Educação, Ambiente e Trabalho.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Robayo Tamayo

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Aldira Guimarães Duarte Domínguez

BRASÍLIA/DF

2013

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

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1013601.

V288f Varandas, Lilian Fonseca da Costa Lessa.
Facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho dos segurados reabilitados pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS / Lilian Fonseca da Costa Lessa Varandas. -- 2013.
xiii, 155 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, 2013.

Inclui bibliografia.

Orientação: Maurício Robayo Tamayo ; Coorientação: Aldira Guimarães Duarte Dominguez.

1. Instituto Nacional do Seguro Social (Brasil). 2. Reabilitação profissional. I. Tamayo, Maurício Robayo. II. Dominguez, Aldira Guimarães Duarte. III. Título.

CDU 615.83

LILIAN FONSECA DA COSTA LESSA VARANDAS

Facilitadores e Dificultadores do
Retorno ao Trabalho dos Segurados Reabilitados pelo
Programa de Reabilitação Profissional do INSS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília / Faculdade de Ceilândia.

Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Linha de pesquisa: Saúde, Educação, Ambiente e Trabalho.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Robayo Tamayo

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Aldira Guimarães Duarte Domínguez

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Maurício Robayo Tamayo (Presidente)
Faculdade de Ceilândia - FCE/UnB

Prof. Dr. Oviromar Flores
Faculdade de Ciências da Saúde - UnB

Prof. Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira
Faculdade de Ceilândia - FCE/UnB

Prof. Dr. Pedro de Andrade Calil Jabur
Faculdade de Ceilândia - FCE/UnB

*Dedico a esse olhar terno que me acompanha a cada dia.
À mãe Maria, a Mãe do Perpétuo Socorro.*



*E a Ele, luz que me ilumina o caminho e me ajuda a seguir!
Ao Cristo Redentor!*



AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Aos meus pais Valmor e Leonides que não tiveram a mesma oportunidade que eu, mas deram o máximo para que eu pudesse chegar até aqui.

Agradeço às minhas irmãs Valquiria e Mirlla que mesmo distante sempre me deram apoio e torceram por mim.

Ao meu esposo Pedro Alexandre que me ensinou a ser persistente e a lutar pelos meus objetivos.

Ao meu filho Mateus que é o melhor presente que Deus poderia ter me dado e que me ensina a cada dia a ser uma mulher mais forte e à Cindy, nossa filha de outra espécie, que é a alegria da casa.

À Silvana que com dedicação, atenção e amor cuidou do Mateus e da Cindy para que eu pudesse trabalhar e estudar.

A cada um dos meus familiares pelas orações e pela torcida.

Às amigas distantes, mas sempre presentes: Elizamara Florez, Ana Cristina Lassálvia, Simone Andréa da Cunha e Maria Martes .

À Leila Cannalonga que muito me ensinou sobre a vida e sobre a Reabilitação Profissional.

Ao Dr. Oscar Baldur Schubert, a quem tenho enorme admiração. Foi um grande parceiro na construção desse trabalho.

Às grandes amigas Janaína Sallas e Sandra Caz, companheiras dentro e fora da sala de aula.

À Maria Cristina Pereira e Angela Sadok pela amizade e por terem me dado os ensinamentos e o apoio na tarefa de ser ROP.

À toda equipe com quem trabalhei na GEX Rio de Janeiro Centro e na APS São Cristóvão.

À amiga Cristie Freitas que desde que entrei no INSS me acolheu e foi a incentivadora para que eu participasse da seleção do mestrado.

Ao amigo Cícero Sampaio pelo apoio na construção dos dados estatísticos.

À amiga Luciana Feuzicaua pelas trocas, compreensão, companheirismo e orações. Estendo o agradecimento ao seu esposo Fábio Larotonda, pelas orientações e dicas para o desenvolvimento desse trabalho e à sua mãe Regina pelas orações.

À Dra. Maria Helena, Marta Angélica, Carla Duran, Fabiúla Costa, Izabel Fernandes e Fátima de Sousa que estão na luta do dia-a-dia do trabalho e aos colegas de trabalho que me deram o incentivo para continuar nessa jornada: Maria Inês, Taís Florez, Wederson Rufino, Dra. Renata Fróes e Dra. Rebeca Valente.

Aos Representantes Técnicos da Reabilitação Profissional nas Superintências Regionais: André P. da Silva, Leonardo Braga, Manoela Aquino, Renata Florez e Lídia Higa, pelo apoio, aprendizado e pela torcida.

Aos colegas de outros setores da Direção Central do INSS que também me apoiaram e colaboraram para esse trabalho: Eliane Campoi, Angélica Lima, Antônio Bacelar e Artur Fonseca.

À Lídia Higa e à Letícia Antonialli pela colaboração quanto ao local onde foram realizadas as entrevistas.

À Dra. Jacqueline Barroso, à Tatiana Mariano e ao apoio administrativo da equipe de Reabilitação Profissional pela colaboração na etapa de separação e localização dos prontuários e dos Boletins Estatísticos da Reabilitação Profissional.

À Prof^a. Daniela Rodrigues pelo apoio e incentivo no desenvolvimento desse trabalho.

Aos Responsáveis pela Orientação Profissional da Gerência Executiva do Distrito Federal que aceitaram participar das entrevistas e contribuíram para o alcance dos objetivos desta pesquisa.

Aos segurados que aceitaram participar e colaboraram para a realização deste trabalho.

À Ana Luiza Coelho da Consultoria em Estatística da Universidade de Brasília pelo apoio nas análises estatísticas.

À Diretoria de Saúde do Trabalhador do INSS por ter autorizado o acesso aos prontuários e sistemas corporativos.

Ao Dr. Sérgio Antônio Martins Carneiro e Dra. Samara Maria Douets Vasconcelos Cunha Dias pela liberação desta servidora para o período de licença capacitação e pelo cuidado que estão tendo com toda a temática da Reabilitação Profissional e da Saúde do Trabalhador.

À Coordenação de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde pelo apoio e compreensão.

Ao Prof. Dr. Oviomar Flores, Prof^a. Dr^a Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira e ao Prof. Dr. Pedro de Andrade Calil Jabur por aceitarem o convite de participar da banca examinadora.

À minha Co-Orientadora Prof^a. Dr^a. Aldira Guimarães Duarte Domínguez pelo incentivo e colaboração no desenvolvimento desse trabalho.

E ao meu orientador Prof. Dr. Maurício Robayo Tamayo pela paciência, compreensão, apoio e colaboração em todas as etapas dessa pesquisa.

RESUMO

O presente trabalho tem como tema central, o afastamento do trabalhador do ambiente laboral, seja por doença ou acidente de trabalho, bem como, o retorno deste às suas atividades laborativas, após passar pelo Programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. **Objetivos:** Analisar os facilitadores e dificultadores no processo de retorno ao trabalho dos segurados reabilitados pelo Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), no âmbito da Gerência Executiva do Distrito Federal (GEX DF), no período de Janeiro à Dezembro de 2011, sob a ótica do segurado e do Responsável pela Orientação Profissional (ROP) do INSS. **Método:** Estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados foi feita por meio de prontuários, sistemas informativos e realização de entrevistas com os segurados reabilitados e com os Responsáveis pela Orientação Profissional. Para análise dos dados quantitativos foram utilizados os Software RStudio, o Statistical Analysis Software (SAS), versão 9.2 e o Excel 2010. A análise qualitativa foi realizada com base na Análise de Conteúdo de Laurence Bardin¹. **Resultados:** em síntese, o perfil da amostra deste estudo foi caracterizado predominantemente por trabalhadores do sexo masculino, casados, com ensino médio completo, idade média de 47 anos, do ramo de atividades dos Serviços, empregado na mesma empresa há mais de 8 anos e com salário médio de R\$ 1.253,00. Estavam afastados do trabalho há mais de 5 anos, tendo como motivo principal as doenças do sistema osteomuscular (CID-10² do grupo M), recebendo benefício por auxílio-doença previdenciário (B31) no valor médio de R\$ 1.151,03. Observou-se que ao término do PRP, dos 113 segurados apenas 53 permaneceram empregados e após 1 ano do PRP este número foi reduzido para 45 segurados em exercício da atividade laboral. **Conclusões:** A análise dos facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho do segurado reabilitado pelo INSS mostrou que há necessidade urgente de investimentos no Serviço de Reabilitação Profissional, não só da GEX DF, mas de todo o INSS, para que se consiga garantir o direito ao segurado de um retorno digno e efetivo ao mercado de trabalho, bem como, oferecer melhores condições de trabalho para a equipe que operacionaliza este serviço.

Palavras-Chave: Reabilitação Profissional. Seguro Social. Retorno ao Trabalho.

ABSTRACT

The present work has as its central theme, the removal of the employee work environment, either by disease or accident at work, as well as the return of this their working activities, after passing through the Vocational Rehabilitation Program of the National Institute of Social Security - INSS. **Objectives:** To analyze facilitate or hamper the return to work of insured rehabilitated by the Vocational Rehabilitation Program (PRP) of the National Social Security Institute (INSS), under the Executive Management of the Federal District (GEX DF) process, the period January to December 2011, from the perspective of the insured and the Responsible Career Guidance INSS. **Method:** Descriptive study of cross-sectional, quantitative and qualitative approach. Data collection was done through medical records, information systems and conducting interviews with the insured and rehabilitated with the Responsible for Vocational Guidance. For quantitative data analysis, we used the RStudio Software, Statistical Analysis Software (SAS) version 9.2 and Excel 2010. The qualitative analysis was based on Content Analysis of Laurence Bardin¹. **Results:** In summary, the profile of the sample was characterized by predominantly male workers, married, had completed high school, median age 47 years, the business activities of the Service, employed in the same company for over 8 years and with an average salary of R\$ 1.253.00. Were off work for more than five years, the main reason the diseases of the musculoskeletal system (ICD-10² group M), pension benefit for sickness (B31) by the average value of R\$ 1.151.03. It was observed that at the end of the PRP, the 113 insured rehabilitated and only 53 remained after 1 year of PRP this number was reduced to 45 insured employees in exercise of labor activity. **Conclusions:** The analysis of facilitators and hindering the return to work of the insured rehabilitated by the INSS has shown that there is an urgent need for investment in Vocational Rehabilitation Service, not only of the Executive Management of the Federal District, but throughout the INSS, for one to ensure entitled to the insured, a worthy and effective return to the labor market, as well as offering better working conditions for the staff to operationalize this service.

Keywords: Vocational Rehabilitation. Social Welfare. Return to Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Relação Trabalho, Objeto e Significado	28
Figura 2	Doenças e Acidentes Mortais (2008)	37
Figura 3	Estrutura da Reabilitação Profissional do INSS	58
Figura 4	Mapa das Superintendências Regionais do INSS	59
Gráfico 1	Evolução das Perícias Médicas realizadas e o registro no Serviço de RP – 1990 a 2011	62
Gráfico 2	Desfechos dos segurados registrados no serviço de RP de 1990 à 2011	67
Gráfico 3	Distribuição do registro de segurados por APS da GEX DF / 2011	86
Gráfico 4	Tempo de Permanência dos segurados que permaneceram em PRP	87
Gráfico 5	Distribuição dos segurados por espécie de benefício e sexo	90
Gráfico 6	Distribuição dos segurados por CID-10 e Sexo	91
Gráfico 7	Tempo de Afastamento do Trabalho x CID-10	92
Gráfico 8	Distribuição dos segurados por faixa etária e sexo	93
Gráfico 9	Boxplot da variável tempo de afastamento (dias)	95
Gráfico 10	Setor da Atividade Econômica X CID-10	99
Gráfico 11	Boxplot da variável Salário de Benefício (R\$)	100
Gráfico 12	Boxplot da Variável Salário Anterior ao Benefício (R\$)	101
Gráfico 13	Faixas de Salário Antes do Afastamento e em Benefício	102
Gráfico 14	Percepções Sobre a Efetividade do Retorno ao Trabalho Pós-PRP	121
Gráfico 15	Previsão da LOA para o MPS de 2008 a 2012	138
Quadro 1	Atividades Humanas na Visão de Arendt	24
Quadro 2	Evolução Histórica do Trabalho	26
Quadro 3	Quantidade de Acidentes de Trabalho Liquidados por Consequência (1988-2012)	38
Quadro 4	Ranking Mundial de Mortes no Local de Trabalho segundo levantamento da OIT-2009	39
Quadro 5	Diretrizes da OIT sobre Reabilitação Profissional	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Total de trabalhadores formais com e sem deficiência segundo a RAIS 2007-2011	66
Tabela 2	Desfecho dos segurados registrados no serviço de RP da GEX DF - 2011	86
Tabela 3	Via de encaminhamento para o PRP	88
Tabela 4	Associação Espécie de Benefício x Retorno ao Mercado de Trabalho	89
Tabela 5	Medidas para o Tempo de Afastamento do Trabalho (dias)	94
Tabela 6	Tempo de Trabalho na Empresa x Retorno ao Trabalho	96
Tabela 7	Escolaridade Declarada x Retorno ao Trabalho	97
Tabela 8	Relação Escolaridade X Média de Tempo Afastado do Trabalho x Retorno ao Trabalho	97
Tabela 9	Comparação Nível de Escolaridade X Permanência na Empresa de Vínculo	98
Tabela 10	Setor da Atividade Econômica X Tempo de Afastamento do Trabalho	99
Tabela 11	Medidas para o Salário de Benefício (R\$)	100
Tabela 12	Medidas para o Salário Anterior ao Benefício (R\$)	101
Tabela 13	Tabela de Associação Valor do Benefício e Retorno ao Trabalho	102
Tabela 14	Tempo de Trabalho na Empresa x Retorno ao Trabalho	103
Tabela 15	Situação Profissional do Segurado ao Término do PRP e 1 ano após o PRP	104
Tabela 16	Orçamento gasto no serviço de RP de 2008-2012	139

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Agência da Previdência Social
AET	Análise Ergonômica do Trabalho
a.C	antes de Cristo
AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social
AVAPE	Associação para Valorização e Promoção de Excepcionais
B91	Auxílio-doença acidentário
B31	Auxílio-doença previdenciário
BI	Benefício
BERP	Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional
CNIS	Cadastro Nacional de Informações Sociais
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CRP	Centro de Reabilitação Profissional
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
COPERS	Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social
CAT	Comunicado de Acidente de Trabalho
CREABP	Coordenação de Reabilitação Profissional
CGPGE	Coordenação Geral de Planejamento e Gestão Estratégica
CGSPASS	Coordenação Geral de Serviços Previdenciários e Assistenciais
DNPS	Departamento Nacional de Previdência Social
d.C	depois de Cristo
DIRBEN	Diretoria de Benefícios
DIRSAT	Diretoria de Saúde Do Trabalhador
DGARP	Divisão de Gerenciamento de Atividades de Reabilitação Profissional
ERPAPS	Equipe de Reabilitação Profissional na Agência da Previdência Social
FCE	Faculdade de Ceilândia
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GEX DF	Gerência Executiva do Distrito Federal
GI	Grupo Informativo
ISR	Índice de Segurados Reabilitados
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
LOA	Lei Orçamentária Anual
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
MT	Medicina do Trabalho
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde

MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MPT	Ministério Público do Trabalho
NRP	Núcleos de Reabilitação Profissional
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OI	Orientações Internas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PM	Perícia Médica
PME	Perturbações Musculo-Esqueléticas
PNSTT	Política Nacional de Segurança do Trabalhador e da Trabalhadora
PRP	Programa de Reabilitação Profissional
Pronatec	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
RP	Reabilitação Profissional
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RET da RP	Representante Técnico da Reabilitação Profissional
ROP	Responsável pela Orientação Profissional
RT da RP	Responsável Técnico da Reabilitação Profissional
RIT	Retorno Imediato ao Trabalho
ST	Saúde do Trabalhador
SO	Saúde Ocupacional
SEPCD	Secretaria da Pessoa com Deficiência do Estado de São Paulo
SESSP	Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo
SERT	Secretaria Estadual do Emprego e Relações do Trabalho
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SST	Serviço/Seção de Saúde do Trabalhador
SAE	Setor de Atividade Econômica
SABI	Sistema de Administração Benefícios por Incapacidade
SRP	Sistema de Reabilitação Profissional
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
SAS	<i>Statistical Analysis Software</i>
SR	Superintendência Regional
TMPRP	Tempo Médio de Permanência do Segurado em Processo de Reabilitação Profissional
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
TCU	Tribunal de Contas da União
UNB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
OBJETIVOS	21
Objetivo Geral	21
Objetivos Específicos	21
CAPÍTULO 1 - O TRABALHO	22
1.1 Conceito de Trabalho	23
1.2 Evolução Histórica do Trabalho	25
1.3 As Mudanças nos Significados e Sentidos do Trabalho	27
CAPÍTULO 2 - A SAÚDE DO TRABALHADOR	30
2.1 Saúde do Trabalhador	31
2.2 Relação Entre Trabalho e Saúde/Doença	33
2.3 Estatísticas sobre os Acidentes e Doenças de Trabalho	36
2.4 Conceito Legal e Benefícios Sobre Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais	40
2.5 Política Nacional de Saúde do Trabalhador	44
CAPÍTULO 3 – A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E O PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO: FACILITADORES E DIFICULTADORES	49
3.1 Conceito de Reabilitação Profissional	49
3.2 Considerações Históricas	51
3.3 Atual Programa de Reabilitação Profissional do INSS	57
3.3.1 Estrutura Organizacional	57
3.3.2 Composição e Funções Básicas das Equipes de Reabilitação Profissional	60
3.3.3 Clientela	60
3.3.4 Tipos e Critérios de Encaminhamento para o Serviço de Reabilitação Profissional	61
3.3.5 Fluxo do Processo de Reabilitação Profissional	62
3.3.6 Recursos Materiais e Orçamento da Área de Reabilitação Profissional	67

3.3.7 Indicadores da Área de Reabilitação Profissional	68
3.3.8 Sistemas Informativos da Área de Reabilitação Profissional	69
3.4 O Processo de Retorno ao Trabalho	69
3.4.1 Facilitadores e Dificultadores no Processo de Retorno ao Trabalho	71
CAPÍTULO 4 - MÉTODO	80
4. 1 Delineamento	80
4.2 População	80
4.2.1 Amostra	80
4.3 Instrumento de Coleta de Dados	80
4.3.1 Procedimento de Coleta de Dados	80
4.3.2 Procedimento de Análise de Dados	83
4.4 Considerações Éticas	84
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	85
5.1 Perfil Sócio Demográfico e Ocupacional dos Segurados Reabilitados Pelo PRP	85
5.2 Percepção dos Segurados quanto aos Facilitadores e Dificultadores no Processo de Retorno ao Trabalho	105
5.2.1 Perfil dos Segurados Entrevistados	105
5.2.2 Significado e Sentido do Trabalho	106
5.2.3 Significado do Período de Afastamento	107
5.2.4 Facilitadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao Segurado	108
5.2.5 Dificultadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao Segurado	111
5.2.6 Facilitadores do Retorno ao Trabalho em Relação à Empresa	112
5.2.7 Dificultadores do Retorno ao Trabalho em Relação à Empresa	114
5.2.8 Facilitadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao INSS	115
5.2.9 Dificultadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao INSS	116
5.2.10 Outros Facilitadores	120
5.2.11 Outros Dificultadores	120
5.2.12 Percepções Sobre a Efetividade do Retorno ao Trabalho Pós-PRP	121

5.3	Percepção dos Responsáveis pela Orientação Profissional quanto aos Facilitadores e Dificultadores no Processo de Retorno ao Trabalho	122
5.3.1	Facilitadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao Segurado	122
5.3.2	Dificultadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao Segurado	124
5.3.3	Facilitadores do Retorno ao Trabalho em Relação à Empresa	127
5.3.4	Dificultadores do Retorno ao Trabalho em Relação à Empresa	128
5.3.5	Facilitadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao INSS	130
5.3.6	Dificultadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao INSS	131
5.3.7	Outros Facilitadores	136
5.3.8	Outros Dificultadores	136
6	- CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
7	- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
	ANEXOS	159
	ANEXO I - Roteiro de Entrevista para o Segurado Reabilitado	159
	ANEXO II - Roteiro de Entrevista para os Responsáveis pela Reabilitação Profissional do INSS	160
	ANEXO III - Autorização da DIRSAT para pesquisa	161
	ANEXO IV - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	162
	ANEXO V - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o grupo de segurados reabilitados	164
	ANEXO VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o grupo de Responsáveis pela Orientação Profissional	166

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema central, o afastamento do trabalhador do ambiente laboral, seja por doença ou acidente de trabalho, bem como, o retorno deste às suas atividades laborativas, após passar pelo Programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS.

O interesse e a disponibilidade para o esmiuçamento do tema proposto devem-se à motivação profissional da pesquisadora, pois a mesma é servidora do INSS, tendo atuado por 02 anos como Responsável pela Orientação Profissional na Gerência Executiva do Rio de Janeiro Centro (2009-2010) e outros 03 anos na Divisão de Gerenciamento de Atividades de Reabilitação Profissional - DGARP (2011-2013). No período de Agosto de 2012 a Agosto de 2013 atuou como Chefe da DGARP e teve a oportunidade de compreender de forma mais extensiva às dificuldades operacionais enfrentadas pela equipe de Reabilitação Profissional de todo País.

A título de esclarecimento, esta Divisão tem como função: orientar, acompanhar e supervisionar os procedimentos operacionais das equipes de Reabilitação Profissional do INSS, envolvendo aproximadamente 1.000 servidores, lotados nas 05 regiões geográficas. É responsável pelas atividades de análise e acompanhamento de Boletins Estatísticos, acompanhamento da meta física (número de segurados reabilitados), celebração de acordos e convênios, acompanhamento da execução orçamentária para aquisição dos recursos materiais dos segurados em Programa de Reabilitação Profissional, acompanhamento da pesquisa da fixação do segurado no mercado de trabalho, utilização das vagas em cursos profissionalizantes oferecidos por meio do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego - Pronatec, atualização e proposição de atos normativos, capacitação dos servidores, gerenciamento dos sistemas informativos, acompanhamento dos indicadores, da execução do Projeto de RP, entre outras.

A delimitação temática deste estudo concentra-se na política previdenciária que preconiza o acesso de todo trabalhador brasileiro ao Serviço de Reabilitação Profissional, o qual consiste no acompanhamento dos segurados afastados (por motivo de doença ou acidente de trabalho) através de avaliação sócio-profissional,

visando à readaptação laborativa dos mesmos em sua empresa de vínculo; e, em casos contrários – a de não vinculação ou objeção da empresa na readaptação dos seus funcionários – versará sobre a melhoria da escolaridade ou habilitação dos segurados (mediante cursos profissionalizantes), possibilitando, assim, a reinserção destes no mercado de trabalho.

A principal indagação que sustenta a importância deste trabalho é a de analisar quais foram os facilitadores ou dificultadores no processo de retorno do segurado à atividade laboral, quando submetido ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS.

Este tema, assim como a delimitação temática escolhida e a indagação formulada são sustentados pelos eventos negativos para a saúde pública - sobretudo, os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho – que provocam enorme impacto social e econômico no País.

Segundo dados do Anuário Estatístico da Previdência Social³, no ano de 2011, foram registrados 724.169 acidentes e doenças do trabalho, entre os trabalhadores assegurados da Previdência Social. Destes, 315.284 cidadãos estiveram afastados do trabalho por um período de até 15 dias, 282.963 cidadãos tiveram um tempo de afastamento do trabalho por um período superior a 15 dias, outros 14.755 trabalhadores tiveram incapacidade permanente e contabilizou-se o óbito de 2.731 cidadãos.

O censo demográfico brasileiro⁴ realizado em 2010, contabilizou 45.623.910 pessoas que relataram ter algum tipo de deficiência ou incapacidade, representando 23,9% da população geral. Percebe-se, em relação ao censo demográfico⁵ realizado em 2000, que houve um expressivo crescimento no número de pessoas que declararam as mesmas limitações⁽¹⁾. Nesta ocasião, 24.600.256 pessoas, ou 14,5% da população total, assinalaram algum tipo de deficiência ou incapacidade.

A apresentação destes dados estatísticos reforçam a necessidade de investimento maciço na prevenção dos acidentes, na promoção à saúde do

⁽¹⁾ O aumento expressivo no número de pessoas com deficiência entre o censo de 2000 para o censo de 2010 é também justificado por uma mudança realizada nos questionários, pois permitiram que fosse captado de forma mais precisa as características das pessoas com deficiência. Por exemplo, no censo de 2000, a pergunta era: “Como você avalia a sua capacidade de enxergar?”⁵. Em 2010, esta pergunta foi modificada para: “Você tem alguma dificuldade para enxergar?”⁴

trabalhador, na vigilância dos ambientes de trabalho e nas práticas voltadas para a reabilitação profissional, pois se trata de um serviço que possibilita ao segurado da Previdência Social, mesmo em percepção de auxílio-doença, não seja necessariamente aposentado por invalidez, pois apresentando capacidade laboral, será qualificado para retornar ao mercado de trabalho e, assim, continuar contribuindo para o Regime Geral de Previdência Social (RGPS).

Toldrá e cols.⁶ destacam as mudanças pelas quais o mundo do trabalho passou e está passando, a partir da introdução de novas tecnologias, alterações no modo de organizar a produção, com a nova ordem nas relações entre capital e trabalho, permitindo que se abrisse espaço para novas e conflituosas relações de trabalho, resultando em adoecimento e barreiras para reabilitação, retorno e, principalmente para a permanência do cidadão em seu ambiente de trabalho.

Assim, justifica-se a importância da presente pesquisa, que analisou os facilitadores e dificultadores no processo de retorno dos segurados ao mercado de trabalho, visando a real compreensão dos alcances sociais da política previdenciária brasileira, via Programa de Reabilitação Profissional, sob a ótica do trabalhador afastado e dos Responsáveis pela Orientação Profissional do INSS.

Desta maneira, estruturou-se esta dissertação em seis capítulos buscando privilegiar a contextualização e a compreensão do tema investigado em conformidade com os objetivos definidos que serão tratados sumariamente a seguir.

O Capítulo 01 versa sobre o conceito e o sentido do trabalho para o homem e, de forma breve a sua evolução histórica.

O Capítulo 02 aborda a temática de saúde do trabalhador, contemplando seus conceitos e estende para relação trabalho x saúde / doença. Na sequência são mostradas as estatísticas e o conceito legal sobre os acidentes de trabalho e doenças profissionais, bem como os benefícios destinados aos trabalhadores que contribuem com o Regime Geral de Previdência Social. E, por fim, é apresentada a atual Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

O Capítulo 03 trata sobre o conceito de Reabilitação Profissional, as considerações históricas que caracterizaram o surgimento deste fenômeno, o atual Programa de Reabilitação Profissional do INSS, além do processo de retorno ao trabalho, com ênfase nos facilitadores e dificultadores deste processo.

O Capítulo 04 descreve o percurso metodológico, explicitando o delineamento, população, amostra, os instrumentos de coleta de dados,

procedimento de coleta de dados, procedimento de análise dos dados e as considerações éticas.

No Capítulo 05 são apresentados os resultados e a discussão a partir das informações coletadas em prontuários e sistemas informativos e nas entrevistas realizadas com os segurados reabilitados e com os Responsáveis pela Orientação Profissional.

No Capítulo 06 são feitas as Considerações Finais, apresentando as conclusões do estudo, recomendações e limitações.

A título de ilustração, no início de cada capítulo teórico será apresentada uma “nuvem de palavras” para identificar as palavras mais evidentes daquele capítulo. Quanto maior o formato da letra, maior é a incidência daquela palavra no texto.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar os facilitadores e dificultadores no processo de retorno ao trabalho dos segurados reabilitados pelo Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do INSS, no âmbito da Gerência Executiva do Distrito Federal, no ano de 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sóciodemográfico e ocupacional dos segurados reabilitados pelo PRP;
- Relacionar as características sóciodemográficas e ocupacionais dos segurados reabilitados pelo PRP com os facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho;
- Identificar a percepção acerca dos facilitadores e dificultadores no retorno ao mercado de trabalho dos segurados que foram reabilitados pelo PRP e dos Responsáveis pela Orientação Profissional do INSS;
- Comparar os facilitadores e dificultadores do retorno do segurado ao trabalho, identificados na pesquisa, com os resultados de outros estudos nacionais e internacionais.

1.1 CONCEITO DE TRABALHO

O conceito de trabalho vem sofrendo variações ao longo da história, conforme, entre outros fatores, a cultura de cada sociedade e o modo como se dão as relações entre os trabalhadores nos processos produtivos e na distribuição dos produtos do trabalho.

Para Araújo e Sachuk⁷ desde os caçadores da era paleolítica aos profissionais da área técnico científico informacional de hoje, o trabalho é parte fundamental da existência do ser humano.

O debate em torno do conceito de trabalho é tão amplo que é estudado nas mais diversas áreas. Segundo Batista-dos-Santos et. al.⁸, trata-se de conceito polissêmico, multifacetado e historicamente controverso, constituindo-se como tema de cunho multidisciplinar, de áreas diversas como a sociologia, a psicologia, a educação e a administração.

Etimologicamente, a palavra “trabalho” advém do latim *tripalium* que conforme explica Neves⁹ era um instrumento de tortura formado por três traves cruzadas, em que o réu era atado e, em seguida, se chicoteava.

Em uma primeira concepção o trabalho, era visto como tortura, um fardo, uma atividade penosa, causa de fadiga, realizado com sofrimento, sacrifício e esforço.

Para Arendt¹⁰ há uma distinção clara entre labor e trabalho. Ela explica que em todas as línguas europeias, antigas e modernas, existem duas palavras de etimologias diferentes para designar a mesma atividade, e conservam ambas, a despeito do fato de serem repetidamente usadas como sinônimos. Assim a autora cita a distinção que acontece entre *ponein* e *ergazesthai* na língua grega, entre *laborare* e *facere* ou *fabricare* no latim, entre *travailler* e *ouvrer* no francês e entre *arbeiten* e *werken* no alemão. Porém, somente as palavras que seriam equivalentes ao ‘labor’ teriam uma conotação de dor e pena. Como é o caso do alemão *Arbeit* que se aplicava originalmente apenas ao trabalho agrícola executado por servos e não à obra do artesão, que era chamada *Werk* e do francês *travailler* que substituiu o mais antigo *labourer* e deriva de *tripalium*, uma espécie de tortura.

Além da distinção entre labor e trabalho Arendt¹⁰ considera labor, trabalho e ação como atividades humanas fundamentais, porque a cada uma delas corresponde uma das condições básicas mediante as quais a vida foi dada ao

homem na Terra. Para uma melhor compreensão do assunto é apresentado no Quadro 1 uma síntese da Visão de Arendt sobre estas três atividades.

Quadro 1 – Atividades Humanas na Visão de Arendt

“Vita Activa”		
Labor	Trabalho	Ação
<ul style="list-style-type: none"> • corresponde ao processo biológico do corpo humano. • A condição humana do labor é a própria vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • corresponde ao artificialismo da existência humana. • A condição humana do trabalho é a mundanidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • corresponde à condição humana da pluralidade, ao fato de que homens, e não o Homem, vivem na Terra e habitam o mundo. • A condição humana da ação é a pluralidade.
Tipos humanos		
<i>animal laborans</i> – considerado como espécie animal mais desenvolvida, que retira da natureza tudo o que é necessário para manutenção da vida.	<i>homo faber</i> – é o que fabrica com suas mãos, que age sobre a matéria e a transforma e tem como virtude intelectual a "techné" (capacidade raciocinada de produzir, inteligência produtora, técnica).	Não há um tipo específico de homem, sendo este um ser político por excelência, pois a ação e o discurso são os modos pelos quais os seres humanos se manifestam uns aos outros.

Fonte: Arendt¹⁰, adaptado pela autora da dissertação

Na visão de Marx¹¹ a definição de trabalho seria a de um processo entre o homem e a Natureza, onde o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Esse movimento, na verdade, tem um duplo papel, pois ao mesmo tempo em que o homem atua sobre a Natureza, modificando-a, ele também modifica sua própria natureza.

Quanto à distinção entre o trabalho do homem e do animal Albornoz¹² refere que no homem o trabalho é realizado com consciência e intencionalidade, enquanto os animais trabalham por instintos, programados, sem consciência. A autora ainda distingue que o trabalho do homem chega a graus de complexidade e sofisticação muito superiores aos encontrados em outros animais.

Em uma clássica citação Marx¹¹ distingue o trabalho da melhor abelha do realizado pelo pior arquiteto, ressaltando que a diferença é que o pior arquiteto construiu o favo primeiro idealmente, antes de construí-lo em cera. Assim, ele conclui que o homem cria e recria sua própria existência, realiza na matéria o seu objetivo, bem como a transforma e a submete à sua vontade.

A partir desta distinção de Marx, Antunes¹³ reflete que o trabalho “converteu-se em um momento de mediação sócio metabólica entre a humanidade e natureza,

ponto de partida para a constituição do ser social. Sem ele, a vida cotidiana não seria possível de se reproduzir”.

Os autores Borges e Yamamoto¹⁴ destacam que o trabalho em sua origem advém de necessidades naturais como a fome ou a sede, mas só pode ser realizado na interação entre os homens ou entre homens e a natureza. Os autores também ressaltam que a forma de pensar sobre o trabalho será determinado pelo contexto em que a pessoa está inserida.

Avançando para o atual período de flexibilidade nas relações de trabalho, Sennett¹⁵ faz uma análise sobre o “capitalismo flexível” e a mudança no significado do trabalho, bem como nas palavras que são empregadas para referir-se a este fenômeno. Um exemplo é a palavra “carreira” que em sua origem britânica significava uma estrada para carruagens e terminou sendo aplicada para designar as atividades profissionais de uma pessoa ao longo de sua vida. No capitalismo flexível, o que era uma estrada em linha reta, tornou-se uma estrada com desvios, de um tipo de trabalho para outro. Outro exemplo é a palavra “job”, também de origem britânica, que em sua origem designava um bloco ou algo que pudesse ser transportado em uma carroça, de um lado para o outro. E em tempos atuais, a flexibilidade provoca o retorno do sentido arcano de *job*, pois no decorrer da vida, as pessoas estão realizando as tarefas de forma fragmentada, em blocos.

Além dos conceitos apresentados, é possível encontrar uma vasta literatura que trata dos conceitos sobre trabalho, mas em todos, verifica-se a unanimidade em situá-lo dentro do contexto histórico ao qual a pessoa está inserida.

A seguir, será apresentado um breve histórico sobre a evolução histórica do trabalho.

1.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO TRABALHO

Tomando como base o estudo de Borges¹⁶ sobre concepções do trabalho e a revisão de Borges e Yamamoto¹⁴ sobre o Mundo do Trabalho, no Quadro 2 será apresentada uma síntese da evolução do trabalho e as respectivas formas de conceber e realizar o trabalho em cada contexto histórico.

Para Borges¹⁶ o termo “concepções do trabalho” é utilizado como resultado de um processo histórico, pertencentes à evolução das relações de produção, da forma

como estava organizada a sociedade, do conhecimento humano, estando associado aos interesses econômicos, ideológicos e políticos daquele momento.

Quadro 2 – Evolução Histórica do Trabalho

Denominação	Concepção do Trabalho
Primórdios da Humanidade	O trabalho humano já existia nas comunidades de caçadores e coletores 8.000 a.C. Também era visto na incipiente agricultura no Oriente Médio, China, Índia e norte da África.
Período Clássico	Período em que os filósofos Platão e Aristóteles viam o trabalho como atividade inferior que cabia aos escravos. A Idade Média, foi um período que oscilou entre exaltar o trabalho e tomá-lo como punição e/ou instrumento de expiação do pecado (sob a influência da igreja católica). O fim da escravidão foi o marco que esgotou esta concepção.
Capitalismo Tradicional	Período marcado pelo modelo Taylorista - Fordista de produção. Nesse período surgiu o contrato de trabalho ou o trabalho assalariado, onde o indivíduo vendia seu trabalho e o capitalista o adquiria para dar prosseguimento à produção de outras mercadorias, o que sendo valor de troca, permitia crescer seu capital. Período da mais-valia, que se traduz no excesso de trabalho exigido do trabalhador no processo de produção, com o prolongamento da extensão da jornada de trabalho. Era a chamada exploração extensiva. O trabalho deveria ser realizado de forma disciplinada, sistemática, padronizada e parcelada, sendo um regime estritamente supervisionado, simplificado e que exigia pouca qualificação do trabalhador. Cabia aos especialistas e gerentes o planejamento e ao trabalhador a execução.
Marxista	Este é um período de crítica à concepção anterior, pois nela o trabalho era visto como alienante, explorador, humilhante, monótono, repetitivo, discriminante, embrutecedor e submisso. Atribui elevada centralidade ao trabalho na vida das pessoas. Defende que o trabalho deve ser produtor da própria condição humana, expressivo, fornecer recompensas de acordo com as necessidades de cada um, de conteúdo criativo e desafiante, dignificante, de controle coletivo e protegido pelo Estado. Compartilha com a concepção capitalista a glorificação ao trabalho, fundamentada na crença de que a produção em massa implica avanço qualitativo para a sociedade.
Gerencialista	Período de reação às críticas da concepção marxista e de outros movimentos como o anarquismo. Tenta conter as insatisfações de massa, as quais têm no sindicalismo uma forma de institucionalização. Atribui centralidade mais baixa ao trabalho. Concepção formada a partir do capitalismo tradicional que propõe a estabilidade no emprego, programas assistenciais e/ou de benefícios e promoção das relações interpessoais, com o objetivo de amenizar as consequências indesejáveis do capitalismo tradicional.
Centralidade Expressiva	Atribui elevada centralidade ao trabalho. O trabalho é descrito pelo caráter expressivo e rico em conteúdo para alguns, empobrecido para a maioria, discriminante em vista do núcleo moderno da economia e da periferia, sistematizado, instável, de elevada tecnologia nos setores do núcleo moderno, e convivendo com vários estilos de estrutura e de gestão organizacional. As estruturas organizacionais são mais horizontalizadas. Os principais valores são a expressividade, a riqueza de conteúdo do trabalho e o avanço tecnológico.
Centralidade Externa	Surgiu concomitantemente à concepção anterior. Atribui baixa centralidade ao trabalho. Defende um trabalho instrumental, igualitário, baseado na socialização de aspectos positivos e negativos do trabalho, horizontalização, instabilidade e um trabalho leve baseado na alta tecnologia e na redução da jornada de trabalho. Toma como principal valor o prazer fora do trabalho, por meio do consumo ou de atividades de lazer.

Fonte: Borges¹⁶ e Borges e Yamamoto¹⁴, adaptado pela autora da dissertação

Além do histórico apresentado no Quadro 2, outros autores também apresentam suas concepções sobre a evolução do trabalho. Entre estes autores pode-se citar Alvin Toffler, que na obra “A Terceira Onda” olha a História como uma

sucessão de ondas de mudança, avançando a certa velocidade. Segundo Toffler¹⁷, a primeira onda estaria relacionada à revolução agrícola, que começou por volta de 8000 a.C e dominou a terra até 1750 d.C.; a segunda onda teria relação com a revolução industrial, onde o ponto alto ocorreu nos Estados Unidos, durante a década de 1950, onde os trabalhadores dos escritórios e de serviços gerais excederem em número os trabalhadores da indústria. Nesta mesma década houve a introdução generalizada do computador, do jato comercial, da pílula anticoncepcional e muitas outras inovações de alto impacto; e a terceira onda seria a revolução da informação, que chegou em datas um pouco diferentes na maioria das nações industrializadas, inclusive a Grã-Bretanha, a França, a Suécia, a Alemanha, a União Soviética e o Japão.

Após alguns anos do lançamento da Terceira Onda, Toffler¹⁸ avalia que a humanidade está na última parte da terceira onda, por meio do processo revolucionário do desenvolvimento da biologia e a convergência com a tecnologia da informação, que permite avanços nas pesquisas biológicas e modificações de algumas estruturas biológicas em seres humanos, permitindo a preparação para o espaço. O autor acredita que a Quarta Onda terá início quando a humanidade considerar o espaço mais seriamente e começar a colonizá-lo.

Nesse processo de evolução histórica do trabalho, os seus significados e os sentidos foram sendo modificados. Assim, no próximo subitem, serão tratadas as principais teorias a respeito do significado e sentido do trabalho.

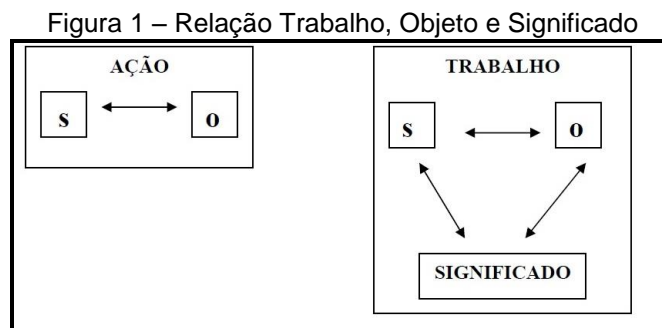
1.3 AS MUDANÇAS NOS SIGNIFICADOS E SENTIDOS DO TRABALHO

Como visto anteriormente, desde os tempos mais remotos, o trabalho tinha sentido em atender às necessidades básicas do homem, depois adquiriu uma conotação negativa, como se fosse uma atividade inferior, indicada para os escravos e sem valor algum. Com o surgimento da burguesia passou-se a valorizar o trabalho e a criticar a vida ociosa. Com a industrialização houve a preocupação com o trabalho alienado, por meio do trabalho mecanizado. Em seguida, o processo de gestão das organizações obriga os trabalhadores a desempenharem suas funções de forma mais racionalizada, ou seja, passam a seguir as regras estabelecidas por seus chefes. Com as transformações recentes no mundo do trabalho, pode-se observar um maior envolvimento das pessoas com seu trabalho.

Na visão de Borges e Tamayo¹⁹, o trabalho é rico de sentido individual e social e, por meio dele, o indivíduo estrutura sua personalidade e sua identidade, deriva um sentido existencial e provê sua subsistência. Assim, os autores abordam o *significado do trabalho* como uma cognição subjetiva e social que varia individualmente no processo de atribuir significados, mas que também apresenta aspectos que são socialmente compartilhados, na medida em que se associam às condições históricas da sociedade.

Antunes²⁰ é assertivo ao destacar o que ele entende como determinante, ou seja, que não há como supor uma vida cheia de sentido dentro do trabalho, sem uma vida dotada de sentido fora dele. Desta forma, de alguma maneira, a vida fora do trabalho e as ações que ocorrem no interior da vida laborativa influenciam-se mutuamente.

Para Codo²¹ o trabalho é uma relação de dupla transformação entre o homem e a natureza, geradora de significado e de forma mais sintética, seria o ato de transmitir significado à natureza. Ele reflete que a diferença entre a ação do rato e a do trabalhador é que, na primeira, apresenta um circuito duplo e, a segunda, uma relação tripla, conforme ilustra na figura abaixo:



Fonte: Codo²¹

No esquema apresentado acima o autor reflete que na ação vulgar, o sujeito se transforma ao transformar o objeto e vice-versa. O trabalho permite que se abra uma terceira relação que seria o significado, um signo que fica (*signo-ficare*), que por sua vez transforma e é transformado pela ação recíproca do sujeito e/ou do objeto. Assim, Codo²¹ afirma que o significado, por definição, é eterno (signo que fica). Ao abrir a ação para além de si, ao transformar em transcendente o gesto, o trabalho o imortaliza.

Em que pese a importância desta relação de transformação, o trabalho que tem um significado exerce outros dois importantes papéis sobre o indivíduo, que seria sobre a sua identidade e em seu processo de autovalorização.^{22,23} Diversos

autores já se empenharam em desenvolver pesquisas que traduzissem o significado e/ou o sentido do trabalho para as pessoas, nos mais diversos segmentos profissionais, porém o estudo de maior destaque foi o desenvolvido pelo Grupo MOW²⁴, conforme descrito por Tolfo e Piccinini²⁵:

Entre 1981 e 1983 a equipe de investigação Meaning of Work International Research Team (MOW) passou a se destacar na condução de pesquisas com amostras representativas de diferentes países (oito), com vistas a definir e identificar variáveis que expliquem os significados que os sujeitos atribuem ao seu trabalho. A partir dos principais componentes do modelo heurístico a equipe passou a conceituar o significado do trabalho como um construto psicológico multidimensional e dinâmico, formado da interação entre variáveis pessoais e ambientais e influenciado pelas mudanças no indivíduo, ao seu redor ou no trabalho.²⁵

Segundo Alberton²⁶, a partir da pesquisa do grupo MOW²⁴, identificou-se a existência de fatores condicionantes, como a situação pessoal, familiar, histórico de carreira, características do trabalho atual e o cenário socioeconômico no qual o sujeito está inserido. Estas variáveis afetariam a construção do sentido que o indivíduo atribuiu ao seu trabalho.

Na visão de Morin²⁷ o trabalho exerce uma influência considerável sobre a motivação dos trabalhadores, assim como sobre sua satisfação e sua produtividade. Compreender os sentidos do trabalho hoje é um desafio importante para os administradores, tendo em vista as múltiplas transformações que têm atingido as organizações e os “mundos do trabalho”²⁷.

Após reconhecer que o trabalho surge com significados e sentidos variados e que, portanto, irá influenciar na forma como o indivíduo avalia o seu ambiente laboral, é importante refletir sobre o nexos do trabalho com a saúde do indivíduo. Dessa forma, no próximo capítulo será discutido sobre a saúde do trabalhador.

2.1 SAÚDE DO TRABALHADOR

Falar em saúde do trabalhador é falar de um movimento histórico de expressões e de forças dos trabalhadores, na tentativa de minimizar os problemas de saúde que se originavam nos processos de trabalho e dos riscos a que estavam expostos os trabalhadores.

Sua base epistemológica, segundo Nardi²⁹, era sustentada por diversas disciplinas, como a Medicina Social, a Saúde Pública, a Saúde Coletiva, a Clínica Médica, a Medicina do Trabalho, a Sociologia, a Epidemiologia Social, a Engenharia, a Psicologia, e outras, que se somavam ao conhecimento apreendido pelo trabalhador sobre seu ambiente laboral e suas experiências cotidianas. Partindo desta base, teve início uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho, bem como uma nova proposta de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho.

Partindo da análise que a saúde faz parte de um processo histórico-social, Ribeiro³⁰ adverte que não há como pensar em saúde do trabalhador de forma desconectada das discussões sobre as transformações do mundo do trabalho.

Assim, Mattos³¹ ressalta ser este um modelo que surgiu em países desenvolvidos, a partir de movimentos sociais organizados, de caráter participativo, em detrimento do modelo tecnicista comum nas abordagens anteriores, que apresentava deficiências quanto ao atendimento a suas demandas.

Entre essas deficiências, Lacaz³² aponta que escapava à Medicina do Trabalho — Saúde Ocupacional (MT-SO) a capacidade de considerar outras relações que envolvem a questão da organização/divisão do trabalho, como o ritmo e a duração da jornada, o trabalho em turnos, a hierarquia, a divisão e o conteúdo das tarefas, o controle e esquemas para elevação da produtividade e, as próprias campanhas para redução dos acidentes de trabalho. Entre outras limitações do esquema da MT-SO estava ainda à dificuldade em lidar com as doenças de caráter mais complexo, que às relacionadas às doenças profissionais clássicas, consideradas de causalidade simples ou mono-causal. Dentre as doenças de caráter mais complexo cita as cardiovasculares, as doenças psicossomáticas e as doenças mentais.

Lacaz³² ressalta que a Saúde do Trabalhador é uma prática que se contrapõe à postura da Medicina do Trabalho (MT) e da Saúde Ocupacional (SO) que com

suas bases e conceitos contribuía mais para a alienação do trabalhador e por uma atitude autoritária dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho e fora dele.

Lourenço e Bertani³³ também constatam que o olhar da Saúde do Trabalhador se amplia em relação à Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, principalmente no que se refere ao entendimento da relação trabalho e saúde para além dos fatores de risco e ambientes de trabalho.

Ademais, Mendes e Dias³⁴ entendem a saúde do trabalhador como resultado de um processo de mudança social, fomentado no mundo ocidental nos últimos 20 anos e entre as características dessa prática destacam:

- Trata-se de uma área construída no espaço da saúde pública;
- Seu objeto é o processo de saúde e doença em relação ao trabalho;
- Com base na investigação dos processos de trabalho, articulado com as questões de ordem social, preocupa-se em responder porque adoecem e morrem os trabalhadores;
- Nesse processo os trabalhadores tem um importante papel de destaque, pois deixam de ser dominados e submissos ao capital e colocam em prática o direito à informação, lutam por um ambiente de trabalho mais salutar, questionam a adoção de novas tecnologias e, passam a não aceitar se expor a trabalhos que ofereçam perigo ou risco à sua saúde;
- Tem origem as reivindicações de melhores condições de trabalho, por meio dos sindicatos;
- Fica evidente a incapacidade do Estado em responder às necessidades de saúde da população e dos trabalhadores.

Oliveira³⁵ aponta outro avanço importante da área de Saúde do Trabalhador. É o fato de pressupor a atuação de uma equipe técnica multiprofissional e dos trabalhadores.

Além disso, a saúde do trabalhador abarca, segundo Melo³⁶ uma questão coletiva, por conseguir a interlocução entre o Estado, as empresas, os trabalhadores e seus sindicatos.

Porém, Lourenço e Bertani³³ manifestam preocupação quanto à efetividade das ações em Saúde do Trabalhador, pois a interdisciplinaridade e intersetorialidade, ainda não são práticas consolidadas devido à predominância de uma equipe composta por profissionais que tradicionalmente compuseram a MT/SO e por uma análise clínica dos agravos à saúde como questões individuais. Destacam que ao permanecer o enfoque da MT/SO, são ofuscados os estudos de caráter intersetorial, que tenham por objetivo buscar a origem das doenças e dos acidentes de trabalho, bem como a prevenção, promoção e educação em saúde.

Diante do processo atual de atuação tímida tanto do movimento sindical, da academia e de políticas públicas, Lacaz³⁷ observa um processo de retrocesso no campo da Saúde do Trabalhador e, um discurso ainda hegemônico da Saúde Ocupacional.

Conforme sintetiza Minayo-Gomez e Thedim-Costa³⁸, apesar de o importante avanço no campo conceitual, ainda hoje é predominante a atuação da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, o que evidencia a distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação, especialmente, em um campo que confronta a busca de soluções com interesses econômicos, que não estão preocupados com a garantia da dignidade e da vida no trabalho.

Após apresentar os conceitos da área de saúde do trabalhador enquanto um campo de pesquisa que estuda a relação saúde/doença dentro do processo produtivo e de um processo social cabe uma melhor compreensão sobre essa relação dicotômica.

2.2 RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE/DOENÇA

A relação entre o trabalho e a saúde/doença por muito tempo não foi debatida e, segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa³⁸, “no trabalho escravo ou no regime servil, inexistia a preocupação em preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho, interpretado como castigo ou estigma”.

Para Assunção³⁹, a relação saúde e trabalho não se limita apenas aos acidentes, doenças e ao sofrimento. Trata-se de uma relação em que o trabalhador constrói sua saúde no próprio trabalho, pois é um espaço que permite, dentro de suas possibilidades, que ele desenvolva suas habilidades, expresse emoções, reafirme sua autoestima, se relacione com o outro, desenvolva sua personalidade, construa a sua história e a sua identidade social.

O estudo de Assunção³⁹ é corroborado com a revisão de literatura realizada por Wadell e Burton⁴⁰ para responder à questão: “o trabalho é bom para sua saúde e bem-estar?”. Esta revisão construiu uma forte base de evidências mostrando que o trabalho é geralmente bom para saúde física e mental, bem como para o bem-estar, não só para pessoas saudáveis, mas também para muitas pessoas com deficiência, com problemas de saúde comuns e para muitos beneficiários do seguro social.

No entanto, esses autores defendem que isso depende da natureza e qualidade do trabalho, como também do contexto social em que o trabalhador está inserido. Em geral, os efeitos benéficos do trabalho superam os riscos de trabalho, e são maiores do que os efeitos nocivos do desemprego em longo prazo.

Wadell e Burton⁴⁰ identificaram que pessoas afastadas do trabalho ou pessoas com deficiência, devem ser reinseridas o mais rápido possível ao trabalho, pois na maior parte dos casos o trabalho é:

- terapêutico;
- ajuda a promover a recuperação e reabilitação;
- leva a melhores resultados de saúde;
- minimiza os efeitos físicos, mentais e sociais nocivos da ausência de doença em longo prazo;
- reduz o risco de incapacidade em longo prazo;
- promove a plena participação na sociedade, a independência e os direitos humanos;
- reduz a pobreza;
- melhora a qualidade de vida e bem-estar.

A partir do levantamento feito por Wadell e Burton⁴⁰ foi proposto um modelo da relação entre trabalho e saúde que deve seguir alguns princípios:

- segurança e saúde no trabalho devem ser distinguidos;
- existem interações importantes entre os trabalhadores e seu trabalho, que podem modular qualquer efeito sobre a saúde;
- elementos de trabalho podem ter tanto efeitos benéficos e nocivos sobre a saúde física e mental, bem como sobre o bem-estar;
- problemas de saúde comuns geralmente não são simples consequências da exposição ao trabalho, mas ocorrem no contexto de interação entre o trabalhador e seu ambiente de trabalho;
- entender e lidar com os problemas de saúde comuns requer uma abordagem biopsicossocial que consigam atender o trabalhador, seu problema de saúde e seu ambiente de trabalho.

Considerando o trabalho como parte essencial na vida do indivíduo, Lancman⁴¹ entende que essa dimensão é um *continuum*, que atinge todas as áreas do ser humano. Nele, o indivíduo é capaz de pensar, de refletir, de se apropriar do trabalho e de se emancipar. Nesta reflexão o trabalhador se conscientiza da sua realidade de trabalho, das implicações deste sobre sua saúde, bem como faz com que os trabalhadores sejam impelidos a agir no sentido de promover mudanças que o tornem mais saudável.

Entretanto, segundo Lancman⁴¹, a prevenção de doenças no ambiente de trabalho está relacionada à consciência de que, se o trabalho é potencializador de doenças e sofrimento, então a prevenção deve se dar a partir de mudanças na organização de situações de trabalho concretas. Essa autora ressalta que o ato da prevenção exige uma transformação social, para se pensar em intervenções que tenham como finalidade a redução das doenças relacionadas ao trabalho, sua gênese, gravidade, bem como em relação à quantidade de acometidos e, por fim, na exclusão que elas geram.

Apesar da necessidade de prevenção, Minayo-Gomez e Thedim-Costa³⁸ destacam que o Estado não tem conseguido exercer seu papel de promover a saúde do cidadão que trabalha, visto no esforço isolado de alguns profissionais que se articulam em programas de saúde do trabalhador, centros de referência e atividades de vigilância, ou em sucessões de novas administrações que não priorizam os investimentos na saúde do trabalhador.

Por outro lado, segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa³⁸, o contexto atual faz com que o indivíduo passe a resistir à sua condição de doente, pelo medo de perder o emprego, que garante sua subsistência, somado a outros constrangimentos que surgem durante o período de afastamento do trabalho. Essa postura faz com que o trabalhador ignore os indícios de agravamento de sua saúde, bem como se sinta inibido ou postergue a busca pelo direito de ter garantido à saúde no trabalho.

Barreto⁴² denuncia que a empresa diante da doença mantém o silêncio, não reconhece o nexos causal com o trabalho e ainda leva o trabalhador a sentir-se culpado e envergonhado de sua existência de “doente”. Os médicos que atendem os trabalhadores nos ambulatórios das empresas incorrem frequentemente em problemas éticos. Assim, os trabalhadores, com seus direitos negados, passam a peregrinar nos consultórios, em busca do alívio para a “dor de existir”.

Fazendo uma análise do momento atual, Franco, Druck e Selligman-Silva⁴³ constataram que nas últimas três décadas aconteceu um processo de crescente precarização do trabalho e, conseqüentemente, da relação saúde x doença dos trabalhadores, observadas na falta de treinamento e da informação sobre os riscos a que estão expostos tanto os funcionários contratados, quanto os terceirizados; na falta de identificação dos responsáveis pelo adoecimento dos trabalhadores, pelas falhas na prevenção e pela ocorrência dos acidentes, fruto do fenômeno atual de “diluição das responsabilidades”; falta de políticas preventivas coletivas; e, por um

cenário de exploração da atividade terceirizada, que se submete a contratos de trabalho temporário, condições insalubres, jornadas de trabalho extenuantes, metas e ritmos acelerados, revelando assim uma postura que nega à proteção à saúde e à vida. Este processo de terceirização atingiu inicialmente os trabalhadores da indústria, os assalariados e, atualmente, todos os que vivem do trabalho.

Assim, o resultado da falta de vigilância e fiscalização nas empresas, além da atenção necessária na rede de saúde leva à cronicidade das doenças relacionadas ao trabalho e a um aumento no número de acidentes, tema este que será abordado no próximo item.

2.3 ESTATÍSTICAS SOBRE OS ACIDENTES E DOENÇAS DE TRABALHO

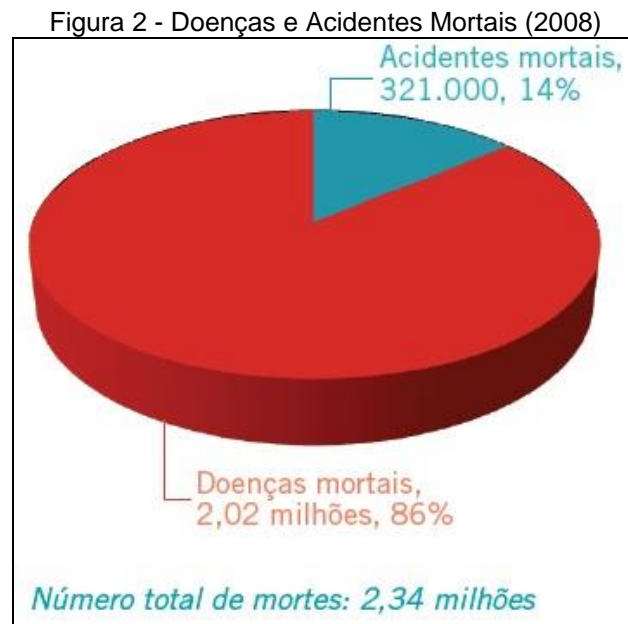
Infelizmente, na maior parte dos países a relação saúde e trabalho ainda é permeada por ambientes de trabalho que não propiciam o bem-estar dos trabalhadores.

Para Teixeira⁴⁴ “O trabalho sempre foi a própria essência da atividade humana. No entanto, continua a ver os trabalhadores adoecerem e morrerem no exercício da atividade laborativa”.

A afirmação da autora é confirmada pelos dados estatísticos da Organização Internacional do Trabalho - OIT⁴⁵, pois no mundo todo, a cada ano, aproximadamente 317 milhões de trabalhadores são vítimas de acidentes de trabalho não mortais, além de 160 milhões de novos casos de doenças não letais relacionadas ao trabalho. Quanto aos óbitos, 2,02 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a enfermidades relacionadas com o trabalho, o que equivale a uma média diária de 5.500 mortes e 321.000 pessoas morrem como consequência de acidentes no trabalho (Figura 2). Isto significa que a cada 15 segundos, um trabalhador morre de acidentes ou doenças relacionadas com o trabalho e, nos mesmos 15 segundos, 115 trabalhadores sofrem um acidente laboral.

Os números apresentados, apesar de assustadores, só revelam a realidade dos trabalhadores do mercado formal, ou seja, aqueles que contribuem para o sistema de previdência, excluindo os servidores públicos e os trabalhadores informais. Além disso, segundo a OIT⁴⁶ mais da metade de todos os países não fornecem estatísticas de doenças ocupacionais. O Brasil, desde 2000, não envia à OIT, os números de acidentes de trabalho, assim como outros 61 países que

também não informaram e de 63 países que deixaram de fornecer as informações sobre óbitos.⁴⁷



Fonte: OIT⁴⁵

Segundo dados do Anuário Estatístico da Previdência Social^{3,48}, o Brasil supera o número de 700.000 (setecentos mil) acidentes de trabalho por ano (Quadro 3), sendo que em 2012, foram registrados 724.169 acidentes de trabalho.

Em relação às regiões do Brasil, a Sudeste teve 395.669 registros de trabalhadores acidentados, seguida da região Sul com 153.652, o Nordeste com 92.257, o Centro-Oeste com 50.318 e a região Norte com 32.273³.

Quanto aos motivos dos acidentes, 60% (423.935) foram ocasionados por acidentes típicos, 15% (102.396) decorreram de acidentes de trajeto, 2% (14.955) resultaram de doenças do trabalho e 23% (163.953) não tiveram o registro do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), inviabilizando conhecer a causa do acidente³.

Com relação as consequência dos acidentes, 82,61% (598.247) geraram incapacidade temporária para o trabalho, 2,03% (14.755) dos acidentes levaram à incapacidade permanente e, 0,37% (2.731) resultaram em óbito do trabalhador³.

Dos que tiveram o registro da CAT, a parte do corpo mais afetada nos trabalhadores acidentados foram os dedos (132.735), o pé (41.437) e a mão (40.445)³.

Quadro 3 – Quantidade de Acidentes de Trabalho Liquidados por Consequência (1988-2012)

	Acidentes do Trabalho Liquidados	Assistência Médica	Incapacidade Temporária	Incapacidade Permanente	Óbito
1988.....	1.012.176	147.415	839.370	20.775	4.616
1989.....	933.132	145.547	763.210	19.821	4.554
1990.....	745.575	61.235	660.107	18.878	5.355
1991.....	677.539	114.152	538.888	19.972	4.527
1992.....	534.710	90.602	423.886	16.706	3.516
1993.....	402.832	50.329	332.498	16.895	3.110
1994.....	358.289	41.259	307.939	5.962	3.129
1995.....	414.046	51.825	343.098	15.156	3.967
1996.....	448.898	50.682	375.495	18.233	4.488
1997.....	440.281	56.431	362.712	17.669	3.469
1998.....	408.636	55.686	333.234	15.923	3.793
1999.....	420.592	54.905	345.034	16.757	3.896
2000.....	388.583	51.474	318.698	15.317	3.094
2001.....	361.468	51.686	294.991	12.038	2.753
2002.....	421.600	62.153	341.220	15.259	2.968
2003.....	427.744	61.351	350.303	13.416	2.674
2004.....	503.920	70.412	417.756	12.913	2.839
2005.....	545.703	83.157	445.409	14.371	2.766
2006.....	559.109	87.483	459.625	9.203	2.798
2007.....	681.972	97.301	572.437	9.389	2.845
2008.....	774.473	105.249	653.311	13.096	2.817
2009.....	740.657	102.088	623.026	13.047	2.496
2010.....	729.413	97.698	613.020	15.942	2.753
2011.....	741.205	102.149	619.460	16.658	2.938
2012	724.169	108.436	598.247	14.755	2.731
Média (1988-2012)	575.869	80.028	477.319	15.126	3.396

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social^{48,3}

Com relação à Classificação Internacional de Doenças – CID-10, o grupo mais incidente foi o diagnóstico de lesões e traumas (CID-10 do grupo S e T) em 448.691 trabalhadores, seguido pelo grupo de Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT diagnosticados em 92.232 trabalhadores e em terceiro lugar estão os Transtornos Mentais (CID-10 do grupo F e G) identificados em 17.428 trabalhadores³.

Quanto ao perfil demográfico, 494.880 trabalhadores eram do sexo masculino, predominando a faixa etária entre 25 a 29 anos (120.439), seguido da faixa etária entre 30 a 34 anos (118.477) e de 20 a 24 anos (104.571)³.

Em relação ao setor de atividade econômica, os maiores números de acidentes de trabalho se concentraram no setor de serviços e na indústria. O setor de comércio e reparo de veículos automotores teve o número mais expressivo de trabalhadores acidentados (95.659), seguido do setor de saúde e serviços sociais (66.302) e do setor da construção (62.874)³. Quanto à Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, 83.558 trabalhadores dos serviços foram acidentados, seguidos de 74.891 trabalhadores das funções transversais (tais como operadores de robôs, de veículos operados e controlados remotamente, condutores de equipamento de elevação e movimentação de cargas etc.) e outros 50.570 trabalhadores da indústria extrativa e da construção civil³.

Existe uma afirmação de que o Brasil ocupa o 4º lugar no ranking mundial de mortes no local de trabalho⁴⁹. Porém essa comparação é feita com base no ano em que o Brasil enviou a informação para OIT e, nesse caso, a informação foi enviada em 2007, com dados do ano 2000, sobre quantidade de acidentes (326.071) e mortes (2.503)⁴⁷.

Assim, se levarmos em consideração estes fatores, e, os dados reais de 2008, informados pela Previdência Social⁴⁸, o Brasil ocuparia o 3º lugar com 2.817 mortes, atrás dos Estados Unidos com 5.840 mortes (dados de 2006), da China com 14.924 mortes (dados de 2002) e a Rússia surge em quarto lugar, com 2.550 mortes, conforme segue no quadro 4.

Quadro 4 – Ranking Mundial de Mortes no Local de Trabalho segundo levantamento da OIT-2009

Ranking	País	Ano	Nº de Trabalhadores Formais	ano	acidentes	ano	Mortes
1º	CHINA	2008	774.800.000	2002	18.679	2002	14.924
2º	ESTADOS UNIDOS	2008	145.362.000	2006	1.189.340	2006	5.840
3º	BRASIL(1)	2008	90.786.000	2008	774.473	2008	2.817
4º	RÚSSIA	2008	70.965.000	2008	58.310	2008	2.550
5º	TURQUIA	2008	21.194.000	2006	3.868	2006	1.601
6º	INDONÉSIA	2008	102.553.000	1997	8.727	1999	1.476
7º	MÉXICO	2008	43.866.700	2008	510.364	2008	1.421
8º	CORÉIA DO SUL	2008	24.000.000	1993	32.142	2008	1.332
9º	JAPÃO	2008	63.850.000	2008	119.291	2008	1.268
10º	CANADÁ	2008	17.125.800	2007	318.577	2007	1.055

Fonte: Anuário Brasileiro de Proteção⁴⁷; Anuário Estatístico da Previdência Social⁴⁸

Nota: (1) os números estão de acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social⁴⁸

Outra realidade impactante no Brasil se refere às empresas terceirizadas, pois segundo o estudo "Terceirização e Desenvolvimento - uma conta que não fecha", de

cada cinco acidentes, quatro são com terceirizados. De 10 empresas onde o fato acontece, oito são terceirizadas⁵⁰.

De acordo com o relatório da OIT⁴⁵ estes números advêm das mudanças tecnológicas, sociais e organizacionais no local de trabalho, agravadas pelas condições da economia mundial, pois os perigos para a saúde só aumentaram, além de gerarem novos fatores de risco. No relatório da OIT⁴⁵, destaca-se que doenças profissionais como as pneumoconioses, permanecem um fenômeno generalizado, enquanto as relativamente novas, como as perturbações mentais e músculo-esqueléticas (PME), são cada vez mais frequentes.

A ocorrência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais gera danos sociais e econômicos imediatos, pois acomete não só a saúde e integridade física do trabalhador, como também atinge sua família, reduz a produtividade das empresas e aumenta os custos para o Estado que tem que arcar com os cuidados médicos e previdenciários.

Segundo o relatório da OIT⁴⁵, os custos anuais diretos e indiretos com os acidentes e doenças de trabalho são estimados em cerca de 2,8 trilhões de dólares, correspondendo a 4% do produto interno bruto (PIB) mundial. Segundo Pastore⁵¹, no Brasil, o gasto é de R\$ 71 bilhões com acidentes e doenças do trabalho, quase 9% da folha salarial que é da ordem dos R\$ 800,00 bilhões.

Dessa maneira, é necessário que se estabeleça um amplo debate entre os trabalhadores, empresas e os governos visando o cumprimento dos dispositivos legais e diretrizes dos organismos internacionais quanto à prevenção, tratamento e retorno do trabalhador ao mercado de trabalho.

Assim, o próximo item irá tratar sobre o conceito legal e os benefícios a que estão sujeitos os trabalhadores acometidos pelos acidentes e doenças profissionais.

2.4 CONCEITO LEGAL E BENEFÍCIOS SOBRE ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Para uma melhor compreensão do tema, por acidente de trabalho o art. 19, da Lei 8.213/91 expressa que:

Acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal

ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho⁵².

Para efeitos da Lei 8.213/91 é considerado acidente do trabalho, nos termos do art. 20, as seguintes entidades mórbidas:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

§ 1º Não são consideradas como doença do trabalho:

- a) a doença degenerativa;
- b) a inerente a grupo etário;
- c) a que não produza incapacidade laborativa;
- d) a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

§ 2º Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho⁵².

Quanto à equiparação do acidente de trabalho a Lei 8.213/91 também faz a ressalva:

I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:

- a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
- b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;
- c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;
- d) ato de pessoa privada do uso da razão;
- e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV - o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:

- a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;

d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

§ 1º Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

§ 2º Não é considerada agravação ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às consequências do anterior⁵².

Em relação ao dia do acidente de trabalho, o art. 23 da Lei 8.213/91 dispõe que:

Considera-se como dia do acidente, no caso de doença profissional ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual, ou o dia da segregação compulsória, ou o dia em que for realizado o diagnóstico, valendo para este efeito o que ocorrer primeiro⁵².

Com base no disposto pela Lei 8.213/91, Art. 21 e 60, o trabalhador que ficar impedido de exercer sua atividade laboral, em decorrência de doença ou acidente, será submetido à Perícia Médica do INSS⁽²⁾, que irá avaliar o motivo que gerou o afastamento e definir o tempo de afastamento do trabalho, bem como a que espécie de benefício o segurado faz jus, se auxílio-doença previdenciário (B31), auxílio-doença acidentário (B91), ou ainda se será aposentado por invalidez, nos casos em que for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência.⁵²

No que diz respeito à concessão do benefício por auxílio-doença (previdenciário - B31 ou acidentário - B91), só será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido na Lei 8.213/91, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos e não será devido ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS) já portador da doença ou da lesão

⁽²⁾ A concessão, gestão e pagamento do auxílio-doença são de responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Autarquia Federal criada pela Lei 8.029/90 e vinculada ao Ministério da Previdência Social⁵³.

invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão. Este benefício será devido ao segurado empregado a contar do décimo sexto dia do afastamento da atividade, e, no caso dos demais segurados, a contar da data do início da incapacidade e enquanto ele permanecer incapaz⁵².

Para ter direito aos benefícios de espécie B31 e B91, é necessário que o segurado tenha contribuído por pelo menos 12 meses com a Previdência Social⁵². Algumas doenças, no entanto, não exigem essa carência, entre elas estão: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, contaminação por radiação com base em conclusão da medicina especializada e hepatopatia grave⁵².

A diferença entre uma espécie de benefício e outra é que o benefício de auxílio doença previdenciário (B31) é concedido ao segurado impedido de trabalhar por doença ou acidente, mas que não tem sua origem na atividade laboral que o trabalhador exercia. Após comprovado pela Perícia Médica capacidade para retornar ao trabalho, o benefício é cessado e não gera estabilidade no emprego. Já o benefício por auxílio-doença acidentário (B91) exige a CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) e é concedido ao segurado que sofreu acidente de trabalho, inclusive o de trajeto, ou para aquele trabalhador que desenvolveu a doença por conta da atividade profissional que exercia. O art. 118 da Lei nº 8.213/91 garante ao segurado, pelo prazo mínimo de doze meses, a manutenção do seu contrato de trabalho na empresa, após a cessação do auxílio-doença acidentário, independentemente de percepção de auxílio-acidente⁵².

É importante ressaltar o previsto no art. 21-A da Lei nº 8.213/91 sobre a possibilidade de conversão do B31 em B91 caso a Perícia Médica do INSS constate a ocorrência de nexos técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID, em conformidade com o que dispuser o regulamento⁵².

Para os segurados que sofreram acidente de qualquer natureza ainda há no art. 86 da Lei nº 8.213/91, a previsão de o segurado receber o benefício de auxílio-

acidente, que consiste em uma indenização correspondente à metade do valor do auxílio-doença acidentário que o segurado recebia e que será paga até a aposentadoria comum por idade ou tempo de contribuição. Somente é devido quando após consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultarem sequelas que impliquem redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia ou no caso de incapacidade laborativa que obrigue à troca de função, nesse caso, passando por Reabilitação Profissional. A indenização tem início a partir do dia seguinte ao da cessação do auxílio-doença acidentário, independentemente de qualquer remuneração ou rendimento recebido pelo acidentado. Caso a doença volte a evoluir, o auxílio-acidente será suspenso para reiniciar o auxílio-doença. O segurado não perderá o auxílio-acidente se estiver desempregado e também se estiver recebendo outro benefício do INSS, não podendo apenas acumular com aposentadoria⁵².

O art. 62 da Lei nº 8.213/91 prevê que caso o segurado em gozo de auxílio-doença, seja insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá ser submetido a processo de Reabilitação Profissional para o exercício de outra atividade e não cessará o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não recuperável, então será aposentado por invalidez⁵².

Infelizmente, o número dos trabalhadores que se afastam por doença ou acidente e necessitam desses benefícios é muito alto. Segundo dados do Anuário Estatístico da Previdência Social³, em 2011, o benefício de auxílio-doença previdenciário foi o de maior volume monetário para Previdência Social, correspondendo a 45,8% do total de R\$ 4,53 bilhões.

Após a explicação sobre os benefícios concedidos aos trabalhadores acidentados e adoecidos, será abordada a seguir, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que tem como um de seus objetivos minimizar os efeitos da falta de prevenção e de vigilância nos ambientes de trabalho.

2.5 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Ao tomar conhecimento dos determinantes que afetam a saúde do trabalhador, verifica-se que no ambiente laboral ele está exposto a situações

potenciais de risco físicos, químicos, biológicos, bem como psíquicos e sociais, entre outros.

Neste sentido, diversos organismos nacionais e internacionais, vêm debatendo, ao longo dos anos, as políticas necessárias para promover um ambiente laboral que propicie o bem-estar do trabalhador e evite o seu adoecimento e morte.

A Convenção nº 155 da OIT adotou diversas proposições relativas à segurança, à higiene e ao meio-ambiente de trabalho. Em seu artigo 4º propõe que todo país membro deverá consultar as organizações mais representativa de empregadores e trabalhadores, e levando em conta as condições e as práticas nacionais, formular, pôr em prática e reexaminar periodicamente uma política nacional coerente em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e o meio-ambiente de trabalho.⁵⁴ Porém, apesar desta Convenção ter sido instituída em 1983, somente, em 1994, o Brasil publicou o Decreto nº 1.254 promulgando o que nela havia sido estabelecido.

A Convenção nº 187 da OIT de 2006, denominada Convenção sobre o Marco Promocional em Segurança e Saúde no Trabalho, prevê que os países membros devem tomar medidas ativas para atingir progressivamente um ambiente de trabalho seguro e saudável, a fim de prevenir lesões, doenças e mortes causadas pelo trabalho.⁵⁵ Esta convenção entrou em vigor em 2009. Dos 185 países membros da OIT, apenas 24 ratificaram esta convenção, entre eles: Japão, Alemanha, Canadá, Rússia, Espanha e Inglaterra. O Brasil ainda não ratificou esta convenção.⁵⁶

A Recomendação nº 197 da OIT de 2006, denominada Quadro Promocional para a Segurança e Recomendação da Saúde, complementa a Convenção nº 187, e traz 16 propostas para serem seguidas pelos países membros. Entre as propostas está que os membros devem promover campanhas de conscientização sobre a seguridade e saúde no trabalho. Tais campanhas devem ser voltadas para os grupos de empregadores, trabalhadores e seus representantes. Esses mesmos conceitos de segurança e saúde devem ser introduzidos nos programas de educação e formação profissional. Outra proposta seria de os países membros facilitarem o intercâmbio de estatísticas de saúde e de dados entre as autoridades competentes, empregadores, trabalhadores e seus representantes e segurança no trabalho,⁵⁷

Em 2007, na 60ª Assembleia Mundial da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o Plano de Ação Global para Saúde dos Trabalhadores,

2008-2017, que propôs cinco objetivos para que os países, em colaboração com os seus trabalhadores, seus empregadores e suas respectivas organizações políticas possam estabelecer os mecanismos e o marco jurídico próprio para sua aplicação, acompanhamento e avaliação. Esses objetivos são: a) elaborar e aplicar instrumentos normativos referentes à saúde dos trabalhadores; b) proteger e promover a saúde no local de trabalho; c) aperfeiçoar o funcionamento dos serviços de saúde ocupacional e o acesso aos mesmos; c) fornecer dados comprobatórios para fundamentar as medidas e práticas; d) integrar a saúde dos trabalhadores com outras políticas.⁵⁸

Em 2008, os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social instituíram a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho – CTSST⁵⁹, com o objetivo de atender as diretrizes da Convenção nº 187 da OIT, anteriormente citada. A referida CTSST era constituída por representantes dos três ministérios, dos empregadores e dos trabalhadores. Em sua 9ª reunião, a Comissão aprovou o texto básico da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, culminando com a Publicação do Decreto nº 7.602 de 07/11/2011.⁶⁰

Em 2012 foi instituída a Portaria nº 1.823, denominada Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT²⁸. O interesse desta política está em definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Nesta PNSTT, a finalidade é promover a atenção integral à saúde do trabalhador. Para atingir essa meta, enfatiza as ações sobre a vigilância dos ambientes de trabalho e dos processos produtivos, promovendo assim a proteção dos trabalhadores, com conseqüente redução da morbimortalidade²⁸.

Quanto ao alcance dessa política propõe o atendimento a todos os trabalhadores, sejam homens ou mulheres, que vivam em área urbana ou rural, com vínculo de trabalho formal ou informal, com emprego público ou privado, em condição de assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado. Porém, quando necessário, a PNSTT irá priorizar pessoas e grupos que se encontrem em situação de maior

vulnerabilidade, como os casos de relações informais e precárias de trabalho, que envolvam o exercício de atividade de risco à saúde, os que são discriminados e o trabalhador menor de idade²⁸.

Essa PNSTT irá observar os princípios da universalidade; integralidade; participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; descentralização; hierarquização; equidade; e, precaução²⁸.

Para que possa ser devidamente implementada, esta PNSTT prevê a realização do trabalho de forma articulada entre ações individuais e coletivas que atuem sobre a assistência e minimizando os agravos, como também, prevenindo, promovendo e intervindo sobre os ambientes e processos de trabalho²⁸.

Entre os seus objetivos, a PNSTT contempla: fortalecer as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador atentando para a identificação dos riscos a que estão expostos os trabalhadores; intervir nos processos e ambientes de trabalho; controlar e avaliar a qualidade dos serviços e programas em saúde do trabalhador de empresas ou instituições públicas ou privadas; promover ambientes e processos de trabalhos saudáveis; identificar e erradicar situações análogas ao trabalho escravo ou infantil; assegurar a integralidade na atenção à saúde do trabalhador; e, conceber a saúde do trabalhador como uma ação transversal²⁸.

Quanto às estratégias, a PNSTT prevê a integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com as demais áreas da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária em Saúde; a análise do perfil e da situação de produção dos trabalhadores; a composição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) como parte da Rede de Atenção à Saúde; a consolidação e a articulação intersetorial; estímulo a participação dos trabalhadores e da comunidade no controle social; as ações de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos e ações articuladas com instituições de ensino para o desenvolvimento de pesquisas, incluindo a divulgação e aplicação de seus resultados²⁸.

Compete à União, aos estados, o Distrito Federal e aos municípios a garantia dos princípios, diretrizes, objetivos e estratégias previstos na PNSTT, bem como, caberá a cada esfera do Governo alocar os recursos necessários para implementação desta PNSTT²⁸.

Assim, conclui-se que se trata de uma política construída após longo período de discussões e estruturada para atender à complexidade de atenção necessária ao

trabalhador doente, pois vislumbra as ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação.

O que se espera agora é que se consiga implementar o que foi estabelecido na PNSTT, pois segundo Minayo-Gomez⁶¹, os desafios são muitos, tais como:

- a construção de sistemas de informação apropriados;
- o maior envolvimento dos trabalhadores;
- a adoção de métodos e referenciais teóricos apropriados;
- promover a alocação de recursos materiais;
- quadro de pessoal suficiente, capacitado e dotado de carreira compatível com as funções essenciais do Estado provedor.

Desta maneira, Minayo-Gomez⁶¹ alerta sobre a necessidade de se trabalhar arduamente para aplicação das diretrizes propostas e propiciar uma gestão que seja efetiva na implementação das ações, pois se trata de uma política que foi construída de forma coletiva e que precisa do empenho de todos os envolvidos: instituições públicas, centros acadêmicos e instâncias organizativas da sociedade civil.

Assim, após breve exposição sobre a importância da área de saúde do trabalhador, tanto para o contexto acadêmico, quanto para o ambiente laboral e toda a sociedade, o próximo capítulo irá tratar sobre a Reabilitação Profissional e o processo de retorno ao trabalho, destacando os aspectos facilitadores e dificultadores.

CAPÍTULO 3 – A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E O PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO: FACILITADORES E DIFICULTADORES



No presente capítulo será abordado o conceito de Reabilitação Profissional, as considerações históricas que caracterizaram o surgimento deste fenômeno, o atual Programa de Reabilitação Profissional do INSS, além do processo de retorno ao trabalho, com ênfase nos aspectos facilitadores e dificultadores deste processo.

3.1 CONCEITO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Para efeitos da Recomendação nº 99, de 1955 da OIT, o termo Reabilitação Profissional faz parte de um processo contínuo e coordenado de adaptação e reabilitação para permitir que uma Pessoa com Deficiência possa garantir e manter o emprego apropriado, utilizando para isso meios como orientação profissional, formação profissional e colocação seletiva.⁶²

No Brasil, a Reabilitação Profissional é considerada como a assistência (re) educativa e de (re) adaptação profissional, prestada aos segurados da Previdência Social e às pessoas com deficiência, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, com o objetivo de proporcionar o retorno ao mercado de trabalho e a adequação ao contexto em que vivem. Este serviço de caráter obrigatório independe de carência⁶³ e está previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de

1988 (artigo 203), regulamentado pela Lei 8.213/91, Decretos 3.298/99, 3.048/99, 5.296/04 e Instrução Normativa INSS/PRES 45/2010.

Segundo Rocha e Baltazar Jr.⁶⁴, a habilitação é destinada aos beneficiários que jamais tiveram capacidade laborativa e a reabilitação àqueles que a perderam.

De acordo com o *Department for Work and Pensions*⁶⁵, do Reino Unido, a Reabilitação Profissional inclui uma vasta gama de intervenções para ajudar as pessoas com incapacidade e/ou deficiência à superar as barreiras para o retornar e permanecer no trabalho. Por exemplo, uma avaliação das necessidades físicas, psicológicas e/ou sociais do beneficiário, treinamento, desenvolvimento das capacidades, gerenciamento do trabalho por parte dos empregadores, incluindo ajustes razoáveis nos ambientes, conscientização sobre a deficiência, condição de gestão e tratamento médico.

Segundo Elliott e Leung⁶⁶ a Reabilitação Profissional tradicionalmente se refere à prestação de algum tipo de serviço que proporcione o retorno ao trabalho de um indivíduo que se encontra limitado por uma condição física incapacitante, seja por deficiência física, doenças crônicas, problemas congênitos ou condições psiquiátricas.

Waddell, Burton e Kendall⁶⁷, após extensa revisão de literatura sobre o conceito de Reabilitação profissional, definiram-na como qualquer coisa que ajude alguém com um problema de saúde para se tratar, retornar e permanecer no trabalho: é uma idéia e uma abordagem tanto quanto uma intervenção ou um serviço.

Já Seyfried⁶⁸ aponta uma rápida evolução nos serviços de Reabilitação Profissional nos últimos 30 anos. Esses serviços incluem avaliação profissional que visa obter uma imagem clara das capacidades potenciais da pessoa, cursos de orientação para ajudar o indivíduo a recuperar a confiança perdida em suas habilidades, orientação profissional, para desenvolver uma perspectiva profissional (nova) e escolher uma determinada ocupação, formação profissional, além de oportunidades de reciclagem na área escolhida de atividade e colocação de serviços destinados a auxiliar a pessoa com incapacidade / deficiência a encontrar emprego adaptado para sua necessidade. Além disso, a reabilitação profissional tem como objetivo oferecer condições para que esses trabalhadores desenvolvam suas próprias capacidades, de tal forma que uma vida com ou sem o mínimo de limitações, torne-se possível, pois somente quando as pessoas com deficiência são

integradas na comunidade é que o verdadeiro objetivo e finalidade da reabilitação foram efetivamente alcançados.

3.2 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS

Antes do século XX era quase inexistente a preocupação com as pessoas que se acidentavam ou adoeciam no seu local de trabalho. Para Aparecida de Souza, Mancussi e Faro⁶⁹, o interesse mundial pela reabilitação aconteceu em função das duas grandes guerras mundiais, em decorrência do processo acelerado de urbanização e industrialização, do favorecimento da propagação de epidemias e o aumento de acidentes de trabalho.

Assim, segundo estudos de Aranha⁷⁰, nos Estados Unidos, o Governo aprovou atos constitucionais que garantiriam ações e suporte para programas de reabilitação, pois os soldados feridos na guerra necessitavam de treinamento e assistência para assumir, com sucesso, uma ocupação rentável.

Entres os atos constitucionais que os Estados Unidos decretou, Bryan e Henderson⁷¹ citam a Lei de Reabilitação Profissional Civil (PL-236) ou também conhecida por *Smith-Fess Act*, em 1920, em que o Governo financiava 50% das ações e os estados financiavam o mesmo percentual, para serviços de orientação profissional, formação, adaptação ocupacional, próteses e serviços de colocação, destinados apenas à pessoas com deficiência física.

Na Inglaterra, segundo Cardoso⁷², o destaque seria o Relatório Beveridge, apresentado ao parlamento inglês em 1941, onde juntamente com medidas de seguridade social, previa que o governo deveria assegurar serviços de saúde com qualidade e gratuidade, fornecer meios para a reabilitação profissional e promover a manutenção do emprego.

No Brasil, de acordo com Soares⁷³, em 1943, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio instituiu a Portaria nº 83 que determinava que os Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões (IAPs e CAPs) organizassem serviços de reeducação e readaptação de segurados e aposentados por invalidez. Porém esta portaria não abrangia, ainda, a totalidade dos incapacitados, revelando a dicotomia entre o discurso do governo populista e a realidade concreta.

Ainda com a iniciativa de alguns governos, as ações em Reabilitação Profissional tiveram impulso com a participação expressiva da OIT, organismo

internacional que ao longo dos anos vêm desenvolvendo recomendações para inclusão de Pessoas com Deficiência no mercado de trabalho e que adotou normas sobre a reabilitação profissional a serem aplicadas pelos países-membros.

No Quadro 5 estão sintetizadas estas diretrizes dessa organização e as contribuições em relação à Reabilitação Profissional. É importante ressaltar que o Brasil ratificou as Convenções nº 102 e 159.

Quadro 5 – Diretrizes da OIT sobre Reabilitação Profissional

Ano	Ato	Dispõe sobre
1925	Recomendação nº 22	Compensação mínima por acidentes de trabalho e foi a primeira recomendação da OIT a tratar de reabilitação profissional para os trabalhadores vítimas de acidente de trabalho.
1944	Recomendação nº 71	Organização Emprego na transição da guerra para a paz - trabalhadores com deficiência, qualquer que seja a origem de sua deficiência, devem ser encaminhados aos serviços de reabilitação, orientação profissional especializada, treinamento e reciclagem profissional, e emprego em trabalho útil.
1949	Recomendação nº 87	Orientação Profissional - assistência prestada a um indivíduo para resolver os problemas relativos à escolha de uma profissão e na progressão profissional, tendo em conta as características do indivíduo e da relação entre eles e a oportunidades de trabalho.
1950	Recomendação nº 88	A formação profissional dos adultos, incluindo os deficientes - deve ser desenvolvido de acordo com as tendências do mercado de trabalho, com os esforços para melhorar ou aumentar a produção e as possibilidades de colocar os alunos em trabalhos apropriado; também poderá ser realizado com a colaboração de organizações de empregadores e de trabalhadores interessados, com o objetivo de facilitar a reinserção dos trabalhadores que precisam de treinamento para conseguir um emprego adequado.
1955	Recomendação nº 99	Adaptação e Reabilitação Profissional - é essencial para que a pessoa com deficiência recupere ao máximo a capacidade física e mental e seja reintegrada ao meio social, profissional e econômico. Deve ser disponibilizada a todos os deficientes adaptação e reabilitação profissional, seja qual for a origem e a natureza da sua deficiência e independentemente da sua idade, desde que possam ser preparados para exercer um emprego adequado e ter perspectivas razoáveis para garantir e conservar o emprego.
1952	Convenção nº 102	Padrões Mínimos de Segurança Social - As instituições ou departamentos do governo que administram os cuidados médicos devem cooperar, sempre que necessário, com os serviços gerais de reabilitação profissional, com vistas ao restabelecimento de pessoas com deficiência no trabalho adequado.
1983	Convenção nº 159	Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes - assegurar que existam medidas adequadas de reabilitação profissional ao alcance de todas as categorias de pessoas deficientes e promover oportunidades de emprego para as pessoas deficientes no mercado regular de trabalho.
1983	Recomendação nº 168	Reabilitação Profissional e Emprego (Pessoas com Deficiência) - As pessoas com deficiência devem desfrutar de igualdade de oportunidades e de tratamento no acesso, permanência e progressão no mercado de trabalho que, sempre que possível, corresponde à sua escolha e as suas capacidades individuais. A reabilitação profissional deve começar o mais cedo possível. Para esta finalidade, os sistemas de saúde e de outros órgãos responsáveis pela reabilitação médica e social devem cooperar regularmente com os órgãos responsáveis pela reabilitação profissional.

Fonte: OIT/NORMLEX – Sistema de Informações sobre Normas Internacionais do Trabalho⁷⁴

Antes de reconhecer as normas estabelecidas pela OIT em 1955, o Brasil já abrangia em sua legislação a readaptação profissional, por meio do Decreto-Lei nº 7.036, de 10/11/1944 (Art. 90 à 93) que tratava da Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho. A readaptação profissional dos incapacitados para o trabalho tinha como objetivo restituir, no todo ou em parte, a capacidade na profissão anterior ou em outra compatível com as novas condições físicas do trabalhador. A abordagem para este grupo de trabalhadores seria realizada mediante a prática da fisioterapia, cirurgia ortopédica e reparadora, além do ensino em escolas profissionais especiais⁷⁵.

Em 1954, o Decreto nº 35.448, art. 22, § 5º previa que o segurado em percepção de auxílio-doença estava obrigado, sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se aos exames que fossem determinados pela Previdência Social e ao tratamento que esta proporcionasse, bem como a seguir os processos de reeducação ou readaptação profissional prescritos.⁷⁶

A década de 60 viu a concretização da implantação de um Programa de Reabilitação Profissional promovida pelo Estado. Nessa época foi publicado o Decreto nº 48.959/1960, que aprovou o Regulamento Geral da Previdência Social, assegurando aos beneficiários a prestação de serviços que objetivavam a proteção de sua saúde, à sua reabilitação profissional e o seu bem-estar. Neste decreto existia uma seção específica para descrever o processo de Reabilitação Profissional que deveria assegurar o diagnóstico, o tratamento e a orientação profissional, para a consecução do objetivo final básico, ou seja, a reabilitação profissional do beneficiário, com o consequente reemprego e, deveria acontecer sob a responsabilidade de especialistas em medicina física, psicologia, serviço social, orientação profissional e mercado de trabalho, cujas atividades, deveriam ser permanentemente articuladas num sistema de equipe, durante todo o processo.⁷⁷ Outro destaque para o decreto supracitado está na criação dos Centros de Reabilitação Profissional e na reserva de vagas pelas empresas para atender aos casos de beneficiários reabilitados.

Nos Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) os beneficiários tinham acesso a todos os recursos terapêuticos necessários, com grandes estruturas físicas, equipamentos de fisioterapia e terapia ocupacional de alto custo e um grande contingente de profissionais. Já os Núcleos de Reabilitação Profissional

(NRPs) eram unidades menores, com uma ou duas equipes que referenciavam para os CRPs os casos de maior complexidade.⁷⁸

Já em 1963, por meio do decreto nº 53.264, foi decretado que a reabilitação profissional dos beneficiários da Previdência Social seria prestado em regime de comunidade, tendo em vista que o baixo quantitativo de beneficiários não justificavam a implantação de serviços de reabilitação profissional em todos os Estados e considerando também o reduzido número de especialistas em reabilitação profissional existente no mercado de trabalho brasileiro. Assim, foi criado o Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS) e a Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social (COPERS), com a finalidade de planejar, orientar, coordenar e fiscalizar em todo o território nacional a prestação da reabilitação profissional.⁷⁹

No ano de 1966, o Decreto-Lei nº 72, unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social⁸⁰ e no ano seguinte, o Decreto nº 60.501/67, aprovou o Regulamento Geral da Previdência Social e estabeleceu que a Reabilitação Profissional seria executada pelo INPS.⁸¹

A década de 1970 a 1980 foi considerada a década da reabilitação, decretada na Assembleia Geral das Nações Unidas⁶⁹. Foi também nesse período que houve a expansão dos Centros de Reabilitação Profissional. As atividades eram descentralizadas e os beneficiários permaneciam, em média, 240 dias no programa, tendo as despesas com transporte, alimentação, hospedagem, documentação, medicamentos, cursos profissionalizantes e instrumentos de trabalho, custeadas pela Previdência Social⁷⁸.

Ao final da década de 80, com a Constituição Federal de 1988 promulgada, a reabilitação física passou a ser atribuição do Ministério da Saúde e a reabilitação profissional continuou a ser atribuição do Ministério da Previdência Social, sendo este serviço destinado apenas aos seus segurados.⁸²

Na década de 90 constatou-se a decadência do serviço de Reabilitação Profissional, mesmo com a tentativa, em 1995, de lançar um Plano de Modernização, normatizado na Resolução INSS/PR nº 424, de 07 de Março de 1997, onde foram criadas unidades executivas de reabilitação, com equipes volantes e de extensão, com vistas a levar o serviço o mais próximo possível da clientela e aumentar a capacidade de atendimento, valendo-se do estabelecimento de parcerias com as demais áreas do Seguro Social e com entidades da sociedade

civil⁸³. Porém, devido à falta de investimentos do governo, os Centros de Reabilitação Profissional - CRPs e os Núcleos de Reabilitação Profissional - NRPs tiveram suas instalações físicas sucateadas, com uma brutal carência de recursos humanos, levando a total desativação dos serviços prestados nesses locais e a transformação do modelo de atenção de reabilitação profissional no Programa Reabilita, um subprograma das perícias médicas das agências de benefícios da Previdência Social.⁷⁸

Em 2001, foi lançado o Programa Reabilita que tinha por objetivos a descentralização do atendimento para as Gerências Executivas do INSS, com uma equipe de coordenação e equipes de execução e, mais tarde, para as Agências da Previdência Social - APS, buscando integração com os demais serviços e a perícia médica; aumento da capilaridade, com a proposta de se fazer presente em cada uma das 100 Gerências Executivas do INSS, com pelo menos um núcleo de avaliação e acompanhamento dos segurados na reabilitação profissional, pois em 2001 existiam 79 unidades em 66 Gerências Executivas; além de intensificação das parcerias para ampliar as possibilidades de reinserção no mercado de trabalho. Os objetivos secundários seriam racionalizar custos e evitar o deslocamento do trabalhador para outras cidades. Nos núcleos de avaliação os médicos peritos e orientadores profissionais iriam trabalhar juntos, para avaliar e definir o potencial laboral de cada trabalhador, com vistas a orientar o programa de reabilitação⁸⁴. Este programa foi normatizado pelo INSS por meio das Orientações Internas (OI) nº 63, 65 e 69 DIRBEN/INSS de 2002 e pela OI nº 116 INSS/DIRBEN de 1/06/2005.

Porém, conforme Cannalonga⁸⁵, esse projeto também foi bastante criticado, principalmente, pela desativação dos Centros de Reabilitação Profissional e pela falta de recomposição das equipes de atendimento, mas alguns aspectos se mostraram extremamente positivos, tais como, o envolvimento dos Peritos Médicos na condução dos programas e a extensão do atendimento para outros locais, ao invés da concentração apenas nas grandes cidades.

Em 2008 iniciou-se a construção do Projeto de Revitalização da RP, proposto pelo Ministério da Previdência Social – MPS, com alguns pontos norteadores, entre eles: aumento dos recursos humanos; formação continuada para as equipes; melhoria da infra-estrutura para atendimento; agilidade dos convênios e termos de cooperação, tanto na área de prestação de assistência médica, como de educação/qualificação profissional; agilização dos processos licitatórios para

aquisição de órteses e próteses; e, articulação com órgãos e instituições que fazem interface com a área de RP, tais como Ministério do Trabalho e Emprego – MTE (Inspeção do Trabalho), Fundacentro (Estudos, Pesquisas e Formação), Ministério da Saúde – MS (Centros de Referência de Saúde do Trabalhador - CEREST e Vigilância Sanitária – SUS), Ministério Público do Trabalho – MPT (TAC) e outros, visando identificar os principais problemas de saúde do trabalhador, bem como os setores e empresas com maior índice de afastamentos, possibilitando uma ação preventiva nestas empresas⁸⁶.

Sobre a construção do Projeto de Revitalização da RP, Cannalunga⁸⁵ menciona que o maior ganho com o novo projeto, foi a retomada da Reabilitação Profissional, como política de atuação do Ministério da Previdência Social-MPS.

Dentre as ações desenvolvidas pelo MPS com o Projeto de Revitalização da RP podem ser destacadas: a contratação de 100 novos servidores (Analistas do Seguro Social com formação em Terapia Ocupacional) e a implantação em São Paulo do Projeto Piloto de Revitalização da Reabilitação Profissional, que propiciou a celebração de convênios entre o Ministério da Previdência Social – MPS, o INSS e instituições como a Associação para Valorização e Promoção de Excepcionais – AVAPE; a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo – SESSP e a Secretaria da Pessoa com Deficiência do Estado de São Paulo – SEPCD; a Secretaria Estadual do Emprego e Relações do Trabalho – SERT; e o Protocolo de Intenções com Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI.⁸⁶

Em 2010, a Diretoria de Saúde do Trabalhador apresentou à Coordenação Geral de Planejamento e Gestão Estratégica (CGPGE) do INSS o projeto de revitalização da Reabilitação Profissional. Este projeto vem sofrendo alterações a cada ano e busca proporcionar melhoria no atendimento geral aos segurados da Previdência Social que necessitam do Serviço de Reabilitação Profissional, aprimorando a prevenção de riscos ocupacionais e mitigando os efeitos da incapacidade laboral.

Analisando todo o contexto histórico da Reabilitação Profissional do INSS, é possível perceber um primeiro movimento de planejamento das ações, que aconteceu nas décadas de 1950 e 1960.

Depois, seguiu-se um período de implantação, na década de 1970, chegando ao auge na década de 1980, com posterior declínio na década de 1990, com a revitalização a partir do ano 2000.

Assim, ao todo são mais de 50 anos na tentativa de estabelecer um programa de Reabilitação Profissional nas premissas da Seguridade Social, mas sem a suficiente interlocução para que se promova o retorno digno do cidadão ao mercado de trabalho.

Após a apresentação dos antecedentes históricos, a seguir será abordado o atual Programa de Reabilitação Profissional do INSS.

3.3 ATUAL PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS

Atualmente, o serviço prestado pelas equipes de Reabilitação Profissional do INSS é descrito no Manual Técnico de Procedimentos da Área de RP – Resolução INSS/PRES nº 160, de 17/10/2011, atualizado pelo Despacho Decisório nº 02/DIRSAT/INSS, de 24/11/2011⁸⁷.

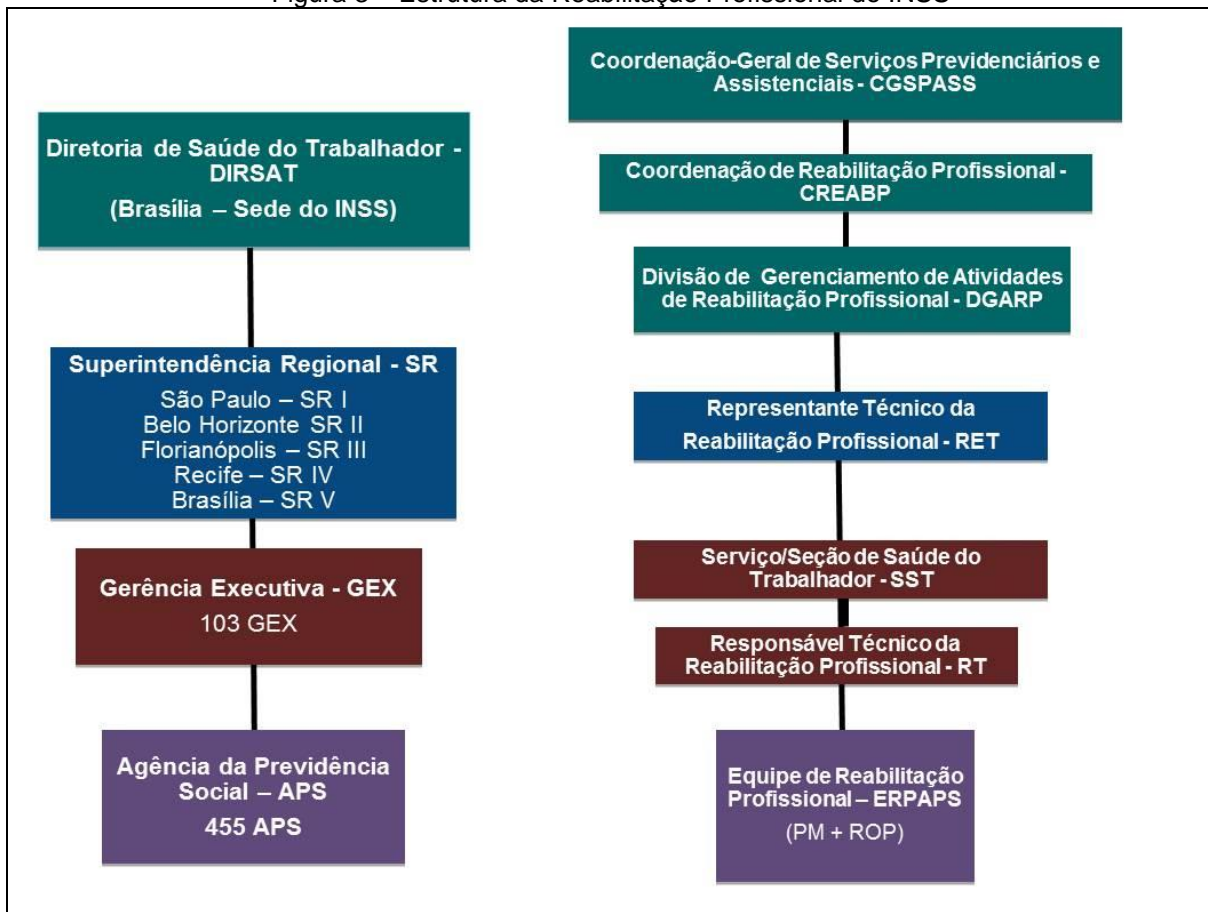
O referido manual estabelece rotinas e visa uniformizar os procedimentos, além de servir como fonte de consulta e orientação para as equipes de Reabilitação Profissional, quanto à legislação e às normas institucionais.

O serviço de Reabilitação Profissional do INSS, conforme citado anteriormente, é previsto em Lei, destinado aos segurados da Previdência Social, de caráter obrigatório e isento de carência⁶³.

3.3.1 Estrutura Organizacional

Quanto à estrutura organizacional, este serviço está vinculado à Diretoria de Saúde do Trabalhador do INSS, de acordo com a Portaria MPS Nº 296, de 09 de Novembro de 2009, que aprovou o Regimento Interno do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, conforme pode ser visualizado na Figura 3.

Figura 3 – Estrutura da Reabilitação Profissional do INSS



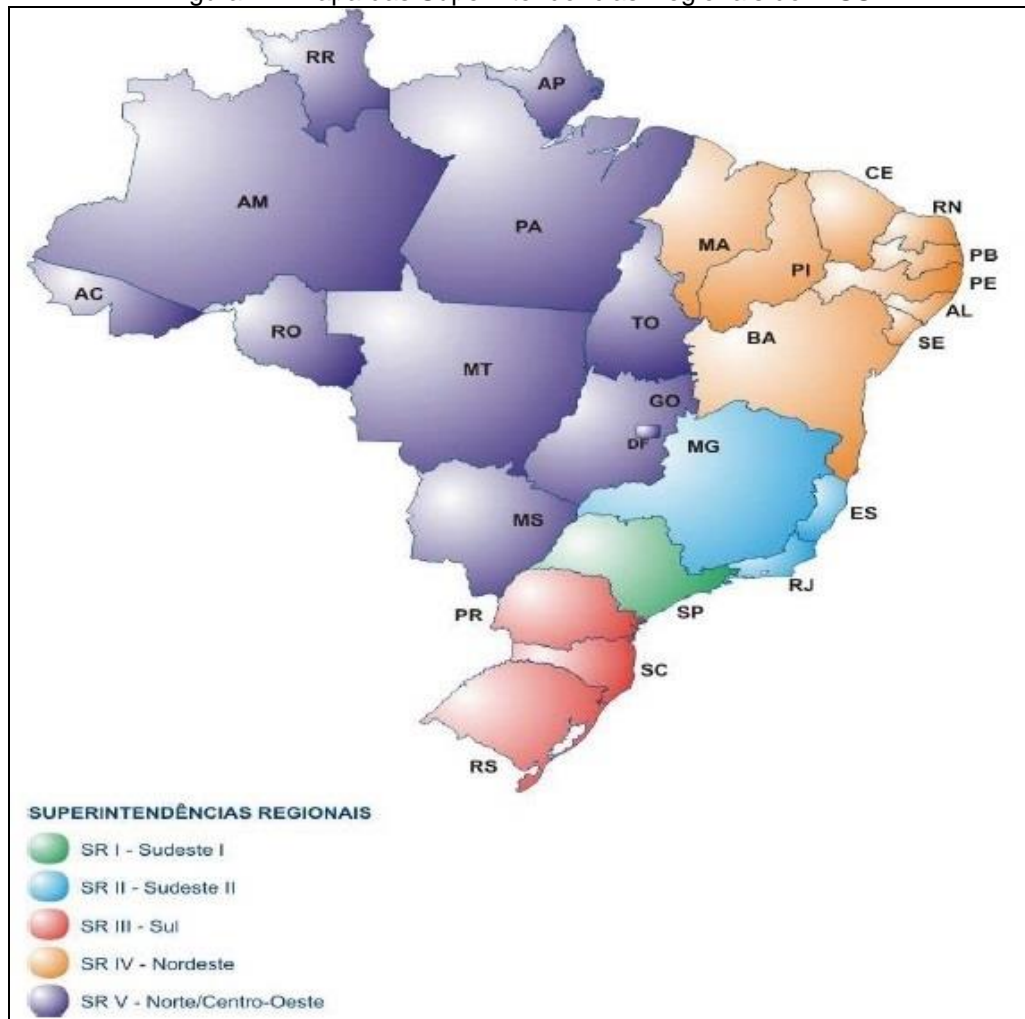
Fonte: Elaborado pela autora da dissertação

Na Diretoria de Saúde do Trabalhador encontra-se a Coordenação Geral de Serviços Previdenciários e Assistenciais (CGPASS), a Coordenação de Reabilitação Profissional (CREABP) e a Divisão de Gerenciamento de Atividades de Reabilitação Profissional (DGARP), responsáveis por planejar, coordenar, orientar, supervisionar e avaliar as atividades e procedimentos de reabilitação profissional das equipes distribuídas nas 103 Gerências Executivas do INSS⁸⁸.

Na Superintendência Regional (SR) do INSS atua o Representante Técnico da Reabilitação Profissional (RET da RP), subordinado tecnicamente à Diretoria de Saúde do Trabalhador e administrativamente à sua respectiva SR (BRASIL, 2011). O RET é o responsável por supervisionar as equipes de Reabilitação Profissional das Gerências Executivas que pertencem à sua SR. As Superintendências Regionais estão localizadas nas cidades de São Paulo (Superintendência Regional Sudeste I), Belo Horizonte (Superintendência Regional Sudeste II), Florianópolis (Superintendência Regional Sul), Recife (Superintendência Regional Nordeste) e em

Brasília (Superintendência Regional Norte/Centro-Oeste), conforme pode ser visualizado na Figura 4.

Figura 4 – Mapa das Superintendências Regionais do INSS



Fonte: Brasil/MPS/INSS em Números⁸⁹

Nas Gerências Executivas encontra-se 01 Responsável Técnico da Reabilitação Profissional (RT), apoiado por uma equipe multidisciplinar e responsável pelas equipes de RP nas Agências da Previdência Social - ERPAPS⁸⁷. Segundo dados referentes ao mês de Setembro de 2013, do Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional-BERP⁽³⁾, a Equipe de Reabilitação Profissional está presente em 103 Gerências Executivas.

⁽³⁾ O Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional – BERP é o instrumento utilizado para registro dos dados estatísticos pela Equipe de RP nas GEX. Com base no registro destes dados a DGARP acompanha e supervisiona o cumprimento das metas físicas e orçamentárias da RP. Os dados coletados no BERP são encaminhados ao Anuário Estatístico do Ministério da Previdência Social-AEPS⁸⁷.

O atendimento dos segurados acontece nas Agências da Previdência Social onde estão lotados os Responsáveis pela Orientação Profissional (ROP) e o Perito Médico⁸⁷.

3.3.2 Composição e Funções Básicas das Equipes de Reabilitação Profissional

O serviço de Reabilitação Profissional deve ser composto, preferencialmente, por uma equipe multiprofissional especializada em Medicina, Serviço Social, Psicologia, Sociologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e outras áreas afins ao processo⁶³.

Sempre que possível, deve funcionar na localidade do domicílio do beneficiário, ressalvadas as situações excepcionais em que este terá direito à reabilitação profissional fora dela⁶³.

Estas equipes têm como funções básicas do processo de habilitação e reabilitação profissional:

- A avaliação do potencial laboral;
- A orientação e acompanhamento do programa profissional;
- A articulação com a comunidade para parcerias, convênios e outros, com vistas ao reingresso do segurado no mercado de trabalho;
- E, a pesquisa da fixação no mercado de trabalho⁶³.

3.3.3 Clientela

A clientela encaminhada à Reabilitação Profissional deverá seguir a seguinte ordem de prioridade:

- I - o segurado em gozo de auxílio-doença, acidentário ou previdenciário;
 - II - o segurado sem carência para auxílio-doença previdenciário, portador de incapacidade;
 - III - o segurado em gozo de aposentadoria por invalidez;
 - IV - o segurado em gozo de aposentadoria especial, por tempo de contribuição ou idade que, em atividade laborativa, tenha reduzido a sua capacidade funcional em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou causa;
 - V - os dependentes dos segurados; e
 - VI - as Pessoas com Deficiência – PcD.
- Art. 2º O encaminhamento à Reabilitação Profissional dos segurados definidos no art. 1º, incisos I a IV, será realizado pela Perícia Médica do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e, o atendimento, pela equipe de Reabilitação Profissional da Agência da Previdência Social - APS ou Gerência-Executiva – GEX.

Art. 3º Os dependentes dos segurados e as PcD, definidos, respectivamente, nos incisos V e VI do art. 1º, podem solicitar atendimento à Reabilitação Profissional através de requerimento na APS.

§ 1º Os dependentes dos segurados referidos no *caput* serão atendidos pela equipe de Reabilitação Profissional de acordo com as possibilidades administrativas, técnicas e financeiras e as condições locais do órgão.

§ 2º As PcD referidas no *caput* serão atendidas pela equipe de Reabilitação Profissional quando houver previamente a celebração de Convênio de Cooperação Técnico- Financeira firmado entre o INSS, por meio das GEX, e as instituições e associações de assistência às pessoas com deficiência⁹⁰.

3.3.4 Tipos e Critérios de Encaminhamento para o serviço de Reabilitação Profissional

O segurado poderá participar da Reabilitação Profissional mediante requerimento próprio nas Agências da Previdência Social ou, quando avaliados pela Perícia Médica e esta julgar necessário.

Os beneficiários também podem ser encaminhados para o serviço de Reabilitação Profissional por solicitação judicial.

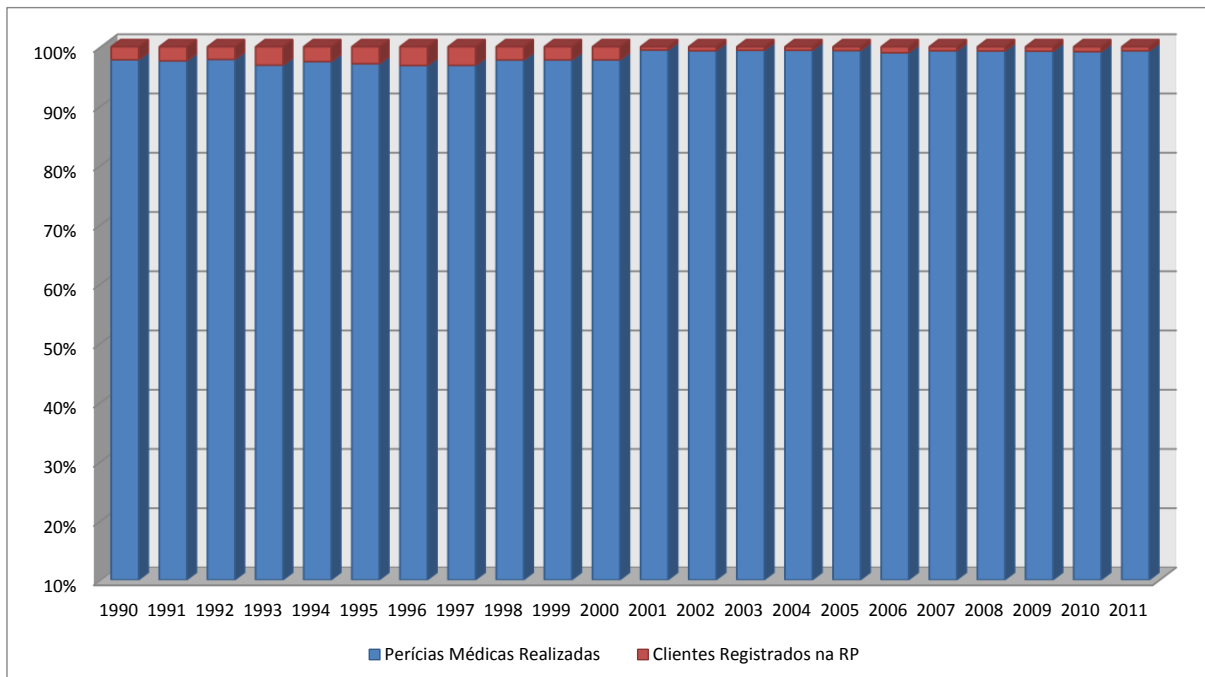
Na avaliação do Perito Médico deverão ser observados os seguintes critérios de encaminhamento para o serviço de Reabilitação Profissional:

- Os segurados, preferencialmente, com escolaridade a partir do nível fundamental, mesmo que incompleto;
- com condições adequadas de aprendizagem;
- com quadro clínico estável que permita a inclusão no PRP, de forma imediata (desde que constatado que não acarretará nenhum agravamento da lesão/doença);
- e, com experiências ou atividades profissionais já desenvolvidas, compatíveis com o potencial laboral. No entanto, a inexistência de experiência profissional anterior não é considerada fator impeditivo para o encaminhamento do segurado à Reabilitação Profissional⁸⁷.

A título de ilustração, no Gráfico 1 é mostrada a evolução das Perícias Médicas realizadas desde 1990 até 2011 e a porcentagem de segurados encaminhados para o serviço de Reabilitação Profissional⁸⁷.

O destaque é que de todas as Perícias Médicas realizadas nesse período, há uma média de 1,66% de segurados que são registrados no serviço de Reabilitação Profissional e, ainda assim, parte desses segurados são considerados inelegíveis para seguir o PRP, como será observado adiante.

Gráfico 1 – Evolução das Perícias Médicas realizadas e o registro no Serviço de RP – 1990 a 2011



Fonte: Adaptado de AEPS 2011⁹¹

Dentre as situações desfavoráveis para o encaminhamento à RP estão:

- doença com prognóstico reservado ou ainda não definido;
- fratura não consolidada (confirmada por meio de exame de imagem);
- pós-operatório recente;
- gestação de alto risco ou pré-termo;
- doença em fase de descompensação;
- e, segurados que se enquadrem nos critérios de sugestão de aposentadoria por invalidez⁸⁷.

3.3.5 Fluxo do Processo de Reabilitação Profissional

O fluxo do processo da RP tem início na APS, com a avaliação do segurado pelo Perito Médico que irá descrever as alterações anátomo funcionais para o desempenho de função, definindo o potencial laboral apresentado pelo segurado e o ROP irá avaliar os aspectos sócio profissionais do segurado.

Após estas avaliações, será agendada reunião de Avaliação Conjunta (entre o Perito Médico da RP, o ROP e o segurado) a fim de verificar a elegibilidade ou não do segurado para participar do PRP⁸⁷.

De acordo com o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional⁸⁷, na conclusão da avaliação do potencial laboral o ROP irá utilizar o código específico para a situação de cada segurado, conforme descrito a seguir:

- 3.10 – Inelegível Temporário: Segurado que não apresenta condições para início de PRP, em razão de dependência de cirurgia, final de gravidez, doença infecto - contagiosa, sequela não consolidada, entre outros.
- 3.20 – Inelegível Permanente: Segurado que, definitivamente, não apresenta condições físicas, psíquicas e socioprofissionais para desenvolver PRP.
- 3.30 – Retorno Imediato ao Trabalho: Segurado que apresenta condições físicas, psíquicas e socioprofissionais para exercer todas as atividades relativas à sua função de origem, sem qualquer ação da RP.
- 3.40 – Elegível: Segurado que atenda aos critérios de encaminhamento para o PRP.
- 3.50 – Recusa: Segurado que manifeste ativa ou passivamente total desinteresse e/ou resistência em cumprir o PRP, embora reúna condições físicas, psíquicas e socioprofissionais.
- 3.51 – Abandono: Segurado que falte três vezes consecutivas, sem justificativa, aos agendamentos durante a avaliação, e que não atenda à convocação feita pela RP até o dia subsequente ao recebimento da correspondência, via Aviso de Recebimento-AR.
- 3.60 – Instrução de Processo Judicial Concluído: Trata-se do atendimento ao segurado, encaminhado pelos órgãos do Judiciário, para avaliação e parecer quanto à definição da capacidade laborativa e/ou para cumprimento do PRP. O atendimento destes casos deve obedecer a agendamento prioritário.
- 3.70 – Óbito: Segurado que vier a falecer no decorrer da avaliação do potencial laborativo.
- 3.80 – Manutenção de Prótese: Segurado que teve sua órtese e/ou prótese substituída ou reparada sem a necessidade de programa profissional.
- 3.90 – Homologação de Habilitação de PcD: Pessoa com Deficiência - PcD que tem comprovada sua habilitação profissional e compatibilidade para o exercício da função a ser desempenhada.
- 3.91 – Indeferimento de Homologação de PcD: Pessoa com Deficiência - PcD que não tem comprovada a sua habilitação profissional ou compatibilidade para o exercício da função a ser desempenhada.
- 3.95 - Homologação de Readaptação Profissional: Segurado que, após submeter-se ao processo de readaptação profissional promovida pela empresa de vínculo, tem comprovada a compatibilidade da função proposta e a capacitação profissional realizada.
- 3.96 - Indeferimento de Homologação de Readaptação Profissional: Segurado que, após submeter-se ao processo de readaptação profissional promovido pela empresa de vínculo conveniada, não tem comprovada a compatibilidade da função proposta e a capacitação profissional realizada.
- 3.97 – Transferência: Segurado que transferir o benefício para outra GEX ou APS.
- 3.98 – Não Necessita de Programa de RP: Segurado que apresenta condições físicas, psíquicas e socioprofissionais e não necessita de PRP por já possuir qualificação comprovada para outra função/atividade, e experiência profissional recente, compatível com os requisitos exigidos pelo mercado de trabalho, permitindo sua imediata reinserção no mesmo.

Caso o segurado seja considerado inelegível para o PRP, ele é encaminhado para a Perícia Médica que irá definir sobre a manutenção do segurado no benefício de auxílio-doença ou sobre a aposentadoria por invalidez⁸⁷.

Após a elegibilidade, o segurado será encaminhado para a área administrativa da GEX ou APS, para agendar reunião no Grupo Informativo (GI), sendo obrigatória sua participação. O objetivo deste grupo é orientar o beneficiário quanto à legislação, às normas institucionais e ao processo de reabilitação profissional. Por meio deste processo, o segurado recebe informações que auxiliam sua compreensão sobre o desencadeamento do programa, a manutenção do benefício, os atendimentos que receberá bem como da importância de seu reingresso no mercado de trabalho⁸⁷.

Caso seja considerado elegível para PRP, o segurado seguirá uma programação profissional, que será desenvolvida mediante cursos e/ou treinamentos, na comunidade, por meio de contratos, acordos e convênios com instituições e empresas públicas ou privadas, bem como poderá ser orientado à elevação de escolaridade.

Quando indispensáveis ao desenvolvimento do processo de reabilitação profissional, o INSS fornecerá aos segurados, inclusive aposentados, em caráter obrigatório, prótese e órtese, seu reparo ou substituição, instrumentos de auxílio para locomoção, bem como equipamentos necessários à habilitação e à reabilitação profissional, transporte urbano e alimentação e, na medida das possibilidades do Instituto, aos seus dependentes⁶³.

É importante ressaltar que nesta fase devem ocorrer ações integradas entre as áreas de Perícia Médica, Reabilitação Profissional e o segurado⁸⁷.

Segundo o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional⁸⁷, uma vez finalizado o PRP, o ROP irá utilizar os códigos de desligamento de acordo com a situação de cada segurado:

- 4.40 – Retorno à Mesma Função com Atividade Diversa: Segurado/beneficiário que apresente condições de retorno à mesma função após cumprir o PRP, necessitando de adequação das atividades e/ou do posto de trabalho.
- 4.41 – Retorno à Mesma Função com Todas as Atividades: Segurado/beneficiário que apresente condições para exercer as mesmas funções com todas as atividades que exercia anteriormente após cumprir o PRP.

- 4.42 – Retorno à Função Diversa: Segurado/beneficiário que esteja habilitado para o exercício de função diversa da que exercia anteriormente após cumprir PRP.
- 4.43 – Recusa: Segurado/beneficiário que manifeste ativa ou passivamente total desinteresse e/ou resistência em cumprir o PRP, embora reúna condições físicas, psíquicas e socioprofissionais.
- 4.44 – Abandono: Segurado que falte três vezes consecutivas, sem justificativa, aos agendamentos durante a avaliação, e que não atenda à convocação feita pela RP até o dia subsequente ao recebimento da correspondência, via Aviso de Recebimento-AR.
- 4.45 – Intercorrência Médica: Segurado/beneficiário que apresente problemas de ordem médica que impeçam a frequência e a continuidade no programa e cuja solução exija o seu afastamento por período superior a trinta dias.
- 4.47 – Transferência: Segurado que transferir o benefício para outra GEX ou APS durante o PRP.
- 4.48 – Óbito: Segurado que vier a falecer no decorrer do PRP.
- 4.49 – Insuscetível de Reabilitação Profissional: Segurado/beneficiário que não alcance os requisitos mínimos para o exercício de uma atividade laborativa que lhe garanta a subsistência após várias tentativas de capacitação.
- 4.50 – Impossibilidade Técnica: Segurado/beneficiário elegível para PRP, mas que não poderá concluí-lo devido à impossibilidade do INSS de propiciar recursos técnicos e/ou operacionais necessários para a realização do programa dentro do prazo previsto.

O segurado que for desligado do PRP com retorno à mesma função com atividades diversas e retorno à função diversa, irá receber certificado indicando a função para a qual foi capacitado profissionalmente, sem prejuízo do exercício de outra para a qual se julgue capacitado. Porém, não é obrigação do INSS a manutenção do segurado no mesmo emprego ou a sua colocação em outro para o qual foi reabilitado, cessando o PRP com a emissão do certificado. Este certificado permite ao segurado concorrer à reserva de vagas de empresas para beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência, habilitadas⁶³.

Sobre a reserva de vagas, a Lei Nº 8.213/1991⁵², artigo 93, prevê que a empresa com cem ou mais empregados está obrigada a preencher uma porcentagem de seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

- até 200 empregados - 2%,
- de 201 a 500 empregados – 3%,
- de 501 a 1.000 empregados – 4%,
- mais 1.001 empregados – 5%.

Essa legislação ainda prevê que a dispensa de trabalhador reabilitado ou de deficiente habilitado ao final de contrato por prazo determinado de mais de 90 (noventa) dias, e a imotivada, no contrato por prazo indeterminado, só poderá ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante.

Aos auditores fiscais do trabalho caberá a fiscalização das empresas quanto ao cumprimento dessa legislação.^{(4) 63}

Apesar da legislação protetiva, apenas 26,2% da Lei de Cotas é cumprida e de 4 vagas previstas, apenas 1 é preenchida.⁹²

Dados da Relação Anual de Informações Sociais⁽⁵⁾ RAIS, entre 2007 e 2011, deixam clara a diferença entre o número de trabalhadores com e sem deficiência no mercado de trabalho formal, conforme Tabela 1^{95,96,97,98,99}.

Tabela 1 – Total de trabalhadores formais com e sem deficiência segundo a RAIS 2007-2011

Tipo de Deficiência	2007	2008	2009	2010	2011
Física	175.377	177.834	157.805	166.690	174.207
Auditiva	98.236	79.347	65.613	68.819	73.579
Visual	10.275	12.428	14.391	17.710	21.847
Mental	8.407	10.864	13.120	15.606	18.810
Múltipla	5.839	3.517	3.506	3.845	4.144
Reabilitado	48.907	37.916	34.158	33.343	32.704
Total de Deficientes	348.818	323.210	288.593	306.013	325.291
Total de Não Deficientes	37.258.612	39.118.356	40.918.953	43.762.342	45.985.340
Total de Trabalhadores Formais	37.607.430	39.441.566	41.207.546	44.068.355	46.310.631
% de Deficientes	0,9275242	0,8194654	0,7003402	0,6944053	0,7024111

Fonte: Adaptada da RAIS^{95,96,97,98,99}

Em 2012, o Ministério do Trabalho e Emprego publicou a Instrução Normativa nº 98, que dispõe sobre procedimentos de fiscalização do cumprimento, por parte dos empregadores, das normas destinadas à inclusão no trabalho das pessoas com

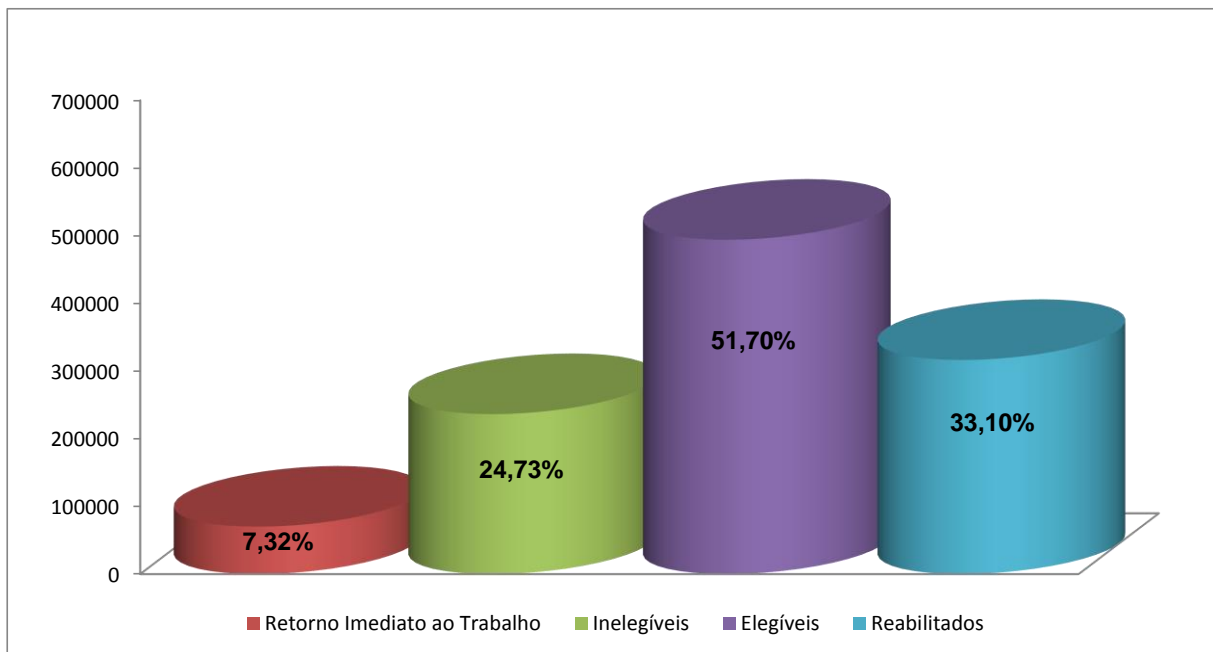
⁴ De acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2013), no caso de descumprimento poderá ser lavrado auto de infração com a consequente imposição de multa administrativa. Igualmente é possível o encaminhamento de relatório ao Ministério Público do Trabalho para as medidas legais cabíveis. Audiências públicas com empresários, autoridades públicas e organizações não governamentais são dirigidas pelo Ministério Público do Trabalho e Ministério do Trabalho. Caso haja descumprimento da lei, o Ministério Público do Trabalho tentará compor um Termo de Ajuste de Conduta (que não exime a empresa infratora do descumprimento da lei) e estipulará prazo para sua adequação. Sendo impossível o entendimento, ajuíza-se Ação Civil Pública, que fixará multa inerente à obrigação de contratar, até que a cota se preencha, bem como indenização social pelo descumprimento da lei.

⁵ Instrumento de coleta de dados instituída pelo Decreto nº 76.900, de 23/12/75. Sua declaração é anual e obrigatória a todos os estabelecimentos existentes no território nacional, independente de possuírem ou não empregado. Ela contempla todos os empregados formais celetistas, estatutários, temporários, avulsos, entre outros. Tem por objetivo o controle da atividade trabalhista no País (MTE/RAIS/2013).

deficiência e beneficiários reabilitados da Previdência Social¹⁰⁰. Para além da finalidade de garantir que a lei de cotas seja cumprida, esta instrução visa assegurar o exercício pleno e equânime do direito ao trabalho e a promoção do respeito à dignidade da pessoa humana, conforme estabelece a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, promulgados por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009¹⁰¹.

Quanto ao desfecho do segurado no serviço de RP, no Gráfico 2 pode ser verificado que no período de 1990 à 2011, dos 955.296 segurados que foram registrados no serviço de Reabilitação Profissional em 22 anos (1990-2011), 24,73% (236.265 segurados) foram considerados inelegíveis para o PRP, 7,32% (69.981 segurados) tiveram retorno imediato ao trabalho, 51,70% (493.914 segurados) foram considerados elegíveis para PRP e destes 33,10% (316.269 segurados) foram considerados reabilitados⁹¹.

Gráfico 2 – Desfechos dos segurados registrados no serviço de RP de 1990 à 2011



Fonte: Elaboração Própria adaptado de AEPS 2011⁹¹

3.3.6 Recursos Materiais e Orçamento da Área de Reabilitação Profissional

O orçamento do serviço de Reabilitação Profissional está previsto na Lei Orçamentária Anual – LOA, destinado à Previdência Social Básica. É designado como Ação 2585 – Reabilitação Profissional e destina-se à compra de recursos

materiais indispensáveis para a programação profissional dos segurados atendidos no serviço de Reabilitação Profissional⁸⁷, como:

- Cursos profissionalizantes;
- Instrumentos de trabalho (conjunto de materiais imprescindíveis ao exercício de uma atividade laborativa, na condição de contribuinte individual ou microempresário, compreendendo: máquinas, acessórios, ferramentas e aparelhos indispensáveis para o desempenho da função a ser exercida. Não são considerados instrumentos de trabalho: matéria-prima de transformação e outros materiais que se destinem à comercialização direta);
- Implemento profissional (conjunto de materiais indispensáveis para o desenvolvimento da formação/treinamento profissional compreendendo, dentre outros, materiais didáticos, instrumentos técnicos e equipamentos de proteção individual);
- Órteses e próteses (próteses - dispositivos utilizados com a finalidade de substituir um membro e órteses - aparelhos de correção ou complementação).

Esse orçamento também é utilizado para custear diárias, passagem terrestre/aérea e pesquisas externas que são realizadas pela equipe de Reabilitação Profissional para subsidiar as ações do PRP.

Caso necessário, o segurado também irá receber o pagamento de diárias, auxílio-transporte e/ou alimentação para se deslocar para os cursos profissionalizantes ou treinamento na empresa, porém este custeio é feito com a ação orçamentária da área de benefícios.

O recurso material é concedido ao segurado seguindo critérios que serão observados pela equipe que conduz o PRP e mediante processo licitatório, conforme Lei 8.666/93⁸⁷.

3.3.7 Indicadores da Área de Reabilitação Profissional

Para avaliar o desempenho do serviço de Reabilitação Profissional existem dois indicadores⁸⁷.

O primeiro é denominado de Índice de Segurados Reabilitados – ISR, feito a partir do cálculo do número de segurados reabilitados dividido pelo número de segurados elegíveis para o programa, multiplicados por 100.

Se o ISR for menor que 20%, então será considerado crítico; se estiver entre 20 a 49%, então se exige atenção e se estiver entre 50 a 100%, então será considerado bom.

O segundo indicador serve para mensurar o tempo que um segurado permanece em processo de Reabilitação Profissional, conhecido por Tempo Médio de Permanência do Segurado em Processo de Reabilitação Profissional – TMPRP. O cálculo deste índice é realizado com o somatório dos tempos entre a data do encaminhamento ao Serviço de Reabilitação Profissional e a data do desligamento do Programa de Reabilitação Profissional, dividido pelo número de segurados/beneficiários desligados da Reabilitação Profissional na competência mensal do desligamento⁸⁷.

3.3.8 Sistemas Informativos da Área de Reabilitação Profissional

Além dos indicadores que avaliam o desempenho mensal das equipes, o serviço ainda conta com o Sistema de Reabilitação Profissional – SRP, que tem por objetivo informatizar o serviço de Reabilitação Profissional e propiciar a obtenção de informações, de maneira eficaz e consistente.

Além do SRP, as equipes utilizam o Sistema de Administração Benefícios por Incapacidade – SABI, que tem como principais funções a concessão, atualização, revisão de benefícios, agendamento de Perícia Médica e registro dos atendimentos de Reabilitação Profissional inicial e subsequentes realizados pelos Responsáveis pela Orientação Profissional e Perito Médico⁸⁷.

Assim, após apresentar as etapas e como é operacionalizado o atual Programa de Reabilitação Profissional do INSS, o tema a seguir irá tratar do processo de retorno do segurado ao trabalho e dos seus facilitadores e dificultadores.

3.4 O PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO

Uma vez finalizado o Programa de Reabilitação Profissional, o segurado experimenta um novo momento, o de retornar ao trabalho. Esse é um período que gera grande expectativa e apreensão no segurado a respeito da forma como será recebido pela chefia e pelos colegas, além disso, algumas vezes existe o desconforto da doença ou da lesão e a preocupação de que a atividade para o qual foi reabilitado agrave sua condição de saúde, pois muitas vezes, o segurado retorna

sem ter se recuperado completamente, especialmente, quando acometido por doenças crônicas.

Para Souza e Faiman¹⁰², o retorno às atividades laborais é uma experiência rica de significados pessoais e muitas vezes bastante difícil em que novas questões se conjugam à vivência do afastamento, do adoecimento e mesmo da atividade em si, conferindo novos sentidos à ele.

O afastamento do trabalho implica uma série de custos econômicos e sociais. Burt¹⁰³ acredita que a incapacidade para o trabalho pode gerar a reversão nos papéis dentro da família, assim como mudanças no estilo de vida. Estas geralmente são causadas por dificuldades financeiras, inatividade forçada, dependência, depressão ou, ainda, como respostas de inadequada adaptação psicossocial. A existência de uma incapacidade permanente acarretará altos custos econômicos e sociais, por essa razão, recuperar o papel de trabalhador, pode reduzir estes custos em nível individual e social.

Na pesquisa de Young et. al.¹⁰⁴ se discute que o retorno ao trabalho é um processo dinâmico que inclui interações com outros indivíduos e com o meio ambiente. Esse processo incluem cinco grupos interessados: os trabalhadores, os empregadores, os prestadores de cuidados de saúde, os contribuintes e a sociedade. O processo de retorno ao trabalho tem início com a incapacidade do trabalhador e engloba uma série de eventos e fases. De acordo com esses autores as fases do processo são: 1) afastamento do trabalho ("*off-work*"): etapa na qual é imprescindível a recuperação física parcial antes do retorno ao trabalho; 2) retorno ao trabalho ("*re-entry work*"): momento em que o trabalhador recomeça seu trabalho, podendo ser no mesmo local ou em outro, desde que possa ser realizado de forma satisfatória para todas as partes. Durante esta fase, o desempenho provavelmente será monitorado e o objetivo estabelecido poderá ser reavaliado; 3) Manutenção: durante esta fase, o trabalhador se esforça para atingir o objetivo estabelecido e considera o desejo de ir além dessa finalidade; 4) Avanço: Durante esta fase o trabalhador procura avançar, pode qualificar-se para tarefas e responsabilidades de trabalho de nível superior. O indivíduo pode buscar outras opções de emprego além da atividade pós-lesão, concluindo com a realização plena de seu potencial laboral.

Nesse processo dinâmico, a literatura aponta uma série de aspectos instrumentais no processo de retorno ao trabalho que merecem atenção, pois o estudo de Ekbladh¹⁰⁵ aborda que no processo de retorno ao trabalho a avaliação da

capacidade para o trabalho desempenha um papel importante. No entanto, a falta de instrumentos de avaliação válidos e confiáveis é uma preocupação. Além disso, a intervenção deve incluir uma equipe multiprofissional para realizar a avaliação global da capacidade do indivíduo para retornar ao trabalho e que consiga captar a percepção subjetiva deste trabalhador.

Para além dessas ações, Shaw et. al.¹⁰⁶ ressaltam a importância de uma abordagem multidimensional que integre a perspectiva do indivíduo: o significado pessoal da incapacidade e a relevância pessoal do trabalho que será exercido. Deve se levar em consideração além das percepções subjetivas dos indivíduos, as questões pessoais e ambientais envolvidas, pois estas influenciam no comportamento de retornar ao trabalho.

Considerando a necessidade de compreender melhor o processo de retorno ao trabalho, Pransky et. al.¹⁰⁷ constataram, em revisão de literatura sobre o tema, que apesar da abundância de pesquisas sobre retorno ao trabalho, o conceito é muitas vezes mal definido, e não há acordo substancial sobre o que constitui um retorno ao trabalho bem-sucedido. Os autores também identificaram que a pesquisa sobre o retorno ao trabalho levou a significativos avanços na compreensão sobre esse fenômeno, porém, apesar disso, verifica-se que as taxas de incapacidade para o trabalho não mudaram significativamente no mundo desenvolvido, e os custos associados à essa incapacidade aumentaram dramaticamente, afetando significativamente o bem-estar econômico e individual.

Tanto o afastamento quanto o retorno ao trabalho são novos processos que o indivíduo terá que enfrentar. Assim, a literatura tem buscado identificar os facilitadores e os dificultadores envolvidos nesse processo e é o tema que será abordado a seguir.

3.4.1 FACILITADORES E DIFICULTADORES NO PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO

A literatura que trata sobre o processo de retorno ao trabalho oferece uma variedade de pesquisas que tratam dos facilitadores ou preditores deste processo, bem como sobre os dificultadores, barreiras ou obstáculos para o trabalhador retornar à atividade laboral após passar por programas de reabilitação profissional.

A pesquisa de Gard e Sandberg¹⁰⁸ envolve a questão da motivação no processo de retorno ao trabalho, chegando à conclusão que o retorno ao trabalho é fortemente influenciado pelo relacionamento no ambiente laboral. Também são relevantes a forma como o indivíduo se sente em relação ao seu trabalho, o sentimento de estar contribuindo de forma útil, de pertencer e ser necessário no local de trabalho.

A comunicação com os supervisores e o controle sobre as tarefas de trabalho também são importantes para a motivação do trabalhador. Outro aspecto relevante envolve a questão da dor. Os participantes no estudo consideraram que quando se sentem motivadas no ambiente de trabalho, a dor não é um fator de impedimento para o retorno, pois o trabalho torna-se terapia em que a pessoa aprende a lidar com a dor.

Outro facilitador envolve a precocidade no retorno ao trabalho. Nesse sentido, Sokoll¹⁰⁹ defende o modelo canadense de reabilitação que diz: “Não reabilitar pessoas com a finalidade de fazê-las retornar ao trabalho, mas fazê-las voltar ao trabalho para reabilitá-las”. Para esse autor é necessário seguir as seguintes diretrizes: integração de parâmetros preventivos; a abordagem articulada de serviços preventivos e de reabilitação, que abre o caminho para a garantia de qualidade no tratamento de vítimas de acidentes; colaboração entre serviços médicos ocupacionais e de reabilitação, com atenção especial à prevenção pela parte dos médicos responsáveis pela reabilitação; envolvimento ativo das empresas em medidas para proteger os empregados de acidentes; relação próxima entre segurados e empresas; o segurado como ator principal, já que o acidentado deve ser o mestre de sua própria reabilitação ou desempenhar o papel principal no time da reabilitação.

Um dos maiores estudos realizados sobre incapacidade e retorno ao trabalho foi desenvolvida por Bloch e Prins¹¹⁰, sob o auspício da Associação Internacional de Seguridade Social (AISS). Trata-se de um estudo comparativo (coorte), realizado em seis países (Dinamarca, Alemanha, Israel, Holanda, Suécia e Estados Unidos), em um período de 24 meses e envolveu 4.858 indivíduos. Neste estudo, quanto às características demográficas, ficaram evidentes que as maiores taxas de retorno ao trabalho estavam relacionadas à faixa etária de 24-44 anos, a respeito do gênero os homens tiveram uma taxa de retorno superior ao das mulheres, a cerca do estado civil foi identificado que indivíduos que moravam sozinhos apresentavam um índice

de retorno ao trabalho consideravelmente menor do que indivíduos que viviam em outro tipos de composição familiar e quanto à escolaridade quanto menor o nível educacional, menores também foram as taxas de retorno ao trabalho.

Esse estudo ainda evidenciou que a intervenção o mais precoce possível é essencial para o retorno bem-sucedido. A adaptação do local de trabalho e a flexibilidade do expediente também são fatores determinantes para a reintegração no trabalho; além disso, as regras de proteção ao emprego facilitam muito o retorno; e, finalmente, a relação entre empregados e empregadores deve ser sempre valorizada.

Selander et. al.¹¹¹, em pesquisa para identificar os fatores associados ao retorno ao trabalho após Reabilitação Profissional para indivíduos com distúrbios musculoesqueléticos (na região do pescoço, ombros e membros superiores), constataram que pessoas com maiores possibilidades de retorno ao trabalho são:

- aquelas que passaram por um programa de Reabilitação Profissional em que o programa se caracteriza por uma equipe multidisciplinar e tem início precoce; àquelas pessoas que se sentiram satisfeitas com o programa e concluíram até o final;
- tiveram o ambiente de trabalho adaptado e com mudança em suas tarefas; trabalham em empresas de grande porte;
- pessoas que não recebiam benefício social;
- são mais jovens,
- são nativas;
- tem escolaridade superior;
- moram em região urbana;
- tem emprego estável e de alta renda;
- são casadas e têm redes sociais estáveis;
- são autoconfiantes;
- não deprimidas;
- tiveram menor tempo de afastamento do trabalho;
- apresentam nível baixo de severidade da doença;
- ausência de dor;
- histórico de trabalho anterior longo;
- um empregador que se preocupa e deseja o retorno dessa pessoa.

Os autores ainda concluem que “infelizmente, pessoas com este perfil são raramente encontradas entre os doentes crônicos”.

Em função do afastamento do trabalho o indivíduo pode experimentar uma série de perdas, que muitas vezes constituem barreiras para o retorno.

Gatchel¹¹² em sua pesquisa observou que o afastamento do trabalho acarreta uma série de perdas que podem gerar problemas emocionais significativos e

seguem um efeito cascata, podendo interferir inclusive sobre a saúde física do trabalhador. Entre essas perdas identificou: a perda econômica, de relacionamentos no trabalho, de redes de apoio social, assim como o estigma social de se encontrar em benefício ou de estar “desativado”, culpa sobre a deficiência/doença, perda de atividades recreativas e do respeito da família e dos amigos.

Outro aspecto abordado no estudo de Gatchel¹¹² é sobre o ganho secundário da compensação financeira, pois segundo a percepção do autor, “se os pacientes são pagos para estar doentes, eles podem aprender a continuar parecer doentes”. Para o autor, quando se suspende o pagamento do benefício espera-se que as pessoas vão voltar ao funcionamento normal, no entanto, quando a recompensa financeira para, os comportamentos muitas vezes não mudam. As pessoas podem continuar a se comportar de uma forma que lhes permite evitar a atividade.

Quanto à questão de receber uma compensação financeira, como o benefício de auxílio-doença, Lysgaard, Fonager e Nielsen¹¹³ concluíram que pessoas que recebem uma compensação financeira eram menos propensas a voltar a trabalhar. O risco de não retornar ao trabalho aumentou com idade, com experiência laboral inferior a 01 ano e morar em habitação alugada. Por outro lado, ser um trabalhador qualificado na ocupação anterior reduziu esse risco.

Ahlgren et. al.¹¹⁴ realizaram uma pesquisa (“*follow-up*”) com 815 pessoas que passaram por um programa de reabilitação profissional, na Suécia, tendo por como objetivos avaliar a estabilidade do retorno ao trabalho após passar pelo PRP e analisar quais foram os aspectos positivos para os clientes que permaneceram no trabalho. Dos participantes, 52,4% tinham atingido a capacidade de trabalho completo logo após concluída a RP, mas esta proporção tinha diminuído para 37,4% dois anos mais tarde. O grupo que retornou ao trabalho caracterizou-se por um menor período de afastamento, possuíam vínculo empregatício e receberam treinamento no trabalho como uma medida de reabilitação profissional. Esses autores concluíram que os clientes com as melhores probabilidades de permanecer no trabalho, dois anos após a reabilitação profissional, tinham sido aqueles com período curto de afastamento, que passaram por formação profissional, com idades entre 16-29 anos e que foram empregados na indústria.

Ainda em 2007, o Institute for Work & Health¹¹⁵ de Toronto/Canadá, lançou os “Sete Princípios para o retorno bem-sucedido ao Trabalho”. Os princípios,

apresentados a seguir, foram desenvolvidos a partir de uma revisão sistemática da literatura:

- 1 – o local de trabalho tem um forte compromisso com a saúde e segurança;
- 2 - o empregador faz as modificações necessárias para os trabalhadores acidentados / doentes com a finalidade de favorecer um retorno mais rápido, com segurança na execução de atividades adequadas às suas capacidades;
- 3 - garantir que o trabalhador retorne sem prejudicar os colegas de trabalho e supervisores;
- 4 - os supervisores devem ser treinados em prevenção da incapacidade para o trabalho e incluídos no planejamento para o retorno ao trabalho;
- 5 - o empregador deverá estabelecer um contato inicial e atencioso com os trabalhadores acidentados / doentes;
- 6 – deverá existir um responsável por coordenar o processo de retorno ao trabalho;
- 7 – os empregadores e os prestadores de cuidados de saúde devem comunicar-se a respeito das necessidades exigidas pelo local de trabalho, levando em consideração o consentimento do trabalhador.

Em um estudo de coorte, realizado por Bültmann et. al.¹¹⁶, avaliaram após 01 e 06 meses da lesão, um grupo de 632 trabalhadores com distúrbio osteomuscular em membros superiores e que recebiam seguro do Conselho de Segurança do Trabalho. Na análise após os 06 meses, os resultados apontaram que os trabalhadores que foram acompanhados após 01 mês da lesão, relataram menos dor, menor incapacidade funcional, melhor saúde física e mental, menos sintomas depressivos e menos limitações de trabalho em comparação com aqueles que apresentaram ausências no trabalho ou que nunca mais voltaram a trabalhar. Esses resultados sugerem que um retorno ao trabalho não equivale a uma recuperação completa dos distúrbios osteomusculares. Os trabalhadores que tiveram um suporte para o retorno ainda relataram significativas limitações de saúde, em comparação com a população em geral e dificuldades no cumprimento das exigências do trabalho.

No intuito de identificar elementos de sucesso nos programas de Reabilitação Profissional para pessoas com dores no pescoço, ombro e membros superiores, os autores Meijer, Sluiter e Frings-Dresen¹¹⁷ detectaram que quanto maior for o afastamento mais difícil é o retorno ao trabalho. Também observaram que o retorno ao trabalho foi mais rápido quando o condicionamento físico foi combinado com mudanças no ambiente ocupacional e nas atividades laborais. A combinação de intervenção psicológica, física e no ambiente de trabalho, aliada a exercícios de

relaxamento, são úteis para promover o retorno ao trabalho, pois ampliam as expectativas de recuperação dos participantes.

McCluskey, Burton e Main¹¹⁸ realizaram um estudo de coorte para avaliar o gerenciamento de cinco programas de retorno ao trabalho. Em dois locais foram realizadas intervenções e outros três locais serviram de controle. Concluíram que um programa sistemático para o gerenciamento de ausência de doença pode ajudar as pessoas a voltar a trabalhar mais cedo. Programas bem-sucedidos precisam se concentrar em intervenção precoce, melhorar a comunicação e proporcionar mudanças nos ambientes de trabalho. Além desses aspectos, avaliaram que a correta aplicação de um programa é tão importante quanto o seu desenho.

No Brasil, Gravina, Nogueira e Rocha¹¹⁹ estudaram o programa de reabilitação profissional de uma grande instituição financeira pública nacional. A pesquisa foi realizada com 210 pessoas com diagnóstico de Lesões por Esforços Repetitivos (LER).

Como aspectos facilitadores foram identificados o fato do trabalhador ter participado do grupo de apoio dentro do banco, tiveram acompanhamento multidisciplinar e puderam discutir as atividades laborais antes da recolocação. Assim, os autores identificaram que quando os trabalhadores foram preparados física e psicologicamente, encontraram receptividade nas suas unidades de trabalho, bem como tiveram tarefas bem negociadas e adequadas às suas restrições, foram melhor sucedidos no retorno. Entre os dificultadores os autores citaram que os mais enfatizados pelos participantes da pesquisa foram as características da organização do trabalho que geram elevadas exigências no trabalho e que nem sempre podem ser acompanhadas pelos trabalhadores readaptados, e as dificuldades nas relações com os gerentes.

Os autores concluíram que reabilitação foi possível de ser efetuada, apesar de representar uma atividade complexa para os trabalhadores e para a sociedade, e que os fatores ligados ao sucesso ou ao fracasso nessa atividade estão pautados em dois aspectos: organização do trabalho e suporte social. Assim, qualquer ação de reabilitação profissional no contexto do trabalho deve necessariamente contemplá-los.

O retorno ao trabalho de metalúrgicos afastados por LER/DORT foi abordado no estudo de Scopel¹²⁰. Como facilitadores identificou: troca de função, possibilidade do trabalhador controlar a execução das atividades, apoio dos colegas e supervisão.

Como agentes dificultadores obteve: alta prematura para o trabalho; retorno para a mesma função (ou semelhante); ausência de programas de retorno ao trabalho; dificuldades no relacionamento com supervisores/colegas; dificuldades de impor limites na execução das tarefas; acompanhadas de medo de ser demitido/discriminado na busca de um novo emprego; e de vivências de impotência e insegurança quanto ao futuro.

Sardá Jr. et. al.¹²¹ examinaram os dados de 425 trabalhadores oriundos de um serviço de reabilitação profissional, entre novembro de 2007 e setembro de 2008, com relação aos fatores clínicos, demográficos e psicossociais e retorno ao trabalho. Os resultados não evidenciaram diferenças significativas entre os trabalhadores atendidos que retornaram ao trabalho e os que não retornaram quanto às variáveis idade, gênero, intensidade da dor, local da dor e tempo de afastamento. Por outro lado, os fatores tempo de trabalho, salário, nível de incapacidade e depressão contribuíram para o não retorno ao trabalho nesta população.

Outro estudo que identificou os facilitadores e barreiras para retorno ao trabalho foi realizado por Toldrá e cols.⁶ A pesquisa foi desenvolvida por um grupo de Terapia Ocupacional, no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), em 2008, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF⁽⁶⁾, com um grupo de 10 trabalhadores, que apresentavam um longo período de afastamento e sem resolutividade. O uso da CIF ampliou a visão das condições de saúde dos trabalhadores e favoreceu a compreensão da influência de serviços, sistemas e políticas nas diferentes áreas. As principais barreiras ao retorno ao trabalho foram a ausência de adequados programas de reabilitação profissional e a insuficiente comunicação entre os atores dos diferentes níveis administrativos e políticos. Os principais facilitadores foram as atitudes e os comportamentos individuais dos profissionais de saúde do CRST, que forneceram acolhimento e suporte.

A pesquisa de Maeno e Wünsch Filho¹²² abordou a análise do processo de reinserção no mercado de trabalho de trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos (LER), desligados de uma empresa eletroeletrônica da região

⁽⁶⁾ Trata-se de uma classificação criada pela Organização Mundial da Saúde - OMS em 2001 e tem como proposta um modelo biopsicossocial, com linguagem unificada e padronizada, descrevendo a funcionalidade do indivíduo, por contemplar as estruturas e funções do corpo, as atividades e a participação, influenciadas pelos fatores ambientais e pessoais. Assim, a classificação a incapacidade estaria relacionada às limitações em se realizar uma atividade ou às restrições na participação devido à complexidade de condições, muitas vezes geradas pelos fatores ambientais⁶.

metropolitana de São Paulo. Foram respondidos 250 questionários de trabalhadores que haviam tido comunicações de acidentes de trabalho (CAT) emitidas por LER no período de 1987 à 1992. Em 1994, um total de 195 trabalhadores continuavam desempregados (89,2%). Entre as dificuldades alegadas para a reinserção no mercado de trabalho, as mais citadas foram: sintomas nos braços, limitação funcional, estigma da doença e a condição de ex-funcionário da empresa em questão. Com base nestes resultados, os autores destacam: a obrigação do empregador de oferecer condições de trabalho adequadas, a necessidade de se repensar o sistema de proteção e vigilância à saúde do trabalhador, bem como de estabelecer uma política pública de reabilitação profissional.

Cabral et. al.¹²³ realizou um estudo com 35 trabalhadores que retornaram ao trabalho após um trauma de mão e analisou os fatores associados a este desfecho após três anos de alta da reabilitação. O estudo confirmou a natureza multifatorial do retorno ao trabalho. Como fatores que contribuíram para o sucesso desse retorno foram identificados: relações interpessoais saudáveis; boa acolhida no ambiente de trabalho; a presença de um profissional para acompanhar o processo; a implementação de alguns ajustes no posto e no horário de trabalho, possibilitando a continuidade do tratamento; e o auxílio-acidente. Como fatores dificultadores da readaptação os trabalhadores citaram: características da organização do trabalho; problemas em relação aos colegas e elevadas exigências nas tarefas.

A pesquisa apontou a importância de uma avaliação individualizada, centrada no trabalhador. Mesmo com limitações funcionais, os trabalhadores destacaram seu desejo de voltar a trabalhar, confirmando assim as evidências de que o sucesso no RT não implica necessariamente a completa recuperação de uma lesão. A necessidade de acompanhamento e de suporte aos trabalhadores durante a volta ao trabalho também ficou evidente, sendo o medo de uma nova lesão sempre destacado.

No Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, em Piracicaba/SP, Takahashi et. al.¹²⁴ desenvolveram um projeto-piloto em reabilitação profissional para adoecidos de LER/DORT. Este projeto foi fundamentado na atenção terapêutica multidisciplinar, sendo desenvolvido por uma equipe técnica composta de médica, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e socióloga. Os resultados apresentados pelos autores mostraram o impacto positivo do programa terapêutico de reabilitação profissional no resgate da autonomia, da

autoestima e da capacidade de ressignificar o futuro dos trabalhadores acompanhados. Como barreiras no retorno ao trabalho identificaram a permanência das condições patológicas que geraram o adoecimento. Os autores propõem a implantação dos conceitos teóricos da Classificação de Incapacidade e Funcionalidade (CIF) na avaliação de incapacidade dos médicos-peritos do INSS, representando uma mudança no paradigma da incapacidade e capacitação em Ergonomia, pela abordagem da Análise Ergonômica do Trabalho - AET, para a desconstrução da ideologia do trabalho "omniprofissional".

Cestari e Carlotto¹²⁵ realizaram entrevistas semiestruturadas com cinco segurados que participaram do Programa de Reabilitação Profissional do INSS, os quais foram readaptados na empresa de vínculo, estavam em exercício profissional há mais de seis meses e em seu primeiro processo de readaptação. A maioria dos relatos, de um modo geral, deixa clara a falta de integração entre os objetivos do Programa de Reabilitação Profissional por parte do INSS e as empresas. O INSS, através do trabalho de seus profissionais, é percebido como facilitador no processo de reabilitação, que por sua vez é desconsiderado pelas empresas.

De acordo com os depoimentos dos segurados os fatores que dificultaram a adaptação ao novo trabalho foram: exercer uma função com a qual não se identificavam, a reorganização de horários para refeições, formação de vínculo com colegas novos, acomodação por ficar muito tempo em casa, medo do retorno após tanto tempo de afastamento, recolocação em setores onde precisavam trabalhar sozinhos sem comunicação com outros trabalhadores, aceitação dos limites impostos em função da doença ou acidente no trabalho.

Dentre os aspectos que promoveram o retorno os participantes relataram que o relacionamento com chefias e colegas foi um elemento facilitador de seu processo de reingresso à empresa; as famílias mostraram-se acolhedoras em relação ao período em que os participantes ficaram afastados e, ao mesmo tempo, deram estímulo para que estes retornassem para suas atividades laborativas após a conclusão da reabilitação no INSS.

Após apresentar os aspectos facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho na literatura nacional e internacional, no próximo capítulo será apresentado o percurso metodológico deste trabalho a fim de atingir os objetivos propostos.

CAPÍTULO 4 - MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO

Estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados foi obtida por meio da realização de entrevistas e análise de dados documentais dos prontuários e sistemas informativos de trabalhadores submetidos ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS.

4.2 POPULAÇÃO

A população estudada foi composta pelos segurados que foram reabilitados por meio do Programa de Reabilitação Profissional, da Gerência Executiva do Distrito Federal (GEX DF) do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), entre os meses de Janeiro a Dezembro do ano de 2011.

4.2.1 AMOSTRA

Foram considerados os dados dos prontuários e dos sistemas informativos relativos aos 113 segurados que foram desligados mediante códigos para o retorno ao mercado de trabalho e possuíam vínculo empregatício quando registrados no Programa de Reabilitação Profissional da Gerência Executiva do Distrito Federal, no período de Janeiro à Dezembro de 2011.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

4.3.1 Procedimento de coleta de dados

Este trabalho foi realizado com base em constante busca de referências bibliográficas que tratavam sobre o tema.

A etapa de coleta de dados quantitativos, com a finalidade de caracterizar o perfil sócio-demográfico e ocupacional dos segurados reabilitados pelo PRP e

relacioná-las posteriormente com os facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho presentes na literatura, foi obtida por meio:

- dos prontuários do serviço de Reabilitação Profissional, que contém todo o histórico do afastamento do segurado do mercado de trabalho e a participação no Programa de Reabilitação Profissional. Não foram localizados 08 prontuários e, por este motivo, alguns resultados serão apresentados de forma parcial;
- dos Boletins Estatísticos da Previdência Social referentes à Gerência Executiva do Distrito Federal;
- dos sistemas da Previdência Social que contém os dados relativos ao benefício e histórico profissional da carteira de trabalho (Plenus e CNIS);
- e do Sistema utilizado pela equipe de Reabilitação Profissional e pela Perícia Médica do INSS que contém os dados dos segurados atendidos durante o PRP (SABI – Controle Operacional).

A etapa de coleta de dados qualitativos, com o objetivo de identificar a percepção acerca dos facilitadores e dificultadores no retorno ao mercado de trabalho dos segurados que foram reabilitados pelo PRP e dos Responsáveis pela Orientação Profissional do INSS, para posterior comparação destes aspectos com os resultados de outros estudos nacionais e internacionais, compreendeu a realização de entrevista com os segurados reabilitados e os Responsáveis pela Orientação Profissional destes segurados.

Quanto à definição do número de entrevistados, seguiram-se as recomendações de Minayo¹²⁶. Conforme esta autora é necessário prever um número de entrevistas que será balizado, posteriormente, a partir do entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para a pesquisa. Ainda, segundo essa autora, para o dimensionamento da quantidade de entrevistas foi adotado o *critério de saturação*. Esse critério é descrito por Minayo¹²⁶ como: “o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo”.

A seleção para entrevista dos segurados foi feita com base nos 45 segurados que permaneceram no mercado de trabalho 01 ano após terem sido reabilitados pelo Programa de Reabilitação Profissional, segundo dados do Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS.

Destes 45 segurados, foram agendadas entrevistas com um total de 17, mas 04 não compareceram no dia agendado. Outros 20 segurados não foram localizados (o número não estava recebendo ligações; o telefone estava programado para não receber chamadas; chamou e ninguém atendeu; disse não ter ninguém com esse

nome; caía na caixa de mensagens; o número não existia; o número de telefone não pertencia à pessoa; o telefone estava impossibilitado de receber este tipo de chamada neste momento; o número não completava a chamada; número incompleto), 4 segurados gostariam de participar da entrevista mas estavam impedidos de comparecer em razão de se encontrarem em horário de trabalho e 4 segurados não aceitaram participar da entrevista.

Assim, foram realizadas entrevistas com 13 segurados reabilitados (representando 14,69% da população).

Quanto aos Responsáveis pela Orientação Profissional, no período de Janeiro à Dezembro de 2011, a Gerência Executiva do Distrito Federal tinha um total de 10 Responsáveis pela Orientação Profissional, sendo que 08 deles atendiam na APS do Plano Piloto, 01 fazia o atendimento na APS do Gama e 01 atendia na APS de Taguatinga. A entrevista foi realizada com 08 dos 10 Responsáveis pela Orientação Profissional, pois 01 ROP se encontrava em licença médica e 01 ROP foi transferida para outra cidade.

O roteiro da entrevista com os segurados (Anexo I) e com os ROPs (anexo II) foi delineado após revisão de literatura sobre o tema e era composto pelas seguintes perguntas:

Segurados

1. O que a palavra trabalho significa para você?
2. O que significou o período de afastamento do trabalho para você?
3. Qual foi a sua percepção em relação aos aspectos facilitadores e dificultadores do seu retorno ao trabalho, de acordo com os fatores: pessoais, organizacional (empresa de vínculo), política e institucional (INSS) e outros?
4. Sentia-se apto para o retorno ao mercado de trabalho?
5. Recebeu algum tipo de treinamento ou capacitação para o retorno ao trabalho?
6. Ainda trabalha na mesma empresa após ter passado pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS e está exercendo a atividade para qual foi reabilitado/readaptado?

Responsáveis pela Orientação Profissional

1. Há quanto tempo atua ou atuou na área de Reabilitação Profissional do INSS?
2. Qual a sua percepção a respeito dos aspectos que facilitam ou dificultam o retorno do segurado ao mercado de trabalho, em relação ao próprio segurado, à empresa, à instituição (INSS) e outros?

Importante ressaltar que o instrumento foi aplicado inicialmente em dois ROPs e em dois segurados e verificou-se que as respostas atendiam aos objetivos da pesquisa. Assim o instrumento foi utilizado nas demais entrevistas que foram realizadas.

Outra observação a ser feita é que os segurados permitiram que as entrevistas fossem gravadas, porém os ROPs não permitiram e suas respostas foram transcritas no momento da entrevista.

4.3.2 Procedimento de análise de dados

Na etapa de coleta de dados quantitativos, os dados foram consolidados e armazenados em planilhas do Microsoft Excel 2010.

Para os procedimentos de análise descritiva dos dados coletados, foram utilizados os *Software RStudio*, o *Statistical Analysis Software (SAS)*, versão 9.2 e o Excel 2010.

A análise descritiva compreendeu unidades como frequência, média, desvio padrão, uso de gráficos e tabelas.

Em relação à análise qualitativa das entrevistas após realiza-las procedeu-se à conversão das entrevistas em texto para posterior análise.

Observou-se após a transcrição das entrevistas que a primeira pergunta feita aos ROPs não deveria ser considerada, pois poderia identificar algum deles.

O método selecionado para a análise das entrevistas foi a Análise de Conteúdo, proposta por Laurence Bardin¹.

Este tipo de análise é definido por Bardin¹ como o conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Sendo assim, foram seguidos os passos propostos por Bardin¹ a saber:

1) Pré-análise - nesta etapa da pesquisa, deu-se sequencia ao levantamento dos dados bibliográficos determinando o corpus da pesquisa (conjunto de dados), englobou a transcrição na íntegra das entrevistas e das observações, realizou-se a ordenação dos dados coletados, de acordo com as categorias selecionadas previamente.

2) Exploração do material - leitura exaustiva e tratamento dos depoimentos, após a categorização dos dados.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação - síntese e seleção dos resultados, que culminou nas interpretações inferenciais (momento da análise reflexiva e crítica) e deu origem aos resultados que serão apresentados adiante.

Dessa maneira, levantou-se extratos dos relatos pertinentes às categorias Facilitadores e Dificultadores e nas sub-categorias: segurado, organizacional (empresa), institucional (INSS) e outros, que foram escolhidas à priori.

A utilização desta técnica favoreceu a compreensão dos facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho, tanto na ótica dos segurados, quanto na visão dos Responsáveis pela Orientação Profissional.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Diretoria de Saúde do Trabalhador do INSS autorizou o acesso ao banco de dados dos sistemas informatizados e dos prontuários dos segurados pesquisados, desde que respeitado o código de ética de pesquisa (Anexo III).

Só foi possível a realização das entrevistas após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS, sob o parecer 398.051 de 18/09/2013 (Anexo IV).

Antes de participarem da entrevista os segurados e os Responsáveis pela Orientação Profissional receberam as orientações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo V e VI respectivamente).

5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção serão apresentados os resultados e a discussão referentes aos objetivos da pesquisa. Inicialmente serão abordadas as informações concernentes ao primeiro e ao segundo objetivo da pesquisa: caracterizar o perfil sócio demográfico e ocupacional dos segurados reabilitados pelo PRP e relacionar as características sócio-demográficas e ocupacionais dos segurados reabilitados pelo PRP com os facilitadores, e as barreiras do retorno ao trabalho. Posteriormente, serão apresentados e discutidos os resultados referentes ao terceiro e quarto objetivos: identificar a percepção acerca dos facilitadores e dificultadores no retorno ao mercado de trabalho dos segurados que foram reabilitados pelo PRP e dos Responsáveis pela Orientação Profissional do INSS e comparar os facilitadores e dificultadores do retorno do segurado ao trabalho, identificados na pesquisa, com os resultados de outros estudos nacionais e internacionais.

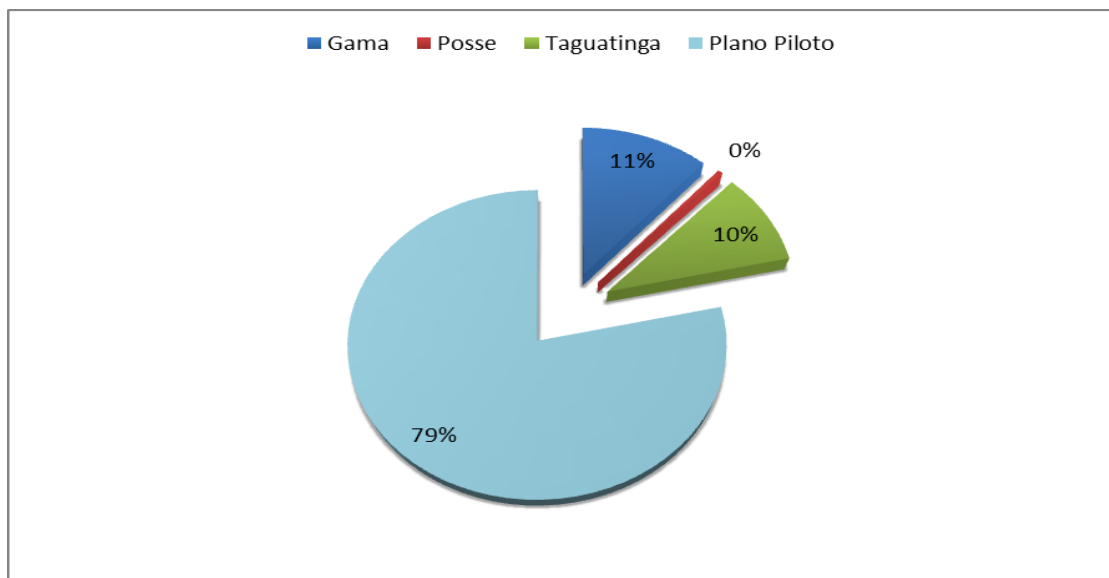
5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DOS SEGURADOS REABILITADOS PELO PRP

Como citado anteriormente, a amostra desse estudo relaciona-se aos 113 segurados que foram reabilitados pelo Programa de Reabilitação Profissional da Gerência Executiva do Distrito Federal – INSS, no período de Janeiro à Dezembro de 2011.

A seguir será apresentado uma breve contextualização que explica como foi selecionada esta amostra.

De Janeiro à Dezembro de 2011, a Gerência Executiva do Distrito Federal atendeu um total de 648 segurados no serviço de Reabilitação Profissional. Para este número de segurados o referido serviço era prestado por 10 Responsáveis pela Orientação Profissional (ROP), nas Agências da Previdência Social (APS) do Plano Piloto (509 registros), Gama (74 registros), Taguatinga (62 registros) e Posse (3 registros), conforme ilustrado no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição do registro de segurados por APS da GEX DF / 2011



Fonte: Boletim Estatístico da Previdência Social – BERP da GEX DF - 2011¹²⁷

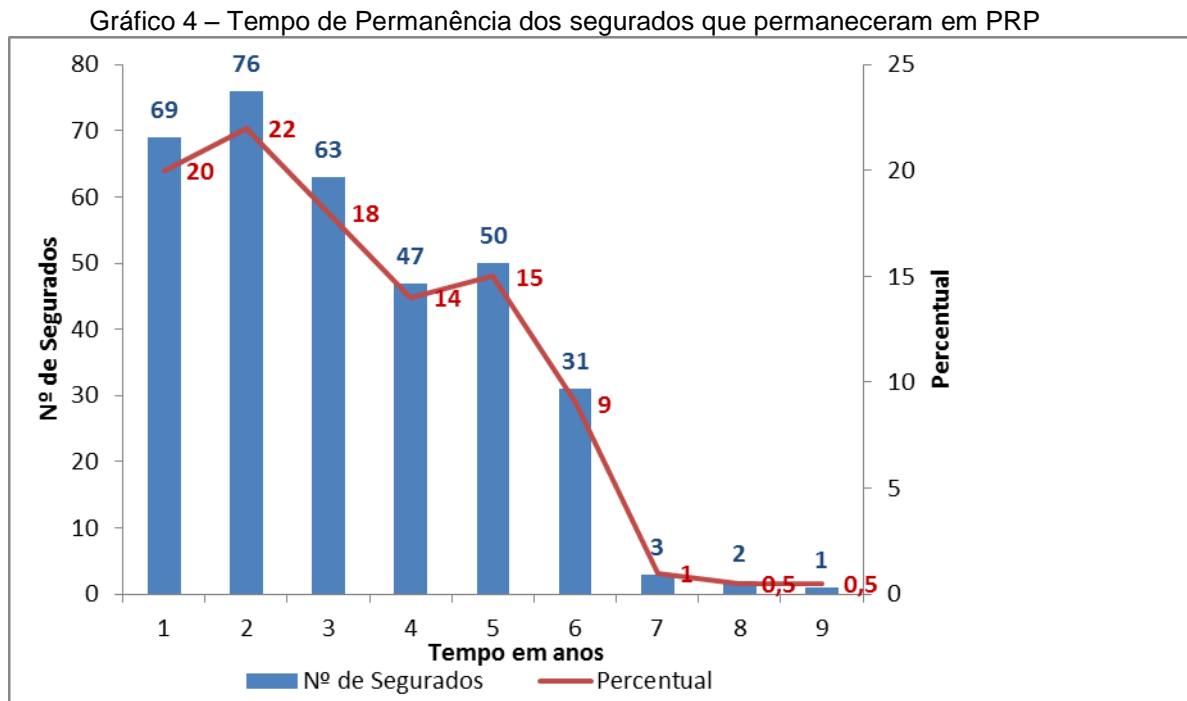
A primeira questão que deve ser ressaltada é a quantidade de segurados que foram registrados no serviço de Reabilitação Profissional do INSS e que efetivamente conseguiram retornar ao trabalho, pois de 648 registros, apenas 6 tiveram conclusão como Retorno Imediato ao Trabalho (RIT) e um total de 130 foram considerados reabilitados ao término do Programa de Reabilitação Profissional (códigos de desligamento 4.40, 4.41 e 4.42 da tabela 1), representando assim 21% do total de registrados. E outros 53% permaneceram em PRP (código 3.39 – Elegível para PRP) e 26% dos registrados tiveram outros desfechos, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 – Desfecho dos segurados registrados no serviço de RP da GEX DF - 2011

ETAPAS	DESCRIÇÃO DOS CÓDIGOS	B31	B91
	3.10 – INELEGÍVEL TEMPORÁRIO	4	4
	3.20 – INELEGÍVEL PERMANENTE	37	8
AVALIAÇÕES CONCLUÍDAS (Pré-PRP)	3.30 – RETORNO IMEDIATO AO TRABALHO	2	4
	3.39 – ELEGÍVEL	223	119
	3.60 – INSTRUÇÃO DE PROCESSO JUDICIAL CONCLUÍDO	15	14
	3.98 – NÃO NECESSITA DE PROGRAMA DE RP	3	2
	NÃO CONSTAM CÓDIGOS DE AVALIAÇÃO CONCLUÍDA	14	9
	4.40 – RETORNO À MESMA FUNÇÃO COM ATIVIDADE DIVERSA	9	16
	4.41 – RETORNO À MESMA FUNÇÃO COM TODAS AS ATIVIDADES	5	1
	4.42 – RETORNO À FUNÇÃO DIVERSA	63	36
DESLIGADOS (Pós-PRP)	4.43 – RECURSA	9	10
	4.44 – ABANDONO	3	2
	4.45 – INTERCORRÊNCIA MÉDICA	10	1
	4.47 – TRANSFERÊNCIA	3	2
	4.49 – INSUSCETÍVEL DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	15	3
	4.50 – IMPOSSIBILIDADE TÉCNICA	2	0
Subtotal		417	231
Total		648	

Fonte: Boletim Estatístico da Previdência Social – BERP da GEX DF - 2011¹²⁷

Se considerarmos os 342 segurados que permaneceram em Programa de Reabilitação Profissional (código 3.39 – Elegível), estes estavam aguardando a programação profissional (aguardando orientação profissional, curso profissionalizante, órteses ou próteses, instrumento de trabalho, implemento profissional, elevação de escolaridade, etc.) aproximadamente há 2 anos e 8 meses, como pode ser observado no Gráfico 4, o tempo de espera variou entre 1 ano há 9 anos.



Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base nos dados do BERP GEX DF/2011¹²⁷

Dos 130 segurados que foram considerados reabilitados, o objetivo deste estudo se deteve na análise do perfil do grupo de segurados que possuíam vínculo empregatício quando registrados no PRP, totalizando assim, 113 segurados.

Na análise do perfil sócio demográfico e ocupacional dessa amostra foram consideradas as seguintes variáveis: via de encaminhamento, diagnóstico pericial (Classificação Internacional de Doenças – CID-10), espécie de benefício, sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, ramo de atividade, tempo de trabalho na empresa (anos), tempo de afastamento do trabalho (anos), faixa de salário antes do benefício, e faixa de salário do benefício.

No que diz respeito ao tipo de encaminhamento para o serviço de Reabilitação Profissional, a prevalência foi de segurados encaminhados pela Perícia Médica do INSS, correspondendo a 66,37% do total, conforme tabela 3.

Tabela 3 – Via de encaminhamento para o PRP

Via de Encaminhamento	n	%
Perícia Médica	75	66,37
Judicial	30	26,54
Prontuários não localizados	8	7,079

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Sobre a clientela encaminhada via Perícia Médica do INSS, os segurados aguardaram a avaliação com um Responsável pela Orientação Profissional em média por 1 ano e 8 meses.

Quanto ao encaminhamento via judicial, os segurados aguardaram em média 1 ano e 3 meses para serem avaliados por um Responsável pela Orientação Profissional (ROP), ainda que segundo o Manual Técnico de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional⁸⁷ essa clientela deve ser atendida com prioridade. Dos 30 segurados encaminhados pela via judicial, a situação do segurado ao término do PRP foi de 15 segurados que retornaram ao benefício e apenas 10 segurados que retornaram ao mercado de trabalho, 01 estava desempregado e 04 não constavam informações de recolhimento ou contribuições. Ao analisar a situação desses 10 segurados após 1 ano do PRP, apenas 5 estavam trabalhando na mesma empresa, 3 foram demitidos, 1 retornou ao benefício e 1 foi aposentado.

É possível que o baixo número de segurados que, mesmo fazendo uso do recurso judicial, não conseguiram retornar efetivamente ao mercado, esteja relacionado, entre outros aspectos, à carência de recursos materiais utilizados no PRP desses segurados, conforme será apontado pelos Responsáveis pela Orientação Profissional mais adiante e pelos próprios segurados, que se queixaram de não terem sido devidamente qualificados/treinados para o retorno ao mercado de trabalho.

Outra razão pode ser o temor de retornar ao ambiente de trabalho com condições inadequadas / insalubres ou, ainda, o receio de serem demitidos no ato do retorno ao trabalho. Dessa forma, o segurado não vislumbrando outra opção, se utiliza da via judicial para retornar ao benefício, pois vê no benefício uma forma de manter a subsistência, mesmo tendo condições de exercer uma atividade que possa lhe garantir a renda.

No que concerne a espécie de benefício, 61 segurados recebiam o auxílio-doença previdenciário (B31) e 52 segurados recebiam o auxílio-doença acidentário

(B91). A prevalência neste grupo de segurados do Benefício por Auxílio-Doença Previdenciário (B31) em relação ao Benefício por Auxílio-Doença por Acidente de Trabalho (B91) segue a tendência de concessão destes benefícios descritos no Anuário Estatístico da Previdência Social⁴⁸. Em 2011 a Previdência Social concedeu 4,8 milhões de benefícios, dos quais 85,5% eram previdenciários, 7,3% acidentários e 7,2% assistenciais. A espécie mais concedida foi o auxílio-doença previdenciário, representando 42,4% do total, seguido da aposentadoria por idade (12,2%) e do salário maternidade (11,9%).

Para analisar se a variável “espécie de benefício” tem associação com a variável “retorno ao mercado de trabalho”, foi feito um teste Qui-Quadrado (Tabela 4).

Tabela 4 - Associação Espécie de Benefício x Retorno ao Mercado de Trabalho

Espécie	Retorno		Total
	Não	Sim	
31	38	23	61
91	22	30	52
Total	60	53	113

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

O Teste de Qui-Quadrado teve como hipótese:

H_0 : As variáveis Espécie e Retorno são independentes.

H_1 : As variáveis Espécie e Retorno são associadas.

O Resultado do teste:

Estatística do Teste (X^2): 45,029

P-Valor: 0,0338

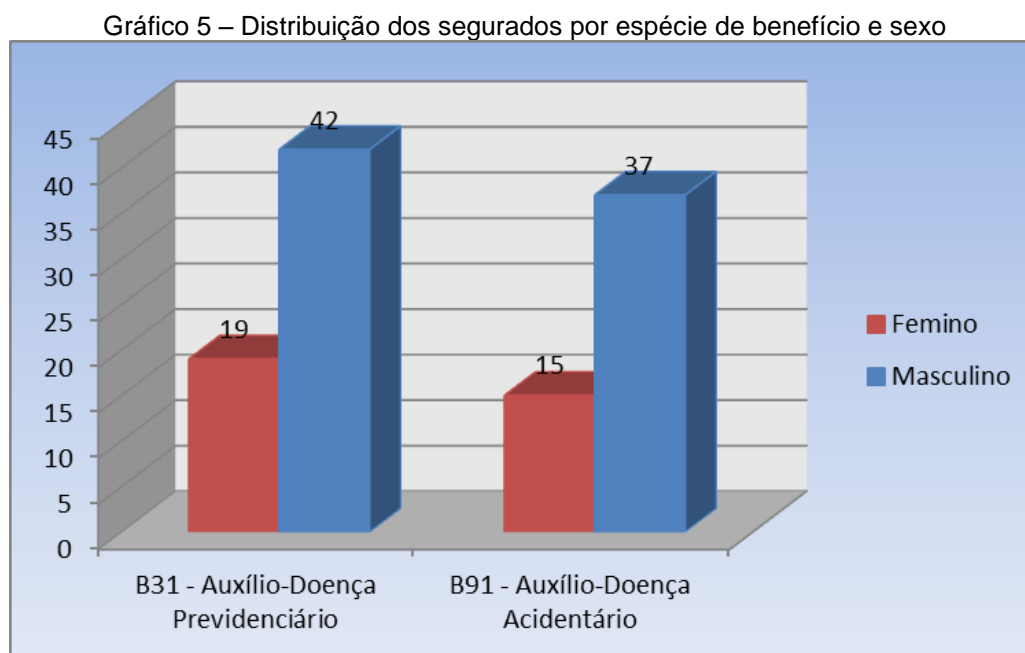
Coeficiente de Contingência(CC): 0,1958

Como o P-Valor observado é menor que o nível de significância de 5%, rejeita-se H_0 , ou seja, há evidência para concluir que a variável espécie de benefício e retorno são associadas. Como o Coeficiente de Contingência é igual a 0,1958, então se pode dizer que existe associação, porém essa associação é fraca.

Assim, ainda que a associação constatada nesta pesquisa seja considerada fraca, é possível que o maior retorno ao trabalho de segurados que recebem o auxílio-doença acidentário (B91) em comparação com o grupo de segurados que recebem o auxílio-doença previdenciário (B31), se deve pela garantia de

estabilidade de 12 meses determinadas no Artigo 18, da Lei Nº 8213/91⁵², ao trabalhador afastado por acidente de trabalho, conforme mencionado no capítulo sobre Saúde do Trabalhador desta dissertação.

Quanto ao sexo, 79 eram do sexo masculino e 34 do sexo feminino. No Gráfico 5 é mostrada a distribuição por espécie de benefício e sexo dos segurados.

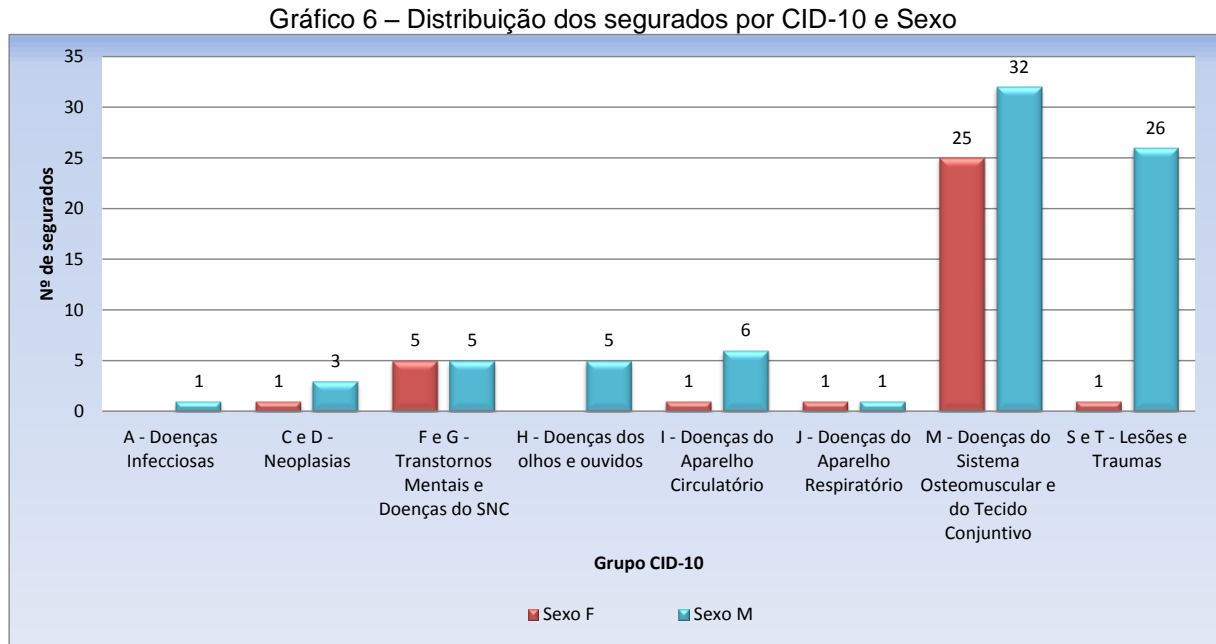


Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

No que se refere à maior concessão de auxílios doenças por sexo, em 2011, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social⁴⁸ foram concedidos 2.022.613 benefícios por auxílio-doença previdenciário, sendo 53,04% para os homens e 46,96% para as mulheres. Quanto ao auxílio-doença por acidente do trabalho foi concedido um total de 6.871 benefícios, sendo 84,92% para os homens e 15,08% para as mulheres. Assim, o grupo estudado seguiu a tendência de concessão de benefícios em âmbito nacional.

O motivo do afastamento foi identificado por meio da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) - encontrado no Formulário de Avaliação do Potencial Laboral (FAPL) dos prontuários ou Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) - sendo o principal motivo relacionado às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID do grupo M), identificados em 57 segurados. O segundo motivo de afastamento foi por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (CID do grupo S e do grupo T) identificados em 27 segurados e o terceiro motivo esteve

relacionado aos Transtornos mentais e comportamentais ou pelas Doenças do Sistema Nervoso Central (CID do grupo F e do grupo G), identificados em 10 segurados. Os outros 19 segurados correspondem a grupos menos expressivos. No Gráfico 6 é possível observar a distribuição do diagnóstico médico, com base no CID-10 e por sexo.



Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Ao relacionar o sexo com o diagnóstico médico - o principal motivo de afastamento da amostra, tanto em mulheres quanto em homens, foram as Doenças do Sistema Osteomuscular (CID do grupo M), contabilizando 57 segurados. As informações de âmbito nacional, encontradas no Anuário Estatístico da Previdência Social⁴⁸ também registram esta evidência, pois dos três principais motivos de maior afastamento do trabalho no País, as doenças relacionadas ao CID do Grupo M tiveram um total de 336.455 pessoas, sendo 181.490 homens e 154.965 mulheres. O CID do Grupo S e T contabilizou um total de 258.300 pessoas, sendo 201.067 homens e 57.233 mulheres, por fim o CID do Grupo F e G teve um total de 203.865 pessoas afastadas, sendo 99.405 homens e 104.460 mulheres. Observa-se que nesse último grupo o número de mulheres esteve acima do número de homens afastados.

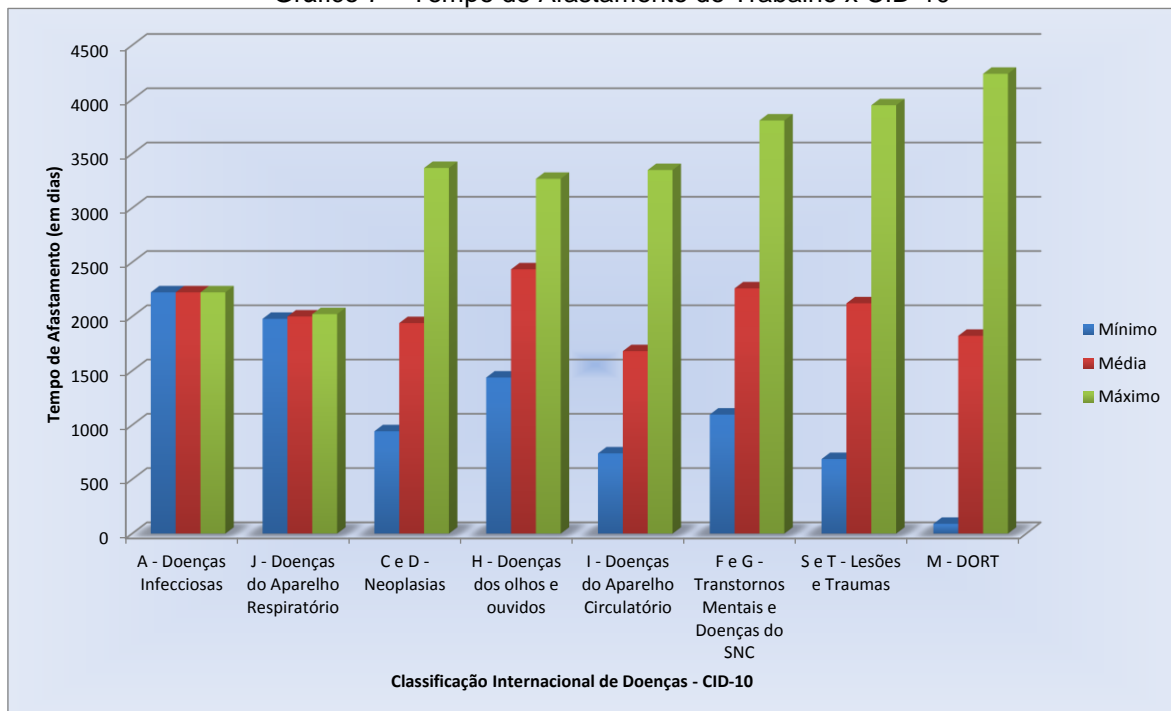
De acordo com Saldanha¹²⁸, nos casos de LER/DORT, as evidências sobre a relação do sexo e retorno ao trabalho ainda são insuficientes.

Quanto aos casos de traumas ou lesões o estudo de Silva¹²⁹, também apontou a prevalência de retorno ao trabalho em homens em relação às mulheres.

No que se refere aos afastamentos por transtornos mentais, foram encontrados 10 casos que retornaram, sendo 5 homens e 5 mulheres e após 1 ano de PRP apenas 1 homem e 1 mulher estavam empregados. Poucos são os estudos referentes à prevalência do sexo e retorno ao trabalho de indivíduos com transtornos mentais, porém há estudos que indicam maior prevalência destes transtornos no sexo feminino^{130,131,132}.

No Gráfico 7 pode ser observado que o maior tempo de afastamento corresponde ao grupo M do CID-10, seguido do grupo S e T, e, em terceiro lugar o grupo F e G.

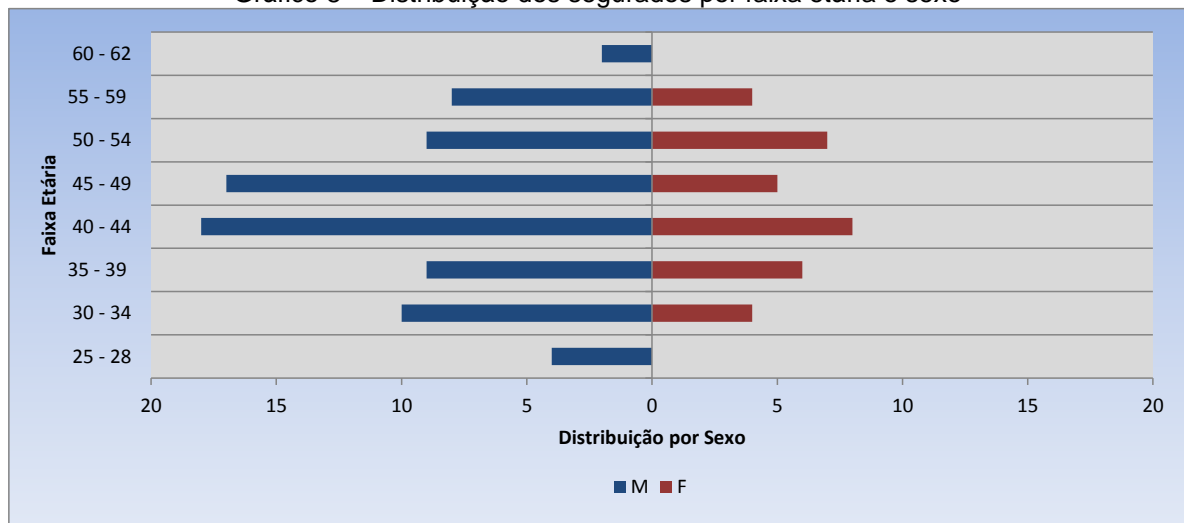
Gráfico 7 – Tempo de Afastamento do Trabalho x CID-10



Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Em relação à faixa etária, a prevalência esteve na faixa dos 40 aos 49 anos. A média de idade do segurado ao ser desligado do PRP foi de 47 anos, sendo a mínima de 25 anos e a máxima de 62 anos (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Distribuição dos segurados por faixa etária e sexo



Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários dos segurados

A faixa etária encontrada neste estudo destoa da pesquisa de Ahlgren et. al.¹¹⁴, em que o grupo que retornou ao trabalho tinha entre 16-29 anos e do trabalho de Bloch e Prins¹¹⁰, em que as maiores taxas de retorno ao trabalho estavam relacionadas à faixa etária de 24-44 anos.

A fim de saber se existe correlação entre a variável idade e o tempo de afastamento do trabalho, foi feito o teste de correlação de Spearman⁽⁷⁾ sob as seguintes hipóteses:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

Ditas de outra maneira, as hipóteses são essas:

H_0 : Idade e tempo de afastamento do trabalho não são correlacionados

H_1 : Idade e tempo de afastamento do trabalho são correlacionados

O p-valor do teste foi 0,7741. Para um nível de significância de 5%, a hipótese nula não é rejeitada. Portanto é possível concluir nesta amostra que a idade e o tempo de afastamento do trabalho não são correlacionados.

No que se refere ao estado civil, mais da metade do grupo declararam ser casados, totalizando 54,86% da amostra.

Na pesquisa de Bültmann¹¹⁶ com 632 trabalhadores, que apresentavam distúrbio osteomuscular em membros superiores, constatou-se que 69% dos participantes que retornaram precocemente ao trabalho relataram que viviam com

⁽⁷⁾ Coeficiente de correlação de Spearman - utilizado para medir a correlação entre duas variáveis quantitativas.

um parceiro. No estudo de Rocha¹³³ constatou-se que o apoio dos familiares foi um fator importante na recuperação da incapacidade e pode ser considerado como um facilitador positivo para o retorno ao trabalho. A literatura aponta os benefícios do suporte social sobre a saúde e o bem-estar do indivíduo, considerando que as relações sociais são fundamentais para os seres humanos¹³⁴. Assim, neste estudo, o fato do segurado ter declarado ser casado, poderia ser considerado um fator preditor do retorno ao trabalho.

Em relação ao tempo de afastamento do trabalho, conforme apontado anteriormente, a média esteve acima dos 5 anos, considerando a data de início do benefício até a data de desligamento do PRP.

A Tabela 5 fornece algumas estatísticas sobre a variável tempo de afastamento do trabalho.

Tabela 5 – Medidas para o Tempo de afastamento do trabalho (dias)
Tempo de afastamento do trabalho

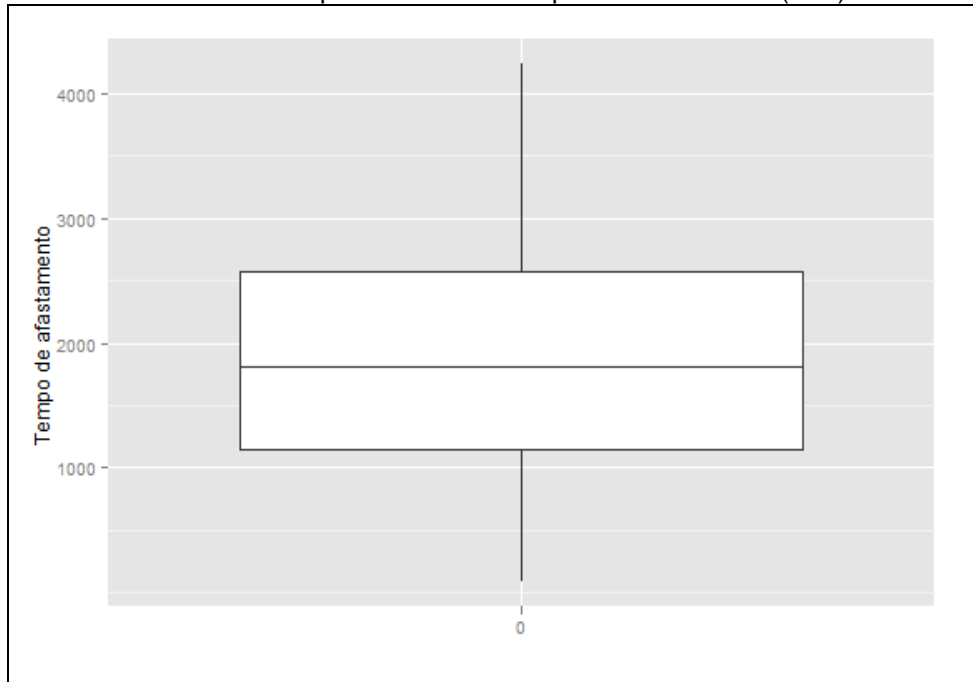
Máximo	4.237,00
Mínimo	90,00
1º Quartil	1.130,00
3º Quartil	2.572,00
Média	1.938,89
Mediana	1.803
Soma	219.095
Variância	910.097,33
Desvio Padrão	953,99

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

É possível perceber que existe uma grande dispersão entre os dados. Estes variam, em média, 953,99 dias em torno da média, igual a 1.938,89 dias. Apesar da grande variância entre as observações, pode-se supor que não exista uma observação de tempo muito discrepante das demais observações, pois o valor da mediana não está muito distante do valor da média.

No gráfico 9 de Boxplot, pontos fora da caixa indicam a presença de valores discrepantes do conjunto dos dados. Como esses pontos não existem no Gráfico 9 pode-se afirmar que não existe uma observação destoante das demais

Gráfico 9 - Boxplot da variável tempo de afastamento (dias)



Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov⁽⁸⁾, com 5% de significância, para testar a normalidade dos dados do tempo de afastamento do trabalho.

Verificou-se com 95% de confiança, que o tempo de afastamento do trabalho segue uma distribuição normal, com média 1.938,99 e desvio padrão 953,99, pois o resultado do p valor foi de 0,95, sendo maior que 0,05, ou seja, a hipótese nula de normalidade é aceita. Como o tempo de afastamento no trabalho seguiu uma distribuição normal, aplicou-se o teste t de comparação de média, a fim de verificar se a média do tempo de afastamento é a mesma para quem retornou e para quem não retornou. O P-valor foi de 0,007, menor que 0,05, portanto aceitou-se com 95% de confiança que as médias são diferentes, ou seja, há diferença do tempo de afastamento para quem retornou e quem não retornou, sendo que os que não retornaram tiveram uma média de tempo de afastamento maior. A diferença das médias foi de 479,87 e a diferença dos desvios-padrão foi de 174,8, conforme Tabela 6.

⁽⁸⁾ O teste Kolmogorov-Smirnov é usado para determinar se duas distribuições de probabilidade subjacentes diferem uma da outra.

Tabela 6 - Tempo de Trabalho na Empresa x Retorno ao Trabalho

	t	P-valor	Diferença das Médias	Diferença dos desvios-padrão
Tempo de Afastamento	2,745	,007	479,87233	174,80479

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Em relação ao tempo de afastamento do trabalho e retorno, diversos estudos evidenciaram que quanto menor for o tempo de afastamento, maiores serão as chances de manter o segurado no mercado de trabalho.^{6,110,120,121,135} Porém, nesta pesquisa, observa-se que mesmo após terem passado mais de 5 anos afastados do trabalho, a maior parte dos segurados estava empregada ao término do PRP e após um ano do PRP, como se verá mais adiante. Pode-se traduzir esta condição diferenciada dos demais estudos, pelo fato dos segurados morarem em uma região com maior nível de instrução (35,39% com ensino médio completo) e pelo fato de ao menos 30 % desses segurados pertencerem a uma grande empresa de economia mista nacional, que oferece funções para readaptar seus funcionários e possui uma equipe responsável pela gestão do afastamento de seus funcionários, favorecendo, assim, o canal de comunicação mais transparente entre a equipe de Reabilitação Profissional do INSS e, conseqüentemente, o retorno do trabalhador ao ambiente de trabalho.

Quanto à escolaridade declarada pelos segurados, a prevalência foi de ensino médio completo e incompleto (total de 46 segurados), seguido daqueles considerados alfabetizados, ensino fundamental completo e incompleto (38 segurados) e dos segurados com especialização, nível superior completo e incompleto (21 segurados), não tendo sido levantada a informação de 08 segurados, pois os prontuários com estas informações não foram localizados, mostrados na Tabela 7.

Tabela 7 – Escolaridade Declarada x Retorno ao Trabalho

Escolaridade Declarada	Retorno ao Trabalho	
	Sim	Não
Alfabetizado	1	2
Ens. Fundamental Completo	5	5
Ens. Fundamental Incompleto	9	16
Ens. Médio Completo	22	18
Ens. Médio Incompleto	2	4
Ens. Superior Completo	5	4
Ens. Superior Incompleto	7	3
Especialização	0	2

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Na análise quanto à escolaridade dos segurados, foi possível observar que os indivíduos com ensino médio completo ou incompleto tiveram o período médio de afastamento do trabalho menor que o grupo com baixa escolaridade e o grupo com escolaridade superior, conforme ilustrado na Tabela 8.

Tabela 8 – Relação Escolaridade X Média de Tempo Afastado do Trabalho x Retorno ao Trabalho

Escolaridade Declarada	Média do Tempo de afastamento (dias)	
	Retorno ao Trabalho	
	Não	Sim
Alfabetizado	2727	1780
Ens. Fundamental Completo	1908,8	2230,2
Ens. Fundamental Incompleto	2337,56	1690,22
Ens. Médio Completo	2032,56	1425,27
Ens. Médio Incompleto	2098,5	909,5
Ens. Superior Completo	2314,5	1836,6
Ens. Superior Incompleto	1988,67	1625
Especialização	1798,5	.

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Dos 38 segurados com baixa escolaridade, ao término do PRP, apenas 15 permaneceram empregados e 23 segurados não conseguiram se manter no trabalho. Dos 46 segurados com escolaridade média, 24 permaneceram empregados e 22 não conseguiram se manter no trabalho. E, dos 21 com escolaridade superior, 12 permaneceram empregados e 9 segurados não conseguiram se manter no trabalho, conforme tabela 9.

Tabela 9 – Comparação Nível de Escolaridade X Permanência na Empresa de Vínculo

Escolaridade	Permaneceu empregado			Não permaneceu empregado		
	Quantidade	f	Média do tempo de afastamento (dias)	Quantidade	f	Média do tempo de afastamento (dias)
Baixa (Alfabetizado + Ensino Fundamental Completo + Ensino Fundamental Incompleto)	15	39,47%	1900,14	23	60,53%	2324,45
Média (Ens Médio Completo + Incompleto)	24	52,17%	1167,38	22	47,83%	2065,53
Alta (Ensino Superior Completo + Ensino Superior Incompleto + Especialização)	12	57,15%	1730,8	9	42,85%	2033,89
Total	51			54		

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Assim, relacionando os que conseguiram permanecer no trabalho e os que não conseguiram se manter no trabalho, pode-se concluir, neste estudo, que quanto maior o nível de escolaridade, mais frequente foi a permanência na empresa de vínculo, em relação aos segurados com menor nível de escolaridade, após 1 ano da participação no PRP.

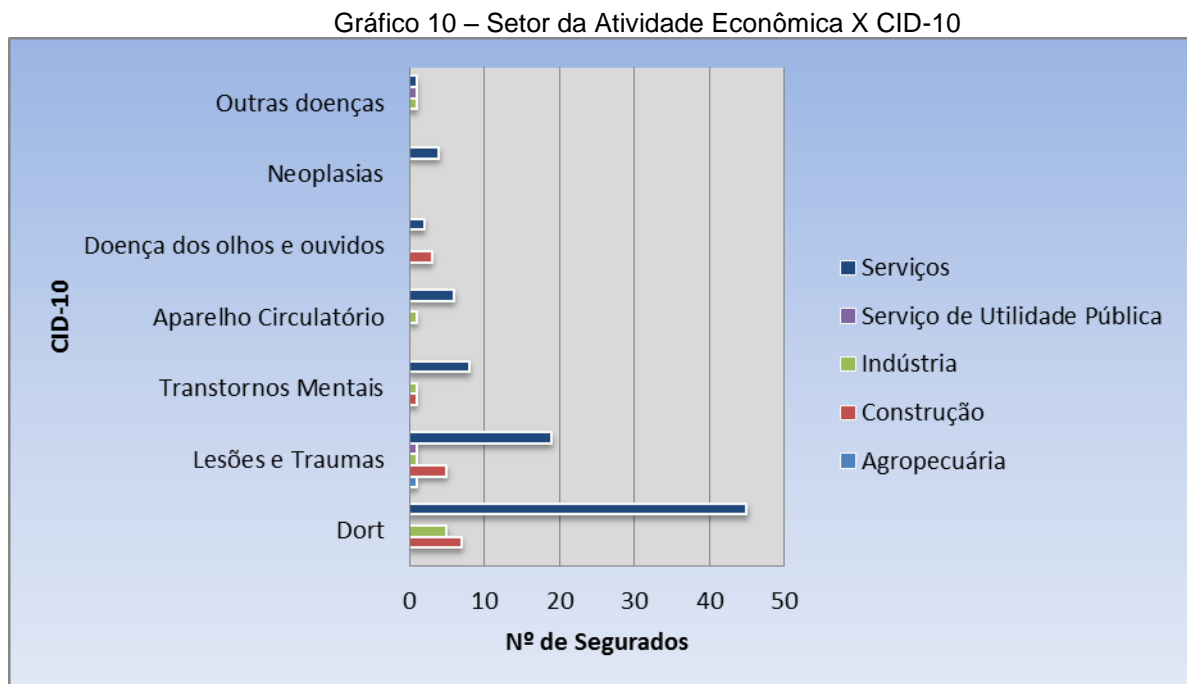
A média do tempo de afastamento dos segurados com baixa escolaridade, em relação às demais, também foi maior tanto no grupo que permaneceu quanto aqueles que não conseguiram permanecer na empresa de vínculo.

Esta constatação também foi obtida na pesquisa de Abreu e Ribeiro¹³⁶, em que o resultado da relação entre escolaridade e tempo de afastamento, indicou que quanto menor o nível escolar, maior foi o tempo de afastamento. No estudo de Cabral et al.¹²³ constatou-se que trabalhadores com maior nível de escolaridade têm mais chance de mudar de trabalho ou emprego, comparados àqueles em desvantagem educacional.

Em relação ao ramo de atividade, os segurados, em sua grande maioria, eram provenientes de empresas voltadas ao ramo de transporte, armazenagem e correio (Seção H) da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.0)⁴⁸ e da categoria de Serviços do Setor de Atividade Econômica (SAE)⁴⁸, correspondendo a 27,33% do total, onde predominam o esforço físico, a sobrecarga, a deambulação constante e os movimentos repetitivos, que resultam nas doenças osteomusculares, também predominantes neste estudo, conforme visto

anteriormente. Este resultado concorda com o estudo realizado por Toldrá e cols.⁶, em que 10 dos 10 trabalhadores realizavam atividades que exigiam esforço físico e repetição dos movimentos, além de ter que levantar e carregar objetos. Sendo que desse grupo apenas 1 trabalhador conseguiu retornar ao trabalho em situação considerada favorável, após o afastamento, enquanto participava do grupo.

No Gráfico 10 pode ser observada a distribuição do setor de atividade econômica (SAE) com relação aos motivos de afastamento dos segurados da amostra estudada.



Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Na tabela 10 se observa a distribuição dos segurados quanto ao Setor de Atividade Econômica e o tempo de afastamento do trabalho. A constatação é que o setor de Serviços é onde esteve concentrada 75% da amostra e, destes, 50% permaneceram afastados do trabalho de 1 a 5 anos.

Tabela 10 – Setor da Atividade Econômica X Tempo de Afastamento do Trabalho

Tempo	Setor de Atividade Econômica					Total
	Agropecuária	Construção	Indústria	Serviços	Serviços de Utilidade Pública	
Menor que 1 ano	0	0	1	1	0	2
1 a 5 anos	1	6	5	43	0	55
5 a 10 anos	0	9	3	34	2	48
Maior que 10 anos	0	1	0	7	0	8
Total	1	16	9	85	2	113

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Em 2011, o salário médio de benefício pago a estes segurados foi de R\$ 1.151,03, sendo o mínimo de R\$ 267,33 e o máximo de R\$ 2.973,71. As estatísticas que resumem os dados para a variável Salário de Benefício estão na Tabela 11.

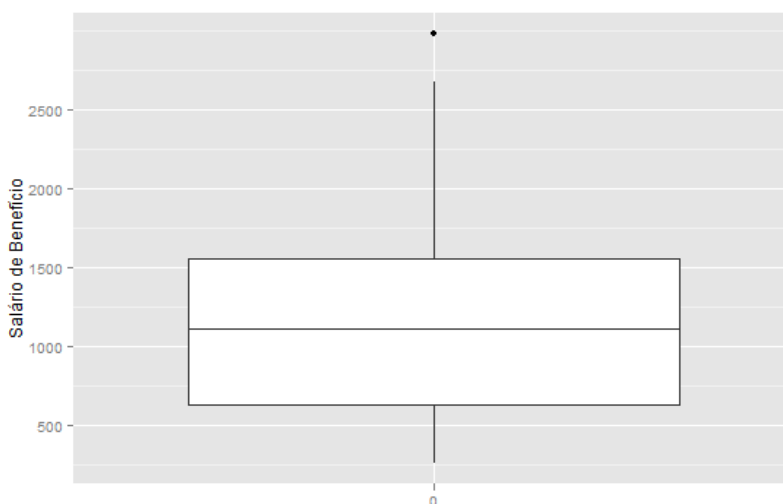
Tabela 11 – Medidas para o Salário de Benefício (R\$)
Salário de Benefício

Máximo	2.973,71
Mínimo	267,33
1º Quartil	636,24
3º Quartil	1.558,37
Média	1.151,03
Mediana	1.108,52
Soma	122.009,01
Variância	372.302,19
Desvio Padrão	610,16

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Note que os salários variam, em média, R\$610,16 em torno da média. Existe também uma diferença grande entre o salário máximo e o mínimo, R\$2.973,71 e 267,33, respectivamente. O Gráfico 11 ilustra melhor a forma como os dados estão distribuídos.

Gráfico 11 - Boxplot da variável Salário de Benefício (R\$)



Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

O Gráfico 11 - Boxplot para a variável Salário de Benefício mostra que há uma observação discrepante entre os dados. Esta é indicada pelo salário máximo correspondente a R\$ 2.973,71.

Quanto ao salário que o segurado recebia antes de entrar em benefício, a média identificada foi de R\$ 1.253,00, sendo o mínimo de R\$ 232,50 e o máximo de R\$ 9.679,00. A tabela 12 resume os dados.

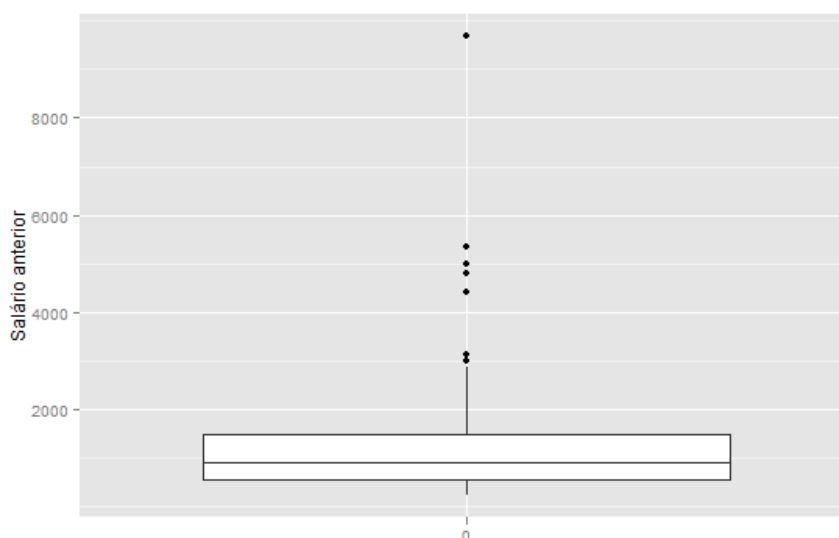
Tabela 12 – Medidas para o Salário Anterior ao Benefício (R\$)

Salário anterior	
Máximo	9.679,00
Mínimo	232,50
1º Quartil	550,30
3º Quartil	1.490,00
Média	1.253,00
Mediana	896,90
Soma	140.382,36
Variância	1.536.354,23
Desvio Padrão	1239,497573

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

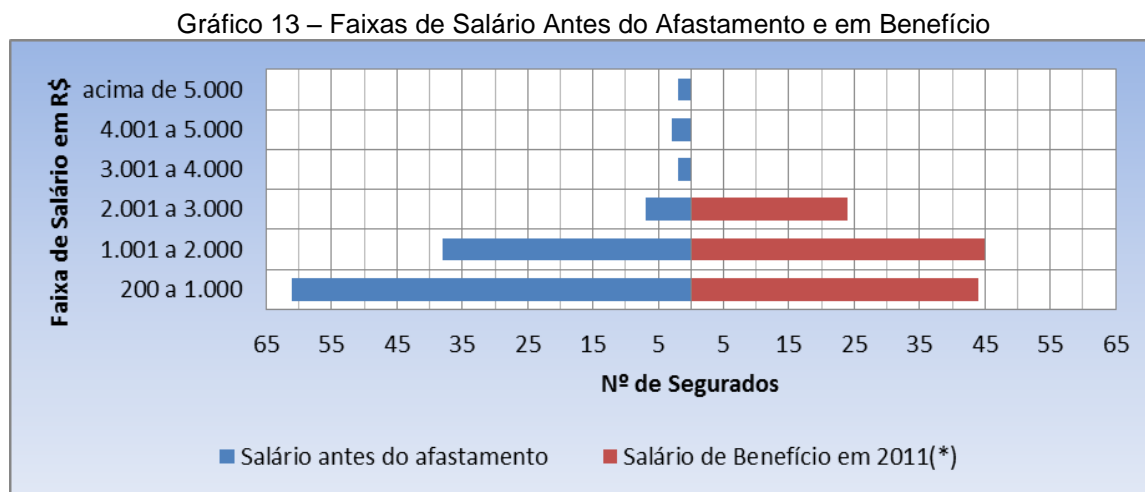
A diferença média entre os salários anteriores para o salário durante o benefício é de R\$101,97. O desvio padrão aumentou consideravelmente, isso devido ao alto valor do salário máximo. Note no gráfico 12 que este valor foi considerado discrepante dos demais, pois está indicado com um ponto no gráfico.

Gráfico 12 - Boxplot da Variável Salário Anterior ao Benefício (R\$)



Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Estes dados também podem ser observados quando se apresenta o gráfico 13 com as faixas de salário e se faz a comparação entre o Salário de Benefício e o anterior ao benefício.



Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra
 Nota: (*) De Janeiro à Fevereiro de 2011 o valor mínimo do Benefício (BI) era de R\$ 540,00, em Março passou à R\$ 545,00. O teto máximo do BI em 2011 era de R\$ 3.689,66.

A variável salário foi categorizada, sendo Sim: quando Salário de Benefício é maior que o Salário anterior a Benefício e, Não: quando Salário de Benefício é menor que o Salário anterior ao Benefício.

Para analisar se a variável Salário tem correlação com a variável Retorno, foi feito um teste Qui-Quadrado (Tabela 13).

Tabela 13 - Tabela de Associação Valor do Benefício e Retorno ao Trabalho

Salário	Retorno		Total
	Não	Sim	
BI <	22	34	56
BI >	38	19	57
Total	60	53	113

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

O Teste de Qui-Quadrado teve como hipótese:

H_0 : O retorno independe da diferença do salário anterior e durante o benefício.

H_1 : O retorno depende da diferença do salário anterior e durante o benefício.

O Resultado do teste:

Estatística do Teste (χ^2): 85,038

P-Valor: 0,0035

Coeficiente de Contingência(CC): 0,2646

Como o P-Valor observado é menor que o nível de significância de 5%, rejeita-se H_0 , ou seja, há evidência para concluir que a diferença do salário anterior e durante o benefício e o fato da pessoa retornar ao trabalho são associadas. Como o Coeficiente de Contingência é igual a 0,2646, então pode-se dizer que essa associação é uma associação fraca.

Assim, este estudo acompanhou a evidência apontada na pesquisa de Sardá Junior et al.¹²¹, em que o fator salário foi considerado um preditor de retorno ou não às atividades laborais.

Em relação ao tempo que o segurado estava trabalhando na empresa a média foi um pouco acima de 8 anos sendo o mínimo de 8 dias e o máximo de 34 anos.

No teste de Kolmogorov-Smirnov para o tempo de trabalho na empresa, o p-valor foi de 0,00, menor que 0,05, portanto a hipótese nula de normalidade foi rejeitada, afirma-se com 95% de confiança que os dados não seguem uma distribuição normal.

Como o tempo de trabalho na empresa não seguiu uma distribuição normal aplicou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney⁽⁹⁾, para comparar as médias. O resultado do P-valor foi de 0,59, maior que 0,05, ou seja, aceitamos a hipótese nula, com 95% de confiança, de que as médias de tempo de trabalho na empresa não diferem significativamente para os que retornaram e para os que não retornaram.

Tabela 14 - Tempo de Trabalho na Empresa x Retorno ao Trabalho

Mann-Whitney com 5% de significância

Hipótese nula	P-valor	Decisão
A média de tempo de trabalho na empresa é a mesma para quem retornou e não retornou	0,59	Aceita a hipótese nula

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

⁽⁹⁾ O teste de Mann-Whitney é usado para a comparação de dois grupos independentes.

Constatou-se que os segurados que estavam há mais tempo na empresa (média de 397,08 meses), ao término do PRP se aposentaram ou voltaram para o benefício, talvez na expectativa de serem aposentados por invalidez. Os segurados que estavam há menos tempo trabalhando na empresa, ao término do PRP um total de 53 segurados (média de tempo na empresa de 174,58 meses) estavam empregados e 06 segurados (média de tempo na empresa de 148,87 meses) estavam desempregados. Este resultado também foi evidenciado no estudo de Sardá Junior et al.¹²¹ que identificou que a cada ano a mais de trabalho na empresa, a razão de chances (“odds ratio”) para o retorno ao trabalho diminui 6%.

Assim, em síntese, o perfil da amostra deste estudo foi caracterizado predominantemente por trabalhadores do sexo masculino, casados, com ensino médio completo, com idade média de 47 anos, do ramo de atividade da seção H do CNAE 2.0 (transporte, armazenagem e correio), empregado na mesma empresa há mais de 8 anos e com salário médio de R\$ 1.253,00. Estavam afastados do trabalho há mais de 5 anos, tendo como motivo principal as doenças do sistema osteomuscular (CID-10 do grupo M), recebendo benefício por auxílio-doença (B31) no valor médio de R\$ 1.151,03.

Quanto à efetividade (retornaram ao mercado de trabalho e permaneceram na empresa de vínculo 1 ano após o término do PRP) do Serviço de Reabilitação Profissional, observou-se que ao término do PRP, dos 113 segurados apenas 53 permaneceram empregados e após 1 ano do PRP este número foi reduzido para 45 segurados em exercício da atividade laboral. A situação dos segurados ao término do PRP e após 1 ano do PRP pode ser visualizado na Tabela 15.

Tabela 15 – Situação Profissional do Segurado ao Término do PRP e 1 ano após o PRP

Situação do Segurado	Ao término do PRP		1 ano após o PRP	
	n	%	n	%
Empregados	53	46,9	45	39,82
Desempregados	7	6,2	9	7,97
Voltaram ao Benefício	33	29,2	16	14,15
Aposentados	4	3,55	11	9,73
não consta recolhimento da empresa, contribuição individual ou BI	16	14,15	31	27,43
óbito			1	0,9
Total	113	100	113	100

Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na pesquisa dos prontuários da amostra

Após apresentação dos resultados e da análise estatística relativa à caracterização do perfil sócio-demográfico e ocupacional, serão apresentados os resultados da análise de conteúdo, obtida por meio das entrevistas com os segurados e com os Responsáveis pela Orientação Profissional.

5.2 PERCEPÇÃO DOS SEGURADOS QUANTO AOS FACILITADORES E DIFICULTADORES NO PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO

Após a caracterização do perfil sócio-demográfico e ocupacional dos 113 segurados com vínculos empregatícios e considerados reabilitados pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS, serão apresentados e discutidos os resultados obtidos por meio da entrevista semiestruturada realizada com 13 destes segurados.

Para que não seja possível a identificação dos entrevistados, os relatos serão acompanhadas com a letra S, seguida da numeração respectiva a cada um deles.

5.2.1 Perfil dos Segurados Entrevistados

Dos 13 segurados entrevistados tem-se o seguinte perfil sócio-demográfico e ocupacional:

- a) Espécie de Benefício: 10 segurados recebiam o auxílio-doença previdenciário – B31 e 03 segurados recebiam o auxílio-doença acidentário (B91);
- b) Sexo: 10 eram do sexo masculino e 03 do sexo feminino;
- c) Código de desligamento do Programa de Reabilitação Profissional: 09 segurados retornaram para função diversa (4.42) e 04 segurados retornaram para as mesmas funções com atividade diversa (4.40);
- d) Classificação Internacional de Doenças (CID-10): 06 segurados apresentavam doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID do grupo M), seguido de 04 segurados que sofreram lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (CID do grupo S e do grupo T), 02 segurados apresentavam doenças dos olhos e anexos (CID do grupo H) e 01 segurado apresentava doença do aparelho circulatório;
- e) Ramo de atividade: conforme a classificação por Setor da Atividade Econômica (SAE), 08 segurados eram do setor de Serviços, 03 segurados eram do setor da Construção e 02 segurados eram do setor da Indústria;
- f) Via de encaminhamento: 12 segurados foram encaminhados pela Perícia Médica do INSS e 01 segurado foi encaminhado pela via judicial (Vara de Ações Previdenciárias do Distrito Federal – VAP/DF);
- g) Faixa etária: a média foi de 43 anos, sendo que 07 segurados tinham entre 40 a 49 anos; 03 segurados tinham entre 30 a 39 anos; e, 03 segurados tinham entre 50 a 59 anos;
- h) Escolaridade: 01 segurado tinha o ensino fundamental completo, 05 segurados possuíam o ensino fundamental incompleto, 03 segurados apresentavam o ensino médio completo, 02 segurados tinham o ensino médio incompleto, 01 segurado

- possuía o ensino superior completo e 01 segurado apresentava o ensino superior incompleto;
- i) Estado Civil: 08 segurados eram casados, 04 segurados estavam solteiros e 01 segurado era viúvo;
 - j) Situação empregatícia: 10 estavam empregados na mesma empresa, 02 estavam empregados em outra empresa e 01 era contribuinte individual;
 - k) Salário anterior ao benefício: a média foi de R\$ 906,00, sendo que 07 segurados recebiam entre R\$ 384,00 a R\$ 1.001,00 e 06 segurados recebiam entre R\$ 1.001,00 a R\$ 1.599,00;
 - l) Salário em benefício: a média foi de R\$ 1.169,00, sendo que 07 segurados recebiam entre R\$ 540,00 a R\$ 1.000,00, 04 segurados recebiam entre R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00 e 02 segurados recebiam entre R\$ 2.001 a R\$ 2.500,00. Lembrando que em 2011, de Janeiro à Fevereiro, o valor mínimo do Benefício (BI) era de R\$ 540,00 e em Março passou à R\$ 545,00. O teto máximo do BI em 2011 era de R\$ 3.689,66;
 - m) Tempo na empresa: a média foi de 07 anos na empresa. Ao todo 10 segurados estavam abaixo dessa média e 3 acima dessa média, chegando ao máximo de 23 anos de serviço na empresa. Pela discrepância entre a média e à máxima, desmembrou-se esses dois grupos. No grupo abaixo da média, a média entre eles caía para 3 anos de tempo na empresa e no grupo acima da média, a média entre eles era de 19 anos de serviço na mesma empresa;
 - n) Tempo de afastamento do trabalho: a média foi de 4 anos e 2 meses afastados do trabalho, sendo o mínimo de 2 anos e 1 mês e o máximo de 7 anos e 5 meses. Estavam na média 4 segurados, abaixo da média 3 segurados e acima da média 6 segurados.

5.2.2 Significado e Sentido do Trabalho

Esta pergunta foi elaborada apenas com o intuito de introduzir a entrevista com os segurados, mas não se constituía em objetivo deste trabalho. Porém pelo conteúdo expresso, decidiu-se lançar no texto a título de contextualizar as vivências dos segurados.

Em relação à pergunta sobre o significado do trabalho, as respostas demonstram que o trabalho exerce um papel central e estiveram relacionadas à importância que ele tem para o sustento do próprio segurado e de sua família, além de possibilitar a interação com os colegas e promover a auto-estima.

“Bem eu tô vendendo meu serviço, né? eu tô contribuindo pra um trabalho, executando uma função e a empresa está me remunerando, não sei se é de acordo com o que eu faço, mas que é pouco é, mas é um pouco que sustenta você e sua família. E interação também, eu prefiro trabalhar doente do que ficar em casa, pelo menos você está comunicando e em casa você fica sem ter o que fazer, e no trabalho sem querer você desabafa. Tá doendo, mas tá aliviando aquela dor (S1)”.

“Muito importante, você não tem idéia, traz auto-estima, tem significado de bom humor, saúde, estar bem comigo mesma, acho

que não seria uma pessoa bem normal se não estivesse trabalhando (S3)”.

“Trabalho significa tudo. Na forma social para você interagir com as pessoas, principalmente para você sair mesmo do estresse (S6)”.

“É um ato da gente lutar pela nossa vida do dia-a-dia e a gente tem a certeza de uma coisa, de que a gente se mantém dali na realidade e a gente precisa manter a família. Trabalho é como se fosse uma escola de aprendizado. Todo dia você precisa ir para o trabalho para você se manter (S7).”

A fala dos entrevistados a respeito do significado do trabalho ratifica a visão de Borges e Tamayo¹⁹ em que explicam que o trabalho é rico de sentido individual e social e, por meio dele, o indivíduo estrutura sua personalidade e sua identidade, deriva um sentido existencial e provê sua subsistência.

Para Morin²⁷ o trabalho exerce uma importante influência sobre a motivação dos trabalhadores, bem como sobre sua satisfação e sua produtividade, permitindo a interação entre as pessoas e contribuindo para o desenvolvimento de sua identidade.

5.2.3 Significado do Período de Afastamento

Quanto ao significado do período de afastamento para os segurados entrevistados, esta também era uma pergunta com a finalidade de melhor compreensão do evento que os afastou do trabalho. Um dos segurados não respondeu, dois deles responderam que foi um período tranquilo e necessário para sua recuperação, para posterior ingresso no mercado de trabalho, mas para 10 segurados foi um período ruim ou péssimo.

“Sinceridade, não foi muito bom não! (...) passei muita necessidade, passei muita fome, meus filhos passou por muita necessidade, eu só tinha aquele salário do INSS, algumas vezes ganhava cesta básica do hospital, eu passei muita precisão, tanto filho que eu tenho, pagando aluguel, água, luz, tudo com salário mínimo, por isso pra mim foi muito difícil (S2)”.

“Incapacidade. A gente se sente um nada. Quando você chega no INSS você vê pessoas tão doente quanto ou pior, então aquilo te deixa deprimida, o seu emocional você se sente uma pessoa incapacitada, eu me senti com a auto-estima baixa porque eu trabalho desde nova, e isso nunca tinha me acontecido, não que a gente se sente uma máquina, mas a gente nunca pensa que isso não vai acontecer com a gente. Você se sente impotente. Aí você pensa,

e agora? Sabe assim, um brinquedo que quebra, que não tem mais valor, que fica alí encostado, eu não sei se toda pessoa se sente assim, mas foi assim que me senti, aquele brinquedo velho quebrado, jogado, sem serventia. É horrível. E tive medo quando o INSS falou que ia me dar alta, porque se eu não tinha serventia, como é que eu ia trabalhar, eu vou voltar e a empresa me manda embora, e aí o que eu vou fazer? Eu não desejo na minha vida voltar para o benefício, de forma nenhuma, é muito desgastante, muito humilhante, você se sente um nada! Eu tive muita perda com isso, eu trabalho desde nova, esses 7 anos em benefício eu só perdi, se eu tivesse na empresa trabalhando, talvez eu teria tido uma promoção, teria me qualificado melhor, muitas coisas, e lá não, você fica de mãos atadas (S4)”.

“Olha foi muito triste, (...) além do salário pouco e o problema de saúde, sentia muitas dores (S11).”

Assim, pode-se concluir que o afastamento do trabalho gerou um impacto para estes trabalhadores, pois além do adoecimento, não tinham como manter a subsistência, afetando sua auto-estima.

Mendes e Silva & Hashimoto¹³⁷ refletem que sem o trabalho o homem está sem vida, sem identidade, não consegue construir sua história, pois é por meio dele que o homem ressignifica o seu passado, presente e constrói seu futuro.

Para Matsuo¹³⁸ os acidentes de trabalho não deixam marcas apenas nos corpos dos trabalhadores, mas em sua identidade, auto-estima e na segurança que teriam quanto ao futuro.

Segundo Souza e Faiman¹⁰² o afastamento do trabalho acarreta inúmeras consequências na subjetividade do indivíduo, especificamente à sua identidade profissional, pois deixa de existir o sentimento atribuído por ele e pela sociedade ao trabalho que exercia, o que gera sentimento de exclusão e sofrimento.

5.2.4 Facilitadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao Segurado

Foi solicitado ao segurado falar do ponto de vista pessoal quais foram os aspectos que ele destacaria, em si mesmo, que funcionaram como um facilitador no processo de retorno ao trabalho. Entre os facilitadores de ordem pessoal, responderam:

A vontade pessoal de voltar ao trabalho (S1, S2, S3, S4, S5, S10, S11, S13):

“Eu me abri o máximo que eu pude, porque se eu era aquele brinquedo quebrado que não tinha serventia e que alguém foi lá, pegou ele, e tentou dar uma arrumadinha pra dar ele de presente de natal, no final do ano, então pra alguém ele teria uma serventia, foi isso que eu pensei, que eu poderia me dar novamente eu poderia ter aquela chance, aquela oportunidade, foi assim uma porta que se abriu, né? (S4).”

A desvantagem salarial do benefício (S1, S2, S5, S6, S7, S8, S13):

“Na reabilitação eu entrei pelo segundo degrau, pois eu já conhecia todo processo da empresa. Tinha um longo período de experiência na empresa, 21, 22 anos mais ou menos (S5).”

“O fator financeiro e emocional me motivou a retornar, eu acho que já tava tendo umas crises lá, parado, sem fazer nada, você fica agoniado (S6).”

“O salário da construção é um pouco a mais do que você recebe do Governo, o que me motivou a voltar (S7).”

“O auxílio-doença era bem abaixo do que eu recebia no trabalho e isso me motivava bastante a voltar até mesmo pra própria função, claro que com cautela, mas em primeiro lugar minha saúde! (S8).”

A necessidade de prover a família (S1, S2, S12)

“Você precisa trabalhar, você não tem outra renda, você não tem nada, é desse jeito! Só eu mantenho minha família, três pessoas, tem gasto, casa, água, luz, você indo trabalhar você tem os tickets, a participação nos lucros, tudo é ganhos. Quando você tá no INSS é só esse INSS e pronto! (S1).”

O sentimento de ser útil (S1, S3)

“No trabalho você está produzindo, não dá pra você se sentir em uma posição inútil né? (S1).”

Longo tempo exercendo a mesma função (S1, S5, S7)

“Uma das primeiras coisas que me ajudou foi o meu conhecimento com o pessoal e meu esforço na construção. As pessoas da empresa que estou trabalhando hoje já me conheciam de outras construções, trabalho como armador desde 98 (S7).”

Longo período de tempo empregado na empresa (S1, S6)

“Eu acho que da minha pessoa eu já era curioso demais, então praticamente o serviço todo eu já sabia. Lógico que não de atendente eu não tinha noção de tudo, mas pelo menos o básico eu já tinha

idéia. Acho que isso facilitou muito. Quando eu fui afastado já tinha 17, 18 anos de empresa, mais ou menos (S6).”

Desta forma, o que se percebe é que os aspectos negativos, suscitados pelo longo período de afastamento do trabalho, provocaram sentimentos de incomodo e inquietação suficientes para gerar a vontade pessoal de retornar ao trabalho.

Na verdade, este não seria um facilitador, na medida em que surge de uma desvantagem econômica. Alguns segurados relataram que as empresas não recolheram o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço-FGTS durante o período em que estavam afastados, não receberam tickets de alimentação, passagem, cesta básica, gratificações, anuênios ou participação nos lucros da empresa. Assim, a falta desses recursos atuou como propulsor para o retorno ao trabalho, diante de um cenário de perdas estruturais, incluindo as financeiras.

Como visto anteriormente, para Wadell e Burton⁴⁰ o emprego é geralmente o mais importante meio de obtenção de adequados recursos econômicos, que são essenciais para o bem-estar material e a plena participação na sociedade de hoje, além de atender às necessidades psicossociais importantes nas sociedades onde o emprego é regra.

Na pesquisa de Sardá Jr. et. al.¹²¹, o fato de receberem menores salários pós-afastamento foi considerado um facilitador de retorno ao trabalho.

Selander et. al.¹¹¹ identificou entre os fatores facilitadores de retorno ao trabalho o histórico de trabalho anterior longo. Para Lysgaard, Fonager & Nielsen¹¹³ o risco de não retornar ao trabalho aumentou com experiência laboral inferior a 01 ano, por outro lado, ser um trabalhador qualificado na ocupação anterior reduziu esse risco. O estudo de Sardá Jr. et. al.¹²¹ apontou que maior tempo de trabalho na empresa mostrou-se uma barreira ao retorno, no entanto, no presente trabalho constatou-se o contrário, pois o fato dos segurados já conhecerem a função e pelo tempo de trabalho na empresa, possibilitou que o segurado realizasse o treinamento na empresa e, em seguida, não só retornaram ao trabalho como permaneciam no mesmo até a data da entrevista.

5.2.5 Dificultadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao Segurado

Entre os dificultadores de ordem pessoal, os segurados foram unânimes em afirmar que a presença da dor e limitação física foram os principais aspectos que dificultaram o retorno, mas que não chegou a ser um fator impeditivo.

“No início a perna inchava muito, acho que isso aí é o que dificultou mais. Ainda sinto dores, mesmo que eu fique parado sentado dói, se eu caminhar muito dói, então tem que ser o meio-termo, nem muito tempo parado sentado, nem muito tempo em pé. Por enquanto eu não quero fazer a cirurgia, porque senão terei que ficar mais dois anos parado. Então enquanto der pra ir trabalhar eu vou levando (S6).”

“No começo meu braço inchou, ficou tão vermelho assim que eu fiquei com medo, mas aí depois foi acostumando, não voltou mais ao normal como esse aqui, como o direito né, mas à vista do que eu comecei, melhorou bastante. Eu sinto às vezes algumas dores, de vez em quando eu ainda sinto, mas não é mais como era anteriormente (S7).”

“Eu tinha limites por conta do uso do aparelho (marcapasso). Até concurso público se exigir esforço físico eu não posso fazer, então dificulta um pouco (S8).”

Na pesquisa de Gard e Sandberg¹⁰⁸, os participantes consideraram que quando se sentem motivadas no ambiente de trabalho, a dor não é um fator de impedimento para o retorno, pois o trabalho torna-se terapia em que a pessoa aprende a lidar com a dor.

Para Selander et. al.¹¹¹ entre as pessoas com maiores possibilidades de retorno ao trabalho estavam aquelas com nível baixo de severidade da doença e com ausência de dor.

E, segundo Bültmann et. al.¹¹⁶, no estudo de coorte, com um grupo de 632 trabalhadores, que apresentavam distúrbio osteomuscular em membros superiores, os resultados sugerem que um retorno ao trabalho não se traduz em uma recuperação completa de uma desordem musculoesquelética, pois muitos trabalhadores, quando retornam ao trabalho, ainda tem problemas e dificuldades de saúde para cumprir as demandas do trabalho.

Neste estudo, além da presença da dor e da limitação física, um dos segurados relatou a questão da invisibilidade da dor:

“A minha dificuldade maior é que eu tenho um problema que ninguém vê, a fibromialgia é uma doença que a pessoa não tem

diagnóstico, ninguém vê a doença, você sente aquilo e você não pode nem reclamar, porque você fala e a pessoa fala o que você tem? (...) você tem um problema que ninguém vê, ninguém sabe, não conhece, então você não pode nem falar que você tem aquilo, porque as pessoas acham que é mentira. E isso é um fator bem ruim (S4)”.

Segundo Gravina & Rocha¹³⁶ o indivíduo com dor nem sempre expressa uma aparência de adoecimento, provocando discriminação e preconceito, o que só aumenta o nível da dor. Trata-se de uma experiência individual e difícil de ser descrita. Na pesquisa realizada por essas autoras, os participantes relataram que com o tempo, as chefias e os colegas esqueciam de suas limitações e acabavam por desconsiderar este aspecto.

5.2.6 Facilitadores do Retorno ao Trabalho em Relação à Empresa

Foi solicitado aos segurados que indicassem, de acordo com a experiência vivenciada por eles no processo de retorno ao trabalho, os facilitadores em relação à empresa que trabalhavam.

Na visão dos segurados, uma empresa que facilita o retorno ao trabalho é aquela que é:

Receptiva, em que os chefes e colegas acolhem o trabalhador que estava afastado (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S9, S10, S11, S12, S13):

“O lado bom é que a empresa me aceitou mesmo sabendo que eu não estava bem (S1)”.

“A gerente gostava muito de mim e dos meus serviços, me estimulou a voltar a estudar, foi sempre muito prestativa. Permitiu que eu voltasse a trabalhar fazendo outro serviço (S2)”.

“Fui cercado de carinho profissional. A minha empresa é uma mãe, disfarçada de irmã. Fez de tudo para me colocar em um ambiente onde eu pudesse desenvolver o meu trabalho. O gerente daquela área queria saber se eu estava bem. Já tinha o plano B e essa porta do plano B ainda existe. A minha empresa foi tão hábil!. Eu cuido de um prédio de 24 andares, porque eu não fui alijado do processo, nem pelo banco, nem pelo INSS. O banco em momento algum me empurrou morro abaixo, nunca me tratou como um demente também não (S3)”.

“O que ajuda muito é a quando você chega num ambiente que as pessoas são receptivas com você, mas muitas pessoas não tem essa sorte, eu tive essa sorte, mudaram muitos funcionários, mas

ainda tinha muitos que eram do meu tempo, me acolheram bem e preocupavam-se comigo, falavam pra mim: olha para um pouquinho, faz um alongamento, descansa, sabe é algo assim que te acolhe, né? (S4).

“A empresa me acolheu muito bem e foram receptivos com o INSS. O ambiente sempre foi muito bom e o que tem me ajudado até hoje, porque mesmo com a dificuldade que eu tenho eu retornei pra minha atividade normal, eu não sou mais aquele profissional 100% que eu era, eu diria em torno de 75%, e quando eu sinto alguma dificuldade os colegas me prestam auxílio (S5).”

“A minha sorte foi que encontrei colegas legais, até pessoas jovens que eu nunca tinha trabalhado me receberam bem. Eu pensei que poderia ser discriminada de voltar com 50 e poucos anos e 8 anos encostada. Não fui. Eu seria muito injusta se reclamasse dos meus colegas. Não se recusaram de ensinar nada. O meu chefe me deu o maior apoio para buscar conhecimento (S9).”

“Tive um tratamento que eu não esperava. Fui muito bem recebido pelos meus chefes anteriores e novos também e já tô aí com 3 anos que voltei e tô indo bem, tranquilo. Não tenho nada a reclamar dessa volta não (S10).”

Obedece à Lei de Cotas (S7, S11):

“A empresa tem mais de 100 funcionários e entrei na cota dos reabilitados. Eram três funcionários reabilitados. A empresa confiou no meu trabalho. A empresa tem uma equipe responsável pela prevenção de acidentes, tem palestras, toda segunda-feira eles dão uma reunião de meia hora, inclusive tem segunda-feira que ela me dá 5 minutos para falar com o pessoal e no final tem oração, e não é todo lugar que tem isso (S7).”

Os facilitadores em relação à empresa de vínculo foram apontados nos estudos abordados anteriormente^{110,111,120,123,125}, em que os funcionários trabalhavam em empresas de grande porte; com mudança em suas tarefas; com a possibilidade de controlar a execução das atividades; tiveram boa acolhida no ambiente de trabalho; possuíam relações interpessoais saudáveis; tinha a presença de um profissional para acompanhar o processo; foram implementados alguns ajustes no posto e no horário de trabalho, possibilitando a continuidade do tratamento.

Eisenberger, Huntington, Hutchison e Sowa¹⁴⁰ abordam a importância do suporte fornecido pela organização considerando que esse apoio traduz uma preocupação institucional com a saúde e com o bem-estar do trabalhador.

5.2.7 Dificultadores do Retorno ao Trabalho em Relação à Empresa

Entre os dificultadores por parte da empresa, os segurados relataram o oposto dos facilitadores:

Quando oferecem função esta está aquém da capacidade do segurado (S3, S12):

“Durante o treinamento do INSS me jogaram lá no cofre, me fizeram de besta, o chefe lá pegou aqueles documentos, me botou pra digitar, fiquei lá um mês beleza, sentada igual palhaça. Mentiram para orientadora profissional em relação ao local de treinamento e à gratificação (S9).”

“Me colocaram pra limpar salas e os computadores. Eu não me senti muito bem (S12).”

Redução salarial, que gera desmotivação (S8, S9):

“Eu recebia X na outra função e quando retornei foi -X, foi bem abaixo do que eu recebia, o que me obrigou a fazer acordo com eles (S8).”

Posto de trabalho inadequado (S1, S6):

“Uma empresa desse tamanho deveria reabilitar esse pessoal em um lugar mais adequado, (...) a empresa não segue as restrições, (...) os móveis ergonomicamente errados, não condizem com a função (S1).”

Ou seja, são empresas que não seguem os dispositivos legais nacionais e, tão pouco as diretrizes internacionais de prevenção aos acidentes e doenças profissionais. Como retratou um dos segurados:

“A empresa tem uma pirâmide e diz: Você vai ficar nesse meio aqui. Isso tudo é a mesma coisa, tudo é movimentar peso. Que alternativa ela te dá? Nenhuma. Na agência só quem não pega peso é o gerente! Eles deviam deixar a gente fazer um curso de auxiliar administrativo, aí não tá acontecendo isso, então não tão dando a mínima pra você. A verdade é essa! Alguns funcionários dizem: ou você faz isso ou você volta pro INSS de novo (S1).”

Certamente também desconhecem os “Sete Princípios para o retorno bem-sucedido ao Trabalho”¹¹⁵, citados anteriormente.

Espera-se que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)²⁸ consiga atingir os objetivos de vigilância à saúde do

trabalhador e de prevenção aos acidentes e doenças do trabalho para que empresas como essas sejam punidas pelos males que causam aos seus funcionários.

Dos segurados entrevistados, 02 segurados (S7 e S11) enfrentaram uma dificuldade inicial de suas empresas de vínculo terem falido, mas a equipe de Reabilitação Profissional conseguiu entrar em contato com empresas que apresentavam cotas para reabilitados e encaminhá-los para retornar ao mercado de trabalho. Outros 02 segurados (S2 e S8) chegaram a pedir demissão por não terem conseguido se adaptar à função, mas conseguiram retornar ao mercado de trabalho exercendo outras funções. O segurado S4 foi demitido no início de 2013, mas em Agosto de 2013 já estava empregado em uma nova empresa e o segurado S13 foi demitido em Maio de 2013, mas está em busca de um novo emprego, utilizando o certificado de reabilitação profissional para concorrer às cotas como reabilitado do INSS.

5.2.8 Facilitadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao INSS

Foi solicitado aos segurados que falassem, sob o ponto de vista deles, quais os aspectos foram considerados facilitadores por parte do INSS. Identificou-se os seguintes facilitadores:

O certificado de reabilitação profissional (S1, S13): contendo as restrições para as funções que o segurado não pode realizar.

“Essa reabilitação só me fez bem foi que o INSS me deu aquele diploma com as restrições (S1).”

O acolhimento da equipe de RP (S2, S6, S7, S11 e S13):

“Fiquei muito tempo afastada e só foi melhorar as coisas quando comecei a fazer reabilitação. Eu ia para reabilitação e ela me orientava. Lá no INSS tomei algumas decisões importantes para minha vida! Depois do INSS eu creio que eu recomecei, passei a reviver, saí do zero. (...) A orientadora pra mim foi peça-chave (S2).”

Orientação quanto à melhoria de escolaridade e realização de cursos na comunidade (S8, S11 e S13):

“A orientadora me estimulou a fazer os cursos gratuitos oferecidos pelo Governo do DF e intermediou a conversa com a loja de móveis.”

(...) o INSS pagava o transporte para fazer o curso e a alimentação para fazer o treinamento (S11)."

A visita que o ROP fez à empresa;

"O INSS fez a parte dele normalmente, mandou aquela carta, foi lá conhecer a empresa, o local onde eu ia trabalhar, conversou se daria pra voltar, conversou comigo se eu gostaria, então foi essa parte que foi feita (S4)."

Cestari e Carlotto¹²⁵ destacam que o Programa de Reabilitação Profissional deve ser capaz de auxiliar os segurados a compreender e aceitar suas limitações, e ainda, a sobrepor essas limitações, enxergando de forma ampla o potencial que apresentam para retornar ao trabalho.

Papel esse que com as limitações apresentadas pelo atual serviço de Reabilitação Profissional do INSS, os segurados desse estudo conseguiram identificar.

5.2.9 Dificultadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao INSS

Para os segurados os dificultadores no processo de retorno ao trabalho, em relação ao INSS foram:

Benefício (S1, S7, S8, S12): a diferença entre o valor do benefício que era menor ao salário anterior.

"A dificuldade que eu vi foi só o pagamento que é pouco, que é uma contribuição pouca, porque eu estava recebendo o auxílio-doença (S7)."

"O benefício era bem menor que o salário que eu recebia, acho que só não era menos porque a Lei não permite ser menor que um salário mínimo (S8)."

"O benefício é muito pouco. Fiquei várias vezes sem receber. Teve uma época que eu nem queria ficar pelo INSS, eu não via nem minhas dores, era o salário mesmo. Negavam muito (S12)."

Perícia Médica (S1, S2, S3, S8, S11, S12): o atendimento da Perícia Médica, a burocracia em relação à exigência de laudos, o longo tempo de espera para ser atendido, negar o auxílio-acidente e as greves que geraram atraso nos atendimentos e pagamentos de benefícios.

"A dificuldade mesmo era só de conseguir laudo. O salário era cortado, atrasava (S11)."

“Não tive problemas com o INSS, apesar que eu tinha que vir aqui todos os meses e a demora para ser atendido (S8).”

“A doutora de vocês ela nem fala com a gente, pra dizer a verdade eu não sei nem se ela tem dente, deveria conversar direitinho com a gente, não conversa nada com a gente, aí a gente não pode explicar o que tem, porque não dá oportunidade. Uma médica que fui lá eu nem sei se era médica. E outra, vocês botam uma pessoa para periciar a gente, ninguém sabe se ele é ortopedista, se é reumatologista, meu problema é reumatologia e ortopedia. Será que eles estão aptos a periciar uma pessoa nesse meu caso? É um tiro no escuro. Eu perguntei isso lá, mas ninguém me respondeu (S1).”

“Os médicos peritos eram muito difícil, muito complicado. Chegou médico assim de me humilhar, de ser grossa comigo, sabe, falando essas coisas, que eu tinha que arrumar um homem, a médica virou pra mim e falou que eu precisava arrumar um homem para me ajudar, é falta de homem, uma coisa assim, foi muito grossa comigo. Muitas vezes cheguei a ir e voltar pra casa chorando, deprimida e voltar a tomar os mesmos remédios de novo e ficar deprimida. Teve um dia que eu dormi três dias sem acordar, sem comer, sem tomar banho, sem nada, porque eu não conseguia levantar, nem abrir o olho. Eu pretendo nunca mais ficar pelo INSS, nunca mais na minha vida! Eu pretendo me aposentar um dia, mas ficar encostada pelo INSS, eu não aconselho a ninguém, porque eu conheço pessoas que lutam, brigam para ficar encostada, fazem qualquer coisa pra ficar. Eu não pretendo (S2).”

“Eu acho que não tem perito médico. Tem é médico, mas eles não sabem o que é perito, pois eu teria que ser periciado por alguém que entende daquilo. Eu ajudava mais os peritos. Quem vir o meu diploma (certificado) vai encontrar ali as minhas palavras (S3).”

“A dificuldade foi as perícias. Alguns me tratavam bem e outros tratavam mal. Mesmo que eu levasse laudo, às vezes era negado (S12).”

“Greve dos peritos atrasou o andamento da Reabilitação, mas eu estava sempre ligando, batendo na porta, porque eu queria voltar a trabalhar (S3).”

Reabilitação Profissional (S1, S4, S5, S6, S9): falta de orientações sobre o processo de Reabilitação Profissional, de qualificação (cursos profissionalizantes), treinamento adequado, e retornar à mesma função.

“Eu fiquei decepcionada em relação à reabilitação, porque eu pensei que tivesse algum treinamento que fosse me habilitar para outra área. Não fiz curso para retornar ao trabalho (S4).”

“Veja bem, eu não entendi essa reabilitação de vocês, pra trabalhar na mesma função. Eu não entendi essa. Se a minha função já era prejudicial, certo, quando eu tava doente, agora com problema de coluna, estourei o ombro, carregando tanto peso, estourei o pulso, certo, até hoje tenho dificuldade ainda, eu trabalho ainda com algumas restrições, certo, mas eu trabalhei num lugar lá de expedição, levantando e abaixando, carregando peso, fechando mala, aí é o seguinte a agência é deficitária em termos de funcionário, você tem que fazer o trabalho que você não deveria fazer você tem que fazer, senão o serviço não sai, certo, até hoje eu não entendi essa reabilitação de vocês! Pra que essa reabilitação de vocês, toma o tempo de vocês e do funcionário! (S1).”

“O local que fiz reabilitação não era o certo. A reabilitação em si foi mentirosa. Não fui comunicada quando a orientadora profissional foi lá conversar com os chefes e eu estava na empresa. Eu lutei tanto para ter uma RP assistida e não foi. Então quer dizer, eu não fui reabilitada em nada. Eu considero que eu não fui reabilitada. E até o setor que eu estava, eu jamais tive competência para estar lá. Aí entrei na justiça. Eu entrei na justiça, porque quando o INSS me devolveu pra empresa, foi que a empresa disse que não ia me receber com um laudo desse. Aí virou uma bola de neve (S9).”

“Não fui orientado pelo Perito sobre a reabilitação. Recebi um documento lá na frente dizendo que o benefício foi prorrogado por 1 ano e que eu já estava no processo de reabilitação. Perguntei: o que isso quer dizer? Que você vai ter que aguardar o INSS entrar em contato com você pra você entrar num processo de reabilitação e retornar ao trabalho. Passou-se 1 ano, fiz novas perícias e só tive contato com os orientadores na época de retornar, foi quando eu passei por um processo de treinamento de 15 dias na empresa (S5).”

“O INSS negou o auxílio-acidente, mas já está ajuizado com uma turma de colegas que também foram reabilitados (S6).”

Quanto à diferença salarial, este fato se explica, por ser o auxílio-doença calculado com base nas contribuições realizadas pelos segurados durante a vida laboral e, quanto maior a contribuição, maior também será o cálculo do benefício. Daí a importância de se manter as contribuições para o Regime Geral da Previdência Social em dia.

De acordo com a Lei 8.213/91⁵², art. 61, o auxílio-doença consiste numa renda mensal correspondente a 91% (noventa e um por cento) do salário-de-benefício.

Nos casos que se tratar de auxílio-doença ou auxílio-acidente, o artigo 32 do Decreto Nº 3.048/99⁶³ define que o salário-de-benefício consiste na média aritmética simples dos maiores salários-de-contribuição correspondentes a oitenta por cento de todo o período contributivo. E, segundo o parágrafo 3º do mesmo artigo, o valor do

salário-de-benefício não será inferior ao de um salário mínimo, nem superior ao limite máximo do salário-de-contribuição na data de início do benefício.

Barreto⁴² relata as dificuldades enfrentadas pelo trabalhador que adoece e necessita se afastar do trabalho. Entre estes temores está o de “ir para Caixa”, que significa receber o benefício do INSS, ou seja, receber um salário menor.

Em relação ao longo tempo de espera para ser atendido, às solicitações dos laudos para comprovação da incapacidade e ao atendimento da Perícia Médica, são queixas recorrentes em âmbito nacional e de discussões internas dentro do próprio INSS, que vem trabalhando no sentido de agendar os atendimentos, diminuir o tempo de espera e que está se articulando aos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego com a finalidade de prestar um melhor atendimento aos segurados e modificar o atual modelo de atendimento médico-pericial.

Para Barreto⁴² o relato das humilhações sofridas pelos trabalhadores traduz o despreparo dos médicos na abordagem desses pacientes e reafirma um comportamento vivenciado por trabalhadores do espaço fabril. Nesse tipo de atendimento, o trabalhador se sente desamparado, incompreendido e se revolta, pois não encontra espaço para expressar nem realizar suas potencialidades.

Quanto às greves, Scopel¹²⁰ relata em seu estudo que este evento acaba reforçando a idéia de que é ruim estar afastado do trabalho, pois há demora tanto no atendimento quanto no pagamento dos benefícios e o trabalhador fica a mercê da ajuda de familiares e amigos.

Quanto às queixas em relação ao Programa de Reabilitação Profissional, o relatório do Tribunal de Contas da União - TCU¹⁴¹ apontou:

- a) A baixa resolubilidade do serviço;
- b) Longo tempo de espera dos segurados para serem atendidos;
- c) A falta do serviço em grande parte das Agências da Previdência Social;
- d) O serviço não está plenamente estruturado para atender aos normativos legais;
- e) As equipes enfrentam dificuldades para aquisição de recursos materiais, mesmo diante dos acordos e convênios, contribuindo para a permanência do segurado no benefício;
- f) As equipes operam com o mínimo da capacidade, não sendo suficientes para a demanda existente;
- g) Falta de espaço físico e de computadores para que as equipes possam trabalhar e realizar os atendimentos;
- h) Ausência de capacitação para a equipe técnica;
- i) Falta do INSS em disseminar informações e orientações relativas à Reabilitação Profissional;

- j) Falta de execução da Pesquisa da Fixação no Mercado de Trabalho – que mede a efetividade do serviço.

Diante desse cenário, o TCU (2010) concluiu que a falta de investimento na Reabilitação Profissional, contribuí para o desperdício do orçamento público, pois mantém os segurados por longo período recebendo benefício de auxílio-doença, retarda o retorno do segurado ao mercado de trabalho e tenha a possibilidade de voltar à contribuir com o Regime Geral de Previdência Social. Esse tema será melhor discutido adiante, quando for analisada a entrevista com os ROPs.

5.2.10 Outros Facilitadores

Os segurados ainda foram convidados a falar sobre outros facilitadores para o retorno ao mercado de trabalho. Apenas 01 segurado respondeu que atribui como facilitador as orientações e acompanhamento médico que recebeu, que o auxiliou a entender suas limitações de ordem física.

Apesar de ser um caso isolado, este deveria ser um facilitador citado por todos os outros entrevistados, mas revela que ter acesso à assistência médica é um fato isolado e não coletivo, ainda que nos dispositivos legais exista a previsão de atendimento universal, que na prática não acontece.

Porém no estudo de Bloch & Prins¹¹⁰, não houve nenhuma relação significativa entre a assistência médica e o retorno ao trabalho, ainda que acreditem ser eficazes.

5.2.11 Outros Dificultadores

Entre outros dificultadores do retorno ao trabalho, mas que não foram citados pela literatura, os segurados relatam a péssima qualidade do transporte público do Distrito Federal.

A questão do transporte público é um problema do Distrito Federal e também de outras cidades no Brasil. O que os segurados se queixam é que apresentam lesões importantes que são agravadas na condição de ir e vir para o trabalho. Acordam com dores, que são agravadas no trajeto para o trabalho e durante a jornada de trabalho e voltam para casa com mais dores. É um contexto adoeecedor.

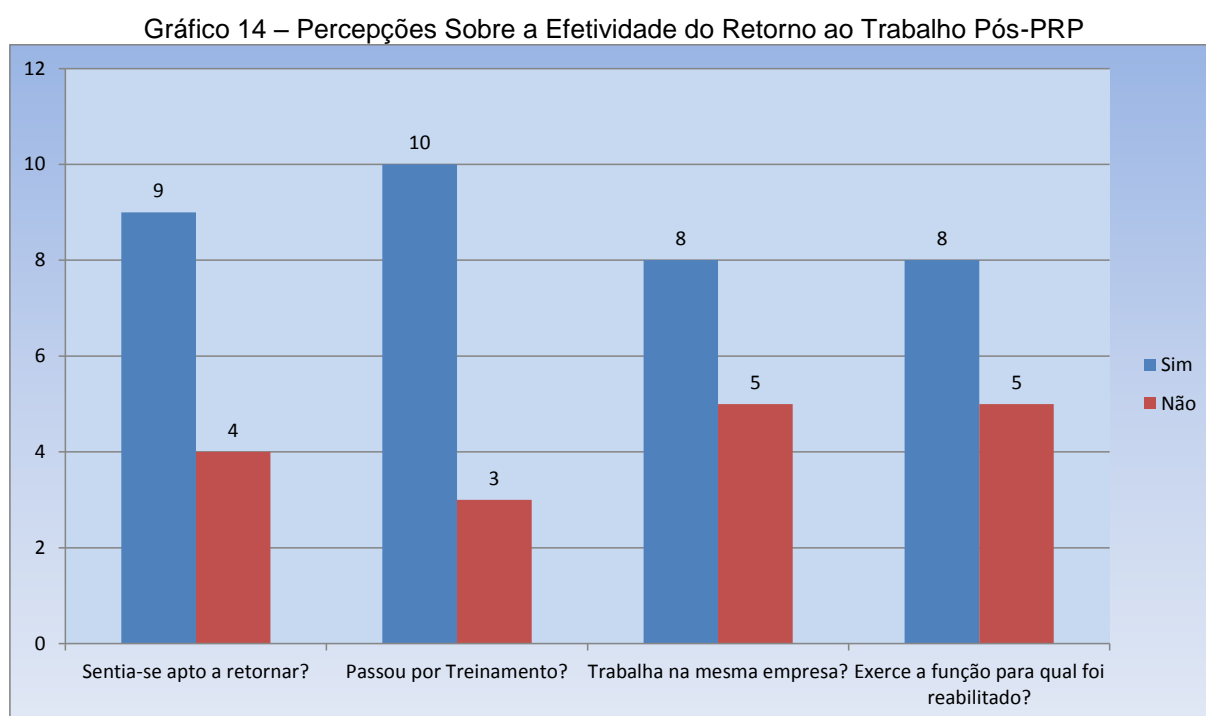
“o transporte é péssimo, porque é o seguinte, você não sabe se é melhor ir sentado ou em pé, às vezes me sinto melhor em pé, porque

a cadeira é dura e você fica com a perna impressada, você não tem uma postura adequada no ônibus, é péssimo, é péssimo (S1).”

“É difícil a vinda e a volta de ônibus (S13).”

5.2.12 – Percepções Sobre a Efetividade do Retorno ao Trabalho Pós-PRP

Ao final das entrevistas, os segurados eram convidados a responder se sentiam aptos ao retorno, se tinham passado pelo treinamento na empresa, se continuavam a trabalhar na mesma empresa e realizando as atividades para o qual foram reabilitados. Assim, as respostas podem ser observadas conforme consta no Gráfico 14.



Fonte: elaborado pela autora da dissertação com base na resposta das entrevistas com os segurados

Por meio da visualização do gráfico 14, nota-se nesse grupo de entrevistados que a programação profissional foi efetiva, mas deve ser ressaltado que se trata de uma parcela da amostra dos 113 segurados que permaneciam no trabalho após 1 ano do Programa de Reabilitação Profissional. Dessa forma, não se pode generalizar os resultados para todo o grupo.

5.3 PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL QUANTO AOS FACILITADORES E DIFICULTADORES NO PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO

A seguir, serão abordados os facilitadores e dificultadores na percepção dos Responsáveis pela Orientação Profissional de acordo com os resultados da análise de conteúdo, obtida por meio de entrevista.

Para que não seja possível a identificação dos entrevistados, os relatos serão acompanhadas com a letra R, seguida da numeração respectiva a cada um deles.

5.3.1 Facilitadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao Segurado

Os Responsáveis pela Orientação Profissional foram convidados a responder sobre quais eram os facilitadores do retorno ao trabalho que observavam em relação ao segurado.

Nesse aspecto os ROPs expressaram os facilitadores de forma direta, sendo comum responderem que era difícil encontrar um facilitador em relação ao segurado, dando maior ênfase aos aspectos dificultadores. Neste sentido, apresentaram os resultados conforme serão descritos nos parágrafos que se seguem.

Escolaridade até o nível médio (R2, R3, R5, R6 e R7): este foi o aspecto mais citado pelos ROPs como facilitador para o retorno do segurado ao trabalho. É considerado um facilitador, na medida em que possibilita ao ROP o encaminhamento do segurado para realização de cursos profissionalizantes, onde normalmente, há a exigência mínima de escolaridade de nível médio. Vacaro & Pedroso (2012) em sua pesquisa indicaram esta situação, informando que os cursos oferecidos pelo INSS exigem um nível de escolaridade que o segurado, muitas vezes, não tem. A escolaridade a partir do nível fundamental, mesmo que incompleto, constitui um dos critérios para encaminhamento do segurado ao serviço de RP, citado no capítulo 03 desta dissertação.

Ser Jovem (R5, R7 e R8): na análise do perfil sócio-demográfico e ocupacional dos segurados que compõe a amostra dessa pesquisa, a faixa etária dos segurados que retornaram ao trabalho foi de 40 a 49 anos, sendo a média de 47 anos, porém para os ROPs entrevistados o segurado com idade mais jovem é mais facilmente absorvido pelo mercado de trabalho. Para R5 o facilitador é o segurado que tem até 30 anos e para R8 é o segurado que tem entre 18 e 40 anos. Para ele

“quanto mais novo, mais fácil.” Este não foi um facilitador apontado no grupo de segurados entrevistados.

A análise estatística realizada com a amostra desse estudo evidenciou que não há correlação entre idade e tempo de afastamento do trabalho.

Bloch & Prins¹¹⁰ apontaram maiores taxas de retorno ao trabalho na faixa etária de 24-44 anos, Selander et. al.¹¹¹ indicam apenas que são pessoas mais jovens, sem especificar uma faixa etária e Ahlgren et. al.¹¹⁴ relatam que foram aqueles com idade entre 16 – 29 anos. No entanto, para Bültmann et. al.¹¹⁶ a idade não foi um aspecto que influenciou no retorno dos trabalhadores.

Ter vínculo empregatício (R2, R4 e R5): neste aspecto, o vínculo empregatício aparece como um facilitador, pois conforme orientações do Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional⁸⁷, quando o segurado apresenta empresa de vínculo, o ROP deve entrar em contato com a empresa e solicitar a readaptação em uma nova função ou, se for o caso, na mesma função com restrições. Quando o segurado não apresenta vínculo empregatício, o ROP deve lançar mão dos recursos da comunidade (cursos profissionalizantes e treinamento em outra empresa) para conseguir promover a reabilitação profissional do segurado. Assim, o fato do segurado ter vínculo empregatício se constitui em um facilitador para promover o retorno mais célere ao trabalho, ao invés da espera para conseguir vaga em um curso profissionalizante e a duração de realização do mesmo, para posterior encaminhamento ao mercado de trabalho, conforme evidenciado por Vaccaro & Pedroso¹³⁵ em que os segurados que permaneceram mais tempo no programa foram os que tiveram o curso profissionalizante custeado pelo PRP.

Possuir experiências profissionais diversificadas (R3 e R8): De acordo com o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional⁸⁷, durante a avaliação do potencial laboral, o ROP deve investigar se o segurado tem experiências profissionais prévias, pois na impossibilidade do segurado retornar à atividade que exercia ao ser afastado do trabalho, o ROP poderá fazer a análise da possibilidade do segurado retornar ao mercado de trabalho exercendo alguma das funções que já havia realizado anteriormente. Assim, foi observado na entrevista realizada com o segurado S8, impedido de retornar à sua função de origem, pelo problema de saúde que apresentava, voltou ao mercado de trabalho em uma atividade que já havia exercido anos atrás.

5.3.2 Dificultadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao Segurado

Entre os aspectos dificultadores os Responsáveis pela Orientação Profissional destacaram:

Resistência à Reabilitação Profissional ou para Retornar ao Trabalho (R1, R4, R5, R6 e R7): Para os ROPs este é o principal dificultador para o processo de retorno ao trabalho, pois os segurados acabam adotando comportamentos que inviabilizam o andamento do programa profissional, como o exemplo das falas abaixo:

“Encontrar um segurado 100% interessado é raríssimo. Coloca telefones que não tem só para não ser localizado (R1).”

“Pelo longo tempo em benefício, se acomodavam e se tornavam resistentes ao retorno. Discutiam com a gente; Para quebrar a resistência do segurado era muito difícil, pois eles ficavam muito tempo aguardando e trocavam entre si todas as artimanhas (R4).”

Para Seyfried⁶⁸ apesar da importância do serviço de reabilitação profissional, ele só é possível se houver a clara manifestação e participação do indivíduo em participar. É este comportamento que irá diferenciar um programa bem sucedido.

Segundo Tardin¹⁴² existem alguns fatores que explicam a resistência dos segurados com relação à Reabilitação Profissional ou ao retorno ao trabalho, que pode ser a insegurança no emprego, as limitações e dores geradas pela doença ou acidente, o temor de não conseguir prover a família, entre outros.

Cabral et. al.¹²³ alerta para a questão da instabilidade do mercado de trabalho no Brasil, com pouca oferta de emprego, o que pode gerar insegurança e medo de retornar ao trabalho.

Ter baixa escolaridade ou nível superior (R2, R3, R5 e R7): Os ROPs relataram que quando o segurado possui baixa escolaridade é muito difícil promover o retorno, a menos que a empresa de vínculo ofereça uma função compatível ou que o segurado tenha experiência profissional em outra função, caso contrário, o segurado é orientado a melhorar sua escolaridade, para posteriormente ser encaminhado para um curso profissionalizante que o qualifique para uma nova função.

“A falta de escolaridade ou muita escolaridade, pois quando é reabilitado não tem como receber mais. Ex. Motorista de Ônibus e o caixa de banco (R3).”

“Quem tem curso superior é orientado por advogado e se sentem diminuídos caso tenham que fazer curso técnico (R2).”

“Em regra, quanto mais baixa a escolaridade, mais difícil o segurado ter motivação (R8).”

Saldanha¹²⁸ identificou que a baixa escolaridade se constituiu em uma barreira para o retorno ao trabalho. Outrossim, Toldrá e cols.⁶ evidenciaram que a baixa escolaridade dos trabalhadores inviabilizou os processos de (re) educação, (re) qualificação profissional e a (re) adaptação profissional e social.

Quanto ao segurado de nível superior, a dificuldade relatada pelos ROPs é que por ser mais esclarecido, o segurado não aceita ser encaminhado para realizar uma atividade aquém de seu conhecimento, mas a análise do perfil sócio-demográfico e ocupacional mostrou que estes segurados estiveram em uma média de tempo afastados do trabalho menor que o segurado de baixa escolaridade e após 01 ano do PRP eram os que tinham a maior frequência de permanência no trabalho. Ademais, a literatura indica que quanto maior o nível de escolaridade, maiores são as possibilidades de retorno ao mercado de trabalho¹¹¹.

Longo período de afastamento e acomodação ao benefício (R1, R2, R4 e R7): Infelizmente, esse é um dado que foi frequente em toda a amostra do estudo, pois a média de tempo do afastamento do trabalho foi superior a 05 anos.

“Os segurados chegam à RP com vícios, por conta do longo período de afastamento. A maioria dos segurados já chega com o quadro estabilizado, mas quer se aproveitar da seqüela o máximo possível. O segurado não enxerga as potencialidades que tem! (R1).”

“É uma choradeira quando sabem que serão desligados, pois o segurado acha que é salário e não benefício (R2).”

“Segurado vê no BI uma complementação da renda, pois acaba fazendo outra coisa por fora (R7).”

Para Bültmann et. al.¹¹⁶ o grupo que ficou mais tempo recebendo a compensação financeira e passou mais tempo afastado do trabalho, foi também o que teve maior número de pessoas que não retornaram ao trabalho.

Vacaro e Pedroso¹³⁵ afirmam que muitos segurados preferem não retornar ao trabalho, pois é mais vantajoso receber o benefício que, em alguns casos, supera o salário mensal que recebiam na empresa.

Dessa maneira, evidencia-se a necessidade de encaminhar o segurado para a Reabilitação Profissional o mais precocemente possível, conforme destaca a literatura.^{118,110,111,120}

Idade avançada (R4, R7 e R8): de acordo com o relatado pelos ROPs R7 e R8, ser jovem é um facilitador do retorno ao trabalho (citado anteriormente) e ter idade avançada é um dificultador, conforme os relatos apresentados a seguir:

“A clientela não era muito jovem. Quem quer empregar uma pessoa com essa faixa etária e ainda com limitação? (R4)”.

“Quem recebe hoje no mercado de trabalho uma pessoa com 48 anos, sem escolaridade, que se estagnou? O mercado busca uma pessoa mais jovem, com saúde, que estudou (R7).”

Esses relatos trazem dois componentes importantes, pois na verdade não é o fato do indivíduo ter 40 anos ou mais que dificulta o processo de retorno ao trabalho. Para legislação previdenciária a mulher se aposenta por idade a partir dos 60 anos e o homem a partir dos 65 anos⁵². Levando em consideração este fator, a pessoa ainda teria entre 20 a 25 anos de trabalho. Nesses casos, o dificultador é a associação da idade avançada com: o fato da pessoa ter uma limitação (que pode ser física, mental ou social), ou baixa escolaridade, ou a falta de qualificação e não está apenas relacionada à questão da idade.

Na pesquisa de Guarino, Chamlian & Masiero¹⁴³ sobre o retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores, foi apontado que a idade avançada à época da amputação, associada ao baixo nível de escolaridade, constituíram os aspectos dificultadores do retorno ao trabalho.

Ademais, no estudo de Maeno & Wünsch Filho¹²² que analisaram as razões alegadas pelos 174 ex-trabalhadores de uma empresa, com a finalidade de justificar o desemprego, apenas 16 indivíduos ou 9,2% responderam que a causa era “ter muita idade para o mercado de trabalho”.

Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE¹⁴⁴, na pesquisa mensal de emprego, realizada nas regiões metropolitanas do Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, pessoas

com 50 anos ou mais representavam 23% das pessoas ocupadas no Brasil em Outubro/2013, superando a faixa etária de 18 a 24 anos que representavam 12, %.

Assim, confirma-se que não é a variável idade avançada que caracteriza o dificultador do retorno ao mercado de trabalho, mas sua associação com outras barreiras impostas aos trabalhadores adoecidos ou acidentados.

5.3.3 Facilitadores do Retorno ao Trabalho em Relação à Empresa

Quanto às empresas de vínculo dos segurados, os facilitadores destacados pelos Responsáveis pela Orientação Profissional foram:

Oferecem nova função de acordo com a capacidade laboral do segurado (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8): Este foi o aspecto que mais prevaleceu nas respostas dos segurados, pois consiste na primeira abordagem do ROP com a empresa de vínculo do segurado, conforme instruções contidas no Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional⁸⁷.

No estudo de Vacaro & Pedroso¹³⁵ o retorno do segurado dentro da própria empresa foi tido como modelo de reabilitação de maior eficácia e os segurados que não foram reabilitados na empresa de vínculo, ao término do programa e 01 ano após o término do PRP constatou-se que os segurados não tinham conseguido retornar ao mercado de trabalho.

Este resultado também surge como facilitador na literatura^{111,120}.

Tem bom relacionamento com o segurado (R3 e R5): apesar dessa resposta ter surgido no relato de apenas 02 ROPs, é um facilitador bastante citado pela literatura^{108,109,110,120,123,125}, que destaca a importância de relacionamentos interpessoais saudáveis, onde o segurado é acolhido pelas chefias e pelos colegas, as atividades são supervisionadas e o segurado se sente útil.

“Se a empresa oferece a função de acordo com a capacidade laborativa dava segurança ao segurado (R3).”

Neste aspecto, os ROPs observam que se a empresa acolhe bem o segurado, este se sentirá mais seguro e mais motivado a retornar ao local de trabalho, por consequência, não apresentará resistência ao treinamento.

Empresa de Grande Porte (R5 e R8): neste aspecto os ROPs relataram que o fato da empresa ser de grande porte, ela tem como oferecer outras funções, o que facilita o processo de retorno ao trabalho.

“Porte e a estrutura da empresa promove novas possibilidades (R5).”

Este foi um facilitador apontado na literatura.^{111,135}

Alguns dos segurados entrevistados também identificaram este como um facilitador, pois ao ser demitido ou a empresa ter falido, eles conseguiram voltar ao trabalho em empresas de grande porte que cumpriam a Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência ou reabilitadas do INSS (tratado no Capítulo sobre Reabilitação Profissional).

5.3.4 Dificultadores do Retorno ao Trabalho em Relação à Empresa

Em relação aos aspectos dificultadores os Responsáveis pela Orientação Profissional destacaram:

Empresas que não atendem ou respondem ao INSS (R2, R4, R5, R6, R7, R8): neste aspecto os ROPs se queixaram que as empresas tentam inviabilizar o processo de reabilitação, seja pelo desinteresse em relação ao funcionário, seja porque temem a presença do INSS no ambiente da empresa. Assim, elas deixam de atender ligações, visitas, não respondem às cartas e aos ofícios enviados, não atendem às solicitações que são feitas, como por exemplo, o cadastro de funções da empresa, para que o ROP verifique quais são as funções que a empresa possui e também não seguem as restrições contidas no Certificado de Reabilitação Profissional.

“Tem empresas que não acatam as orientações da equipe de RP (R1).”

“Empresas de transporte coletivo não respondem aos ofícios e uma empresa já impediu a minha entrada para entrega do ofício (R7).”

“Empresas de ônibus respondem aos ofícios de forma irônica, com gracejos, até o trato era difícil (R8).”

“Muita dificuldade para ter acesso ao cadastro de funções de uma empresa (R8).”

“Não respeitam as restrições apontadas pela equipe de RP (R8).”

Para Vacaro & Pedroso¹³⁵, um dos fatores que contribuiu para o alto índice de segurados fora do ambiente laboral, 01 ano após o término do PRP, tem relação com a não aceitação do segurado na empresa de vínculo, além do desinteresse do segurado.

A função oferecida estar abaixo da capacidade do segurado em realizá-la (R2, R3): Esse é um dificultador apresentado pelos ROPs que recai sobre a motivação do segurado, muitas vezes, já resistente ao processo de retorno ao mercado de trabalho.

"Tem empresa que oferece readaptação mas em funções que desestimulam o segurado a permanecer (R2)."

"Quando oferece função que é incompatível (R3)."

Segundo Cestari e Carlotto¹²⁵ um dos aspectos dificultadores do retorno ao trabalho para o indivíduo se relaciona com o desempenho de uma função com a qual não se identifica.

Este é um aspecto abordado no Capítulo 1, sobre O Trabalho, no que concerne aos significados e sentidos do trabalho para o homem.

Empresa de pequeno porte ou terceirizada (R3, R8): Nesse caso, os ROPs fazem referência às dificuldades de conseguir reinserir o segurado dentro da própria empresa, pois por serem empresas de pequeno porte ou terceirizadas, na maioria das vezes, não tem vagas ou funções compatíveis para promover a readaptação do segurado em uma nova função/atividade.

"Dependendo do tamanho da empresa, se for muito pequena, tem poucas funções, aí tem dificuldade em oferecer (R3)."

"Empresa terceirizada, pois o ônus para eles é muito alto (R8)."

"Empresa pequena falta função compatível, não tem vagas (R8)."

Segundo Vacaro & Pedroso¹³⁵, muitas empresas de pequeno porte estão desobrigadas de cumprir a meta de um número mínimo de empregados que possuem algum tipo de deficiência ou reabilitados do INSS.

Entretanto, tramita desde 2010 na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei Nº 7.207/2010¹⁴⁵, com a proposta de reduzir o porte da empresa que estará obrigada a

preencher um percentual de seus cargos com reabilitados, de 100 para 50 ou mais empregados.

5.3.5 Facilitadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao INSS

Entre os facilitadores com relação ao INSS os Responsáveis pela Orientação Profissional responderam:

Participação da Perícia Médica no processo de retorno ao trabalho (R2, R3, R7): nesse caso, apesar estar disposto no Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional⁸⁷ a participação conjunta do Perito Médico e do ROP para avaliação de elegibilidade do segurado para o PRP, os ROPs destacam que há pouca participação nas demais etapas, principalmente quando há necessidade de realizar visitas à empresas. Também relataram a importância de se encaminhar segurados que se enquadrem nos critérios mínimos para participar do Programa de RP, citados no capítulo sobre Reabilitação Profissional.

“Participação dos Peritos Médicos facilita o trabalho (R3).”

Cherem et. al.¹⁴⁶ descrevem de forma sucinta as atividades do Perito Médico da área de RP: avalia o potencial laboral do segurado (aspectos físicos, potencialidades, contra-indicações e prognóstico para o retorno ao trabalho) e as restrições funcionais; analisa se existe estabilização do quadro clínico; realiza a análise do posto de trabalho nas empresas; verifica os casos que podem ser encaminhados para a RP; participa dos casos de protetização; e, realiza a análise conjunta com o ROP quanto a definição da elegibilidade para o programa profissional, entre outras.

Esses autores ainda destacam a necessidade de um perfil médico pericial diferenciado no atendimento dos segurados que estão no processo de reabilitação profissional, que envolve não só os segurados, bem como a empresa e o contexto social.

Assim, Takahashi et. al.¹²⁴ sugerem que os médicos peritos do INSS sejam capacitados em ergonomia, pela Análise Ergonômica do Trabalho - AET, pois possibilitaria sair de uma visão de análise concreta do trabalho real para uma análise abstrata, evitando as altas precoces e, por consequência, a exclusão social.

A realização de Grupo Informativo (R4, R6): os ROPs avaliam que a realização do grupo informativo é um facilitador, pois é o momento de fornecer ao segurado as orientações iniciais sobre o PRP.

“Grupo Informativo era bom pois dava as orientações iniciais sobre o processo reabilitatório (R4).”

De acordo com o Manual Técnico da Área de Reabilitação Profissional⁸⁷ o grupo informativo tem como finalidade prestar informações ao beneficiário quanto à legislação previdenciária da área de RP, quanto às normas institucionais e esclarecer sobre o processo de Reabilitação Profissional. Desta maneira, propicia ao segurado compreender o desenvolvimento do programa, a manutenção do benefício e os atendimentos que receberá, resultando no seu retorno ao mercado de trabalho.

O Manual Técnico de Procedimentos da Área de RP (R3): apesar de ter sido apontado por apenas um ROP, a explicação apresentada por ele é que, em virtude da falta de capacitação e treinamento na área, o manual é a única fonte institucional que aborda os procedimentos técnico-operacionais relativos à área de Reabilitação Profissional.

“Manual – muito bem feito, detalhava bem todas as atribuições (R3).”

Segundo Matsuo¹³⁸, observou-se que existia diferença no atendimento dos acidentados entre os técnicos de um mesmo setor, ainda que existisse um manual da reabilitação profissional, porém a falta de um procedimento uniforme não parecia comprometer o resultado da reabilitação.

Outrossim, nos relatos das entrevistas do estudo de Bregalda¹⁴⁷, as responsáveis pela reabilitação profissional apontam a falta de uniformização dos procedimentos técnico-operacionais de uma Agência da Previdência Social para outra e dificuldade em realizar algumas ações conforme previstas no manual.

5.3.6 Dificultadores do Retorno ao Trabalho em Relação ao INSS

Este foi o item em que foram apontados a maior quantidade de aspectos que dificultam o processo de retorno ao trabalho dos segurados atendidos pelos Responsáveis pela Orientação Profissional e estão relacionados à efetiva ação do Estado em adotar uma Política de Reabilitação Profissional e à falta de investimento no serviço prestado atualmente.

Falta de aquisição de recursos materiais para o PRP (R1, R2, R3, R4, R5 e R7): Este foi o dificultador mais apontado pelos ROPs, pois tem impacto direto sobre os atendimentos e o que tem resultado em uma maior concentração de segurados em Programa de Reabilitação Profissional, aguardando, principalmente, a compra de cursos profissionalizantes.

“Não solicito recursos materiais por excesso de vezes que solicitei e não fui atendida (R1).”

“A logística não funciona. (...) Eu vejo na Intraprev que outras GEX conseguem comprar cursos e nós aqui em Brasília não conseguimos. É uma vergonha! (R2)”

“Falta de compra de curso profissional e instrumento de trabalho, com isso nós tínhamos que ser muito criativos para promover o retorno do segurado. Com a nossa boa vontade a gente corria atrás para conseguir cursos gratuitos, mas muitas vezes a gente não tinha êxito. O segurado que foi reabilitado com os cursinhos oferecidos pelo INSS não consegue se manter no mercado (R4).”

“Tem segurado que entra, a gente olha e pensa, “Meu Deus! O que fazer?” A gente não tem instrumento. Sinto-me estagnada também. Impotente. (...) 40 a 50% dos segurados que atendo estão aguardando curso (R7)!”

A aquisição de recursos materiais indispensáveis para o Programa de Reabilitação Profissional é garantido em Lei e o INSS recebe todos os anos orçamento próprio (Ação 2585 – Reabilitação Profissional) para estas aquisições, conforme abordado no Capítulo 3 que trata de Reabilitação Profissional.

A auditoria interna do INSS realizada em 2007 (Programa de Auditoria nº 5/2007) apontou entre as dificuldades do setor de reabilitação profissional a falta de recursos materiais, e, por este motivo, os candidatos à reabilitação permaneciam por até três anos com o benefício ativo¹⁴¹.

Segundo dados do Anuário Estatístico da Previdência Social - AEPS³, nos últimos três anos a Gerência Executiva do Distrito Federal foi a única em todo o Centro-Oeste a não conceder recursos materiais aos segurados em PRP. Situação semelhante ocorreu nos estados de Sergipe e Rondônia.

Porém, o que se destaca, é que alguns ROPs entrevistados relatavam que “o INSS não compra curso para o segurado” e o que se observa é que há uma

dificuldade local para aquisição por processo licitatório, dos recursos materiais necessários para a programação profissional do segurado.

Falta de recursos humanos para atendimento da demanda de segurados (R1, R3, R4, R5, R6 e R7): Este é um outro dificultador apontado pelos ROPs, pois a demanda de segurados é grande e o ROP exerce várias atribuições.

“A RP precisa de mais pessoas, pois não dá para atender a demanda de segurados atual com o número de servidores que existe. (...) Falta servidor administrativo na RP, para preparar e enviar cartas, ofícios (R1).”

“Com o relógio eletrônico a gente trabalhava muito mais que 8 horas, pois tínhamos muitas atribuições: fazer o atendimento, lançar no sistema, serviço externo (...) (R4).”

“É um ciclo: não tem recursos humanos, então o segurado fica longo período de tempo aguardando na RP, cria resistência em retornar ao trabalho, aí nesse ciclo a gente fica no meio. É difícil mesmo, a gente fica com os pés e mãos atadas (...) Fica muito difícil de trabalhar, a gente se desmotiva (R7).”

Segundo relatório do Tribunal de Contas da União¹⁴¹ em 91% das Gerências Executivas o número de servidores não é suficiente para atender a demanda existente. Na época existiam 508 Orientadores Profissionais para atender cerca de 1200 APS existentes em todo o Brasil.

O relatório ainda informou que desde 1980 não havia concursos para recomposição de profissionais para esta área. Em 2008 o INSS contratou 100 servidores com formação em Psicologia e Terapia Ocupacional para atuarem como orientadores profissionais e em 2009 seriam contratados os Assistentes Sociais¹⁴¹.

Falta de acordos e convênios locais para promoção do PRP (R1, R2, R6 e R8): Para os ROPs, na ausência de aquisição de recursos materiais, uma solução seria celebrar acordos e convênios que tivessem como objetivo atender a clientela que necessita de elevação da escolaridade e realizar cursos profissionalizantes.

Falta de convênios de nível nacional, ex: Correios, Fundação Educacional e Sistema S (R6).

Falta de cooperação técnica com empresas, EJA e sistema S. (...)70% dos segurados que eu tinha era de 1ª a 7ª série. A orientação era para encaminhar para o EJA, mas cada série dura 6 meses e nós trabalhamos com indicadores, como deixar o segurado tanto tempo na planilha. A falta de convênio era um dificultador (R8).

A Resolução 118/INSS/PRES de 04/11/2010, art. 4 prevê:

Em consonância com a legislação previdenciária, as Unidades e órgãos descentralizados do INSS (Superintendências Regionais ou GEX), poderão celebrar acordos de cooperação técnica, no âmbito da Reabilitação Profissional, com entidades públicas ou privadas e sem ônus para os partícipes, para prestação dos seguintes serviços:

- I - atendimentos especializados (nas áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicologia);
- II - avaliação e elevação do nível de escolaridade;
- III - avaliação e treinamento profissional;
- IV - promoção de cursos profissionalizantes;
- V - estágios curriculares e extracurriculares para alunos graduados;
- VI - homologação do processo de habilitação ou reabilitação de PcD;
- VII - homologação de readaptação profissional (BRASIL, 2010).

Entretanto, segundo apontou o relatório do Tribunal de Contas da União¹⁴¹ das 102 Gerências Executivas existentes, apenas 43 delas possuía algum tipo de convênio firmado e destes, apenas 20 são voltados para oferecer algum tipo de capacitação ou treinamento.

Falta de treinamento / capacitação para os servidores da área (R3, R4, R6 e R7): o relato dos ROPs também evidenciou a falta de treinamento e capacitação para os servidores da área.

“Apesar das ROPs terem as mesmas atribuições, cada uma acaba dando um enfoque para sua área de formação, não há padronização do atendimento (R3).”

“Nos últimos 10 anos não recebi treinamento específico para ROP, participei de alguns encontros (R3).”

“Não recebíamos treinamento. Quando chegava um documento novo a equipe se empenhava para discutir, mas era difícil e, assim, a gente não conseguia uniformizar o atendimento (R4).”

“Nunca tive curso para fazer uma análise de posto de trabalho. Fazia no chutômetro. Falta curso para melhorar a abordagem com o segurado. Falta curso para responder ao judiciário (R5).”

“Não recebi treinamento para ser ROP, passei a fazer uma atividade específica da minha formação profissional, trabalhando com questões mais subjetivas do segurado (R5).”

“Eu fui jogada na RP, sem orientação e sem treinamento (R6).”

Em relação à falta de treinamento e capacitação, o relatório do TCU¹⁴¹ apontou que segundo a pesquisa com os gestores, para 78% deles a carência de treinamentos tem dificultado o trabalho e para 39% dos gestores a qualidade foi

considerada como ruim ou péssima. Na época, a Divisão de Reabilitação Profissional manifestou que as solicitações de treinamento, quanto ao aconselhamento profissional e análise de posto de trabalho, para os orientadores profissionais não foram atendidas.

Falta de divulgação do trabalho da RP (R3, R4, R5, R6 e R8): Os ROPs ainda manifestaram a necessidade de divulgação sobre a Reabilitação Profissional dentro do próprio INSS e para empresas e sociedade.

“Os setores do INSS desconhecem o que a RP faz. A gente não tem tempo de divulgar. Mas isso é internamente e externamente (R4).”

Falta divulgação da RP no INSS. A Previdência e os próprios servidores desconhecem os processos de RP (R6).

Os ROPs relatam ser essa uma dificuldade para realização do trabalho, pois muitas vezes são questionados por outros servidores da própria instituição sobre a importância do trabalho que desenvolvem e, na maioria das vezes, não conseguem espaço dentro de agências ou material permanente para desenvolver o trabalho, porque o gestor da unidade desconhece as necessidades da área. Assim, o ROP R4 relatou:

“Falta de material permanente, era 1 impressora para 10 ROPs e para o administrativo, sem contar a distância para buscar a impressão (R4).”

“Falta de espaço físico adequado. Já tive que atender com outra ROP no mesmo ambiente. A gente trabalhava no 2º subsolo, as janelas não abriam, só luz fluorescente, ar condicionado sujo, espaço totalmente insalubre (R4).”

Além da falta de divulgação dentro do próprio instituto, os ROPs relataram que quando ligam ou visitam as empresas, muitas vezes, tem que primeiro explicar sobre o que é o serviço e a importância para promover o retorno do funcionário ao trabalho e, para a partir desse momento, a empresa atender às solicitações do serviço de RP.

Os ROPs relataram que essa divulgação maciça poderia auxiliar no desenvolvimento das atividades do serviço de RP e representaria menos uma atribuição destinada a eles.

Falta de um sistema integrado com os demais sistemas da instituição (R8): Um dos ROPs relatou a falta de um sistema (banco de dados) que facilitasse a consolidação das informações sobre os atendimentos realizados.

“Sistema de Reabilitação Profissional é muito falho, desintegrado de todos os outros sistemas institucionais. Falta um sistema que dê agilidade ao atendimento (R8).”

Conforme citado no Capítulo sobre Reabilitação Profissional, atualmente, a equipe de Reabilitação Profissional possui dois sistemas com a finalidade de lançar informações sobre os atendimentos e gerar relatórios sobre os mesmos, porém não atendem todas as necessidades das equipes.

5.3.7 Outros Facilitadores

Não foram apontados pelos ROPs outros facilitadores que possam promover o retorno do segurado ao mercado de trabalho.

5.3.8 Outros Dificultadores

Entre outros dificultadores para o retorno do segurado ao mercado de trabalho os ROPs responderam:

A alta demanda de segurados encaminhados para o serviço de RP pela via judicial: neste aspecto, a principal queixa do ROP R2 é em relação ao retorno do segurado resistente à RP, foi considerado apto para retornar ao trabalho e, pela via judicial retorna ao Serviço de RP.

“A Justiça também emperra nosso trabalho, pois pede para aposentar o segurado (...) O Juíz não acredita em nós, somente no que o segurado fala (R2).”

A greve dos bancos: para o ROP R2, o pagamento dos auxílios transporte e alimentação ficam inviabilizados com a greve dos bancos, pois o segurado só recebe o auxílio no caixa do banco e, dessa forma, prejudica o deslocamento do segurado para frequentar o treinamento na empresa ou ao curso profissionalizante.

"A greve dos bancos impedem que os segurados recebam o diheiro da passagem para frequentar curso ou treinamento (R2)."

Assistência médica: para o ROP R5 a assistência médica não consegue dar conta da demanda.

"Se a instituição desse um bom suporte para a RP a saída do segurado seria em larga escala. O perito encaminha dizendo que a pessoa pode retornar, mas a pessoa depende de uma rede (SUS) que não o atende. É uma questão mais ampla. O contexto é adoecedor mesmo. E aí você fica em uma sinuca de bico (R5)."

E o ROP R8 ressaltou que:

"Falta interlocução entre os entes políticos para implementar a Política de Saúde do Trabalhador (R8)."

Segundo pesquisa realizada por Roskam¹⁴⁸, que avaliou o índice de segurança do trabalho em 95 países, o resultado foi que dois terços desses países apresentam níveis insatisfatórios de proteção aos trabalhadores, ainda que possuíssem um arcabouço legal, que não chegam a ser implementadas, portanto, não conseguem garantir um ambiente de trabalho saudável.

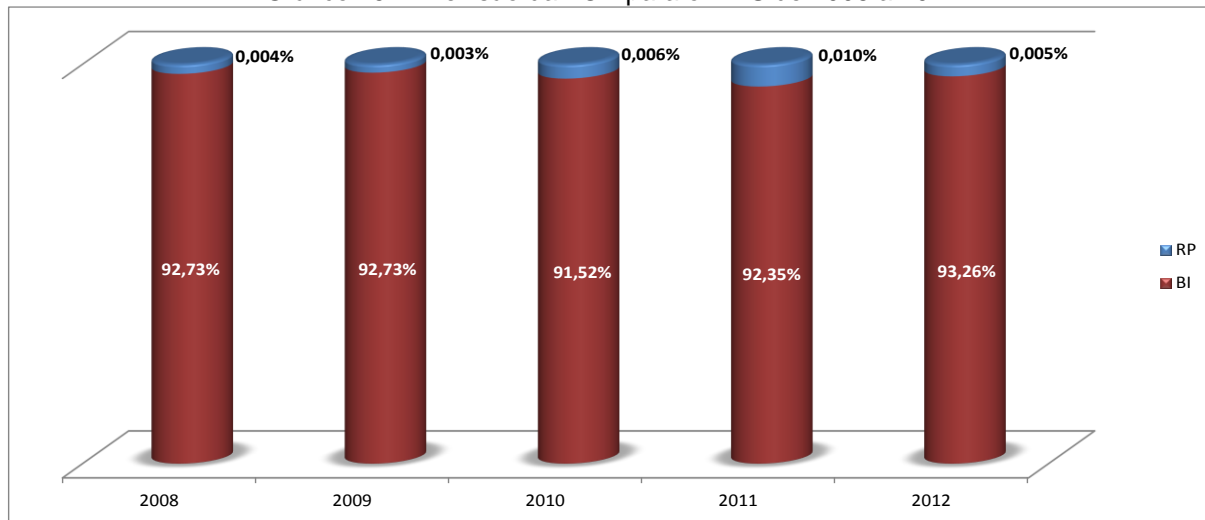
Para Joaquim Breuer¹⁴⁹, Diretor-Geral do Seguro Estatal Alemão de Acidentes do Trabalho (German Social Accident Insurance), a reabilitação profissional não está no topo de nenhuma política, ainda que ela seja um direito humano.

Em 1961, Leñero¹⁵⁰ já refletia que a reabilitação profissional abarca fundamentos antropológicos, que seria o direito do homem ao trabalho e à saúde e fundamentos sociais, que seria o bem-comum e o bem-estar individual. Para o autor, investir em Reabilitação Profissional aumentaria o número de pessoas capazes de trabalhar, aumentaria a capacidade de um determinado setor da economia, os inválidos que eram assalariados passivos iriam se converter em ativos, produtivos e contribuintes, aliviando assim, as cargas fiscais, tornando mais justa e equitativa a distribuição das riquezas de um país. Sem dúvida, essa análise sugere a relevância de se investir nos programas de Reabilitação Profissional.

Na Previdência Social brasileira os investimentos em Reabilitação Profissional podem ser considerados ínfimos se comparados aos despendidos no pagamento de

benefícios. No Gráfico 15 pode ser observada a diferença dos valores previstos na Lei Orçamentária Anual - LOA para a Previdência Social Básica, no período de 2008 a 2012.

Gráfico 15 – Previsão da LOA para o MPS de 2008 a 2012



Fonte: LOA 2008 – 2012^{151,152,153,154,155}

Se comparado a outros países, o gasto com o serviço de Reabilitação Profissional no Brasil é irrisório. Nos Estados Unidos, em 2010, o gasto total com Programas de Reabilitação Profissional atingiu o correspondente a 3.831.133.005 dólares (R\$ 8.920.026.975,54) para um total de 327.599 pessoas que buscaram o serviço, sendo que 169.260 pessoas conseguiram retornar ao mercado de trabalho¹⁵⁶. Na Alemanha, em 2012, a despesa bruta do Governo Federal com Reabilitação Profissional foi da ordem de 258 Milhões de Euros (R\$ 808.185.000,00), para um total de 67.687 usuários¹⁵⁷.

Apesar do pouco investimento no serviço de Reabilitação Profissional do Brasil, ainda tem sido comum a devolução de parte do orçamento, como pode ser constatado na Tabela 16.

Tabela 16 – Orçamento gasto no serviço de RP de 2008-2012

Ano	Orçamento Previsto na LOA	Orçamento Utilizado	Orçamento devolvido
2008	R\$ 9.342.040,00	R\$ 9.300.782,02	R\$ 41.257,98
2009	R\$ 9.342.040,00	R\$ 11.276.056,67	-R\$ 1.934.016,67
2010	R\$ 17.000.000,00	R\$ 15.251.962,74	R\$ 1.748.037,26
2011	R\$ 30.000.000,00	R\$ 15.726.691,74	R\$ 14.273.308,26
2012	R\$ 18.592.500,00	R\$ 17.012.690,00	R\$ 1.579.810,00

Fonte: Adaptado da LOA 2008 – 2012^{151,152,153,154,155} e Sistema Integrado de Administração Financeira - SIAFI¹⁵⁸

Na visão de Schubert¹⁵⁹, a reabilitação profissional é superavitária, pois para cada R\$ 1,00 investido no PRP, tem-se um retorno de R\$ 1,60. Frade¹⁶⁰, ao se referir a experiência de reabilitar os colaboradores dentro da própria empresa, em parceria com o INSS, destaca que essa prática possibilita diferentes tipos de retorno, entre eles o financeiro, sendo de R\$ 2,00 para cada R\$ 1,00 investido no processo. Ele ainda avalia que o investimento é compensado por manter o empregado na linha de produção, evitando assim, o peso das condenações financeiras ou das reintegrações quase sempre acompanhadas de conflitos e mágoas.

Com base nestas constatações, a seguir serão apresentadas as conclusões deste trabalho.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi de analisar os facilitadores e dificultadores no processo de retorno ao trabalho dos segurados reabilitados pelo Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do INSS, no âmbito da Gerência Executiva do Distrito Federal, no ano de 2011.

Por meio da coleta de dados quantitativos, identificou-se o perfil sóciodemográfico e ocupacional da amostra. Em síntese, caracterizou-se predominantemente por trabalhadores do sexo masculino, casados, com ensino médio completo, idade média de 47 anos, do ramo de atividade da seção H do CNAE 2.0 (transporte, armazenagem e correio), empregado na mesma empresa há mais de 8 anos e com salário médio de R\$ 1.253,00. Estavam afastados do trabalho há mais de 5 anos, tendo como motivo principal as doenças do sistema osteomuscular (CID-10 do grupo M), recebendo benefício por auxílio-doença (B31) no valor médio de R\$ 1.151,03.

Foram apresentados diversos estudos que tratavam da importância de se propiciar o retorno o mais precoce possível do trabalhador ao seu local de trabalho. Porém, neste estudo evidenciou-se que, mesmo após terem passado um tempo médio de 5 anos afastados do trabalho, dos 113 segurados reabilitados, ao término do PRP, 53 permaneceram empregados, sendo que, após 1 ano do PRP, ainda foram encontrados 45 segurados em exercício da atividade laboral.

Pode-se traduzir esta condição diferenciada dos demais estudos, pelo fato dos segurados morarem em uma região com maior nível de instrução (35,39% com ensino médio completo) e pelo fato de ao menos 30% desses segurados pertencerem a uma grande empresa de economia mista nacional, que oferece funções para readaptar seus funcionários e possui uma equipe responsável pela gestão do afastamento de seus funcionários, favorecendo, assim, o canal de comunicação mais transparente entre a equipe de Reabilitação Profissional do INSS e, conseqüentemente, o retorno do trabalhador ao ambiente de trabalho.

As análises estatísticas (teste do Qui-Quadrado) permitiram identificar que existe associação, ainda que fraca, entre auxílio-doença acidentário (B91) e retorno ao trabalho, em relação aos que recebem o auxílio-doença previdenciário (B31). É

possível que isto se deva à garantia de estabilidade de 12 meses ao trabalhador afastado por acidente de trabalho.

Também, constatou-se que quanto maior o nível de escolaridade, mais frequente foi a permanência na empresa de vínculo, em relação aos segurados com menor nível de escolaridade, após 1 ano da participação no PRP. A média do tempo de afastamento dos segurados com baixa escolaridade, em relação às demais, também foi maior tanto no grupo que permaneceu quanto aqueles que não conseguiram permanecer na empresa de vínculo.

Neste estudo, o fato do segurado ter declarado ser casado, pode ser considerado um fator preditor do retorno ao trabalho, pois identificou-se que o estado civil de 54,86% da amostra eram de pessoas casadas, concordando com o encontrado em outros estudos sobre o tema.

A fim de saber se existe correlação entre a variável idade e o tempo de afastamento do trabalho, foi feito o teste de correlação de Spearman, sendo possível concluir nesta amostra que a idade e o tempo de afastamento do trabalho não são correlacionados.

Em relação ao ramo de atividade, os segurados, em sua grande maioria, eram provenientes de empresas voltadas ao ramo de transporte, armazenagem e correio (Seção H) da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.0) e da categoria de Serviços do Setor de Atividade Econômica (SAE), correspondendo a 27,33% do total, onde predominam o esforço físico, a sobrecarga, a deambulação constante e os movimentos repetitivos, que resultam nas doenças osteomusculares, também predominantes neste estudo.

Para analisar se a variável “salário” tem correlação com a variável “retorno ao trabalho”, foi feito um teste Qui-Quadrado e há evidências para concluir que a diferença do salário anterior e durante o benefício estão associadas ao fato da pessoa retornar ao trabalho.

Aplicou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney para analisar se as médias do tempo de trabalho na empresa diferem dos que retornaram e dos que não retornaram. Neste caso, o resultado foi que não há diferença significativa.

Na análise de conteúdo obtida por meio das entrevistas com os segurados, foram apontados os seguintes facilitadores:

- de ordem pessoal: a vontade de voltar ao trabalho, a desvantagem salarial do benefício em comparação com o salário que recebiam antes do afastamento do trabalho e longo tempo exercendo a mesma função;
- quanto à empresa: quando esta é receptiva, em que os chefes e colegas acolhem o trabalhador que estava afastado; e as que obedecem à Lei de Cotas, promovendo a entrada de pessoas reabilitadas pelo PRP do INSS;
- em relação ao INSS: o certificado de reabilitação profissional (contendo as restrições para as atividades que não podem exercer e por ser útil no momento de concorrer às vagas para pessoas reabilitadas); o acolhimento da equipe de RP e as orientações que receberam quanto à melhoria da escolaridade e realização de cursos na comunidade (foram importantes para promover o retorno);
- outros: um segurado citou que teve um bom acompanhamento médico e isso o ajudou a compreender melhor suas limitações físicas.

Entre os dificultadores apontados pelos segurados, identificou-se:

- de ordem pessoal: em todos a presença da dor e limitação física, mas que foram superadas pelo desejo que tinham de retornar ao trabalho;
- em relação à empresa: quando oferecem função esta está aquém da capacidade do segurado; a redução salarial, que gera desmotivação e o posto de trabalho inadequado;
- quanto ao INSS: o valor do benefício que era considerado pouco; o atendimento da Perícia Médica, a burocracia em relação à exigência de laudos, o longo tempo de espera para ser atendido, negar o auxílio-acidente e as greves que geraram atraso nos atendimentos e pagamentos de benefícios; a falta de orientações sobre o processo de Reabilitação Profissional, de qualificação (cursos profissionalizantes), treinamento adequado, e retornar à mesma função.
- outros: Alguns segurados ainda citaram que a péssima qualidade do transporte público do Distrito Federal também dificulta a ida ao trabalho.

Na entrevista com os ROPs, foram apontados como facilitadores:

- em relação ao segurado: escolaridade até o nível médio; ter vínculo empregatício; e possuir experiências profissionais diversificadas;
- quanto à empresa: oferecem nova função de acordo com a capacidade laboral do segurado; tem bom relacionamento com o segurado; empresa de grande porte;
- no que se refere ao INSS: oferecem nova função de acordo com a capacidade laboral do segurado; tem bom relacionamento com o segurado; e ser empresa de Grande Porte.

Entre os dificultadores os ROPs relataram que:

- quanto ao segurado: resistência à Reabilitação Profissional ou para retornar ao trabalho; ter baixa escolaridade ou nível superior; longo período de afastamento e acomodação ao benefício; Idade avançada;
- em relação às empresas: empresas que não atendem ou respondem ao INSS; a função oferecida estar abaixo da capacidade do segurado em realiza-la; empresa de pequeno porte ou terceirizada;
- quanto ao INSS: falta de aquisição de recursos materiais para o PRP; falta de recursos humanos para atendimento da demanda de segurados; falta de acordos e convênios locais para promoção do PRP; falta de treinamento / capacitação para os servidores da área; falta de divulgação do trabalho da RP; falta de um sistema integrado com os demais sistemas da instituição;
- com relação a outros dificultadores: os ROPs citaram a alta demanda de segurados encaminhados para o serviço de RP pela via judicial e a falta de assistência médica para os segurados.

A identificação dos facilitadores do retorno do segurado ao trabalho permitiu concluir que aqueles que retornaram ao trabalho e se mantiveram empregados, tiveram como principal motivador a vontade do segurado em retornar ao trabalho, as empresas que foram receptivas e o trabalho da equipe de Reabilitação Profissional que funcionou como um canal de interlocução entre o segurado e a empresa de vínculo.

Entre os dificultadores do retorno do segurado ao trabalho o que se destacou foram os segurados que eram resistentes a esse processo, que se acomodaram ao benefício, após longo período de afastamento, com baixa escolaridade, vinculados à empresas que não tinham o interesse em reabilitar e não foram devidamente qualificados pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS para o retorno.

Além desses aspectos foi possível constatar as dificuldades enfrentadas pela equipe de Reabilitação Profissional da GEX DF. 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). Os segurados encaminhados pela via judicial, que deveriam ter atendimento prioritário, aguardaram em média 1 ano e 3 meses para serem avaliados pelo PRP e os encaminhados via perícia médica aguardaram 1 ano e 8 meses.

Constatou-se também que a GEX DF não concede recursos materiais desde 2009, ainda que todos os anos sejam devolvidos parte do orçamento destinado ao Programa de Reabilitação Profissional de todo o INSS.

Analisando apenas o grupo dos 130 segurados reabilitados, esse número permite afirmar que cada um dos 10 Responsáveis pela Orientação Profissional (ROP) da GEX DF reabilitou uma média de 13 segurados em todo o ano de 2011, pouco mais de 1 segurado por mês.

Assim, há necessidade de um melhor gerenciamento dos casos encaminhados para o serviço de reabilitação profissional, como também, urge a necessidade de recomposição da equipe que avalia e presta atendimento a esses segurados, com a finalidade de reduzir o número dos mesmos aguardando avaliação do potencial laboral (“fila de espera”), gastos desnecessários com segurados que já poderiam ter retornado ao mercado de trabalho oportunamente, longo tempo de permanência dos segurados aguardando programação profissional e o baixo número de segurados reabilitados.

Deve-se, também, apurar as dificuldades que os Responsáveis pela Orientação Profissional (ROP) enfrentam com a finalidade de promover a reabilitação profissional dos segurados encaminhados para este serviço,

O estudo permitiu observar que em 22 anos foram registrados no serviço de Reabilitação Profissional 955.296 segurados e destes apenas 33,10% (316.269 segurados) foram considerados reabilitados. Ademais, em 2011, no mercado formal existiam apenas 32.704 reabilitados.

Desta maneira, pode-se afirmar com base na literatura e nas entrevistas realizadas com os segurados e com os responsáveis pela orientação profissional que há necessidade urgente de investimentos no Serviço de Reabilitação Profissional, não só da GEX DF, mas de todo o INSS, para que se consiga garantir o direito ao segurado de um retorno digno e efetivo ao mercado de trabalho, bem como, oferecer melhores condições de trabalho para a equipe que operacionaliza este serviço. Há necessidade de construção de protocolos de atendimento para equipe que realiza o atendimento e ampliar os acordos e convênios.

Salienta-se que esta pesquisa não se esgota aqui, há necessidade de ampliar os estudos quanto aos aspectos que promovem o retorno do trabalhador, avaliar a visão das empresas sobre este evento e quanto ao retorno ao trabalho do segurado sem vínculo empregatício.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, Março de 2010.
2. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. Disponível em:
<<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: Out. 2013.
3. Anuário Estatístico da Previdência Social/Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Ano 1 (1988/1992) – Brasília : MPS/DATAPREV, 2012.
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo Demográfico 2010 - Resultados Preliminares da Amostra. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/notas_resultados_preliminares_amostra.pdf>. Acesso em: Dez.2012.
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo Demográfico 2000 - Resultados Preliminares da Amostra. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: Dez.2012.
6. Toldrá, RC e cols. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho. Vol. 35, Nº. 121, Janeiro-Junho, 2010, pp. 10-22.
7. Araújo, RRE. Sachuk, MI. Os Sentidos do Trabalho e suas Implicações na Formação dos Indivíduos Inseridos nas Organizações Contemporâneas. Revista de Gestão USP, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 53-66, janeiro/março 2007. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rege/article/download/36590/39311>. Acesso em Set. 2013.
8. Batista-dos-Santos, AC., et al. Sobre o Trabalho, o Trabalhador e a Teoria das Organizações: Uma Leitura Crítica. Qualit@s Revista Eletrônica, Vol.9. Nº 3. 2009. Disponível em:
<<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/971/505>>. Acesso em Set. 2013.
9. Neves, O. Dicionário da Origem das Palavras. Portugal: Leya. 2012.
10. Arendt, H. A condição humana. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Forense-universitária, 2007.
11. Marx, K. O capital: Crítica da Economia Política. V. 1. Livro Primeiro: O Processo de Produção do Capital. São Paulo: Ed. Nova Cultural Ltda., 496 p, 1996.

12. Albornoz, S. O que é trabalho. São Paulo: Brasiliense, 1986. - Coleção primeiros passos – 171, 102 p.
13. Antunes, R. Século XXI: Nova Era da Precarização Estrutural do Trabalho? Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho - São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/anexos/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>>. Acesso em Set. 2013.
14. Borges, LDO.; Yamamoto, OH. O Mundo do Trabalho. In: Zanelli, J.C.; Borges-Andrade, J.E.; Bastos, V.B. (Orgs.) Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2004.
15. Sennett, R. A Corrosão do Caráter. 14ª Edição. Rio de Janeiro: Record. 2009.
16. Borges, LDO. As Concepções do Trabalho: Um Estudo de Análise de Conteúdo de Dois Periódicos de Circulação Nacional. Revista de Administração Contemporânea, 3(3), 81-107, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-65551999000300005&script=sci_arttext>. Acesso em Set. 2013.
17. Toffler, A. A Terceira Onda. Rio de Janeiro: Record. 22ª Ed. 1997.
18. Toffler, A. A Quarta Onda. In. Revista Exame. Ed. 766. 2002. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/revista-exame/edicoes/0766/noticias/a-quarta-onda-m0052568>>. Acesso em Set. 2013.
19. Borges, LDO. & Tamayo, Á. A Estrutura Cognitiva do Significado do Trabalho. Revista Psicologia, 1(2), 11-44, 2001. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-66572001000200002&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em Set. 2013.
20. Antunes, R. Os Sentidos do Trabalho: Ensaio sobre a Afirmação e a Negação do Trabalho. São Paulo, SP: Boitempo, 1999.
21. Codo, W. Um Diagnóstico do Trabalho (em busca do prazer). In A. Tamayo, J. Borges-Andrade & W. Codo (Eds.), Trabalho, Organizações e Cultura (p. 21-40). São Paulo, SP: Cooperativa de Autores Associados, 1997.
22. Codo, W., Vasques-Menezes, I., & Verdán, CS. Importância Social do Trabalho. Educação: Carinho e Trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília, 1999. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 293-299.
23. Demo, P. Trabalho: Sentido da Vida. Boletim Técnico do Senac, Rio de Janeiro, 32(1), 5-17, 2006. Disponível em: <http://www.senac.br/INFORMATIVO/BTS/321/bts32_1-artigo1.pdf>. Acesso em Set. 2013.

24. MOW. Interantional Research Team (1987). *The Meaning of working*. London: Academic Press.
25. Tolfo, SDR., & Piccinini, V. Sentidos e Significados do Trabalho: Explorando Conceitos, Variáveis e Estudos Empíricos Brasileiros. *Psicologia & Sociedade*, 19(spe), 38-46, 2007. Disponível em: <
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400007&lng=en&tlng=pt)>. Acesso em Set. 2013.
26. Alberton, DM. *Os Sentidos Atribuídos ao Trabalho pelos Profissionais do Ramo Publicitário de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 2008, 176 p.
27. Morin, EM. Os Sentidos do Trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, 41(3), 8-19, 2001.
28. Brasil. Portaria Nº 1.823, de 23/08/2012 - Instituí a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
29. Nardi, HC. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (org.). *Trabalho e tecnologia, dicionário crítico*. Petrópolis: Editora Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997, 219-224.
30. Ribeiro, CVS. *As Relações entre Trabalho e Saúde em Tempos de Reestruturação Produtiva*. Departamento de Psicologia Social da UERJ, 2009, P. 1-9.
31. Mattos, UAO. O acidente de trabalho e seu impacto socioeconômico-ambiental. In: Mattos, U. A. de O.; Másculo, F. S. (orgs.). *Higiene e Segurança do Trabalho*. Rio de Janeiro: Elsevier / Abepro, 2011. 408 p.
32. Lacaz, FAC. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
33. Lourenço EA. de S.; Bertani, IF. *Saúde do Trabalhador em Pauta*. Serviço Social & Realidade, Franca, v.17, n. 2, p.172-201, 2008.
34. Mendes, R. & Dias, EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 1991, 25:341-349.
35. Oliveira, MHB. *A política nacional de saúde do trabalhador (1980-1993): uma análise a partir do Direito e da Legislação Específica*. Tese de Doutorado. ENSP/Fiocruz, 1996.
36. Melo, AIS. *Contracena de diferentes: a saúde do trabalhador como prática social e a percepção dos trabalhadores*. Dissertação de mestrado. Departamento de Serviço Social, PUC/RJ, 1993.

37. Lacaz, FAC. O campo da saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 23 (4):757-766, abr. 2007.
38. Minayo-Gomez, C.; Thedim-Costa, SM. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, n. 13, Spl. 2, p. 21-32, 1997.
39. Assunção, AA. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. Ciência e Saúde Coletiva, 8 (4): 1005-1018, 2003.
40. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO, 2006.
41. Lancman, S. Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional. São Paulo: Roca, 2004.
42. Barreto, MMS. Violência, Saúde e Trabalho (uma jornada de humilhações). São Paulo: EDUC, 2013.
43. Franco T.; Druck G.; Selligman-Silva, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 35 (122): 229-248, 2010.
44. Teixeira, MLP. Acidentes e Doenças do Trabalho de Profissionais do Setor de Transporte: Análise dos Motoristas no Estado de São Paulo, 1997 a 1999 (Tese de Doutorado), Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Ambiental, 2005.
45. Organização Internacional do Trabalho – OIT(a). A Prevenção das Doenças Profissionais. BIT: Genebra, 2013.
46. Organização Internacional do Trabalho – OIT(b). OIT pede ação mundial urgente para combater doenças relacionadas com o trabalho. Disponível em: < <http://www.oit.org.br/content/oit-pede-acao-mundial-urgente-para-combater-doencas-relacionadas-com-o-trabalho>>. Acesso em: Out.2013.
47. Anuário Brasileiro de Proteção. Edição Especial da Revista Proteção 2010. Novo Hamburgo, 2010. Disponível em: <http://www.protecao.com.br/materias/anuario_brasileiro_de_p_r_o_t_e_c_a_o_2010/mundo/JyyJAc>. Acesso em Out. 2013.
48. Anuário Estatístico da Previdência Social: Suplemento Histórico (1980 a 2011) / Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – V.1 (1980/1996) – Brasília : MPS/DATAPREV, 2011.
49. Portal Brasil. Ações Marcam Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2013/04/acoes-marcam-o-dia-mundial-da-seguranca-e-saude-no-trabalho>>. Acesso em Out. 2013.

50. Dieese/Cut. Terceirização e Desenvolvimento, uma conta que não fecha. Set. 2011. Disponível em: <http://www.sinttel.org.br/downloads/dossie_terceirizacao_cut.pdf>. Acesso em Out. 2013.
51. Pastore, J. O custo dos acidentes e doenças do trabalho no Brasil. Palestra proferida no Tribunal Superior do Trabalho, 20/10/2011. Disponível em: <http://www.josepastore.com.br/artigos/rt/rt_320.htm> Acesso em: Out. 2013.
52. Brasil. Lei Nº 8.213 de 24 de Julho de 1991 – D.O.U de 14/08/1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.
53. Brasil. Lei Nº 8.029 de 12 de Abril de 1990 – D.O.U de 13/04/1990. Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração Pública Federal, e dá outras providências.
54. Organização Internacional do Trabalho – OIT. Convenção nº 155, 1981. Convenção sobre Segurança, Saúde Ocupacional e Meio Ambiente de Trabalho. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312300:NO> Acesso em: Out. 2013.
55. Organização Internacional do Trabalho – OIT(a). Convenção nº 187, 2006. Convenção sobre o quadro promocional para a segurança e saúde ocupacional. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C187> Acesso em: Out. 2013.
56. Organização Internacional do Trabalho – OIT(c). Ratificações de C187 - Quadro Promocional para a Segurança e Saúde no Trabalho, de 2006 (nº 187). Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:11300:0::NO:11300:P11300_INSTRUMENT_ID:312332> Acesso em: Out. 2013.
57. Organização Internacional do Trabalho – OIT(b). Recomendação nº 197, 2006. Recomendação sobre o quadro promocional para a segurança e saúde ocupacional. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312534:NO>. Acesso em: Out. 2013.
58. Organização Mundial da Saúde – OMS. Ambientes de Trabalho Saudáveis: um modelo para ação, para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. / OMS. Tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília: SESI/DN, 2010.
59. Brasil. Portaria Interministerial Nº 152, de 13/05/2008 – D.O.U de 15/05/2008. Institui a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho.

60. Brasil. Decreto Nº 7.602 de 07 de Novembro de 2011 – D.O.U de 08/11/2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST.
61. Minayo-Gomez, C. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo: Vol. 38, n. 127, Jun. 2013, p. 21-25.
62. Organização Internacional do Trabalho – Recomendação nº 99 de 22/06/1955 sobre Adaptação e Reabilitação Profissional. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312437:NO> Acesso em: Out. 2013.
63. Brasil. Decreto Nº 3.048 de 06 de maio de 1999 - D.O.U de 7/5/1999, republicado no D.O.U. de 12/5/1999 e retificado no DOU de 18/6/1999 e 21/6/1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: Out. 2013.
64. Rocha, DM. da; Baltazar Jr., JP. Comentários à lei de benefícios da previdência social. 10.ed. rev., atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 496 p. Esmafe, 2011.
65. Department for Work and Pensions. Building capacity for work: A UK framework for vocational rehabilitation. London: DWP, 2004.
66. Elliott, TR.; Leung, P. Vocational Rehabilitation: History and Practice. In: Walsh, W. Bruce (Ed); Savickas, Mark L. (Ed), *Handbook of Vocational Psychology: Theory, Research, and Practice* (3rd ed.). Contemporary topics in vocational psychology., (pp. 319-343). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, x, 463 pp, 2005.
67. Waddell, G.; Burton, AK.; Kendall, NAS. Vocational rehabilitation: what works, for whom, and when? London: Stationery Office, 2008.
68. Seyfried, E. Vocational Rehabilitation and Employment Support Services. In: Stellman, J. M. *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. Geneva, International Labor Organization, 2011.
69. Aparecida de Souza, L. Mancussi e Faro, AC. História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. *Revista Enfermería Global*. N. 24. Out.2011. 290-306 pp.
70. Aranha, MSF. Integração Social do Deficiente: Análise Conceitual e Metodológica. *Temas em Psicologia*, v. 2, p. 63-70, 1995.
71. Bryan, WV.; Henderson, G. *Psychosocial Aspects of Disability*. 4th. ed. Charles C. Thomas Publisher, 2011.

72. Cardoso, FLL. A Influência do Relatório Beveridge nas Origens do Welfare State (1942 – 1950). Revista *Todavia*. Ano 1, nº 1, jul. 2010, p. 39-53.
73. Soares, LBT. *Terapia Ocupacional – Lógica do capital ou do trabalho?* São Paulo: Hucitec, 1991.
74. Organização Internacional do Trabalho – OIT/NORMLEX. Sistema de Informações sobre Normas Internacionais do Trabalho. Disponível em: < <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:1:0> > Acesso em: Out. 2013.
75. Brasil. Decreto-Lei nº 7.036, de 10 de novembro de 1944. Reforma a lei de acidentes do trabalho. Disponível em: < <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1944/7036.htm>>. Acesso em: Out. 2013.
76. Brasil. Decreto nº 35.488, de 01 de Maio de 1954. Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões. Disponível em: < <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1954/35448.htm>>. Acesso em: Out. 2013.
77. Brasil. Decreto nº 48.959-A, de 19 de Setembro de 1960. Aprova o Regulamento Geral da Previdência Social. Disponível em: < <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1960/48959a.htm>>. Acesso em: Out. 2013.
78. Takahashi, MABC., Iguti, A.M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cad. Saúde Pública*. 2008, vol.24, n.11. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001100021&script=sci_arttext>. Acesso em: Out. 2013.
79. Brasil. Decreto nº 53.264, de 13 de Dezembro de 1963. Dispõe sobre a Reabilitação Profissional na Previdência Social. Disponível em: < <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=166279&norma=185331>>. Acesso em: Out. 2013.
80. Brasil. Decreto-Lei nº 72 - de 21 de Novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Disponível em: < <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1966/72.htm>>. Acesso em: Out. 2013.
81. Brasil. Decreto nº 60.501 – de 14 de Março de 1967. Aprova nova redação do Regulamento Geral da Previdência Social (Decreto nº 48.599-A de 19 de setembro de 1960), e dá outras providências. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1967/60501.htm>>. Acesso em: Out. 2013.

82. Maeno, M.; Takahashi, MAC.; Lima, MAG. Reabilitação Profissional como Política de Inclusão Social. *Acta Fisiátrica*, 2009; v. 16, n. 02, 53-58 pp.
83. Brasil. Resolução INSS/PR nº 424, de 7 de Março de 1997. Traça diretrizes gerais para implantação, em caráter experimental, de novo modelo de Reabilitação Profissional, com vistas à modernização do serviço. Disponível em: < <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/INSS-PR/1997/424.htm>>. Acesso em: Out. 2013.
84. Brasil. Reabilitação Profissional tem novo modelo. Ministério da Previdência Social. 2001. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/noticias/reabilitacao-profissional-tem-novo-modelo/>>. Acesso em: Out. 2013.
85. Cannalunga, LS. Projeto de Revitalização da Reabilitação Profissional. Projeto Pró-Reabilitação. 2009. Disponível em: <<http://www.proreabilitacao.com.br/papo-cafezinho/leila-silva-cannalunga/projeto-de-revitalizacao-da-reabilitacao-profissional>>. Acesso em: Out. 2013.
86. Brasil. Ministério da Previdência Social. *Previdência Social: Reflexões e Desafios*. Brasília: MPS, 2009. 232 p. – (Coleção Previdência Social, Série Estudos; v. 30, 1. Ed.).
87. Brasil. Resolução INSS/PRES nº 160, de 17 de Outubro de 2011 - DOU de 18/10/2011. Aprova o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional. Disponível em: < <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/INSS-PRES/2011/160.htm>>. Acesso em: Out. 2013.
88. Brasil. Portaria MPS nº 296, de 09 de Novembro de 2009 - DOU de 10/11/2009. Aprovar o Regimento Interno do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. Disponível em: < <http://www-inss.prevnet/downloads/presidencia/cgpgge/estrutura/regimento2009.htm>>. Acesso em: Out. 2013.
89. Brasil. Ministério da Previdência Social. *INSS em Números*. Ed. Agosto de 2013.
90. Brasil. Resolução nº 118/INSS/PRES, de 4 de Novembro de 2010. Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e Acordos de Cooperação Técnica e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: Out. 2013.
91. Brasil. *Anuário Estatística da Previdência Social – Suplemento Histórico (1980 a 2011)*. Ministério da Previdência Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. V. 1. Brasília: MPS/DATAPREV, 2011.

92. Espaço da Cidadania. Ministro do Trabalho afirma na Comemoração do aniversário da Lei de Cotas que “A Igualdade no Trabalho é um direito de todos os cidadãos”. 2013. Disponível em: <<http://www.ecidadania.org.br/?pg=noticias&id=282>>. Acesso em: Out. 2013.
93. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. A Fiscalização do Cumprimento da Lei. 2013. Disponível em: <http://www3.mte.gov.br/fisca_trab/inclusao/lei_cotas_13.asp>. Acesso em: Out. 2013.
94. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. O que é a RAIS? Disponível em: <http://www.rais.gov.br/RAIS_SITIO/oque.asp>. Acesso em: Out. 2013.
95. Brasil. Relação Anual de Informações Sociais – RAIS. Resultados Definitivos. Ano-Base 2007. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <http://www3.mte.gov.br/rais/resultado_2007.pdf>. Acesso em: Out. 2013.
96. Brasil. Relação Anual de Informações Sociais – RAIS. Resultados Definitivos. Ano-Base 2008. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <http://www3.mte.gov.br/rais/resultado_2008.pdf>. Acesso em: Out. 2013.
97. Brasil. Relação Anual de Informações Sociais – RAIS. Resultados Definitivos. Ano-Base 2009. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <http://www3.mte.gov.br/rais/resultado_2009.pdf>. Acesso em: Out. 2013.
98. Brasil. Relação Anual de Informações Sociais – RAIS. Resultados Definitivos. Ano-Base 2010. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/indicadores/rais-2011>>. Acesso em: Out. 2013.
99. Brasil. Relação Anual de Informações Sociais – RAIS. Resultados Definitivos. Ano-Base 2011. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/indicadores/rais-2011>>. Acesso em: Out. 2013.
100. Brasil. Instrução Normativa MTE/SIT nº 98, de 15 de Agosto de 2012 - DOU de 16/08/2012. Dispõe sobre procedimentos de fiscalização do cumprimento, por parte dos empregadores, das normas destinadas à inclusão no trabalho das pessoas com deficiência e beneficiários da Previdência Social reabilitados. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/MTE/2012/98.htm>>. Acesso em: Out. 2013.
101. Brasil. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. DOU de 26/08/2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: Out. 2013.

102. Souza, MEL de., Faiman, CJS. Trabalho, saúde e identidade: repercussões do retorno ao trabalho, após afastamento por doença ou acidente, na identidade profissional. *Saúde, Ética & Justiça*. 2007;12(1/2):22-32.
103. Burt, CM. Avaliação do Trabalho e Preparação para o Retorno ao Trabalho. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, B. *Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas*. 5. ed. São Paulo: Editora Roca, 2005. p. 241-254.
104. Young, AE. et al. A Developmental Conceptualization of Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 15, No. 4, December 2005. pp. 557-68.
105. Ekbladh, E. *Return To Work. Assessment of Subjective Psychosocial and Environmental Factors*. Sweden (Dissertation): Department of Social and Welfare Studies Linköping University, 2008.
106. Shaw, L. Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disability and Rehabilitation*, 2002, vol. 24, n^o 4 : p. 185-195.
107. Pransky, G., et. al. Improving return to work research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2005, 15, 453-457.
108. Gard, G., Sandberg, AC,. Motivating factors for return to work. *Physiotherapy Research International*, 1998. V. 3 n^o 2: p. 100-108.
109. Sokoll, G. Service Orientation in health care. Indicators for more quality: the example of occupational accidents. In: *Strategies for more efficient and more effective social security*, ISSA Conference, Paris, 17-19.1.2001.
110. Bloch FS., Prins R. (Eds.). *Who Returns to Work and Why?: A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration*. International Social Security Series, Volume 5. New Brunswick/London: Transaction Publishers, 2001.
111. Selander, J. , Marnetoft, SU., Bergroth, A., Ekholm, J . Return to work following vocational rehabilitation for neck, back and shoulder problems: risk factors reviewed. *Disability and Rehabilitation*. 2002 Sep 20;24(14):704-12.
112. Gatchel RJ. Psychosocial factors that can influence the self-assessment of function. *Journal Occupational Rehabilitation*. 2004 Sep;14(3):197-206.
113. Lysgaard AP, Fonager K, Nielsen CV. Effect of financial compensation on vocational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2005 Nov;37(6):388-91.

114. Ahlgren A, Bergroth A, Ekholm J, Schüldt K. Work resumption after vocational rehabilitation: a follow-up two years after completed rehabilitation. *Work*. 2007;28(4):343-54.
115. Institute for Work & Health. Seven 'principles' for successful return to work. Institute for Work & Health, 2007 March.
116. Bültmann, U. et. al. Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders. *Quality of Life Research*. 2007 September; 16(7): 1167–1178.
117. Meijer, E.M., Sluiter, J.K., Frings-Dresen, M.H.W. Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2005; v. 78, p. 523-532.
118. McCluskey S, Burton AK, Main CJ. The implementation of occupational health guidelines principles for reducing sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Occupational Medicine (London)*. 2006 Jun; 56(4):237-42.
119. Gravina, MER; Nogueira, DP; Rocha, LE. Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, Brasil*, v. 14, n. 1, p. 19-26, abr. 2003.
120. Scopel, MJ. Retorno ao trabalho: trajetória de trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
121. Sardá Jr, et. al. Preditores biopsicossociais de incapacidade física e depressão em trabalhadores do setor de frigoríficos atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica, São Paulo*, v. 16, n. 2, p. 76 - 80, jun. 2009.
122. Maeno, M., Wünsch Filho, V. Reinserção no mercado de trabalho de ex-trabalhadores com LER/DORT de uma empresa eletrônica na região metropolitana de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, vol.35, n.121, pp. 53-63, 2010.
123. Cabral, LHA et al. Fatores Associados ao Retorno ao Trabalho após um trauma de Mão: Uma Abordagem Qualiquantitativa. *Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos*, v 14, n. 2, abril de 2010.
124. Takahashi, MABC. et. al. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 100-111, 2010.

125. Cestari, E., Carlotto, MS. Reabilitação profissional: o que pensa o trabalhador sobre sua reinserção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, abr. 2012.
126. Minayo, MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª edição. São Paulo: Hucitec, 2008.
127. Boletim Estatístico da Previdência Social – BERP da GEX DF - 2011 (boletins impressos pertencentes à equipe de Reabilitação Profissional da GEX DF e enviados mensalmente para DGARP).
128. Saldanha, JHS, et al. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38(127), 122-138.
129. Silva, CB, et al. Retorno à produtividade após reabilitação de pacientes deambuladores vítimas de trauma craniocéfálico. *Fisioterapia e Pesquisa*, 15(1), 6-11.
130. Barbosa-Branco, A. Albuquerque-Oliveira, PR, Mateus, M. Epidemiologia das licenças do trabalho por doenças mentais no Brasil, 1999-2002. Disponível em: <http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2004/saude_mental/anais/artigos/3.pdf>. Acesso em: 02.10.2013.
131. Bárbaro, AM. et. al. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*;5(2):1-16, ago. 2009.
132. Siano, AK, Ribeiro, LC, Ribeiro, MS. Análise comparativa do registro médico-pericial do diagnóstico de transtornos mentais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social requerentes de auxílio-doença. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 131-138.
133. Rocha FRP. *O trabalhador-doente e sua família nos seus papéis como atores sociais no processo de retorno ao trabalho*. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, 2010.
134. Cooper, C.L. e Bright, J. Social support. In: F. Jones & J. Bright (Orgs.) *Stress: myth, theory and research* (pp. 155-174). London: Prentice Hall.
135. Vacaro JE & Pedroso FS. Desempenho dos segurados no serviço de reabilitação do Instituto Nacional de Seguridade Social. *Acta Fisiátrica*: 2011; 18(4):200-205.
136. Abreu, ATDJB., & Ribeiro, CAB. (2010). Prevalência de lombalgia em trabalhadores submetidos ao programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), São Luís, MA; *Acta fisiátrica*, 17(4).

137. Mendes e Silva & Hashimoto. Afastados do Trabalho: repercussões na vida do indivíduo. *Pulsional. Rev. de Psicanálise*. Ano XVI, n.171, Jul/2003.
138. Matsuo, M. Acidentado de trabalho: Reabilitação ou exclusão. São Paulo: Ministério do Trabalho e Emprego/Fundacentro, 2002. 238 p.
139. Gravina, MER.; Rocha, LE. Lesões por esforços repetitivos em bancários: reflexões sobre o retorno ao trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 41-55, 2006.
140. Eisenberger, R, Huntington, R, Hutchison, S, & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71, 500-507.
141. Brasil. Tribunal de Contas da União. Concessão e manutenção dos benefícios do auxílio-doença. / Relator Ministro Augusto Nardes. – Brasília:TCU, 2010.
142. Tardin, GM. A importância da análise de atividades no contexto da Reabilitação Profissional do INSS. *Anais do XIII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional*. Vol. 20. Suplemento Especial. 2013.
143. Guarino P, Chamlian TR, Masiero D. Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores. *Acta Fisiátr*. 2007;14(2):100-103
144. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Mensal de Emprego/Outubro 2013.
145. Brasil. Projeto de Lei No 7.207, de 2010 (Aposos os PLs nº 1.240, de 2011, nº 1.653, de 2011 e nº 2.973, de 2011). Disponível: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=901A4ACCDAF115E101858629F2BB2F02.node2?codteor=987663&filename=Parecer-CDEIC-02-05-2012>. Acesso em: Out.2013.
146. Cherem AJ, Ruiz RC, Tramontim A, Lino D. Perícia médica e reabilitação profissional: o atual modelo de perícia e uma proposta multidimensional aplicada em um projeto piloto em Santa Catarina. *Acta Fisiátr*. 2009;16(2):93-98.
147. Bregalda, MM. Terapia Ocupacional e Reabilitação Profissional: práticas e concepções de Terapeutas Ocupacionais no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). (Dissertação) São Carlos: UFSCar, 2012.
148. Roskam, E. A 21st Century approach to assessing the protection of workers' health. *IOS Press: Work* 38 (2011) 265–278
149. Breuer. J. Brasil e Alemanha Discutem caminhos para a Reabilitação Profissional. Disponível: <<http://www.reabilitacao.com/imprensa/noticias/brasil-e-alemanha-discutem-caminhos-para-a-reabilitacao-profissional>>. Acesso em: Out.2013.

150. Leñero, JP. Ideario De La Reabilitacion Profesional De Los Invalidos. Madrid: Canales, 1961.
151. Brasil. Lei Orçamentária Anual – LOA 2008. Projeto de Lei nº 30/2007 – CN. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/loa/loa2008>>. Acesso em: Out. 2013.
152. Brasil. Lei Orçamentária Anual – LOA 2009. Projeto de Lei nº 38/2008 – CN. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/loa/loa2009>>. Acesso em: Out. 2013.
153. Brasil. Lei Orçamentária Anual – LOA 2010. Projeto de Lei nº 46/2009 – CN. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/loa/loa2010>>. Acesso em: Out. 2013.
154. Brasil. Lei Orçamentária Anual – LOA 2011. Projeto de Lei nº 59/2010 – CN. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/loa/loa2011>>. Acesso em: Out. 2013.
155. Brasil. Lei Orçamentária Anual – LOA 2012. Projeto de Lei nº 28/2011 – CN. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/loa/loa2012>>. Acesso em: Out. 2013.
156. Rehabilitation Services Administration. Vocational Rehabilitation—Total Expenditures (in dollars): Federal Fiscal Year 2010. Disponível em: < <http://disabilitycompendium.org/compendium-statistics/vocational-rehabilitation>>. Acesso em: Out. 2013.
157. Deutsche Rentenversicherung Bund. Hinweis: Alle Grafiken stehen Ihnen am Ende der Seite als druckbare Datei zur Verfügung. 2012. Disponível em: < http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Inhalt/4_Presse/medieninformationen/06_hint_ergrundinformationen/reha_mappe/grafiken_index.html>. Acesso em: Out. 2013.
158. Brasil. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI). Relatório Gerencial (2008-2012).
159. Schubert, B. Reabilitação, Retorno e Reinserção ao Trabalho na Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Conferência Magna. Congresso da ANAMT. SÃO PAULO – 16/05/2013. Disponível em: <http://anamtdados.kinghost.net/15_congresso_apresentacoes/16-05-2013/Confer%C3%A2ncia%20Magna%202014/Conf_Magna_14_Baldur%20schubert%20%20RP%20ANAMT%202013.ppt%20%5BModo%20de%20Compatibilidade%5D.pdf>. Acesso em: Out. 2013.
160. Frade, F. Reabilitação Profissional nas empresas. Vivência Ocupacional, ano 1, nº 01, Jan. 2013. pp 18-19.

ANEXO I

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O SEGURADO REABILITADO

- 1) O que a palavra trabalho significa para você?

- 2) O que significou o período de afastamento do trabalho para você?

	Facilitadores	Dificultadores
Fatores de ordem pessoal		
Fatores de ordem organizacional		
Fatores de ordem política e institucional		
Outros		

- 3) Sentia-se apto para o retorno ao mercado de trabalho?

- 4) Recebeu algum tipo de treinamento ou capacitação para o retorno ao trabalho?

- 5) Ainda trabalha na mesma empresa após ter passado pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS e está exercendo a atividade para qual foi reabilitado/readaptado?

ANEXO II**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS RESPONSÁVEIS PELA
ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS**

1) Há quanto tempo atua ou atuou na área de Reabilitação Profissional do INSS?

	Facilitadores	Dificultadores
Segurado		
Empresa		
Instituição		
Outros		

ANEXO III

DIRETORIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR – 01.400, em 12/6/2012.

REF.: Processo 35000.000621/2012-10 – SIPPS
353.435.411.

INT.: Lilian Fonseca da Costa Lessa Varandas

ASS.: Pesquisa e elaboração de Mestrado/UNB

1. Trata-se o presente processo de solicitação da servidora Lilian Fonseca da Costa Lessa Varandas matrícula 1.635.126, Analista do Seguro Social com formação em Terapia Ocupacional, para realizar pesquisa nesta Instituição, nos sistemas informatizados, para elaboração de Projeto de Mestrado, que objetiva analisar os aspectos facilitadores e dificultadores no processo de retorno ao trabalho dos segurados que passaram pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS, no âmbito da Gerência Executiva do Distrito Federal, no ano de 2011.
2. Esta Diretoria defere a solicitação desde que respeitado código de ética de pesquisa.
3. Restitua-se a servidora, para ciência.


Verusa Maria Rodrigues Guedes
Diretora de Saúde do Trabalhador

ANEXO IV

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Facilitadores e Dificultadores do Retorno ao Trabalho dos Segurados que passaram pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS

Pesquisador: LILIAN FONSECA DA COSTA LESSA VARANDAS

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 14617213.9.0000.0030

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 398.051

Data da Relatoria: 18/09/2013

Apresentação do Projeto:

(vide parecer anterior)

Objetivo da Pesquisa:

(vide parecer anterior)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

(vide parecer anterior)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

(vide parecer anterior)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

(vide parecer anterior)

Recomendações:

(vide parecer anterior)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas em parecer anterior foram atendidas pelos pesquisadores.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799

E-mail: cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 398.051

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 17 de Setembro de 2013

Assinador por:
Natan Monsore de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br

ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

(Para o grupo de Segurados Reabilitados)

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Facilitadores e Dificultadores do Retorno ao Trabalho dos Segurados que passaram pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS.”

O objetivo desta pesquisa é Identificar os aspectos facilitadores e dificultadores no processo de retorno ao trabalho dos segurados que passaram pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS, no âmbito da Gerência Executiva do Distrito Federal, no ano de 2011.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será por meio de uma entrevista a ser realizada na sala ___ da Superintendência Regional do INSS, SBN Quadra 02 – Bloco K – 2º subsolo – Brasília/DF – CEP: 70.041-901. Esta entrevista será realizada individualmente, seguindo um roteiro com 8 perguntas, em um tempo aproximado de 1 hora, no dia ___ /10 às __:00. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação a ser defendida na Universidade de Brasília – Campus Ceilândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias na Saúde, podendo ser posteriormente divulgados em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para pesquisadora Lilian Varandas, Edifício Sede do INSS, Setor de Autarquias Sul, Quadra 02, Bloco O, 7º andar, Sala 710 - telefone: (61) 3313-4392 / 9931-6735, de Segunda à Sexta, no horário de 08:00 às 17:00 ou pelos e-mail: lilianfonseca@yahoo.com.br / lilian.lessa@inss.gov.br .

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UNB – Campus Darcy Ribeiro – Asa Norte – CEP: 70.910-900 – Brasília/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail: cepfs@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o (a) entrevistado (a).

Nome do entrevistado (a) ou responsável legal / assinatura / RG



Impressão do Polegar (caso não saiba assinar)

Pesquisador Responsável / assinatura / RG

Brasília, ____ de _____ de _____.

ANEXO VI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

(Para o grupo de Responsáveis pela Reabilitação Profissional do INSS)

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Facilitadores e Dificultadores do Retorno ao Trabalho dos Segurados que passaram pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS.”

O objetivo desta pesquisa é Identificar os aspectos facilitadores e dificultadores no processo de retorno ao trabalho dos segurados que passaram pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS, no âmbito da Gerência Executiva do Distrito Federal, no ano de 2011.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será por meio de uma entrevista a ser realizada no Ed. Sede do INSS, SAUS, Qd. 02, Bl. “O”, Asa Sul, 7º andar, Sala de reuniões – Brasília –DF – CEP: 70.070-946. Esta entrevista será realizada individualmente, seguindo um roteiro com 03 perguntas, em um tempo aproximado de 1 hora, no dia 22/10 às 17:00. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação a ser defendida na Universidade de Brasília – Campus Ceilândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias na Saúde, podendo ser posteriormente divulgados em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para pesquisadora Lilian Varandas, Edifício Sede do INSS, Setor de Autarquias Sul, Quadra 02, Bloco O, 7º andar, Sala 710 - telefone: (61) 3313-4392 / 9997-5838, de Segunda à Sexta, no horário de 08:00 às 17:00 ou pelos e-mail: lilianfonseca@yahoo.com.br / lilian.lessa@inss.gov.br .

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UNB – Campus Darcy Ribeiro – Asa Norte – CEP: 70.910-900 – Brasília/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail: cepfs@unb.br .

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) entrevistado(a).

Nome do entrevistado (a) / assinatura / RG

Pesquisador Responsável / assinatura / RG

Brasília, ____ de _____ de _____