

**NAS INTERFACES DA SAÚDE DO TRABALHADOR:
REFLEXÕES ACERCA DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO
PROFISSIONAL DO INSS, BRASIL**

**INTERFACES OF WORKERS' HEALTH: REFLECTIONS ON
INSS'S, BRASIL PROFESSIONAL REHABILITATION PROGRAM**

**EN LAS INTERFACES DE LA SALUD DEL TRABAJADOR:
REFLEXIONES SOBRE EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
PROFESIONAL DEL INSS, BRASIL**

Christiane karla Spielmann¹
christiane.spielmann@inss.gov.br

Marcos Clair Bovo
mcbovo69@gmail.com²

RESUMO: O Programa de Reabilitação Profissional (PRP) foi criado na década de 1940 e, desde então, tem como objetivo proporcionar os meios para inserção e reinserção no mercado de trabalho de trabalhadores que ficaram incapacitados para as funções de origem, devido ao quadro de adoecimento. Este artigo objetiva tecer reflexões sobre o processo de desenvolvimento do Programa de Reabilitação Profissional identificando as interfaces com a saúde do trabalhador. O aporte metodológico é constituído de pesquisa bibliográfica e documentos oficiais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que aborda a PRP, leis, decretos, memorandos, orientações internas e manuais de procedimento técnicos elaborados pela Previdência Social e Instituto Nacional de Seguros Social, com vista a padronizar a atuação profissional da instituição. Os resultados indicam a necessidade de repensar o Programa de Reabilitação Profissional, pois o cenário aponta para retrocesso nas garantias dos direitos dos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação profissional. Saúde. Trabalho. Política pública.

ABSTRACT: The Professional Rehabilitation Program (PRP) was created in the 1940s and since then its objective is to provide the means for insertion and reintegration into the labor market of workers who have been unable to perform their jobs due to illness. This article aims to reflect on the development process of the Professional Rehabilitation Program by identifying the interfaces with workers' health. The methodological contribution consists of bibliographic research and official documents of the National Institute of Social Security (INSS) that addresses the PRP, laws, decrees, memos, internal guidelines and technical procedure manuals prepared by the Social Security and National Institute of Social Insurance, with standardize the professional performance of the institution. The results indicate the need to rethink the Professional Rehabilitation Program, as the scenario points to a regression in the guarantees of workers' rights.

KEYWORDS: Professional rehabilitation. Health. Work. Public politics.

¹ - Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento da Universidade Estadual do Paraná- Campus de Campo Mourão. Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Atualmente é analista do seguro social com formação em serviço social do Instituto Nacional do Seguro Social (Agência d Previdência Social de Toledo-PR, desenvolvendo suas atividades no Programa de Reabilitação Profissional.

² -Professor e coordenador do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento da Universidade Estadual do Paraná- Campus Campo Mourão. Professor Adjunto do Departamento de Geografia. Doutor em Geografia pela Universidade Estadual Paulista – Campus Júlio Mesquita Filho.

RESUMEN: El Programa de Rehabilitación Profesional (PRP) fue creado en la década de 1940 y, desde entonces, tiene como objetivo proporcionar los medios para la inserción y reintegración al mercado laboral de los trabajadores que quedaron incapacitados para sus funciones originales, debido a enfermedades. Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre el proceso de desarrollo del Programa de Rehabilitación Profesional identificando las interfaces con la salud del trabajador. El enfoque metodológico consiste en investigación bibliográfica y documentos oficiales del INSS, leyes, decretos, memorandos, directrices internas y manuales de procedimientos técnicos preparados por la Previsión Social y el INSS para estandarizar el desempeño profesional de la institución. Los resultados indican la necesidad de repensar el Programa de Rehabilitación Profesional, ya que el escenario apunta a un retroceso en las garantías de los derechos de los trabajadores.

PALABRAS CLAVE: Rehabilitación profesional. Salud. Trabajo. Política pública

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo tecer reflexões sobre o processo de desenvolvimento do Programa de Reabilitação Profissional do INSS identificando as interfaces com a saúde do trabalhador.

O Programa de Reabilitação Profissional (PRP) é uma política pública, centrado no atendimento ao trabalhador incapacitado para o desenvolvimento de suas funções/atividades laborais de origem, devido à doença ou a acidentes advindos ou não da sua relação com o trabalho. Enquanto política pública, o PRP apresenta caráter contraditório, pois ao mesmo tempo em que possibilita ao trabalhador incapacitado, meios para seu ingresso ou reingresso no mercado de trabalho, atende às necessidades de qualificação de mão de obra para o capital.

O PRP está definido no Artigo 90 da Lei nº 8.213/1991, tendo como objetivo “proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, [...] os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho” (BRASIL, 2016). Apesar da legislação maior ser de 1991, os modos operandi do Programa vem sendo alterado cotidianamente.

Assim, as transformações ocorridas na PRP refletem, em especial, as mudanças econômicas do País, mormente por tratar-se de uma política pública voltada para a (re) qualificação profissional com vistas ao retorno ao trabalho. Ponderamos que não se pode analisar a Reabilitação Profissional desconexa, abstraída das determinantes históricas, sociais e políticas, ao contrário, é nessa relação de pertencimento e complementaridade – não hierarquizada - que encontramos a realidade social e suas complexidades.

Diante disso, o artigo está organizado em quatro tópicos, sendo que no primeiro apresentamos o processo de construção do conceito de saúde do trabalhador e suas categorias centrais tais como trabalho, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Já no segundo tópico serão discutidos os fundamentos teóricos elaborados no ano de 2016, no terceiro tópico tecemos considerações referentes à trajetória do trabalhador no PRP, por fim no último tópico, apresentamos o olhar dos pesquisadores sobre o PRP.

O aporte teórico e o aporte metodológico da pesquisa encontram-se nas áreas de Saúde Coletiva, Geografia e Serviço Social. Além desses referenciais teóricos, buscou-se documentos oficiais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que discutem a temática da Reabilitação Profissional, dentre eles: leis, decretos, memorandos, orientações internas e manuais de procedimento técnicos elaborados pela Previdência Social e Instituto Nacional de Seguros Social com vista a padronizar a atuação profissional da instituição.

SAÚDE DO TRABALHADOR: ROMPENDO CONCEITOS

O campo de saúde do trabalhador, tal como é concebido hoje, destacou-se a partir dos debates gerados em torno da Reforma Sanitária³. A inserção da medicina do trabalho e da saúde ocupacional no âmbito da produção capitalista influenciou fortemente na construção da compreensão da saúde do trabalhador. Quando do ingresso dos médicos e fisioterapeutas, por exemplo, no âmbito da produção industrial (década de 1970 aproximadamente), observamos o dual papel desses profissionais. Por um lado, dispenderam grandes esforços para detectar os processos danosos à saúde e, por outro, como braço do empresário, orientavam suas ações no sentido de recuperar rapidamente o trabalhador para garantir seu imediato retorno para a produção. Essa inserção foi provocada pela demanda crescente de mão obra qualificada, elemento fundamental para a produção industrial que estava em plena expansão.

Essa demanda histórica produziu um equívoco na compreensão da saúde do trabalhador que exerce forte influência até os dias atuais: em muitos espaços, por meio da visão eminentemente biológica e individual do adoecimento, busca-se uma justificativa

³-Movimento iniciado no Brasil na década de 1970 com vistas a luta pela democracia, a garantia do acesso à saúde como direito universal, independente de contribuição prévia, a proposição de ações preventivas no âmbito da saúde e a criação de um sistema único de saúde. Para Paim (2007) a Reforma Sanitária brasileira poderia ser considerada uma reforma social, a partir de 3 elementos que a constituíam: a) democratização da saúde: implica na ampliação dos conhecimentos sobre saúde e suas determinantes, acesso à saúde como direito universal e igualitário; b) democratização do Estado: descentralização das decisões, controle social e transparência dos governos; c) democratização da sociedade e da cultura: produção e distribuição justa da riqueza.

unicausal para este processo, sem considerar outros aspectos, como duração da jornada de trabalho, controle e ritmo da produção, aspectos determinantes na geração dos quadros de adoecimento (GOMEZ; COSTA, 1997).

Essa concepção equivocada da saúde do trabalhador estimula a criação de mecanismos de proteção simbólica que não alteram na prática o processo gerador do adoecimento e acabam por responsabilizar o trabalhador pela sua proteção. Diante desse cenário é possível identificarmos o campo de disputas em que se encontra a saúde do trabalhador, pois a real causa do adoecimento está na forma como se organiza a produção e, efetivamente, garantir a saúde do trabalhador significa desconstruir o modelo de produção vigente. Portanto, a saúde do trabalhador é um “campo potencialmente ameaçador, onde a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho” (GOMES; COSTA, 1997).

No caso Brasileiro, a construção da concepção de saúde do trabalhador incorporou conceitos da medicina social latino americana, a qual se caracteriza por compreender o adoecimento como um processo social, centrado no trabalho (LACAZ, 2007). Além da medicina social latino-americana a compreensão da saúde do trabalhador perpassa as concepções advindas da saúde coletiva, que compreende a doença a partir da produção e reprodução social, portanto estuda o processo de adoecimento a partir do coletivo.

A partir disso, observamos que a construção da proposta para a saúde do trabalhador no Brasil se opõe ao que é proposto pela medicina do trabalho e pela saúde ocupacional. Com as contribuições da medicina social latino-americana e da saúde coletiva, o trabalhador e suas relações de trabalho são o centro de análise do processo de adoecimento. A saúde do trabalhador compreende o trabalhador enquanto sujeito ativo de seu processo histórico, não apenas como receptor, como ‘recedor’ de intervenções. O trabalhador é apreendido como “agente de mudanças, com saberes e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente e, como ator histórico, ele pode intervir e transformar a realidade de trabalho” (LACAZ, 2007, p. 760).

A proposta de saúde do trabalhador propõe-se, por um lado, a romper com o modelo biomédico vigente, centrado no conhecimento médico e que compreende os processos de adoecimento restrito a questão biológica e, por outro, a incorporar em suas compreensões e definições os processos de trabalho como centrais na relação entre saúde e doença. Para a saúde do trabalhador, o adoecimento não é responsabilidade individual dos sujeitos, mas sim um processo coletivo e influenciado por múltiplas determinantes.

Podemos afirmar, nesse sentido, que a compreensão atual de saúde do trabalhador entende as relações sociais de produção como determinantes do processo de adoecimento, “sem negar que o adoecimento deve ser tratado e que é necessário prevenir novas doenças, privilegiando ações de promoção da saúde” (MENDES; WUNSCH, 2011). Diante disso, tais ações devem ser realizadas através de uma abordagem intersetorial e com a participação dos trabalhadores.

Para Gomez; Costa (1997) a saúde do trabalhador é um campo interdisciplinar e interinstitucional que envolve diversos atores sociais que possuem uma perspectiva comum: a centralidade do trabalho enquanto um dos causadores do adoecimento. Entretanto, não é todo tipo de trabalho que adoece, mas aquele que gera a alienação do trabalhador.

Se para a saúde do trabalhador, o trabalho é central no processo de adoecimento, não podemos nos esquivar de compreender o trabalho enquanto central para a sociabilidade humana. Foi por meio do trabalho que o homem se tornou um ser social, ou seja, realizou a transição entre o ser biológico (animal e instintivo) para o ser social (teleológico) (LUKÁCS, 2013).

O trabalho pode ser definido como a transformação da natureza, realizada por homens e mulheres, com o objetivo final de atender suas necessidades materiais (BRAZ; NETO, 2006). Embasados nos estudos de Marx, Braz; Netto (2006) que afirmam que o trabalho é o que diferencia os homens dos outros animais. É importante considerar que, neste movimento dialético, homem e natureza são transformados, tendo como pressuposto a teleologia⁴.

Dentre as características do trabalho que o diferenciam das atividades realizadas por um João de Barro, por exemplo, podem ser destacadas: 1) o trabalho não se opera de maneira imediata sobre a natureza, pois exige o uso de instrumentos; 2) é realizado após a assimilação de conhecimentos e técnica, ou seja, não é dado geneticamente; 3) não atende apenas necessidades biológicas, ao contrário, atende diferentes necessidades ao passo que (re) cria novas (BRAZ; NETTO, 2006).

Para Braz; Netto (2006), outra característica importante do trabalho é a atividade coletiva. A coletividade se manifesta desde a transformação da matéria até a socialização do conhecimento – condição necessária para novas transformações. Dessa maneira, observa-se que por meio do trabalho há também a socialização humana, a transformação da

⁴- Teleologia é uma categoria posta e implica uma consciência que põe e realiza uma finalidade. Teleologia diz respeito a processos sociais, do ser social que, diferentemente dos processos puramente causais, não estão no âmbito da necessidade natural, ocorrem por força de uma decisão da consciência.

natureza e do próprio homem, constituindo o ser social: “o trabalho não é apenas uma atividade específica de homens em sociedade, mas é, também e ainda, o processo histórico pelo qual surgiu o ser desses homens, o ser social” (BRAZ; NETTO, 2006 p. 27).

Além do trabalho, outras categorias também aparecem na constituição do ser social, dentre as quais podemos destacar a linguagem, a cooperação e a divisão do trabalho, entretanto todas elas “têm já, em essência, um caráter puramente social; suas propriedades e seus modos de operar somente se desdobram no ser social já constituído” (LUKÁCS; 2013, p. 35). Em tempo, apontamos que tais categorias surgem do trabalho, mas não se apresentam em uma sucessão linear e temporal passível de identificação, visto que nenhuma delas pode ser analisada isoladamente. Logo, o trabalho se apresenta como categoria primeira e principal para o ser social, entretanto não é a única no processo de sociabilidade humana.

Nesse sentido, identificamos que apesar do trabalho ser constitutivo do ser social, este não se reduz, ou se limita ao trabalho. O homem, em sua vivência diária, “cria objetivações que transcendem o universo do trabalho” (BRAZ; NETTO, 2006, p. 43), dando significado à práxis. A práxis envolve todas as objetivações humanas, desde aquelas criadas a partir da transformação da natureza e da relação com outros sujeitos, até aquelas que se realizam sem, necessariamente, transformar uma estrutura material. Conforme Braz; Netto (2006, p. 44) “a categoria de práxis revela o homem como ser *criativo e autoprodutivo*: ser das práxis, o homem é produto e criação da sua auto-atividade, ele é o que (se) fez e (se) faz”.

Nesse processo, o homem utiliza-se de sua criatividade para produzir o que seja socialmente útil e compreende todo o processo produtivo. Esse tipo de trabalho é denominado de trabalho concreto (ANTUNES, 2005).

Entretanto a práxis efetiva-se, ou não, de acordo com as condições sócio-históricas. Em determinados momentos “os produtos do trabalho e da imaginação humana deixam de se mostrar como objetivações que expressam a humanidade dos homens”, e tornam-se controladores do homem – aparecem como 'forças superiores' - escapando de seu controle (BRAZ; NETTO, 2006). Ao pensarmos na sociedade capitalista, identificamos, então, o trabalho abstrato que é aquele em que são produzidos valores de troca (mercadorias). No trabalho abstrato, o homem utiliza-se de sua força física (sentido fisiológico) para a produção cotidiana do que possui um valor para a troca, mas não necessariamente produz o que considera útil/necessário, perdendo a dimensão qualitativa, teleológica do trabalho. Tal situação é chamada de alienação e consiste na inversão da lógica criador-criatura, ou

seja, a criatura passa a dominar o criador. Portanto, é essa forma de trabalho que aliena e nos traz a dimensão do estranhamento (ANTUNES, 2005).

Segundo Braz; Netto (2006, p. 45) a alienação é um fenômeno característico de sociedades em que há a vigência da divisão social do trabalho e da propriedade dos meios de produção. Ou seja, em sociedades nas quais “o produto da atividade do trabalhador não lhe pertence, nas quais o trabalhador é *expropriado*”.

Considerando o desenvolvimento da sociedade capitalista e a divisão da sociedade em duas classes (possui os meios de produção X não possui os meios de produção), resta àqueles que não possuem os meios de produção, vender o único bem que possuem: a força de trabalho, a qual também se transforma em uma mercadoria. Portanto, “o processo de trabalho se converte em meio de subsistência e a força de trabalho se torna, como tudo, uma mercadoria especial, cuja finalidade vem a ser a criação de novas mercadorias” (ANTUNES, 2005).

Ao desenvolver um trabalho alienado (abstrato), o trabalhador não consegue identificar-se no objeto produzido, ele é alheio ao processo e ao produto. No processo de alienação, o trabalho deixa de ser a satisfação de uma necessidade, para tornar-se um meio para satisfazer outras necessidades. Portanto, esse trabalhador não se realiza e não se satisfaz mais com seu trabalho, ao contrário, se degrada e se nega, gerando uma situação de estranhamento com o que produz (ANTUNES, 2005).

Marx, nos Manuscritos Econômicos e Filosóficos de 1844 (2008), afirma que no trabalho estranhado, externo ao homem, há a negação do homem, uma vez que, o mesmo não se sente bem e feliz realizando aquele trabalho, pois “não desenvolve nenhuma energia física e espiritual livre [...]. O trabalhador só se sente [...] em primeiro lugar, junto a si e (quando) fora do trabalho e fora de si (quando) no trabalho” (MARX, 2008, p. 80). Marx avança ainda mais quando assevera que neste processo o que é humano torna-se animal e vice-versa, uma vez que “o homem (trabalhador) só se sente como (ser) livre e ativo em suas funções animais, comer, beber e procriar [...] e em suas funções humanas [que deveriam ser dotadas de teleologia] só (se sente) como animal” (p. 83).

A alienação e o estranhamento ultrapassam a dimensão produtiva e invadem a vida do trabalhador “alienado e estranhado diante do produto do seu trabalho e diante do próprio ato da vida material, o ser social torna-se um estranho diante de si mesmo” (ANTUNES, 2005, p. 71). Esse processo de estranhamento diante de si mesmo pode ser exemplificado por intermédio da citação de Marx, que afirma que “se o produto do trabalho não pertence ao trabalhador, um poder estranho está diante dele então isto só é

possível pelo de (o produto do trabalho) pertencer a um outro homem fora o trabalhador” (MARX, 2008, p. 86).

Sendo assim, o homem inserido na lógica do trabalho alienante, na sociedade do consumo, é induzido a querer produzir sempre mais para ter acesso ao que se produz e quanto mais se produz, maior é a sua degradação. É nesse processo que o trabalho se torna fonte de adoecimento.

Considerando o exposto, observa-se que o trabalho pode ser visto sob dois prismas, o primeiro que o define de maneira negativa, ou seja, o trabalho que causa cansaço, exaustão, repetição. Enquanto, por outro lado, podemos identificar o trabalho em seu sentido positivo, que é aquele vinculado à autoestima, ao processo criativo, à transformação e ao crescimento.

Outro elemento presente na compreensão de saúde do trabalhador é a interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade é a cooperação entre as disciplinas e possui uma natureza de integração. Munhoz; Junior (2009) afirmam que a interdisciplinaridade pode ser entendida como a ampliação do olhar para a realidade, a partir do diálogo entre profissionais de distintas formações.

Para Minayo (2010, p. 436), a interação entre diferentes profissionais é chamada de multiprofissionalidade. Essa interação também se refere à múltipla articulação entre distintas áreas profissionais e não de diferentes disciplinas. A multiprofissionalidade existe quando “para solucionar um problema complexo da prática, são necessários conhecimentos de vários especialistas”. Essa interação implica na interdisciplinaridade, pois é uma estratégia para compreender, interpretar e explicar temas complexos, os quais uma só área não consegue apresentar respostas. É por isso que para a autora, a interdisciplinaridade não é uma nova teoria ou um novo método, mas é uma escolha, uma estratégia de investigação e uma análise da realidade.

A interdisciplinaridade sugere uma relação de reciprocidade entre os saberes com o objetivo final de recompor o que foi segmentando, uma vez que a realidade não é compartimentada, mas sim um todo (PEREIRA, 2017). Portanto, a interdisciplinaridade pressupõe a unidade de diferentes disciplinas para a intervenção e/ou análise de um interesse comum.

A partir disso, podemos refletir sobre a importância da busca pela interdisciplinaridade na saúde do trabalhador. O processo de adoecimento apresenta-se como um problema complexo, uma vez que é permeado por diversas determinantes, que perpassam pela organização do trabalho e por questões biológicas, por exemplo. Sendo

assim, nenhuma área do conhecimento, por si só, é capaz de apresentar as respostas e alternativas para a superação do adoecimento dos trabalhadores.

A proposta interdisciplinar para a saúde do trabalhador busca romper com a lógica unicausal do adoecimento em geral marcada pela culpabilização dos sujeitos e pela busca em adaptá-lo ao meio de produção.

Gomez; Costa (1997, p. 28) afirmam que a interdisciplinaridade na saúde do trabalhador “implica a tentativa de estabelecer e articular dois planos de análise: o que contempla o contorno social, econômico, político e cultural [...] e o referente a determinadas características dos processos de trabalho com potencial de repercussão na saúde”. Portanto, a saúde do trabalhador constitui-se como um campo interdisciplinar e multiprofissional.

A saúde do trabalhador exige ainda ações interesetoriais para o seu desenvolvimento. Neste aspecto, apontamos os estudos de Pereira (2002) que define que a interesetorialidade pode ser compreendida como uma nova lógica de gestão que ultrapassa a responsabilidade de um único “setor” pelas políticas sociais, mas pressupõe a articulação entre “setores”. Ainda segundo a autora, a interesetorialidade é um instrumento para a “otimização de saberes; competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo comum; e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas” (PEREIRA, 2002, p. 3).

A interesetorialidade busca direcionar as ações de determinadas intervenções de maneira a otimizar os recursos existentes e atender, neste caso, os cidadãos de maneira integral. Entretanto, para que ocorra a “interesetorialidade é preciso construir espaços para a troca de saberes, interações no processo de elaboração, formulação e execução da política, bem como com a disponibilidade dos técnicos e gestores” além do apoio político (NASCIMENTO, 2010, p. 117).

A busca por ações interesetoriais expõe outra necessidade que é a de buscar a interdisciplinaridade para a construção de novos saberes e, assim, atender às reais necessidades da população, pois como já exposto, a realidade é um todo interligado.

Tendo como premissa as categorias acima, a Reforma Sanitária e a mobilização de diferentes atores sociais conseguiram garantir que um sistema único de saúde fosse responsabilizado pelas ações no âmbito da saúde do trabalhador. Posteriormente a Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmou a saúde do trabalhador enquanto campo de atuação deste sistema ao definir, no art. 6º, Parágrafo 3º, a saúde do trabalhador como:

[...] conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 2017).

Apesar das conquistas da área de saúde do trabalhador presentes na Constituição Federal de 1988 e no SUS, somente em 2011 foi publicada a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST), através do Decreto 7.602 de 07 de novembro de 2011, que alinha ações no âmbito da segurança e da saúde do trabalhador e apresenta como objetivo:

[...] a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2016).

O documento determina a competência de cada Ministério no processo de garantia da saúde do trabalhador. À Previdência Social, por meio do INSS, recai a responsabilidade pela oferta da Reabilitação Profissional e por avaliar a incapacidade laborativa com vistas à concessão de benefícios previdenciários.

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde em coordenar em âmbito nacional a política de saúde do trabalhador, em 2012 tal ministério instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSST), através da Portaria n. 1.823 de 23 de agosto. O objetivo é definir os princípios, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador em todas as esferas do SUS. A ênfase da atuação nessa política é na “vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, art. 2º).

Quanto ao público alvo dessa política, o art. 3º define como trabalhadores “homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, art. 2º).

Diferentemente da política previdenciária que apresenta uma lógica securitária, a política de saúde do trabalhador envolve todos os cidadãos que desenvolvam atividades

laborais. Assim, como as demais políticas sociais, a PNSST situa-se em um campo de disputas, sejam elas de ordem econômica e/ou política, encontra-se subestimada em relação à política econômica e carece de lutas e resistência daqueles que acreditam em sua “causa”.

A instituição da PNSST representa um avanço para aqueles que desde a década de 1970 defendem a necessidade de se pensar na atenção aos trabalhadores. Tal política expressa as reflexões e as práticas acumuladas nos últimos anos por acadêmicos e movimentos sociais (GOMEZ, 2013).

Apesar das conquistas advindas com a Reforma Sanitária, é mister apontar para o fato que somente em 2012 (22 anos após a criação do SUS) é que foi instituída a PNSST. As ações em saúde do trabalhador ainda são escassas e fragmentadas, o que para Costa et al., (2013) é o reflexo de uma política marcada por tensões e direcionada por um Estado burguês, que defende interesses do capital e pauta-se em princípios neoliberais.

Mendes e Wunsch (2011) apontam-nos para os desafios da saúde do trabalhador, que perpassam o diagnóstico e o tratamento e exigem a modificação dos ambientes de trabalho. Compreender as multicausalidades do processo de adoecimento no/pelo trabalho, pressupõe reconhecer que estas são demandas sociais que devem ser respondidas pelo Estado. Entretanto, como já exposto em outros momentos, à proteção social do Estado Brasileiro é condicionada pela capacidade de pressão dos que dela necessitam, visto que temos um Estado de classes.

DOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: ARTICULAÇÃO COM A SAÚDE DO TRABALHADOR

O Programa de Reabilitação Profissional é ofertado pelo Regime Geral de Previdência Social por intermédio do INSS. Desde a criação da Reabilitação Profissional o objetivo central de proporcionar ao trabalhador incapacitado para sua atividade de origem os meios de retorno ao trabalho, foi mantido. A atuação dos profissionais nesse serviço previdenciário sempre foi norteadada por documentos institucionais e por Manuais de Procedimentos Técnicos que definiam os encaminhamentos a serem adotados na prática como protocolos e códigos. Entretanto, não propunham debates teóricos e os fundamentos que deveriam nortear a prática profissional.

A ausência de uma prática fundamentada em uma base comum instigou os profissionais a questionarem a instituição quanto à construção de um documento que

buscasse ampliar o debate sobre a RP, visto que a prática cotidiana carecia de uma análise complexa. A primeira ação nesse sentido foi à proposta do Projeto “Reabilitação Profissional: Articulando Ações em Saúde do Trabalhador e Construindo a (Re) habilitação Integral” de 2014, que posteriormente foi incluído no Plano de Ação do INSS.

O Projeto propunha-se a promover ações de RP que integrassem as diversas políticas públicas por meio de uma rede de reabilitação articulada e descentralizada com vistas a incluir o trabalhador em RP de maneira efetiva no mercado de trabalho. Para alcançar o objetivo, o Projeto tinha como estratégia ampliar e qualificar as equipes de RP e estabelecer acordos e fluxos de encaminhamentos com os demais órgãos dos entes federados para atender o trabalhador de uma maneira integral.

Os primeiros passos para a construção dos Fundamentos Teóricos da RP vieram com o Projeto que, dentre seus pressupostos, preconizava: a) o trabalho como elemento fundante do ser social; b) o território enquanto espaço de referência para os direcionamentos da RP; c) o trabalhador como sujeito ativo de seu processo de RP; d) atuação interdisciplinar das equipes e e) avaliação biopsicossocial do processo de adoecimento.

A partir de tal proposta, constituiu-se o Grupo de Trabalho com representantes de todas as regiões Brasileiras, responsável pela construção dos Fundamentos Teóricos da Reabilitação Profissional. Em um contexto de instabilidade política, através do Despacho Decisório nº 02, de 12 de maio de 2016, a então Diretoria de Saúde do Trabalhador (Dirsat), responsável pela RP, atualizou o Manual dos Procedimentos Técnicos da Área de Reabilitação Profissional de 2011 e inseriu os Fundamentos Teóricos da RP.

Na apresentação desse Manual, observamos a preocupação em compreender a RP como um processo complexo, superando a visão biomédica da limitação funcional e compreendendo o trabalhador integrado ao seu meio:

O Serviço de Reabilitação Profissional constitui-se em um processo complexo que abrange diversos aspectos dentro do campo de conhecimento da Saúde do Trabalhador, segundo os quais a capacidade para o trabalho é um fenômeno que vai além da doença, da limitação funcional ou da deficiência física ou mental. Dessa forma, a Reabilitação Profissional deve estar fundamentada em [uma] concepção que compreenda o trabalhador integrado ao seu meio físico, social, cultural e familiar, visando a garantia de direitos básicos, inclusive identificando barreiras que restrinjam a participação social dos reabilitandos, bem como facilitadores que possam favorecer a superação dessas barreiras (DIRSAT, 2016, p. 4).

Dentre os pressupostos que nortearam a construção dos Fundamentos Teóricos da Reabilitação Profissional, destacamos a concepção de Seguridade Social Ampliada, a compreensão do território enquanto espaço de referência para o processo de (re) habilitação profissional, a atuação por intermédio de uma ação interdisciplinar das equipes, o entendimento do trabalho enquanto categoria fundante do ser social e o reconhecimento das dimensões subjetivas do trabalhador. Diante disso, é possível visualizar o alinhamento do Programa de Reabilitação Profissional com a PNSTT.

A centralidade do trabalho foi apresentada nos Fundamentos Teóricos da Reabilitação Profissional (2016) não apenas enquanto fonte geradora de renda, mas também enquanto fator determinante da relação saúde X doença e trabalho X afastamento; parte-se da premissa de que não é qualquer tipo de atividade laborativa ou profissional que adocece. É um tipo específico de trabalho alienante que reduz o trabalhador a mero reprodutor e captura sua subjetividade. Nesse sentido, o documento afirma que o papel da reabilitação profissional não é apenas “de ‘devolver’ o segurado ao mercado de trabalho, mas de compreender e articular diversos processos e aspectos que podem culminar em uma (re) inserção ao trabalho que faça sentido para o segurado” (DIRSAT, 2016, p. 59).

O artigo 89, da Lei 8.213/91, define que a Reabilitação Profissional deve proporcionar aos beneficiários “os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive”. Portanto, o retorno deve ser para o contexto onde o trabalhador vive e estabelece suas relações sociais. A partir disso, a compreensão de território é necessária para o desenvolvimento do Programa de Reabilitação Profissional.

Os Fundamentos Teóricos da RP apresentam o conceito de território a partir de sua interlocução com o mercado de trabalho, com a acessibilidade e com as políticas públicas. A concepção de território construída nos Fundamentos Teóricos é embasada em Saquet (2007), estudioso de Milton Santos, e Gottmann (2012). Para os autores, o território apresenta-se como local de articulações sociais, conflitos, cooperações e apesar de estar inserido em determinado espaço geográfico com determinantes naturais, é o resultado da ação/interação humana.

Para ampliar as discussões sobre território, buscamos outros autores da geografia que pudessem contribuir com a construção deste conceito tão importante para a RP. Segundo Haesbaert (2011):

[...] o território compõe de forma indissociável a reprodução dos grupos sociais, no sentido de que as relações sociais são espaciais ou geograficamente mediadas. Podemos dizer que essa é a noção mais

ampla de território, passível assim de ser estendida a qualquer tipo de sociedade, em qualquer momento histórico, e podendo igualmente ser confundida com a noção de espaço geográfico. (HAESBAERT, 2011, p.54)

Nesse mesmo sentido, Haesbaert (2011) corrobora com Saquet; Silva (2008) ao afirmar que o território apresenta elementos que são resultantes da ação do homem e de seu trabalho, constituídos a partir das relações sociais. O território também apresenta uma dimensão subjetiva quando se torna palco das manifestações culturais, herdadas historicamente. Portanto, o território é uma construção histórica.

Para Saquet; Silva (2008):

O território também se repete como conceito subjacente e aparece como palco onde o capitalismo internacional prolifera enquanto o Estado empobrece, perdendo sua capacidade para criar serviços sociais. Nesse mesmo palco, ocorre uma apropriação da mais-valia, desvalorização dos recursos controlados pelo Estado e supervalorização dos recursos destinados às grandes empresas, principalmente nos países periféricos. O território é o palco da proliferação do capital, espaço apropriado pelos agentes do capital através da divisão social do trabalho (SAQUET; SILVA, 2008, p. 34).

Podemos entender o território a partir da relação que o homem estabelece com o meio natural, seja por meio da produção e reprodução de sua força de trabalho (divisão social do trabalho) ou ainda de suas relações subjetivas de pertencimento e identidade. É no território que as relações sociais se materializam.

Logo, as condições de acesso ao trabalho também são variadas de acordo com cada território. Segundo os Fundamentos Teóricos da RP:

O reabilitando tem no mercado de trabalho de seu território um elemento que lhe coloca barreiras ou facilidades para a sua inserção no mundo do trabalho. Esta interação [...] depende de características estruturais e macroeconômicas do contexto em que o segurado está inserido, mas também das características individuais de qualificação, nível educacional, aptidões e interesses. Na interpelação destas características, começa-se a entender as perspectivas de acesso às oportunidades de trabalho em um determinado território (DIRSAT, 2016, p. 63).

De modo a exemplificar essa relação, podemos pensar na qualificação dos trabalhadores em RP a partir dos desejos manifestados pelo trabalhador quanto à sua escolha profissional, torna-se importante avaliar em qual território o mesmo está inserido e qual é a oferta/demanda de emprego em seu território. Portanto, não há como se pensar em uma determinada qualificação profissional, se não há empregabilidade para esta atividade no território de residência deste trabalhador.

A acessibilidade também é apresentada como determinante para a Reabilitação Profissional. Segundo os Fundamentos Teóricos não basta “garantir em lei a reserva de vagas ou ofertar políticas de qualificação/formação profissional”, é preciso pensar no transporte público acessível, “na arquitetura dos ambientes, na comunicação, nos produtos de tecnologia assistiva, na organização do trabalho, nas relações humanas [...]” (DIRSAT, 2016, p. 64).

Outra categoria central proposta pelos Fundamentos Teóricos da RP é a interdisciplinaridade, também essencial na construção da saúde do trabalhador. Os Fundamentos Teóricos apresentam a interdisciplinaridade como “uma articulação entre várias disciplinas que possuem um enfoque em um objeto ou problema complexo para o qual a busca de soluções não encontrará respostas em uma só área” (DIRSAT, 2016, p. 70).

Em nossos estudos, destacamos que para ser alcançada a interdisciplinaridade é necessário a colaboração e o respeito mútuo entre as áreas do saber, pois a interdisciplinaridade é construída no cotidiano (RAYNAUT, 2014). Observamos que o desafio posto por Raynaut é uma das dificuldades apontadas nos Fundamentos Teóricos da Reabilitação Profissional, quando se trata da atuação no programa que envolve profissionais de diferentes áreas que precisam estar abertos ao diálogo.

Para Raynaut (2014), vai além do debate das dificuldades e aponta caminhos para a formação interdisciplinar que podem contribuir para a solução dos problemas encontrados na Reabilitação Profissional, por exemplo, como uma formação profissional que estimule o diálogo entre as especialidades e o desenvolvimento de competências para colaboração, troca de informações, trabalho em equipe e familiarização dos sujeitos para uma reflexão coletiva sobre as questões postas socialmente.

Conforme exposto nos Fundamentos Teóricos da Reabilitação Profissional muitas são as dificuldades encontradas pelos profissionais ao realizarem a avaliação dos trabalhadores a partir da interdisciplinaridade. São citadas: a falta de diálogo entre os profissionais; o predomínio de equipes formadas por integrantes de apenas duas áreas profissionais; o domínio da especialidade; classificação e tipologização dos saberes e inexistência de referenciais construídos e compartilhados pelas equipes.

Corroboramos com Raynaut (2014) quando afirma que não se trata de acabar com as disciplinas, mas sim de criar condições que favoreçam o intercâmbio e a comunicação entre os saberes. É nesse sentido que a busca pela Reabilitação Profissional interdisciplinar precisa avançar, pois somente com a colaboração entre os saberes será possível atender o trabalhador em sua integralidade.

Portanto, pensar a interdisciplinaridade na Reabilitação Profissional é superar o paradigma do isolamento das áreas, propor novas formas de atendimento e, inclusive, novas formas de se fazer ciência que consiga buscar soluções para os problemas não resolvidos pelo conhecimento produzido apenas por uma única área de conhecimento. A interdisciplinaridade trata-se de uma estratégia para compreender, interpretar e encontrar respostas para a complexidade do processo reabilitatório.

Observamos, portanto, que a construção dos Fundamentos Teóricos da Reabilitação Profissional foi permeada constantemente pela proposta de Saúde do Trabalhador, tendo inclusive categorias determinantes idênticas, como é o caso da centralidade da categoria trabalho e da interdisciplinaridade.

É oportuno ressaltar que, assim como a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a proposta de RP afirmada em 2016 apresentou um caráter de oposição, que buscou avançar no debate do adoecimento. Com o impeachment da Presidente Dilma, ocorrido logo após a publicação dos Fundamentos Teóricos da Reabilitação Profissional, observamos o início do desmonte do PRP e dos Fundamentos recém-publicados. Por conseguinte, em fevereiro de 2018, o Manual dos Procedimentos Técnicos da Área de Reabilitação Profissional foi atualizado e, neste novo documento, o aporte teórico denominado Fundamentos Teóricos da Reabilitação Profissional foi excluído.

A TRAJETÓRIA DO TRABALHADOR NO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: UMA TRAVESSIA COMPLEXA

As atividades da RP são direcionadas pelo Manual Técnico dos Procedimentos de RP, documento tornado público em dois volumes. O primeiro volume trata da apresentação do Programa de Reabilitação Profissional e, o volume 2 apresenta, detalhadamente, os procedimentos para concessão de órteses e próteses, direcionando a atuação dos profissionais envolvidos nesse processo.

Segundo o volume 1 do Manual Técnico dos Procedimentos de Reabilitação Profissional, a Reabilitação Profissional é entendida como:

A assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatória, independente de carência, e às “pessoas portadoras de deficiência”, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem (DIRSAT, 2019, p. 11).

As equipes de Reabilitação Profissional são compostas por Peritos Médicos, Analistas e Técnicos do Seguro Social. Os Analistas do Seguro Social são denominados ‘profissionais de referência’ e devem possuir nível superior em áreas afins ao processo de reabilitação profissional, tais como Serviço Social, Psicologia, Sociologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Os profissionais de referência atuam na orientação e acompanhamento dos trabalhadores encaminhados ao PRP.

O encaminhamento do trabalhador para a RP pode ser realizado em perícia médica, em sentença judicial e/ou por manifestação do segurado. Quando encaminhado, o segurado fica obrigado a cumprir PRP. Caso não tenha interesse em participar, o trabalhador tem seu benefício encerrado e deverá retornar para suas atividades laborais de origem.

As funções básicas da RP são: avaliação do potencial laborativo, orientação e acompanhamento do programa, articulação com a comunidade e pesquisa de fixação no mercado de trabalho.

Na avaliação do potencial laborativo são analisados aspectos como experiência profissional e situação empregatícia, escolaridade, faixa etária, habilidades e perdas funcionais. Até o Manual Técnico dos Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional – Volume 1, publicado em maio de 2016, a proposta era realizar a Avaliação do Potencial Laborativo conjunta, entre perito médico e Profissional de Referência, onde ambos avaliariam a elegibilidade do trabalhador ao Programa.

Entretanto, o Despacho Decisório nº 34 DIRSAT/INSS, de 11 de janeiro de 2017 reduziu a competência pericial à decisão pela elegibilidade ou não do trabalhador para o Programa. A decisão da permanência do trabalhador na RP por muitos anos esteve centrada na decisão médico pericial, uma vez que é este profissional que possui permissão para acessar o banco de dados dos benefícios por incapacidade e prorrogar ou encerrar o benefício do trabalhador. Portanto, ao perito médico é facultado utilizar da avaliação de outros profissionais ou apenas de sua compreensão para definir quanto às potencialidades do trabalhador para o cumprimento da RP.

Para Simonelli et al (2010, p. 65), a avaliação da incapacidade na RP é centrada em uma “visão biomédica das lesões e suas causas, restringindo o conceito de incapacidade apenas para seus aspectos físicos”; A análise pericial da incapacidade é realizada de forma abstrata e sem vínculo com as situações concretas de trabalho, o que pode ser justificar o elevado número de desligamentos precoces do benefício previdenciário, levando os trabalhadores à situação de vulnerabilidades e exclusão social (TAKAHASHI et al; 2010).

É na Avaliação do Potencial Laborativo que se define se o segurado poderá permanecer ou não em Reabilitação Profissional. Nos casos que possui baixa escolaridade, idade avançada e/ou quadro clínico agravado que pode comprometer o processo reabilitatório, a orientação é que o trabalhador seja considerado inelegível para a RP e permaneça em benefício previdenciário e/ou seja sugerido a aposentadoria por invalidez. No caso de ser considerado elegível para a RP o trabalhador passará a ser acompanhado pelo Profissional de Referência e será encaminhado para o processo de qualificação profissional, através de cursos e/ou treinamentos.

A Orientação e o Acompanhamento do PRP são realizados pela equipe de Reabilitação Profissional, em especial pelo Profissional de Referência com vistas a conduzir o trabalhador para a escolha consciente de uma nova atividade profissional. Quando o trabalhador possuir vínculo empregatício, a primeira tentativa de readaptação proposta pelo INSS é realizar o contato com a empresa de vínculo e encaminhar o Ofício para Encaminhamentos Diversos para tentar identificar se existem funções compatíveis com a limitação do trabalhador.

A empresa tem até 15 dias para responder o ofício, indicando função compatível para o trabalhador. Caso não o faça, a equipe de Reabilitação Profissional encaminha Ofício de Reiteração de Troca de Função. Quando a função ofertada pela empresa for considerada incompatível com as limitações do trabalhador, será solicitada nova indicação de função. Nos casos em que não houver função compatível ou que a empresa se negue a oferecer readaptação, “o segurado deverá ser capacitado para exercer outra atividade profissional, após o estudo de interesses, aptidão, perfil e tendências de mercado, por meio de cursos/treinamentos na comunidade” (DIRSAT, 2019, p. 28).

Uma vez que a função ofertada pela empresa foi considerada compatível, o trabalhador passará por um período de treinamento. O período do treinamento e a carga horária são definidos pela Equipe de RP, segurado e empresa devem ser respaldado em um Acordo de Cooperação Técnica estabelecido entre o INSS e a empresa ofertante.

Durante o período em que o segurado estiver em treinamento, permanecerá recebendo o benefício previdenciário e suas despesas com transporte, alimentação e diárias, caso seja necessário, serão custeadas pela Previdência Social (Dirsat, 2019, p. 45). A realização do treinamento não implica encargos e não gera vínculo trabalhista entre empresa e segurado, sendo que o mesmo não receberá remuneração da empresa durante este período.

Com o término do treinamento, a empresa emitirá o Relatório de Avaliação de Curso/Treinamento no qual deverá apresentar as considerações a respeito do período em que o segurado realizou o treinamento, considerando-o apto ou não para exercer a atividade. Após avaliação da equipe de RP com o segurado e a empresa, caso o mesmo seja considerado apto para retorno na função treinada, haverá o desligamento do Programa de Reabilitação Profissional com a emissão do Certificado de Reabilitado que garantirá o ingresso nas vagas para cotistas.

É oportuno ressaltar que as cotas são garantidas a trabalhadores reabilitados e/ou deficientes e deverão ser cumpridas pelas empresas com 100 ou mais funcionários, conforme a Lei 8.213/91, proporcionalmente ao número de funcionários:

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

I - até 200 empregados ... 2%;

II - de 201 a 500 ... 3%;

III - de 501 a 1.000, 4%;

IV - de 1.001 em diante 5% (BRASIL, 2016c).

Considerando a necessidade de oferecer treinamentos e qualificação profissional, realizar a articulação com a comunidade é tarefa essencial para o êxito no processo reabilitatório. O objetivo da articulação é estabelecer parcerias e convênios, com vistas ao (re) ingresso do segurado ao trabalho. Considerando que, conforme o Decreto 3.048/99, a Reabilitação Profissional deve proporcionar as condições para o retorno no trabalho e no contexto em que o trabalhador vive, conhecer o território e a comunidade é primordial para estabelecer parcerias para o retorno no trabalhador.

De acordo com a experiência prática no desenvolvimento do PRP, podemos observar que em geral as comunidades menores merecem atenção especial das equipes de RP, uma vez que a oferta de serviços e empregos também é reduzida. Portanto, o local de residência do trabalhador deve ser considerado um parâmetro importante quando avaliada a elegibilidade para o Programa.

As despesas com transporte, alimentação e mensalidades referentes ao processo de Reabilitação Profissional são custeadas pelo INSS e são denominadas de Recursos Materiais. O Manual Técnico de Procedimentos da Área de RP Volume 1 caracteriza como Recursos Materiais “aqueles indispensáveis ao desenvolvimento do processo de RP” (DIRSAT, 2019, p. 45). Enquadram-se nessa categoria: auxílio transporte, auxílio

alimentação, diária, taxa de inscrição, mensalidade de curso profissionalizante, documento de habilitação, implemento profissional, instrumento de trabalho, prótese e órtese. Tais recursos devem ser prescritos pela Equipe de Reabilitação Profissional. Todas as despesas das quais o segurado receber recurso público para custear seu processo reabilitatório deverão ser comprovadas mediante a apresentação de recibos e notas fiscais à Equipe de Reabilitação Profissional que o acompanha.

Como já mencionamos, o objetivo geral da Reabilitação Profissional é proporcionar ao trabalhador condições para qualificar-se e retornar ao trabalho. Entretanto, durante o processo reabilitatório o trabalhador poderá ser desligado do programa por outros motivos como intercorrência médica⁵, impossibilidade técnica¹, insuscetibilidade de reabilitação profissional⁶, recusa⁷, abandono⁸, transferência (para outra agência da Previdência Social) e óbito.

Quando egresso para retorno ao trabalho, o segurado poderá ser desligado para: retorno à mesma função com atividades diversas⁹, retorno à mesma função com as mesmas atividades¹⁰ ou retorno à função diversa². Em casos de desligamento para retorno ao trabalho, o egresso receberá o Certificado de RP que garantirá o ingresso nas vagas de cotas.

Após o desligamento do Programa, o volume I do Manual dos Procedimentos Técnicos da Área de RP prevê a realização da Pesquisa de Fixação no Mercado de Trabalho que “consiste no conjunto de informações para constatar a efetividade do processo reabilitatório e fornecimento de dados que realimentem o sistema gerencial visando à melhoria do serviço” (DIRSAT, 2019, p. 12). A pesquisa de fixação é realizada 18 meses após o desligamento do Programa, pelo Profissional de Referência.

O processo de (re) inserção e permanência no trabalho depende do envolvimento e comprometimento de diferentes atores envolvidos com a Política de Saúde do Trabalhador,

⁵- “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” (DIRSAT, 2019, p. 60).

⁶- 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.

⁷- 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 (DIRSAT, 2019, p. 63).

⁸ - 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 (DIRSAT, 2019, p 62).

⁹ - Segurado/beneficiário que apresente condições para exercer as mesmas funções com todas as atividades que exercia anteriormente após cumprir o PRP (DIRSAT, 2019, p. 62).

¹⁰- Segurado/beneficiário que esteja habilitado para o exercício de função diversa da que exercia anteriormente após cumprir PRP (DIRSAT, 2019, p. 62).

ou seja, é necessária uma interlocução permanente entre as políticas previdenciária de saúde, assistência social, trabalho, entre outras.

Em suas atribuições no âmbito da saúde do trabalhador, além da RP, a Previdência Social é responsável pela concessão e reparação de órteses e prótese aos segurados. Enquadram-se como órteses todos os aparelhos para correção ou complementação e como prótese todos os aparelhos de substituição. Podem requerer as órteses e próteses todos os segurados da previdência social, independente ou não de estarem na Reabilitação Profissional, desde que a concessão seja necessária para manutenção da capacidade laboral. O segurado poderá solicitar reparação ou troca da prótese quantas vezes forem necessárias.

O OLHAR DA PESQUISADORA: A EQUIPE DE RP, A LEGISLAÇÃO E A SUBJETIVIDADE DO TRABALHADOR

O objetivo deste tópico é refletir a atuação dos profissionais das equipes de RP a partir do olhar da pesquisadora, assistente social, membro de uma equipe de RP. Em primeiro lugar, como foi definido pelos Fundamentos Teóricos da RP, o trabalho das equipes pode ser analisado pensando em uma “travessia das mais complexas, que demanda do profissional que o conduz o processo de lidar tanto com uma série de aspectos objetivos, mas também manejar um universo de elementos subjetivos que o segurado vivencia na experiência de se reabilitar” (DIRSAT, 2016, p. 78).

Atuar na RP requer a busca constante pela compreensão do trabalhador afastado de seu trabalho enquanto um sujeito de direitos, com vontades próprias e que está vivenciando um momento de profundas transformações. O afastamento do trabalho impacta em diferentes dimensões da vida do ser social: na renda, pois em geral esta é reduzida com o afastamento do trabalho; nas relações sociais, pois o trabalhador deixa sua rotina diária, seus colegas de trabalho e muitas vezes isolam-se do resto da sociedade por vergonha de sua situação e na dimensão física, conseqüentemente, podemos identificar a limitação para o trabalho, que possivelmente acompanhará esse trabalhador pelo resto de sua vida e exigirá dele uma nova escolha profissional. Olhando brevemente para essas transformações já nos é possível ter uma ideia do que o afastamento do trabalho pode causar.

Em alguns casos acompanhados, foi o próprio trabalho que adoeceu esse sujeito, seja devido a acidentes ou então devido a desgastes cotidianos vinculados a sua atividade laboral. Entretanto, aos profissionais da equipe é colocado o desafio de compreender este

trabalhador que apesar de estar adoecido pelo trabalho, vive um momento de luto. Luto gerado pela sua brusca ruptura com o trabalho. Por vezes, o momento de luto apresenta-se na resistência do trabalhador em escolher uma nova profissão, o que para nós profissionais caracteriza-se como uma recusa ao programa, que conseqüentemente gera o encerramento do benefício.

Por outro lado, cotidianamente os profissionais deparam-se com reflexões preconceituosas que culpabilizam os trabalhadores por todas as situações vivenciadas. O esforço em analisar de forma crítica nossa sociedade capitalista é uma das alternativas para buscar a ruptura com tais padrões. O olhar deve ser também a partir da posição em que se encontra o trabalhador afastado. A concorrência no mercado de trabalho e as limitações físicas e/ou psíquicas que envolvem este trabalhador, naturalmente causam o medo de sair do benefício previdenciário e a negação do processo de reabilitação profissional.

Não pretendemos com isso apresentar uma visão romantizada do processo de RP, partindo de um olhar assistencialista ao trabalhador. Ao contrário, muitas vezes, deparamo-nos com situações em que o trabalhador não consegue ter êxito no processo reabilitatório, seja pela sua própria resistência ou pela falta de condições adequadas de trabalho para as equipes.

Nesse sentido, remetemo-nos às legislações previdenciárias que em 2016 apresentaram às equipes de RP como multidisciplinares. A própria fundamentação teórica da Reabilitação Profissional defendia a manutenção do trabalho em equipe, como a base do PRP. Entretanto, nas realidades de atendimento, as equipes, em geral, são formadas por duplas: perito médico e profissional de referência. Os profissionais de referência são assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, administradores e fisioterapeutas, por exemplo, mas cada um atende determinado grupo de trabalhadores. Ou seja, o trabalhador é acompanhado/avaliado por apenas um desses profissionais e não por todos, como seria o ideal para uma equipe multidisciplinar.

O trabalho em equipe contribui significativamente para a avaliação do trabalhador, em especial por estarmos trabalhando em uma instituição na qual a visão biomédica da incapacidade é muito presente, sendo os aspectos sociais deixados em segundo plano. Os Fundamentos Teóricos e o Manual Técnico dos Procedimentos de Reabilitação Profissional apresentavam reflexões sobre a necessidade de ultrapassar esse conceito de incapacidade.

Entretanto, na prática, observamos a predominância da centralidade da incapacidade física como determinante para o acesso a essa forma de proteção social,

prática que vem sendo regulamentada com os Despachos e Memorandos emitidos pela instituição no último ano.

Para exemplificar, podemos pensar em dois trabalhadores com amputação de membro inferior: um residente no meio urbano com acesso a acompanhamento adequado, transporte público de qualidade e com trajeto para deslocamento asfaltado e outro, residente em área rural, sem acesso a transporte coletivo e estrada não pavimentada. Nos dois casos, a limitação física é a mesma, entretanto as barreiras sociais são diferentes e terão impacto no êxito no processo reabilitatório.

Os profissionais de referência convivem, ainda com a falta de um sistema corporativo voltado para o Programa. Todos os formulários referentes ao processo reabilitatório são preenchidos manualmente, sem o apoio de sistemas e/ou base de dados, como acontece com os requerimentos de aposentadoria, por exemplo. Ainda nesse sentido, poucas são as realidades onde os profissionais de referência contam com apoio técnico administrativo para suas demandas. Sendo assim, muitas vezes deixam de atender o trabalhador e/ou sobrecarregam suas atividades para conseguir enviar convocações, montar prontuários de RP, agendar atendimentos, marcar perícias, etc.

Nesse sentido, buscamos refletir sobre a necessidade de, para além do arcabouço teórico e legalista que embasa o PRP, olhar para os trabalhadores como únicos, singulares, com uma história peculiar, que necessitam de estratégias para acessar seus direitos mínimos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão da temática de saúde do trabalhador é ampla e encontra respaldo em diversas áreas do conhecimento. Pensar a saúde do trabalhador remete-nos à discussão da relação capital X trabalho e nas implicações advindas dessa relação. Nesse viés, deparamo-nos com a política de proteção social da Previdência Social que em sua gênese prevê a garantida de renda ao trabalhador incapacitado para o trabalho, devido à idade ou à doença. Portanto, ao discutirmos a Previdência Social defrontamo-nos com a saúde do trabalho.

Apesar da intrínseca relação entre saúde do trabalhador e Previdência Social por muito tempo o Programa de Reabilitação Profissional permaneceu à margem dessa discussão. Em vista disso, os avanços advindos com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e com a publicação dos Fundamentos Teóricos da Reabilitação Profissional representaram uma conquista para os militantes da área. Foi com

a publicação dos Fundamentos que categorias como interdisciplinaridade, intersectorialidade e território foram apontadas como determinantes para o desenvolvimento da Reabilitação Profissional.

Entretanto, em tempos de crise do capital as políticas de proteção ao trabalhador são as primeiras a serem afetadas, seja pela restrição orçamentária ou pela redução de direitos. Vivemos no Brasil há alguns anos com retrocessos nos direitos sociais e incertezas quanto ao que está por vir. Sendo a Previdência Social uma política de proteção ao trabalhador, não há como desconectá-la do contexto vivenciado pelo Estado Brasileiro. Dessa forma, os avanços ou retrocessos vivenciados são reflexos diretos do direcionamento político adotado no país.

Para além do que está posto na legislação, há que se considerar que a Previdência Social e a Reabilitação Profissional têm como ideia central o trabalho. Sendo assim, é preciso considerar os trabalhadores como sujeitos, construtores de sua trajetória em RP. A construção da Reabilitação Profissional deveria ouvir os sujeitos que estão nesse processo e a partir disso, construir os caminhos, dentro de um vasto universo de escolhas. Infelizmente, ainda há um longo caminho a percorrer, porém sem esquecermos que o nosso Estado é burguês e, portanto, suas decisões se pautam na defesa da classe burguesa.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo. Boitempo Editorial, 2015.

BRASIL. **Portaria nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012 Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso 20 nov. 2019.

BRASIL. **Sistema Público de Emprego e Renda**. Disponível em:
<http://bi.mte.gov.br/bgcaged/caged_isper/index.php>. Acesso 20 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 3.048**, de 06 de maio de 1999, aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providencias. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/decreto3048.htm>. Acesso dez. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.602**, de 07 de novembro de 2011, dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso jan. 2020

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso fev. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991, dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso dez. 2019.

COSTA, Danilo et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso 15 nov. 2020.

DIRSAT. **Despacho Decisório nº 02**, de 12 de maio de 2016. Aprova o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional 1,1-114

DIRSAT. **Despacho Decisório nº 34**, de 11 de janeiro de 2017. Altera o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional 1, 1-114.

DIRSAT. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional**, 2015, 2, 1-109.

DIRSAT. **Despacho Decisório nº 245**, de 18 de abril de 2019. Altera o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional. 1, 1-112.

GOTTMANN, Jean. A evolução do conceito de território. **Boletim Campineiro de Geografia**, 2, 523-545. Disponível em: <<http://agbcampinas.com.br/bcg/index.php/boletim-campineiro/article/view/86>>. Acesso dez 2019.

HAESBAERT, Rogério. Concepções de território para entender a desterritorialização. In: SANTOS, Milton. BECKER, K. B. (Orgs). **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011.

HAESBAERT, Rogério; LIMONAD, Ester. O território em tempos de globalização. **Geo Uerj**, n. 5, p. 7, 1999. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/view/49049>>. Acesso dez. 2019.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 757-766, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000400003&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso dez. 2019.

LUKÁCS, György. **Para uma ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2013.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo. Boitempo Editorial, 2015.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social & Sociedade**, n. 107, p. 461-481,

2011. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300005&script=sci_arttext. Acesso dez. 2019.

MINAYO, Carlos Gómez. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de saúde ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 21-25, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1005/100528024001.pdf>>. Acesso dez. 2029.

MINAYO Carlos Gómez; THEDIM Sonia Maria da F. Costa. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de saúde pública**, v. 13, p. S21-S32, 1997. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/1997.v13suppl2/S21-S32/pt/>. Acesso 15 nov. 2019.

MUNHOZ, Divanir Eulália Naréssi; JUNIOR, Constantino Ribeiro de Oliveira. Interdisciplinaridade e Pesquisa. IN: Jussara Ayres Bourguignon (Org). **Pesquisa Social: reflexões teóricas e metodológicas**. Ponta Grossa: Todapalavra, 2009

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, n. 101, p. 95-120, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282010000100006&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso. Dez. 2019.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. Cortez, 2012.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **Ser Social**, Brasília, n.10, p. 33-55. 2002. Disponível em: http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/93/87. Acesso em: dez. 2019.

RAYNAUT, Claude. Os desafios contemporâneos da produção do conhecimento: o apelo para interdisciplinaridade. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 11, n. 1, p. 1-22, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2014v11n1p1>>. Acesso dez. 2019.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e concepções de território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SAQUET, Marcos Aurélio; DA SILVA, Sueli Santos. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Geo Uerj**, v. 2, n. 18, p. 24-42, 2008. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/viewFile/1389/1179>>. Acesso dez. 2019.

SIMONELLI, Angela Paula et al. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 64-73, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000100008&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso dez. 2019.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti et al. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 100-111, 2010.

Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000100011&script=sci_arttext>. Acesso dez. 2019.

Submetido em janeiro de 2021
Aceito em março de 2021