

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Fabiana Maria Rodrigues

Reabilitação Profissional (RP) e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT): um
instrumento de proteção social dos trabalhadores.

Rio de Janeiro
2019

Fabiana Maria Rodrigues

Reabilitação Profissional (RP) e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT): um instrumento de proteção social dos trabalhadores.

Dissertação elaborada no Curso de Mestrado Profissional Vigilância em Saúde do Trabalhador e apresentada no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância e Avaliação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Renato José Bonfatti

Rio de Janeiro
2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

R696r Rodrigues, Fabiana Maria.
Reabilitação Profissional (RP) e Vigilância em Saúde do
Trabalhador (VISAT): um instrumento de proteção social dos
trabalhadores / Fabiana Maria Rodrigues. -- 2019.
167 f. : il. color. ; graf. ; mapas

Orientador: Renato José Bonfatti.
Dissertação (mestrado) -- Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Política Pública. 2. Reabilitação Vocacional. 3. Vigilância em
Saúde do Trabalhador. 4. Seguridade Social. 5. Promoção da Saúde.
I. Título.

CDD -- 23.ed. -- 363.11

Fabiana Maria Rodrigues

Reabilitação Profissional (RP) e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT): um instrumento de proteção social dos trabalhadores.

Dissertação elaborada no Curso de Mestrado Profissional Vigilância em Saúde do Trabalhador e apresentada no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 11 de Abril de 2019

Banca Examinadora

Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Universidade do Rio de Janeiro – Faculdade de Saúde Pública

Dr. Alessandro Jatobá

Centro de Estudos Estratégicos – Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca Universidade do Rio de Janeiro – Faculdade de Saúde Pública

Dr. Renato José Bonfatti (Orientador)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Universidade do Rio de Janeiro – Faculdade de Saúde Pública

Rio de Janeiro
2019

AGRADECIMENTOS

A construção desta pesquisa não seria possível sem o apoio de pessoas especiais que, de um modo ou de outro, contribuíram ou participaram deste processo. Assim, registro meus sinceros agradecimentos à minha família pelo incentivo e apoio de sempre. Obrigada pela confiança e por me inspirarem sempre a lutar pelos meus objetivos.

Ao meu querido orientador, Dr. Renato Bonfatti, que, desde o início do projeto de pesquisa, acreditou no meu potencial e me apoiou em todos os momentos. Obrigada por tudo e por acreditar tanto em mim.

Ao Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos e Dr. Alessandro Jatobá pelas ricas contribuições durante a banca de qualificação e defesa desta dissertação. Suas considerações e apontamentos foram fundamentais para o desenvolvimento e resultados desta pesquisa. Vocês são referências profissionais e fazem parte do êxito deste trabalho.

À querida Mara Takahashi pelo acolhimento, pela receptividade e por compartilhar suas experiências profissionais. Sua ausência na banca de defesa deste trabalho foi sentida profundamente, mas agradeço por suas considerações e sugestões que trouxeram grandes contribuições para o aperfeiçoamento deste trabalho. Seu engajamento profissional é inspirador.

Às coordenadoras do Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador ENSP/FIOCRUZ, Dra. Ana Cheble e Dra. Simone Oliveira, pela partilha de conhecimento e pelos momentos de confraternização com a turma que tornaram esta trajetória mais leve, frente às intermináveis leituras, inúmeros trabalhos e desafios enfrentados na realização deste curso.

A todos os professores da ENSP/FIOCRUZ pelas ricas contribuições durante as aulas que nos acrescentaram novos conhecimentos. Agradeço ainda aos funcionários desta instituição pela dedicação e cordialidade em atender nossas demandas.

Aos laços de amizades construídos durante este mestrado que possibilitaram trocas de experiências para além da esfera acadêmica e em especial às amigas Natália, Zenaide e Juliana. Obrigada de verdade. Recordar-me-ei de todos com muito carinho.

Ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), por intermédio da Coordenação de Formação e Aperfeiçoamento do INSS (CFAI), pelo apoio na realização deste mestrado e pelo reconhecimento da importância deste curso para o aprimoramento das minhas atividades profissionais.

A todos vocês, meus sinceros agradecimentos, porque ninguém vence sozinho, afinal, “ninguém é uma ilha, completo em si próprio; cada ser humano é uma parte do continente, uma parte de um todo” (John Donne). Obrigada a todos!

É preciso [...] pensar a Reabilitação Profissional dentro de uma política nacional de saúde do trabalhador, transversal e intersetorial, cujo objetivo principal deve ser o de combate às condições de trabalho precárias e adoecedoras.

CARVALHO;MANDALLOZO;RIBAZ, 2014, P.14

RESUMO

O Programa de Reabilitação Profissional surge no Brasil como uma resposta pública de enfrentamento à precarização do trabalho. Contudo, diante das constantes mudanças no mundo do trabalho e dos retrocessos das políticas de proteção social, este programa tem se consolidado como um modelo paliativo, compensatório e desvinculado da política de Seguridade Social e da Saúde do Trabalhador. Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo analisar os instrumentos técnicos do Programa de Reabilitação Profissional, com destaque para a Pesquisa de Fixação, identificando suas fragilidades e potencialidades para a efetivação de uma política de Estado, capaz de proteger a classe trabalhadora frente aos riscos presentes no processo de trabalho. Como resultado desta pesquisa, será apresentada uma proposta de Pesquisa de Fixação, com novas questões que considerem a centralidade do trabalho no processo de adoecimento, com vistas à superação do caráter fragmentado, cadastral e superficial deste instrumento. Além disso, será discutida a importância da (re)construção de práticas e fluxos de trabalho deste programa para a consolidação de um modelo de Reabilitação Profissional integrado e efetivo que seja capaz de interromper o ciclo de adoecimento da classe trabalhadora.

Palavras-chave: Proteção Social, Reabilitação Profissional, Vigilância em Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

The Professional Rehabilitation Program appears in Brazil as a public response to the precariousness of work. However, in the face of the constant changes in the world of work and the retrogression of social protection policies, this program has consolidated itself as a palliative model, compensatory and unrelated to the Social Security and Workers' Health policy. Given this scenario, this study aims to analyze the technical instruments of the Professional Rehabilitation Program, highlighting the Fixation Survey, identifying its fragilities and potentialities for the implementation of a State policy, capable of protecting the working class against risks present in the work process. As a result of this research, a proposal of Fixation Research will be presented, with new questions that consider the centrality of work in the process of illness, with a view to overcoming the fragmented, cadastral and superficial character of this instrument. In addition, the importance of the (re) construction of practices and workflows of this program will be discussed in order to consolidate an integrated and effective model of Professional Rehabilitation that is capable of interrupting the sickening cycle of the working class.

Keywords: Social Protection, Professional Rehabilitation, Worker Health Surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Análise de incapacidade laboral: barreiras sociais e fatores incapacitantes	40
Figura 2 - Ciclo perverso de adoecimento.....	42
Figura 3 - Ações de VISAT na perspectiva da integralidade	51
Figura 4 - Fontes de encaminhamento para o Programa de Reabilitação Profissional	54
Figura 5 - Recursos materiais fornecidos pelo Programa de Reabilitação Profissional.....	69

MAPA

Mapa 1 - Pará de Minas e área de abrangência	72
---	----

GRÁFICO

Gráfico 1 - Área de abrangência da APS Pará de Minas e população.....	73
--	----

QUESTIONÁRIO

Questionário 1 - Proposta de Ficha de Pesquisa de Fixação.....	87
---	----

FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Avaliação pós-tratamento terapêutico: elegibilidade para cumprimento do Programa de Reabilitação Profissional.....	46
Fluxograma 2 - Fluxo de operacionalização do Programa de Reabilitação Profissional.....	55
Fluxograma 3 - Proposta de Fluxo da Reabilitação Profissional: instrumento das ações de VISAT.....	108

QUADROS

Quadro 1- Fatores de inclusão e exclusão: elementos para análise de elegibilidade dos segurados encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional 57

Quadro 2 - Motivos de desligamento dos segurados na elegibilidade para cumprimento do Programa de Reabilitação Profissional..... 59

Quadro 3- Motivos de desligamento dos segurados em Programa de Reabilitação Profissional 65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGU	Advocacia Geral da União
APS	Agência da Previdência Social
AT	Assessor Técnico
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEFAI	Coordenação de Formação e Aperfeiçoamento do INSS
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIST	Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNIS	Cadastro Nacional de Informações Sociais
CRPS	Centro de Reabilitação Profissional da Previdência Social
CTPS	Carteira de Trabalho da Previdência Social
DCB	Data da Cessação do Benefício

DCI	Data da Cessação da Incapacidade
DIRSAT	Diretoria da Saúde do Trabalhador
EJA	Educação para Jovens e Adultos
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ERP	Equipe de Reabilitação Profissional
FAPL	Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo
FARP	Formulário de Avaliação de Reabilitação Profissional
FASP	Formulário de Avaliação Sócioprofissional
GEX	Gerência Executiva
GT	Grupo de Trabalho
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
ISR	Índice de Segurados Reabilitados
LERDORT	Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares
LI	Limite Indefinido
MOI	Movimento Operário Italiano
MPT	Ministério Público do Trabalho
MT	Ministério do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NETEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
NR	Norma Regulamentadora
NRP	Núcleo de Reabilitação Profissional
OIT	Organização Internacional do Trabalho

OMS	Organização Mundial de Saúde
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PE	Pesquisa Externa
PF	Pesquisa de Fixação
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPP	Perfil Profissional Psicográfico
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PR	Profissional de Referência
PRP	Programa de Reabilitação Profissional
RP	Reabilitação Profissional
ROP	Responsável pela Orientação Profissional
SABI	Sistema de Acompanhamento de Benefício por Incapacidade
SAT	Seguro de Acidente de Trabalho
SESMET	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SIST	Sistema de Informação
SST	Seção de Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TMPRP	Tempo Médio do Programa de Reabilitação Profissional
TMRP	Tempo Médio de Permanência de Segurados em Processo de Reabilitação Profissional
UAITEC	Universidade Aberta Integrada de Minas Gerais

VISAT

Vigilância em Saúde do Trabalhador

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é fruto da inquietação das experiências profissionais obtidas com o desenvolvimento do Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do INSS da Agência da Previdência Social (APS) de Pará de Minas.

O início do meu exercício profissional nesta autarquia ocorreu em 2009, após ingresso no cargo de Analista do Seguro Social com formação em Serviço Social, tendo como uma das atribuições a atuação no Programa de Reabilitação Profissional.

Inicialmente, por desconhecimento da prática profissional neste campo, fomos “capacitados” a desenvolver ações, objetivando o retorno dos segurados ao mercado de trabalho, priorizando ações de recuperação do trabalhador em detrimento das ações preventivas.

Ao longo destes anos e durante os atendimentos realizados aos segurados encaminhados ao programa, os trabalhadores, de um modo geral, relatam queixas e insatisfações que estão relacionadas ao processo de trabalho. Contudo, essas queixas têm permanecido no campo da invisibilidade, em função de uma prática, muitas vezes meramente técnica, marcada pela reprodução de procedimentos e ausência de uma apreensão crítica dos processos de trabalho.

Com isso, esses trabalhadores são caracterizados como depositários de informações e nós, enquanto profissionais, temos atuado como reservatórios dessas queixas, visto que a precarização das relações de trabalho e a ausência e/ou ineficiência das políticas públicas nos territórios, em grande parte, não são consideradas e nem responsabilizadas pelas dificuldades e entraves na efetiva Reabilitação Profissional.

Esse cenário tende a consolidar uma ideologia da culpabilização dos trabalhadores diante do processo de Reabilitação Profissional, transformando problemas sociais que deveriam ser discutidos amplamente como uma questão de saúde pública em questões privadas, de caráter individual e de responsabilidade dos trabalhadores.

Além disso, essa prática profissional contribui para a invisibilidade dos agravos à saúde dos trabalhadores no processo produtivo e para a fragmentação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Nesse contexto, considero que o Programa de Reabilitação Profissional realiza intervenções aquém de suas potencialidades, tornando, portanto, indispensável uma reflexão e proposição de mudanças em sua operacionalização com vistas à promoção da saúde dos trabalhadores.

Nessa perspectiva, este trabalho apresentará discussões que contribuirão para uma nova prática profissional, potencializando a consolidação do Programa de Reabilitação Profissional como um importante instrumento de proteção social voltado para a VISAT.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo Geral	23
3.1.1 Objetivos específicos	23
4 METODOLOGIA.....	24
5 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	27
5.1 Reabilitação Profissional no Brasil.....	27
5.1.1 Saúde do Trabalhador	33
5.2 Reabilitação Profissional e Saúde do Trabalhador	35
6 EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS NO CAMPO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: NOVAS PERSPECTIVAS PARA AS AÇÕES DE VISAT.....	39
6.1 Modelo de Reabilitação de Sherbrooke: Prevenção de Incapacidade Permanente ao Trabalho.....	39
6.1.1 Modelo de Reabilitação Sherbrooke: ações na perspectiva da integralidade.....	43
6.2 Previdência Social: Ações Regressivas e sua contribuição para as ações de VISAT	48
7 ESTUDO EXPLORATÓRIO.....	52
7.1 Reabilitação Profissional na APS de Pará de Minas: procedimentos técnicos.....	52
7.1.1 Perfil Demográfico dos Segurados atendidos no Programa de Reabilitação Profissional da APS de Pará de Minas	72
8 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	75
9 PESQUISA DE FIXAÇÃO: ANÁLISE E DISCUSSÕES	79
9.1 Fragilidades na consolidação das ações de VISAT	79
9.1.1 “Novas” abordagens para a Pesquisa de Fixação	84
10 PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: (RE)CONSTRUINDO FLUXOS DE INTERVENÇÕES PARA A CONSOLIDAÇÃO DAS AÇÕES EM VISAT	106
11 REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA	119
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS	128
ANEXOS	139
ANEXO A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO POTENCIAL LABORAL–FAPL...139	

ANEXO B – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL - FASP	140
ANEXO C – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL - FARP	142
ANEXO D – FICHA DE CADASTRO DO CLIENTE.....	144
ANEXO E – MODELO DE OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DE DESCRIÇÃO DE FUNÇÃO /ATIVIDADE	147
ANEXO F–MODELO DE OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO PARA CURSO/TREINAMENTO	153
ANEXO G – RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE CURSO/TREINAMENTO.....	155
ANEXO H – CARTÃO DE FREQUÊNCIA EM CURSOS E TREINAMENTOS.....	157
ANEXO I – FORMULÁRIO DE CONCLUSÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL – FCRP – PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA	158
ANEXO J – FORMULÁRIO DE CONCLUSÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL PERITO MÉDICO - FCRP	159
ANEXO K – MODELO DE CERTIFICAÇÃO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	160
ANEXO L – FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO / PROPOSTA DE RECURSOS MATERIAIS	161
ANEXO M – FICHA DA PESQUISA DE FIXAÇÃO	162
ANEXO N - NORMAS REGULAMENTADORAS.....	163
ANEXO O – EXEMPLOS DE RISCOS EXISTENTES.....	165

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o trabalho se constituiu como um valor central na vida dos indivíduos, configurando-se não somente como um meio de sobrevivência, mas, sobretudo, de significado e de construção de uma identidade para os cidadãos. Neste contexto, o trabalho pode ser caracterizado como um:

Fundamento ontológico do ser social que produz as condições materiais objetivas e subjetivas necessárias à existência do homem dentro da organização social; portanto, o trabalho tem como essencialidade não atender apenas as necessidades individuais, mas, as necessidades da coletividade. (PEREIRA, 2016, p. 148).

Marcadamente a partir da década de 1970, com a crise de acumulação taylorista e fordista¹, um conjunto de medidas foram impostas ao mundo do trabalho, gerando repercussões na divisão internacional do trabalho, assim como no modo de vida da classe trabalhadora.

As mudanças no cenário político e econômico que iniciaram nesse período e que ainda estão em curso têm contribuído para a “expansão intensificada da reestruturação produtiva, tendo como consequências a flexibilização, a informalidade e a profunda precarização das condições de trabalho e vida da classe trabalhadora brasileira” (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 409).

Portanto, o trabalho tem sido caracterizado como fonte de sofrimento, no qual “o processo de trabalho se transforma em um meio de subsistência e a força de trabalho se transforma em uma mercadoria com uma finalidade específica, a criação de mercadorias objetivando a valorização do capital” (PEREIRA, 2016, p. 156).

Além disso, segundo Camargo (2011), temos vivenciado um contexto econômico, político e legislativo que permite e legitima a precarização das relações de trabalho, sendo esta expressa pelos diversos tipos de contratação, e que vem sendo marcado pelos retrocessos da política de proteção social dos trabalhadores.

Nesse cenário, a Reabilitação Profissional surge como uma proposta multidisciplinar e intersetorial de enfrentamento dos efeitos das múltiplas expressões da precarização das relações de

¹ “Taylorismo e Fordismo são formas de organização da produção industrial que revolucionaram o trabalho fabril no século XX. Esses dois sistemas visavam à maximização da produção e do lucro e resultaram em uma nova organização do trabalho e da produção, tendo como consequência a precarização nas relações de trabalho e modo de vida da classe trabalhadora.” (RIBEIRO, 2015, p. 65)

trabalho, voltada para a recuperação física e psicossocial do trabalhador com vistas ao seu retorno ao mercado de trabalho em uma função compatível com suas limitações.

Ademais, compete ao Programa de Reabilitação Profissional, em parceria com áreas afins, a análise dos processos de trabalho, viabilizando condições laborais saudáveis ao trabalhador e, principalmente, contribuindo para evitar o surgimento de novos adoecimentos.

Entretanto, Miranda (2018), argumenta que o Programa de Reabilitação Profissional, ao longo dos anos, tem se limitado a desenvolver ações de recuperação, com uma abordagem pouco efetiva, aquém dos objetivos estabelecidos pela política de saúde do trabalhador e apartado do conceito de proteção social.

Dessa forma, é fundamental compreender o programa de Reabilitação Profissional como “[...] um processo de vigiar o trabalho, de modo a impedir o adoecimento dos trabalhadores e aprimorar suas condições de trabalho e vida [...]” (BRASIL, 2014, p. 10), o que exige uma ruptura do próprio conceito e caráter da Reabilitação Profissional, que historicamente desenvolveu suas ações após a estabilização da doença e/ou sequela do trabalhador.

Nessa perspectiva, Pereira e Nogueira (2012, p. 8) argumentam que “[...] esse serviço tem sido uma estratégia paliativa de apaziguar a classe trabalhadora”. Afirmam ainda: “para a construção de um serviço de Reabilitação Profissional efetivo faz-se necessária a superação da lógica previdenciária de diminuição de custos para a ótica do direito, que atenda a real necessidade do trabalhador de forma articulada intersetorialmente”.

Além disso, as experiências profissionais desenvolvidas por Miranda (2018), por exemplo, evidenciam que o Programa de Reabilitação Profissional da maneira como tem sido operacionalizado não tem promovido um olhar e uma intervenção sobre as condições laborais do trabalhador.

Diante desse cenário, o Programa de Reabilitação Profissional tem deixado de cumprir uma de suas potencialidades que é contribuir para a transformação da realidade social, por meio de uma nova configuração do trabalho, em que este seja saudável e dotado de significado para os trabalhadores.

Mesmo com essas constatações, este projeto aponta, como questão norteadora, que o Programa de Reabilitação Profissional apresenta diretrizes, fundamentos e instrumentos técnicos capazes de consolidá-lo como uma importante ferramenta de proteção social dos trabalhadores.

Seguindo tais ideias e apontamentos, esta pesquisa pretende realizar uma análise sobre os instrumentos técnicos utilizados no desenvolvimento do Programa de Reabilitação Profissional, com destaque para a Pesquisa de Fixação (PF) apontando “novas” abordagens que contribuam para a efetividade deste programa para além da reabilitação ocupacional, firmando-se como um instrumento de política pública, de caráter preventivo, capaz de identificar e intervir sobre os riscos e agravos presentes no processo de trabalho, a fim de romper com o ciclo de adoecimento dos trabalhadores.

Além disso, entendemos que as ações desenvolvidas pela Equipe de Reabilitação Profissional (ERP) em parceria com áreas correlatas podem superar a lógica fragmentada que historicamente solidificou as ações de vigilância e contribuir para a efetividade das ações de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores.

2 JUSTIFICATIVA

As ações de VISAT constituem-se como um processo dinâmico, social, político e econômico que devem ser realizadas de forma intersetorial, multiprofissional e requer a articulação de um conjunto de conhecimentos e intervenções que possam incidir sobre as condições efetivas do processo de saúde/doença do trabalhador.

Contudo, as experiências profissionais obtidas até o presente momento apontam que, no município de Pará de Minas e cidades abrangentes, há uma fragilização e/ou inexistência de ações interventivas por parte da Previdência Social, assim como por parte de outros órgãos, no enfrentamento dos problemas relacionados às condições de trabalho e seus agravos à saúde dos trabalhadores.

A classe trabalhadora continua morrendo, sendo mutilada e adoecida pelo trabalho, e as instituições públicas que fazem interface com a saúde do trabalhador - Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Ministério do Trabalho continuam desarticuladas e com baixo poder de intervenção diante do poderio das empresas (BRASIL, 1993 *apud* TAKAHASHI; IGUTI 2008, p. 08).

Diante desse cenário, os trabalhadores, de um modo geral, têm sido tratados como cidadãos de segunda classe, submetidos a processos de exploração, de opressão e são excluídos de uma política pública efetiva de proteção social.

Relacionado a isso, historicamente, o PRP se consolidou como um serviço previdenciário, cujo principal objetivo tem sido o retorno dos segurados ao mercado de trabalho, sendo sua intervenção realizada após a estabilização da doença do trabalhador e concluída com a emissão do Certificado de Reabilitação Profissional.

Sob esta perspectiva, as ações do Programa de Reabilitação Profissional mostram-se insuficientes para atender a complexidade das demandas apresentadas pelo trabalhador, tendo em vista a precarização do mundo trabalho. Tal fato tem comprometido a efetividade deste programa.

Diante desse cenário, como podemos superar as fragilidades do Programa de Reabilitação Profissional, ampliando esta política para outros setores que fazem interface com a saúde do trabalhador? Qual o caminho que deve ser adotado para que este programa se efetive como um instrumento das ações de VISAT?

O caminho para iniciar o desenvolvimento de um serviço de reabilitação profissional que considere uma visão integrada do processo de reabilitação torna-se uma trajetória árdua, desafiadora e de contramão com a lógica economicista do modelo de seguro presente na macroestrutura do sistema previdenciário brasileiro, em que privilegia a restrição de benefícios em detrimento da garantia de direitos constitucionais adquiridos (MIRANDA, 2018, p. 05).

A partir desse entendimento, esta pesquisa apresentará elementos que justificam a importância de serem analisados os dispositivos legais que norteiam as atividades previstas no PRP, com destaque para a Pesquisa de Fixação. Neste estudo, será identificado suas potencialidades e fragilidades, a fim de alcançar os objetivos e diretrizes estabelecidos para este programa e que estão previstos na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

Sob esta perspectiva, esta pesquisa assume relevância ao dar visibilidade ao Programa de Reabilitação Profissional e fomentar a necessidade de serem reconstruídos os instrumentos técnicos contidos em seu Manual Técnico. Além desses motivos, este estudo torna-se relevante por assinalar a importância de serem pactuados fluxos e/ou procedimentos que permitam que o PRP, em parceria com áreas afins, tenha condições de realizar intervenções nos processos de trabalho. Entendemos que, ao cumprir tais funções, o programa pode contribuir para que os segurados reabilitados tenham condições de retornar ao mercado de trabalho em condições seguras e saudáveis e, sobretudo, desenvolver um cuidado para que outros trabalhadores expostos à mesma situação de risco não venham a adoecer, rompendo, assim, o ciclo de adoecimento dos trabalhadores.

Por esses motivos, esta pesquisa torna-se importante ao apresentar discussões e reflexões que impulsionam uma reestruturação na operacionalização do Programa de Reabilitação Profissional, sob a perspectiva da prevenção e do cuidado nos processos de trabalho. E, principalmente, por através de tais considerações, viabilizar a ruptura do viés administrativo, fragmentado e pouco efetivo das ações deste programa com relação à redução dos acidentes e doenças profissionais.

Esperamos, dessa forma, contribuir para a ampliação das questões relacionadas à saúde do trabalhador como uma questão de política pública. Acreditamos ainda que o PRP possa efetivar-se como um instrumento de proteção social dos trabalhadores e consolidação das ações de VISAT.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral desta pesquisa é contribuir para que o Programa de Reabilitação Profissional desenvolvido na Agência da Previdência Social de Pará de Minas possibilite intervenções nos processos de trabalho, interrompendo com o ciclo de adoecimento dos trabalhadores.

3.1.1 Objetivos específicos

Este estudo tem como objetivos específicos:

- Identificar as potencialidades e fragilidades do PRP, enquanto um instrumento potencializador para as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- Analisar o instrumento de Pesquisa de Fixação adotado na APS de Pará de Minas, como uma ferramenta indispensável para a avaliação da efetividade do Programa de Reabilitação Profissional e consolidação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- Propor fluxo de trabalho e/ou procedimentos a ser desenvolvido pelo Programa de Reabilitação Profissional para a intervenção nos processos de trabalho.

4 METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos deste trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo em legislações e trabalhos científicos, acerca das diretrizes e fundamentos do Programa de Reabilitação Profissional, apontando as potencialidades e fragilidades deste programa na efetivação de uma política pública de proteção social dos trabalhadores.

Além disso, foi realizada uma pesquisa documental nos instrumentos técnicos do Programa de Reabilitação Profissional da Previdência Social, especificamente na ferramenta denominada de Pesquisa de Fixação, que é um dos instrumentos legais deste programa que tem como finalidade mensurar a efetividade de suas ações.

A pesquisa documental pode ser caracterizada como

aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências (PÁDUA, 2004, p. 68).

Ainda de acordo com a autora citada acima, a pesquisa documental pode ser compreendida como “toda base de conhecimento fixado materialmente e suscetível de ser utilizado para consulta, estudo ou prova” (PÁDUA, 2004, p. 69). Desse modo, o principal objetivo deste tipo de pesquisa é interpretar os elementos contidos nos documentos a serem analisados, buscando extrair concepções para a produção de inferências em um determinado campo, sendo esta fundamentada em pressupostos teóricos que objetivam produzir intervenções nos territórios.

Esta metodologia foi considerada a mais indicada para o alcance dos objetivos desta pesquisa, visto que a hipótese diagnóstica deste trabalho considera que as questões contidas na Pesquisa de Fixação apresentam uma abordagem quantitativa, superficial e não têm contemplado as questões relacionadas à saúde do trabalhador.

E, embora o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional estabeleça que a pesquisa de fixação seja um instrumento importante para analisar a efetividade deste programa, este é uma ferramenta pouco utilizada, com uma atenção voltada apenas para identificar o número de segurados reabilitados. Além disso, as questões contidas em tal instrumento não são capazes de avaliar o processo reabilitatório, seu aprimoramento e, sobretudo, não são aptas para desenvolver ações de prevenção de acidentes e doenças profissionais.

Como resultado, a ineficiência deste programa além de contribuir para a invisibilidade dos agravos à saúde dos trabalhadores, tem gerado um ciclo perverso e vicioso de adoecimento.

Diante desse cenário, para inserirmos o Programa de Reabilitação Profissional nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, foi realizada, neste estudo, uma análise no instrumento da Pesquisa de Fixação, identificando suas fragilidades e apresentando elementos que apontam a necessidade de ser alterada a abordagem metodológica desse instrumento, dando ênfase ao enfoque qualitativo. Além disso, foram inseridas novas questões, considerando o trabalho como o elemento central nos processos de adoecimento dos trabalhadores. Com isso, esta pesquisa elucida a importância de privilegiar, por meio da entrevista, a fala dos trabalhadores, sua compreensão sobre o trabalho, assim como sua repercussão nos processos de saúde/doença.

Neste contexto, Fraser e Gondim (2004) argumentam que a entrevista é uma técnica de investigação científica, considerada uma fonte de dados, que tem como objetivo conhecer e apreender questões específicas de um determinado território para subsidiar intervenções. Ainda de acordo com os autores, as entrevistas podem ser aplicadas em estudos qualitativos ou quantitativos, podendo ser estruturadas, semiestruturadas ou não estruturadas. A entrevista estruturada “se caracteriza por uma estruturação rígida do roteiro e oferece pouco espaço para a fala espontânea do entrevistado” (FRASER; GONDIM, 2004, p. 143), sendo utilizada geralmente em pesquisas quantitativas.

As entrevistas semiestruturadas são aquelas em que a entrevista é realizada com questões pré-definidas, podendo ser fechadas e abertas. Nesse modelo, é possível explorar outras questões que surjam no decorrer da entrevista pelo entrevistado.

As entrevistas não estruturadas, por sua vez, são aquelas em que ela é conduzida pela fala do entrevistado, não sendo guiada por um roteiro de perguntas. Destaca-se que, nas entrevistas semiestruturadas e não estruturadas, “o critério mais importante a ser considerado neste processo de escolha não é numérico, já que a finalidade não é apenas quantificar opiniões e sim explorar e compreender os diferentes pontos de vista que se encontram demarcados em um contexto” (FRASER; GONDIM, 2004, p. 147).

Destarte, a partir da metodologia desta pesquisa, pretende-se fomentar a necessidade do uso sistemático da Pesquisa de Fixação no processo de Reabilitação Profissional, como um instrumento voltado não somente para mensurar o quantitativo de segurados reabilitados, mas, sobretudo, para intervir nos processos de trabalho, evitando novos adoecimentos.

Após a realização da Pesquisa de Fixação, é fundamental que seja consolidado um Sistema de Informação (SIST)² que evidencie a relação de causa e efeito das condições de trabalho e adoecimento dos trabalhadores, apresentando categorias de análise para identificação dos fatores que resultaram no acidente de trabalho, como por exemplo: riscos e/ou as medidas protetivas adotados no processo de trabalho; perfil dos trabalhadores acidentados: com destaque para o sexo, escolaridade, tipo de vínculo do trabalhador; ramo de atividade de acordo com dados da Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE; Classificação Brasileira de Ocupações- CBO; tipo de acidente (típico, trajeto, atípico); espécie de benefício; identificação da apresentação da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) ou fixação da natureza acidentária pelo Nexo Técnico Epidemiológico (NETEP); Classificação Internacional de Doenças (CID) e/ou outros dados relevantes que poderão surgir no decorrer da realização da pesquisa.

Consideramos que, após a consolidação destes dados pela Equipe de Reabilitação Profissional, eles devem ser compartilhados com os órgãos voltados para defesa da saúde do trabalhador do município e região, justificando a importância de serem desenvolvidas ações de VISAT.

Nessa perspectiva, o SIST pode ser considerado uma ferramenta que, além de viabilizar a análise das situações de saúde em um determinado território, contribui para a ampliação das intervenções das ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Logo, consideramos que os caminhos metodológicos utilizados nesta pesquisa contribuirão para a produção de conhecimento que subsidiará intervenções no território de estudo, transformando a Reabilitação Profissional em um instrumento de política pública que não se limita apenas a reabilitar trabalhadores, mas, principalmente, em realizar ações de proteção social. Dessa forma, poderemos afirmar que o Programa de Reabilitação Profissional terá alcançado sua finalidade.

² SIST é considerado uma ferramenta essencial no desenvolvimento das ações de vigilância, visto que “[...] a informação é considerada como um elemento deflagrador e de avaliação das ações, [...] capaz de direcionar as ações de vigilância.” (MACHADO, 1997, p. 43).

5 CONTEXTUALIZAÇÃO

5.1 Reabilitação Profissional no Brasil

A Reabilitação Profissional surge na Previdência Social em 1944, com o Decreto nº 7.036, de 10 de novembro de 1944, durante o governo Getúlio Vargas, em resposta à complexidade da incapacidade para o trabalho decorrente dos acidentes e doenças profissionais. Era vinculada às Caixas de Aposentadorias e pensões (CAPS) e aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS).

No entanto, sua obrigatoriedade ocorreu em 1967, após a estatização do Seguro de Acidente de Trabalho (SAT)³ no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), atualmente denominado INSS.

Inicialmente, a Reabilitação Profissional era destinada exclusivamente aos segurados acidentados do trabalho e, posteriormente, houve uma ampliação do seu público-alvo, sendo este, estendido para todos os segurados em gozo de Auxílio Doença⁴ com contra indicação para o retorno às suas atividades habituais. Estes segurados, segundo Takahashi e Iguti (2008), eram encaminhados à RP pela perícia médica do INSS, na qual eram submetidos ao processo de reabilitação, objetivando seu retorno a outra atividade.

Dessa forma, à Reabilitação Profissional cabe “proporcionar ao beneficiário incapacitado, parcial ou totalmente, para o trabalho e às pessoas portadoras de deficiência os meios para a (re)educação e (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive” (BRASIL, 1991, p.33).

Nesse contexto, a implantação e desenvolvimento dos Centros de Reabilitação Profissional da Previdência Social (CRPS) foram marcados por uma “[...] visão eminentemente biológica e individual do sujeito, centrada na figura do médico e tinham como paradigma a Medicina do

³ É uma contribuição social paga pelas empresas para cobrir as despesas da Previdência Social com benefícios decorrentes de acidente do trabalho ou doenças ocupacionais. Disponível: <http://www.blogsegurancadotrabalho.com.br/2015/03/o-que-e-sat-seguro-acidente-do-trabalho.html> Acesso em 05 set, 2017.

⁴ Auxílio-doença: é um benefício previdenciário destinado ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual, conforme expresso na Lei 8.213/91, Art. 59.

Trabalho⁵ [...] com tendência a isolar os riscos, atuando sobre as consequências do adoecimento, sem considerar as ações preventivas.” (BRASIL, 2016b, p. 23).

Os CRPS eram instalados nas grandes capitais, sendo constituídos por um grande contingente de profissionais de diversas áreas, com grandes estruturas físicas, assim como com equipamentos de alto custo, objetivando oferecer todos os recursos necessários para reabilitação física, psicossocial e profissional dos trabalhadores.

Além dos CRPS, foram criados os Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP), formados por pequenas unidades, com uma ou duas equipes que referenciavam aos CRPS os casos de maior complexidade. A equipe técnica dos centros e núcleos de reabilitação era constituída por

médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professores de nível secundário e superior, em quantidade suficiente para atender os usuários do serviço [...] e além da assistência à saúde, também eram desenvolvidas atividades de qualificação profissional. (BRASIL, 2016b, p. 24).

Os CRPS, assim como NRP, além de atenderem uma demanda expressiva de trabalhadores com sequelas de acidentes de trabalho também forneciam apoio técnico e logístico aos segurados, visto que o processo de Reabilitação Profissional também compreende o fornecimento de recursos materiais:

- a) aparelho de prótese, órtese e instrumentos de auxílio para locomoção quando a perda ou redução da capacidade funcional puder ser atenuada por seu uso e dos equipamentos necessários à habilitação e reabilitação social e profissional;
 - b) a reparação ou a substituição dos aparelhos mencionados no inciso anterior, desgastados pelo uso normal ou por ocorrência estranha à vontade do beneficiário
 - c) taxa de inscrição e mensalidade de curso profissionalizante e documento de habilitação;
 - d) implemento profissional;
 - e) instrumento de trabalho;
 - f) auxílio-transporte;
 - g) auxílio-alimentação;
 - h) diária.
- (BRASIL, 2016, p.122).

Nessa perspectiva, na década de 1980, houve uma expansão dos serviços de Reabilitação Profissional para todas as capitais dos estados. Estes serviços tinham abrangência regional e todas

⁵ Segundo Mendes e Dias (1991), a Medicina do Trabalho surge no século XIX, na Inglaterra, com a Revolução Industrial. Neste período, os trabalhadores foram submetidos a um processo intenso de produção e precarização das condições de trabalho que resultou no adoecimento e mortes de inúmeros trabalhadores, representando um risco para a manutenção e progresso do sistema econômico. Nesse contexto, a Medicina do Trabalho surge para evitar o adoecimento dos trabalhadores e viabilizar a continuidade do desenvolvimento econômico.

as despesas com transporte, alimentação, hospedagem, documentação, medicamentos, cursos profissionalizantes e instrumentos de trabalho necessários para viabilizar o processo de reabilitação física, psicossocial, profissional assim como recuperação da saúde dos segurados eram custeados pela Previdência Social. Nesse período, os segurados permaneciam vinculados ao Programa de Reabilitação Profissional em média 240 dias.

Nesse período, um instrumento legal importante para o Programa de Reabilitação Profissional e avanços no campo da saúde do trabalhador foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, que institui a Seguridade Social, atribuindo ao Estado a responsabilidade sobre a saúde, sendo esta considerada como um direito social e universal, conforme expresso no Art 196,

A saúde é um direito de todos, dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 67).

Contudo, conforme atesta Takahashi e Iguti (2008), na década de 1990, ocorreu um sucateamento e desmonte dos Núcleos e Programas de Reabilitação Profissional no Brasil, devido à falta de investimento, assim como incentivo do governo ao plano de demissão voluntária, o que ocasionou a redução dos recursos humanos e comprometeu a cobertura técnica dos serviços.

Ainda de acordo com as autoras, outros fatores impulsionaram mudanças na configuração da RP, dentre os quais destacamos: o processo de lutas pela redemocratização política do país que foi marcado pelo surgimento de dois projetos ideológicos antagônicos. De um lado estavam os defensores da Seguridade Social, representados pela Saúde do Trabalhador do SUS e de uma parcela de profissionais da Reabilitação Profissional e do Serviço Social que buscavam a universalização da Previdência Social e a municipalização dos serviços de Reabilitação Profissional e do outro lado estavam aqueles que defendiam o caráter do Seguro Social da Previdência Social, buscando a modernização e eficiência da máquina pública.

Após discussões políticas, logrou êxito, o projeto que buscava consolidar a lógica do Seguro Social na Previdência Social e como desdobramento destas disputas, ficou definido que a “Reabilitação Profissional é um Serviço da Previdência Social e não um Serviço de Saúde, condicionado à contribuição dos segurados, não devendo ter seu acesso universalizado” (BRASIL, 2016b, p. 25- 26).

Em decorrência disso, em 19 de setembro de 1990, foi regulamentada a Lei Orgânica de Saúde n.º 8.080, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que é de competência do SUS executar ações de Saúde do Trabalhador, sendo estas ações compreendidas como

o conjunto de atividades que se destina, através de 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, 1990, p. 2)

Porém, com a precarização das políticas públicas de enfrentamento aos problemas relacionados à saúde dos trabalhadores, em 1992 foi criado um Grupo de Trabalho (GT), para analisar a situação da saúde dos trabalhadores no Brasil a partir de quatro subtemas: prevenção, assistência à saúde, assistência previdenciária e sistema de informação.

Os dados obtidos por meio deste GT foram analisados pela Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (CIST), instituída pela Portaria nº 01 de 20 de abril de 1993.

A CIST foi formada por profissionais qualificados com a responsabilidade de elaborar um diagnóstico sobre a situação da saúde do trabalhador no Brasil e propor técnicas de integração e de ações entre os Ministérios da Saúde, Previdência e Trabalho, objetivando solucionar os problemas identificados na atuação destes ministérios.

O relatório final da comissão concluiu que a "a situação de saúde dos trabalhadores no Brasil não reflete uma condição de cidadania plena [...] e o trabalho é, para muitos, fonte de morte, mutilações, doenças, desgaste ou sofrimento." (Relatório do grupo de trabalho/assistência previdenciária em acidentes de trabalho, 1992 *apud* TAKAHASHI; IGUTI, 2008, p. 04)

Com a realização desse diagnóstico, a Reabilitação Profissional do INSS, especificamente, foi duramente criticada, sendo considerada como um modelo de atenção à saúde "ultrapassado, centralizado, inadequado e com desempenho não satisfatório." (Relatório final da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, 1993 *apud* TAKAHASHI; IGUTI, 2008, p.04).

Destarte, diante do reconhecimento da ineficiência do Programa de Reabilitação Profissional do INSS, na efetivação de uma política pública voltada para a defesa da saúde do trabalhador e com a ausência da interlocução entre o Ministério do Trabalho e da Saúde, a CIST propôs medidas na tentativa de equacionar os problemas identificados no processo de RP. Dentre estas medidas, destacamos as principais propostas de intervenções a serem realizadas no âmbito da Previdência Social:

- a) criação de um Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social para assessorar os profissionais na emissão de pareceres denexo-causal de acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- b) elaboração de normas técnicas periciais para a avaliação da incapacidade para o trabalho;
- c) obrigatoriedade da vistoria no local de trabalho pelos médicos peritos para o reconhecimento do nexo-causal das doenças ocupacionais;
- d) reiteração da comunicação do acidente de trabalho como instrumento de notificação compulsória por parte da empresa e, nos casos de sua omissão, a sua emissão seria facultada ao médico-assistente, assim como ao sindicato, aos serviços de saúde pública e ao próprio acidentado/adoecido com obrigatoriedade de registro pelo INSS;
- e) responsabilização da perícia médica do INSS em repassar os dados e informações aos demais órgãos públicos envolvidos na atenção à saúde do trabalhador, como a Delegacia Regional do Trabalho, Vigilância Sanitária do Sistema Único de Saúde para a formulação de diagnósticos epidemiológicos;
- f) estímulo às parcerias interinstitucionais.

Diante deste cenário, em 06 de março de 1997, o Decreto nº 2.172 estabeleceu uma nova estrutura para a Reabilitação Profissional que foi marcada pela desativação dos CRPS e NRPS, assim como pela descentralização dos Serviços de Reabilitação Profissional para as APS e alteração das funções básicas do PRP, que passou a priorizar as seguintes ações:

- (1) a avaliação e a definição da capacidade laborativa;
 - (2) a orientação e o acompanhamento do Programa Profissional;
 - (3) a articulação com a comunidade para reingresso no mercado de trabalho;
 - (4) o acompanhamento e a pesquisa de fixação no mercado de trabalho.
- (BRASIL, 2016b, p. 26)

Maeno e Vilela (2010) expõem que o processo de desmonte dos serviços da Reabilitação Profissional no INSS impulsionou a consolidação do plano de modernização do programa, marcada pelo modelo da hegemonia reducionista de atenção à saúde e pela delegação da responsabilidade da reinserção dos trabalhadores ao mercado de trabalho às empresas. Nessa organização, o papel do programa era concluído com a emissão do Certificado de Reabilitação Profissional, indicando apenas a nova função a ser exercida pelo segurado.

Além disso, Takahashi e Iguti (2008) elucidam que com estas mudanças, muitas vezes, o Programa de Reabilitação Profissional do INSS tem considerado o trabalhador reabilitado sem viabilizar, de fato, a superação de suas desvantagens e as condições necessárias para seu reingresso ao mercado de trabalho.

Sob esta perspectiva, esse processo de desmonte transformou o modelo de Reabilitação Profissional de atenção à saúde no Projeto Reabilita, que foi considerado como um subprograma localizado no interior das agências do INSS. Esse novo Projeto substituiu as equipes profissionais pelo perito médico e por um servidor de curso superior, denominado de Responsável pela Orientação Profissional (ROP), cuja principal função consistia em realizar, por meio de ofício às empresas, encaminhamento dos segurados para retornarem ao mercado de trabalho e/ou seu reingresso ao sistema educacional para a realização de cursos profissionalizantes disponibilizados nos territórios, com o objetivo de melhorarem sua qualificação profissional.

É importante salientar que, mesmo com a extinção do Projeto Reabilita, as experiências e estudos neste campo sinalizam que as características do Programa de Reabilitação Profissional ainda permanecem nos moldes anteriores, com uma atuação tímida em relação a suas potencialidades.

Mesmo diante deste cenário, Miranda (2018) argumenta que, nos últimos anos, o Programa de Reabilitação obteve alguns avanços com a atualização do Manual Técnico de Procedimentos da Área da Reabilitação Profissional, que incorporou conceitos e princípios importantes, com a finalidade de consolidar um modelo integral de reabilitação e romper com o modelo de avaliação biomédico. Além disso, a promulgação do Decreto-Lei nº 8.725/16, instituiu a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral apresentando fundamentos e diretrizes fundamentais para a consolidação de um modelo de RP integrado e efetivo.

Assim, ampliou-se o conceito de incapacidade com base no modelo biopsicossocial de saúde e introduziu-se a abordagem territorial e de práticas intersetoriais, como também reconheceu-se a necessidade de equipes multidisciplinares no processo de reabilitação profissional. Esses primeiros avanços foram inseridos em um documento que fundamenta e preconiza as estratégias e ações que orientam os trabalhadores do INSS envolvidos com a reabilitação profissional, intitulado de Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional, atualizado em 2016. (MIRANDA, 2018, p. 02)

Porém, de acordo com o autor, esses esforços não foram suficientes para consolidar um modelo de reabilitação profissional integrado e voltado para a proteção à saúde dos trabalhadores,

visto que, em fevereiro de 2018, houve uma nova atualização do Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional em que várias medidas protetivas foram revogadas.

Nessa nova versão, reduziu-se o documento a uma descrição de normas e procedimentos do programa de reabilitação profissional, excluindo os pressupostos teóricos iniciados no manual anterior, com reforço das ações de características puramente biomédicas baseadas em uma lógica de assistência insuficiente e precária, as quais foram exaustivamente criticadas por especialistas na área de saúde do trabalhador ao longo dessas últimas duas décadas. (MIRANDA, 2018, p. 02)

Com isso, diante destes retrocessos, é notório que consolidar um modelo de reabilitação profissional integrado e efetivo é um movimento contra-hegemônico e desafiador. Logo, exige o enfrentamento dos trabalhadores, dos profissionais e de diversos atores sociais na busca pela defesa da saúde como um bem não negociável.

5.1.1 Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador pode ser compreendida como um campo de práticas e conhecimentos interdisciplinares e interinstitucionais voltados para conhecer e intervir nas relações de trabalho geradoras de adoecimento. Suas ações, segundo Lacaz (2007), têm como finalidade a eliminação dos riscos presentes no processo produtivo, voltada para a prevenção, recuperação e promoção da saúde dos trabalhadores, sendo que este processo pressupõe a participação dos diferentes atores sociais.

As ações voltadas para a saúde do trabalhador surgem, no Brasil, em um contexto social e político marcado pela precarização das relações de trabalho que resultou em um elevado número de acidentes e mortes dos trabalhadores. Nesse período, consoante Frias (1999), o Brasil foi considerado como o país campeão em acidentes de trabalho, ganhando destaque na imprensa e também onerando os gastos públicos para tratamento dos trabalhadores acidentados.

Por isso, diante desse cenário, foram criados, nas empresas, os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMMT's) que sofreram grande influência das concepções e práticas hegemônicas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Tais visões, conforme afirma Lacaz (1996), são marcadas por uma perspectiva positivista, com articulações simplificadas entre causa e efeito e têm como premissa a redução dos acidentes e manutenção do sistema produtivo.

Posteriormente, com o envolvimento e a intervenção dos movimentos sociais, a abordagem da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-Americana permitiu ampliar a compreensão das relações entre o trabalho e a saúde, com a incorporação do processo de trabalho. Esse conceito, conforme Gomes e Thedim-Costa (1997), passou a ser definidor do que denominamos Campo da Saúde do Trabalhador.

Ainda de acordo com os autores, no final da década de 70, o Movimento Sanitário, assim como o Movimento Sindical e o Movimento Operário Italiano (MOI)⁶ foram considerados importantes movimentos do campo da saúde que contribuíram para introduzir a questão da saúde do trabalhador nas pautas de discussões e reivindicações dos trabalhadores.

Neste período, assistimos ao surgimento das primeiras leis e programas voltados para a saúde e proteção social dos trabalhadores. Contudo, historicamente, essas ações apresentaram atuações fragmentadas, desarticuladas, com ênfase em intervenções assistencialistas em detrimento das ações preventivas, comprometendo o êxito das ações neste campo.

Com isso, como elucida Frias (1999), a partir das fragilidades das ações e programas em saúde do trabalhador, assim como das lutas dos trabalhadores e dos movimentos sociais ao longo dos anos, foram criadas várias legislações, estabelecendo objetivos e estratégias voltadas para romper com os vícios das ações neste campo e consolidar intervenções para a promoção à saúde do trabalhador.

Nesse contexto, destacamos o surgimento da Lei 8080/90 – Lei Orgânica de Saúde, da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), com o Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011 e da PNSTT, com a Portaria nº 1823 de 23 de Agosto de 2012, que reconhecem a saúde como um direito universal e fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições necessárias para seu desenvolvimento, conforme determinado pela Constituição Federal de 1988.

Além disso, as legislações citadas têm como objetivo promover a saúde e a qualidade de vida do trabalhador, prevenindo os acidentes e doenças relacionados ao trabalho, por meio da eliminação ou redução dos riscos nesse ambiente.

⁶ Conforme Muniz, Brito, Souza, Athayde e Laacomblez (2013), o Movimento Operário Italiano é caracterizado como um patrimônio político do movimento dos trabalhadores em defesa da saúde que contribuiu para o desenvolvimento do campo da saúde do trabalhador do Brasil. O MOI apresenta como pressuposto a construção do conhecimento dos processos de trabalho e saúde de maneira compartilhada, entre a comunidade dos trabalhadores e pesquisadores. Esse movimento ocorreu a partir da década de 60, mas ainda hoje representa um símbolo de inspiração para os profissionais que atuam no campo.

Para o alcance desta finalidade, as legislações voltadas para a saúde do trabalhador apresentam fundamentos e diretrizes, estabelecendo a importância do envolvimento e a participação da sociedade civil nestas ações, assim como de outros órgãos e instituições no enfrentamento dos problemas advindos da precarização das condições de trabalho.

Não obstante, Gomez e Lacaz (2005) explicitam que, mesmo com algumas conquistas neste campo, até hoje não conseguimos implantar uma política nacional de saúde do trabalhador no país, por vários fatores, dentre os quais destacamos: deficiências históricas na efetivação das políticas públicas e sociais no país; baixa cobertura do sistema de proteção social e fragmentação do sistema de Seguridade Social concebido na Constituição Federal de 1988, marcado por um Estado passivo que é máximo para os interesses do capital e mínimo para as questões relacionadas à saúde do trabalhador. Essa situação vem sendo agravada, nos últimos anos, pela intensificação do trabalho e pela reestruturação produtiva que tem transformado profundamente a configuração do mundo do trabalho.

Dessa forma, torna-se fundamental o desenvolvimento de ações que alterem esse cenário e, em especial, é imperativo a superação da fragmentação institucional entre as áreas afins como Trabalho, Saúde e Previdência Social, viabilizando uma política de Estado a qual realize uma intervenção preventiva nos determinantes e agravos à saúde dos trabalhadores, decorrentes dos processos produtivos.

Diante do exposto, não podemos admitir como natural que o Estado brasileiro assista passivamente a ocorrência evitável de doenças e acidentes que tem causado sofrimento e sequelas à saúde dos trabalhadores.

5.2 Reabilitação Profissional e Saúde do Trabalhador

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho estabelece, no inciso I, como objetivos e princípios “a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos do trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho” (BRASIL, 2011, p.1).

Para o alcance desta finalidade, estabelece que devem ser realizadas ações de promoção, reabilitação e vigilância. Nessa perspectiva, suas diretrizes compreendem a atenção integral à

saúde, assim como a articulação intra e intersetorial e a participação popular, envolvendo os Ministérios do Trabalho, Saúde e Previdência Social.

Em consonância com estas diretrizes, em 27 de abril de 2016, foi instituída a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral, por meio do Decreto 8.725. No parágrafo único do referido documento, a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral é compreendida como

o conjunto de serviços e ações integradas de políticas públicas que combinem atenção e assistência integrais à saúde, à reabilitação profissional e à reinserção social, para o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, de modo a propiciar a participação do indivíduo nos ambientes profissional, social, cultural e familiar (BRASIL, 2016a, p.1)

Ainda de acordo com o Decreto 8.725, Artigo 1º, a Reabilitação Profissional Integral tem como objetivo “a integração e a articulação permanente entre serviços e ações das políticas de saúde, previdência social, trabalho, assistência social, educação, entre outras [...]” (BRASIL, 2016a, p.1), configurando-se como um serviço voltado para proteger a saúde do trabalhador, assim como viabilizar os meios necessários para o desenvolvimento de suas potencialidades, contribuindo para sua reinserção ao mercado de trabalho e a efetiva participação nos ambientes sociais.

Em conformidade com essa intenção, a Reabilitação Profissional do INSS é caracterizada como um dos serviços que constituem as áreas técnicas estruturais da Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) dentro da Previdência Social que busca contribuir para o aperfeiçoamento no processo do reconhecimento do direito aos benefícios por incapacidade, assim como realizar ações de prevenção, promoção, proteção à saúde e segurança do trabalhador.

Nesta perspectiva, um dos objetivos do PRP dentro da estrutura organizacional da Previdência Social, em parceria com áreas afins, é analisar as condições de saúde e segurança do trabalhador nos diversos espaços sócio-ocupacionais, assim como identificar formas de intervenção públicas e privadas para viabilizar a proteção social dos trabalhadores. Para realizar esse diagnóstico, o Programa de Reabilitação Profissional permite a realização da Pesquisa Externa (PE)⁷, que tem como objetivo:

⁷ Pesquisa Externa: são atividades que exijam o deslocamento do servidor para local diverso do habitual de trabalho, conforme expresso no Manual de Gestão do Serviço/ Seção de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2016b).

- a) visitar órgãos, entidades e empresas para divulgação do serviço e/ou cadastramento, estudo e análise de mercado de trabalho, análise de posto de trabalho, levantamento de recursos para avaliação, formação e treinamento profissionais, bem como propor convênios e outras parcerias;
- b) elaborar listagem de instrumento de trabalho, implemento profissional; supervisão de reabilitando no treinamento e/ou curso, acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho;
- c) visitar domicílio do reabilitando com vistas a aprofundar o estudo sócio profissional;
- d) acompanhar segurados em processo de protetização (fornecimento de órtese e ou prótese, a adaptação e treinamento);
- e) desenvolver ações profissionais da Reabilitação Profissional, previstas na legislação previdenciária e em outras políticas sociais junto a órgãos colegiados, empresas, entidades de classe, organizações governamentais e não governamentais (BRASIL, 2010, p.15-16).

Contudo, mesmo com diretrizes e regulações voltadas para a defesa da saúde do trabalhador, as políticas públicas têm se mostrado ineficientes na redução dos acidentes de trabalho, assim como nas doenças profissionais.

Esse cenário é agravado pela reestruturação produtiva, assim como pela reorientação do papel do Estado na financeirização do capital, sob diretrizes da ideologia neoliberal em curso. Estas mudanças resultam na flexibilização, precarização das relações e condições de trabalho, assim como na desregulamentação dos direitos trabalhistas e enfraquecimento do movimento sindical, causando adoecimento e mutilação a saúde dos trabalhadores no Brasil e no mundo, conforme explana Pereira (2004).

Neste contexto, dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT)⁸ revelam que por ano ocorrem cerca de 2,2 milhões de mortes e acidentes de trabalho no mundo e 317 milhões de acidentes laborais não fatais relacionadas ao trabalho. Ainda de acordo a OIT, a cada 15 segundos um trabalhador morre por acidente laboral ou doenças ocupacionais e outros 115 trabalhadores se acidentam no local de trabalho.

No Brasil, as consequências do cenário político e econômico “são mais avassaladoras, pois o país vive num contexto de exclusão social; apresenta atraso na construção de uma cultura política com fortes representações sindicais e de organização partidária; tem sua soberania limitada pela dependência e subordinação econômica as nações centrais.” (DRUCK, 1999, p. 59 *apud* PEREIRA, 2004, p. 99).

⁸ Pesquisa da Organização Internacional do Trabalho (OIT) divulgada pelo Ministério da Previdência Social. Disponível: <http://ww2.soc.com.br/2014/08/inss-e-oit-divulgam-dados-sobre-doencas-e-acidentes-laborais/> Acesso em: 06 set. 2017.

Assim, se comparado os danos do Brasil com a esfera mundial, a situação do país é ainda mais grave, visto que este ocupa atualmente o 4º lugar no *ranking* mundial⁹ de acidentes de trabalho, com cerca de 700 mil acidentes de trabalho por ano. Contudo, se fossem considerados os casos de acidentes de trabalhadores informais, este número poderia chegar a 40 bilhões.

Esses trabalhadores, ao se acidentarem ou adoecerem do trabalho, tornam-se “incapacitados” pelo e para o trabalho, compondo uma classe que está se tornando cada vez mais numerosa e que, parafraseando Antunes, podemos denominar de “classe-que-vive-do-benefício-da-Previdência-Social”, compreendendo homens e mulheres que demandam a proteção social do Estado para sobreviverem nesses períodos de incapacidade e afastamento do trabalho. São trabalhadores que apresentam grandes dificuldades para retornar ao mercado de trabalho devido às suas condições de saúde, mas em cujo processo de incapacitação interagem fatores sociais tais como as exigências de produção e a exploração intensiva e acelerada da força de trabalho, o que os torna discriminadamente descartáveis e facilmente substituíveis pelos muitos desempregados à procura de trabalho. (TAKAHASHI, 2006, p. 226-227)

Além disso, outro agravante apontado por Takahashi(2006) é que esses “[...] trabalhadores estão totalmente desassistidos em suas necessidades de reabilitação profissional, uma vez que, nem o SUS, nem as mútuas ou seguradoras privadas assumiram a responsabilidade dessa atenção, o que lhes confere um grau ainda maior de desvantagem social quando por ocasião do retorno ao trabalho”(TAKAHASHI, 2006, p. 228).

Diante deste cenário é fundamental que o Programa de Reabilitação Profissional seja desenvolvido sob uma nova perspectiva, com uma atenção voltada para o trabalhador e os determinantes do adoecimento, como estratégia de enfrentamento a precarização do trabalho. Ademais, é preciso compreender que este programa embora seja uma atribuição do Ministério da Previdência Social é transversal às demais políticas públicas. Logo,

a eficácia e a efetividade da reabilitação profissional dependem de políticas econômicas que privilegiem não apenas o crescimento econômico, mas a vida e a saúde do trabalhador, de políticas preventivas nos ambientes de trabalho, da assistência em saúde para procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação adequados, e de intervenções, nas atividades e nas relações de trabalho, das empresas com os reabilitados (TAKAHASHI, 2006 *apud* SIMONELLI; CAMAROTTO; BRAVO; VILELA, 2010. p. 04).

⁹ Pesquisa realizada pela Previdência Social e Ministério do Trabalho. Disponível: https://www.em.com.br/app/noticia/economia/2017/06/05/internas_economia,874113/brasil-tem-700-mil-acidentes-de-trabalho-por-ano.shtml Acesso em: 06 set. 2017.

6 EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS NO CAMPO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: NOVAS PERSPECTIVAS PARA AS AÇÕES DE VISAT

6.1 Modelo de Reabilitação de Sherbrooke: Prevenção de Incapacidade Permanente ao Trabalho

A Constituição Federal de 1988, assim como a Lei Orgânica de Saúde, PNSTT e legislações correlatas estabelecem que as ações voltadas para a saúde dos trabalhadores devem ser realizadas de modo articulado entre o Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social, sob a perspectiva do direito à saúde, enquanto uma política social. Entretanto,

no âmbito dos serviços de Saúde do Trabalhador são raras as experiências que conseguem alcançar este status de atenção integral, articulando a assistência, a reabilitação aos diversos níveis de complexidade de uma atenção verdadeiramente integral - vigilância, prevenção, promoção à saúde dos trabalhadores associada à interinstitucionalidade. (TAKAHASHI; MENDES; RODRIGUES et al., 2011, p. 119)

Diante desse cenário e da complexidade das ações do Programa de Reabilitação Profissional, a Equipe do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) de Piracicaba/SP implantou em 2003 um programa terapêutico de Reabilitação Profissional, em parceria com a rede intersetorial do município.

Takahashi, Mendes, Rodrigues et al. (2011) afirmam que o referido projeto foi financiado com recursos do Ministério da Saúde e do município durante cinco anos, sendo intitulado como “Reabilitação Profissional para trabalhadores adoecidos por LERDORT articulada às ações assistenciais e de vigilância em saúde do trabalhador”. Este projeto foi desenvolvido em vinte empresas do município com maior incidência de trabalhadores com LERDORT.

Ainda de acordo com as autoras, em fevereiro de 2009, o CEREST de Piracicaba/SP recebeu uma proposta da Fundacentro¹⁰ para a incorporação de um modelo de Reabilitação Profissional desenvolvido no Canadá, conhecido como Prevenção de Incapacidade Permanente ao Trabalho - Modelo de Sherbrooke.

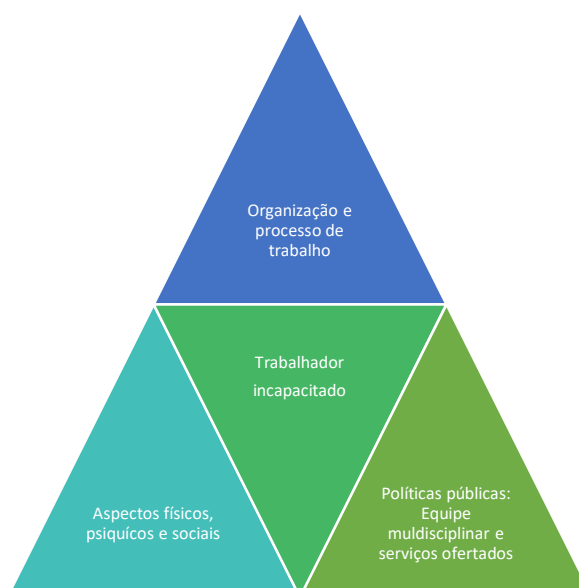
¹⁰ Missão: Produção e difusão de conhecimentos que contribuam para a promoção da segurança e saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, visando ao desenvolvimento sustentável, com crescimento econômico, equidade social e proteção do meio ambiente. Disponível: <http://www.fundacentro.gov.br/institucional/missao>. Acesso em: 07 set. 2017.

O modelo de Reabilitação Profissional de Sherbrooke foi idealizado pelo professor Patrick Loisel após pactuação entre a Fundacentro e o CEREST de Piracicaba/SP. Este modelo de reabilitação foi desenvolvido, no período de 2009 à 2013, com a participação do INSS, Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Prefeitura e sindicatos e foi constituído por áreas de distintas formações: Médico Perito, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Psicólogos e contou com a participação efetiva dos trabalhadores adoecidos no processo de trabalho, sendo estes reconhecidos como sujeitos detentores de um saber social.

O modelo de Reabilitação Profissional de Sherbrooke consolidou-se como um programa terapêutico de Reabilitação Profissional, centrado no modelo social de incapacidade e no estudo da Ergonomia da Atividade, conforme explanam Takahashi, Mendes, Rodrigues et al. (2011).

Uma das contribuições do modelo social da incapacidade é a compreensão de que a doença e/ou deficiência é resultado da ausência de políticas públicas efetivas de proteção à saúde do trabalhador. A partir dessa compreensão, a análise da incapacidade deve superar o modelo essencialmente médico para a adoção de uma análise que envolva as barreiras sociais, assim como os fatores pessoais que possam obstruir a plena e efetiva participação do trabalhador, em condições de igualdade, no mercado de trabalho, conforme sinalizado na Figura 1:

Figura 1- Análise de incapacidade laboral: barreiras sociais e fatores incapacitantes



Fonte: Autora (2018).

Em consonância com esse entendimento, o Estudo da Ergonomia da atividade atua no cuidado integral à saúde do trabalhador, realizando intervenções por meio de um programa terapêutico, nos aspectos físicos, psíquicos e sociais que interagem na incapacidade laboral de trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho ou doenças relacionadas ao trabalho.

A partir desta abordagem, busca-se desenvolver “uma visão holística do homem, pensando simultaneamente em suas dimensões fisiológicas, cognitivas e sociais” (TAKAHASHI; VILELA; MENDES; et al, 2017, p. 493).

Ademais, o Estudo da Ergonomia da Atividade “implica em uma mudança de perspectiva de análise, ou seja, em aprender a ver o trabalho pela ótica daqueles que o fazem - os trabalhadores [...] e requer a superação de obstáculos arraigados no senso comum, bem como em visões de mundo teorizadas socialmente hegemônicas” (LIMA *apud* TAKAHASHI; VILELA; MENDES; et al, 2017, p. 501).

Takahashi, Vilela, Mendes, Sousa e Bravo (2017) destacam que o estudo da Ergonomia da atividade foi fundamental para o desenvolvimento das ações de VISAT, pois possibilitou aos profissionais de vigilância do CEREST de Piracicaba e aos órgãos públicos do município um aprofundamento e compreensão dos problemas relacionados à saúde do trabalhador, superando uma análise superficial, centrada no indivíduo e contribuindo para o reconhecimento do nexo causal, assim como a adoção de medidas preventivas.

Além disso, a abordagem do modelo de Reabilitação Profissional de Sherbrooke tem como finalidade agir nos determinantes do adoecimento presentes nas atividades laborais, desenvolvendo ações de cunho preventivo voltadas para o cuidado à saúde do trabalhador e estabelecendo acordos interinstitucionais que viabilizem a proteção à saúde dos trabalhadores.

As intervenções na incapacidade bem sucedidas são aquelas que utilizam uma abordagem preventiva, atuando sobre o estado de ânimo dos pacientes, bem como, com intervenções nos locais de trabalho e não apenas a reprodução do padrão médico tradicional de tratamento destes problemas. Portanto, sua maior preocupação é a de não permitir que os trabalhadores retornem ao trabalho em funções apartadas das expectativas emocionais e vazias de conteúdo, bem como zelar por um ambiente e atividade compatíveis com as suas restrições (TAKAHASHI; MENDES; RODRIGUES et al 2011, p. 133-134)

Percebe-se, então, que, nesse modelo de reabilitação, há um cuidado para que os trabalhadores não retornem ao trabalho sendo expostos aos mesmos riscos, situação que poderia resultar no

agravamento de seu quadro de saúde e gerar um ciclo vicioso e perverso de adoecimento, conforme sinalizado na Figura 2, abaixo:

Figura 2 - Ciclo perverso de adoecimento



Fonte: CEREST Piracicaba/SP (2013).

Nesse contexto, o modelo de Reabilitação de Sherbrooke surge como estratégia para o combate deste ciclo perverso e vicioso de adoecimento. Ainda segundo os autores citados anteriormente, este modelo de reabilitação agregou e potencializou as ações que estavam sendo desenvolvidas pela Equipe do CEREST Piracicaba/SP, impulsionando a construção coletiva de estratégias com intuito de prevenir acidentes e doenças profissionais. Além disso, contribuiu para dar visibilidade aos problemas relacionados à saúde do trabalhador, estimulando o debate público na sociedade para o reconhecimento desta temática como uma questão de política pública.

Contudo, o Modelo de Reabilitação de Sherbrooke foi interrompido em 2013, em função do estabelecimento de metas e pressões impostas aos profissionais do INSS exigindo uma celeridade na conclusão dos processos com o objetivo de reduzir os gastos com os benefícios previdenciários.

Além disso, nesse período, a política de saúde do município enfrentou por diversas dificuldades com relação ao quadro de recursos humanos, marcado por um grande índice de

rotatividade, o que resultou na perda do quadro de funcionários e comprometeu o desenvolvimento do programa. Diante desse cenário, os profissionais do CEREST de Piracicaba/SP decidiram em encerrar o programa e não desenvolvê-lo de forma precarizada.

Mas, mesmo com o encerramento do programa, a experiência realizada em Piracicaba/SP foi considerada exitosa e está em consonância com as diretrizes da PNSTT, assim como com a Rede Intersetorial da Reabilitação Integral, validando sua eficiência e demonstrando que este modelo de reabilitação viabiliza “[...] a articulação entre Assistência, Vigilância e Reabilitação Profissional [...] sendo um caminho possível para a concretização de políticas públicas transformadoras” (TAKAHASHI; MENDES; RODRIGUES et al, 2011, p.135).

6.1.1 Modelo de Reabilitação Sherbrooke: ações na perspectiva da integralidade

A partir da experiência bem sucedida do modelo de Reabilitação Profissional de Sherbrooke e da compreensão de que este modelo de reabilitação pode e deve ser aplicado nos diversos territórios, questiona-se: como podemos efetivá-lo sob a perspectiva da integralidade? Quais estratégias e alianças institucionais devem ser pactuadas para o desenvolvimento das ações de VISAT?

De acordo com Loisel *apud* Takahashi e colaboradores (2011), a incapacidade para o trabalho é um fenômeno complexo, multidimensional que envolve interações pessoais e sistemas públicos e privados os quais fazem interface com a problemática do adoecimento relacionado ao trabalho e a reabilitação profissional dos adoecidos.

Os autores Takahashi, Mendes, Rodrigues et al (2011) expõem que, para construir estratégias para a consolidação das ações de VISAT, é preciso estabelecer parcerias, envolvendo a participação dos trabalhadores, empresas, INSS, sindicatos, ministérios e órgãos interinstitucionais.

Como exemplo, o modelo de Reabilitação Profissional de Sherbrooke adotado pelo INSS de Piracicaba/SP foi desenvolvido a partir de interlocuções com diversos atores sociais, buscando desenvolver ações voltadas para o cuidado e a proteção à saúde do trabalhador. O CEREST de Piracicaba/SP em parceria com a Equipe de Reabilitação Profissional do INSS e com outros órgãos que fazem interface com a saúde do trabalhador desenvolveram ações de vigilância, expostas no esquema abaixo:

A) Encaminhamento dos segurados ao Programa de Reabilitação Profissional pela Perícia Médica

Após os segurados serem encaminhados ao programa, a Equipe de Reabilitação Profissional do INSS de Piracicaba/SP, realizava consultas aos sistemas identificando o perfil dos trabalhadores, assim como seu vínculo empregatício, selecionando aqueles que estavam vinculados às maiores empresas do município, com o menor tempo de afastamento e que estavam aguardando atendimento na fila de espera.

Logo, após ser realizado o levantamento destes dados, a Equipe de Reabilitação Profissional do INSS redirecionava os segurados ao CEREST de Piracicaba/SP para realização da entrevista inicial.

B) Entrevista inicial com grupo multidisciplinar da Equipe do CEREST

A entrevista inicial era realizada pela Equipe do CEREST, sendo caracterizada como um momento fundamental, visto que é por meio dela que é possível levantar as informações acerca do histórico do adoecimento do trabalhador para realizar o nexos com a atividade. Esse instrumento é também é importante, conforme Takahashi, Mendes, Rodrigues et al (2011) para identificar as repercussões da interrupção do trabalho nas diferentes esferas da vida do trabalhador e por apontar suas experiências profissionais.

Esta primeira avaliação é de extrema importância, uma vez que se traduz como um suporte ao enfrentamento de etapas subsequentes que carregam em si, inúmeras dificuldades e incertezas, principalmente as relacionadas ao retorno ao trabalho. É o início de um processo complexo, uma vez que abarca expectativas individuais, organizacionais e sociais (TAKASHASI; MENDES; RODRIGUES et al 2015, p. 26).

Após realização da entrevista, os segurados eram submetidos a uma avaliação psicológica para identificar a presença de aspectos físicos, psíquicos e sociais incapacitantes e que configurassem uma barreira para o desenvolvimento das etapas subsequentes do programa.

Esta análise foi fundamental, visto que a Reabilitação Profissional não se limita às condições físicas do trabalhador, mas, sobretudo, a sua condição emocional e psíquica.

C) Desenvolvimento de grupos terapêuticos

Os trabalhadores que fossem considerados elegíveis para o programa terapêutico participavam de atividades, oficinas, grupos interativos, cujo objetivo geral é minimizar o

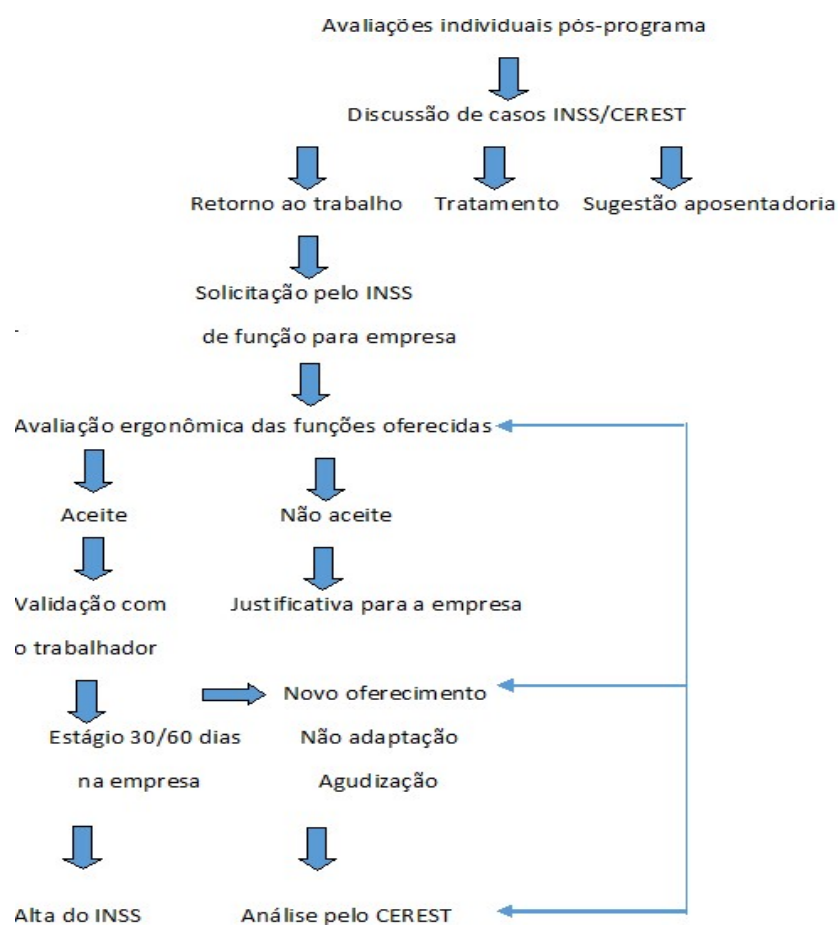
sofrimento psicológico e viabilizar o resgate da capacidade física e ou emocional para o trabalho, assim como proporcionar seu empoderamento na busca por condições de trabalho mais saudáveis.

Além disso, nas atividades terapêuticas, busca-se reconhecer a subjetividade do indivíduo em sua relação com o papel de sujeito trabalhador, compreender os significados que o sujeito confere a distintas experiências de trabalho considerando seus valores, história de vida, experiências e representações. A cada integrante é oferecida a oportunidade de compartilhar coletivamente seus sentimentos, o resgate de papéis e experiências positivas que estavam anuladas pelo processo de adoecimento. Com isto, a vivência subjetiva presente no processo saúde/doença ganha visibilidade e rompe-se com a concepção de que o sofrimento mental refere-se a questões individuais (TAKAHASHI; MENDES; RODRIGUES et al 2011, p. 08).

Os trabalhadores permaneciam inseridos nos grupos terapêuticos por um prazo de oito meses e, após a sua conclusão, eram realizadas avaliações pela Equipe do CEREST e do Programa de Reabilitação Profissional do INSS, a fim de analisar o impacto da intervenção terapêutica para o processo reabilitatório de cada trabalhador.

A equipe do CEREST e do INSS, juntamente com o trabalhador, avaliava seu retorno ao trabalho ou o seu desligamento do programa em virtude de intercorrência médica, para realização de tratamento médico, ou em virtude de sugestão de aposentadoria. Essa avaliação está sinalizada no Fluxograma 1 abaixo:

Fluxograma 1- Avaliação pós-tratamento terapêutico: elegibilidade para cumprimento do Programa de Reabilitação Profissional



Fonte: CEREST Piracicaba (2003).

D) Avaliações ergonômicas dos postos de trabalho

No programa de reabilitação, as ações são realizadas a partir da premissa de que a empresa tem responsabilidade com o adoecimento do trabalhador e o CEREST tem o papel de levar uma proposta de trabalho conjunta, viabilizando o retorno dos segurados ao trabalho de forma segura e saudável e, sobretudo, com a função de desenvolver ações de vigilância nos postos de trabalho.

Sob esta perspectiva, após o segurado concluir as oficinas terapêuticas e ser considerado elegível para o retorno ao trabalho, eram realizadas negociações com a empresa para uma avaliação ergonômica do posto de trabalho.

Nesta etapa é indispensável a realização de visitas técnicas às empresas para a identificação de funções compatíveis com às limitações dos trabalhadores, tanto no âmbito individual como coletivo, para a melhoria das condições laborais da classe trabalhadora.

Além disso, nas análises ergonômicas, também podem ser utilizadas técnicas de registros, tais como: filmagens, fotografias, observações do ambiente laboral para a descrição da atividade, identificando os riscos presentes no processo de trabalho, e para validação ou confrontação do trabalho prescrito apresentado pelas empresas a partir dos relatos dos trabalhadores durante os atendimentos.

Contudo, a visita técnica às empresas não deve ser compreendida como uma fiscalização, mas, como um espaço de construção de novos saberes, de reflexões e de proposições, sendo fundamental a participação dos trabalhadores, médico do trabalho, técnicos em segurança do trabalho e outros profissionais para pactuar ações voltadas à prevenção de acidentes e/ou doenças profissionais.

É mister compreender que estas “[...] negociações não refletem apenas a busca por uma função compatível, considerando as potencialidades e limitações dos trabalhadores, mas também por um retorno gradativo e saudável” (TAKAHASHI; MENDES; RODRIGUES et al, 2011, p. 126).

E) Acordos de cooperação técnica

Um dos fatores que contribuiu para o êxito das ações deste programa foi o reconhecimento da Reabilitação Profissional como uma política de Estado, com autonomia para executar o TAC - Termo de Ajustamento de Conduta, em parceria com o Ministério do Trabalho e o Ministério Público do Trabalho, “constituindo-se como parceiros do projeto, que também ofereceram à equipe a possibilidade de um *locus* de exercício de interdisciplinaridade e defesa dos interesses coletivos” (TAKAHASHI; MENDES; RODRIGUES et al, 2011, p. 127).

Além disso, foram estabelecidas parcerias com o INSS de Piracicaba/SP o que possibilitou a construção de algumas estratégias para a identificação dos riscos presentes no processo de trabalho para a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores. Dentre as estratégias adotadas, destacamos:

treinamentos para a compreensão do referencial teórico do modelo social de incapacidade, capacitações em saúde mental e trabalho e transferências de tecnologias de avaliação

compreensiva da incapacidade e análise ergonômica do trabalho; reuniões sistemáticas entre as equipes para estabelecer procedimentos técnicos de consenso na condução dos casos; e, suspensão da perícia médica durante o período da assistência terapêutica. (TAKAHASHI; MENDES; RODRIGUES et al, 2015, p. 30)

A participação dos representantes sindicais também viabilizou a ampliação das ações do programa, através das denúncias às situações de risco à saúde dos trabalhadores, da reinserção, do acompanhamento dos trabalhadores reabilitados ao mercado de trabalho e do esclarecimento de dúvidas e encaminhamento dos trabalhadores aos serviços da rede de saúde do município.

Os autores também argumentam que a “parceria com a equipe do INSS tem concretizado um fluxo facilitador entre as duas instituições que operam com lógicas muito distintas: a lógica da prevenção e do cuidado do SUS e a lógica da reparação da Previdência Social” (TAKAHASHI; MENDES; RODRIGUES et al, 2011, p. 127).

6.2 Previdência Social: Ações Regressivas e sua contribuição para as ações de VISAT

A Previdência Social atua sobre a lógica reparadora, minimizando os efeitos da precarização do trabalho em detrimento das ações de prevenção e da promoção à saúde dos trabalhadores.

Inicialmente, as ações regressivas previdenciárias podem ser configuradas como reparadoras, mas apresentam potencial para se consolidarem como um importante instrumento das ações de VISAT, impulsionando a consolidação de ações de prevenção de acidentes e doenças profissionais nas empresas.

A Lei nº 8213/91, assim como a Portaria Conjunta nº 06 de 18/01/13, estabelecem que as ações regressivas são caracterizadas como “o ressarcimento ao INSS de despesas previdenciárias determinadas pela ocorrência de atos ilícitos” (BRASIL, 2013, p. 01), sendo estes, compreendidos como

- I- O descumprimento de normas de saúde e segurança do trabalho¹¹ que resultar em acidente de trabalho;
- II- O cometimento de crimes de trânsito na forma do Código de Trânsito Brasileiro;
- III- O cometimento de ilícitos penais dolosos que resultarem em lesão corporal, morte ou perturbação funcional. (BRASIL, 2013, p. 01)

¹¹ Segundo a Portaria Conjunta nº 06, de 18 de Janeiro de 2013, são aquelas definidas na Consolidação das Leis do Trabalho, as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, normas de segurança referente à atividade econômica, normas de segurança relativas à produção e utilização de máquinas, equipamentos e produtos, além de outras que forem determinadas por autoridades locais ou que decorrerem de acordos ou convenções coletivas de trabalho.

Esse dispositivo legal permite à Previdência Social em ser ressarcida de proventos acidentários concedidos aos segurados e seus dependentes, se comprovado culpa ou dolo do empregador que, em função do descumprimento das normas de segurança e higiene do trabalho proporcionou acidente de trabalho.

Augusto, Camara e Carneiro (2003) *apud* Ribeiro (2013, p. 10) explicam que as ações regressivas “podem ser reforçadas na responsabilização do empregador que gera o risco e produz o acidente ou o adoecimento”.

As ações regressivas têm legitimidade de serem aplicadas desde 1991, porém observa-se uma expansão destas ações somente a partir de 2008, período no qual a Advocacia Geral da União (AGU) definiu como prioritária a efetivação das ações regressivas, ampliando o número de Procuradores Federais para atuarem neste campo.

De acordo com dados da AGU¹², até julho de 2017 foram contabilizadas 4.817 ações regressivas, sendo que, entre 1991 e 2007, o órgão ajuizava, em média, 14 ações por ano em todo o país e atualmente são realizados 400 a 500 processos por ano.

Mesmo com o “avanço” das ações da AGU, estes números ainda não refletem a garantia da proteção social da classe trabalhadora, que continua se acidentando e morrendo. Principalmente, se considerarmos que o Brasil é reconhecido como um dos países com maior número de acidentes e mortes de trabalhadores em função da precarização das condições de trabalho.

Portanto, esses dados reiteram que é preciso urgentemente ampliar a aplicação destas ações para o efetivo cumprimento da lei, sobretudo para evitar acidentes e doenças causados por negligência às leis de proteção social que poderiam ser evitáveis. Sob esta perspectiva, a partir deste dispositivo legal, questiona-se: de que modo as ações regressivas podem contribuir para as ações de VISAT?

Um dos caminhos possíveis para a ampliação dessas ações para a ruptura da lógica de reparação que é considerada ultrapassada e restritiva do ponto de vista da proteção social dos trabalhadores é a aplicação das diretrizes estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 800, de 03/05/05. Esta apresenta fundamentos a serem desenvolvidos pelo Ministério da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho de modo articulado, objetivando “[...] garantir que o trabalho, base

¹² Fonte: Advocacia Geral da União. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2017/08/1913519-governo-quer-reaver-r-18-bilhao-em-beneficios-por-acidentes.shtml>. Acesso em 25 mar. 2018.

da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental” (BRASIL, 2005, p. 01).

Ainda de acordo com a referida Portaria, compete ao Ministério da Previdência Social

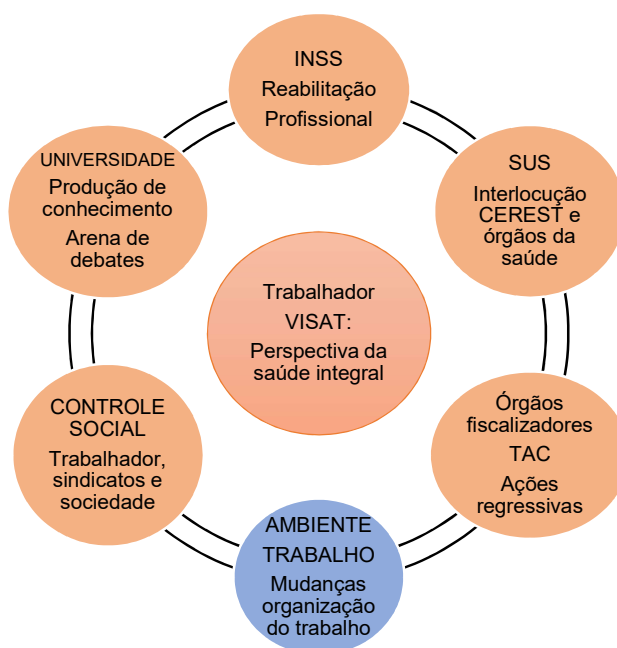
Fiscalizar e inspecionar os ambientes do trabalho, com vistas à concessão e manutenção de benefícios por incapacidade; à fidedignidade das informações declaradas aos bancos de dados da Previdência Social; e à arrecadação e cobrança das contribuições sociais decorrentes dos riscos ambientais presentes no ambiente de trabalho;
Avaliar, em conjunto com o SUS, a relação entre as condições de trabalho e os agravos à saúde dos trabalhadores;
Implementar uma política tributária que privilegie as empresas com menores índices de doenças e acidentes de trabalho;
Implementar a adoção do nexo epidemiológico presumido para a caracterização dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. (BRASIL, 2005, p. 12-13)

Conforme a legislação citada, para a realização das ações de segurança e saúde do trabalhador, deve ser criado um fundo de controle público para “o financiamento do desenvolvimento de tecnologias seguras e de ações de melhoria das condições dos ambientes de trabalho” (BRASIL, 2013, p. 14).

Dessa forma, é fundamental que sejam estabelecidas parcerias com o Ministério Público do Trabalho e outros órgãos os quais fazem interface com a saúde do trabalhador, pactuando ações com a finalidade de investigação dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, de aplicação das ações regressivas e de negociações para o TAC.

Além disso, é preciso estabelecer parcerias com as Universidades e Centros de Pesquisas voltados para a produção de conhecimento e melhoria nas condições de trabalho, como por exemplo, a FUNDACENTRO e outros órgãos voltados para a promoção a saúde dos trabalhadores, conforme demonstrado na Figura 3.

Figura 3- Ações de VISAT na perspectiva da integralidade



Fonte: Autora (2018).

É mister ainda que haja o cumprimento das inúmeras legislações voltadas para a prevenção de acidentes e doenças profissionais. Isso se torna possível a partir do controle social, com o engajamento, envolvimento e participação dos profissionais das diferentes esferas das políticas públicas e dos trabalhadores, que são os sujeitos destas ações, a fim de exigir que o Estado assuma seu papel na regulação das relações de trabalho e na garantia da saúde dos trabalhadores.

7 ESTUDO EXPLORATÓRIO

A presente pesquisa foi construída a partir das experiências, dificuldades e identificação das fragilidades das políticas públicas nos territórios da área de abrangência do Programa de Reabilitação Profissional da APS de Pará de Minas.

Contudo, é importante destacar que o modelo de Reabilitação Profissional proposto por este estudo apresenta respaldo legal na PNSTT, assim como em outras legislações, validando este trabalho a ser implantado em território nacional. Por isso, pode-se afirmar que esta pesquisa não se restringe apenas aos limites da APS de Pará de Minas.

Segue a baixo, uma análise dos procedimentos técnicos desenvolvidos no Programa de Reabilitação Profissional, a partir do Manual Técnico deste programa, em que foi adotado uma linguagem narrativa para descrever os principais procedimentos técnicos adotados pela Equipe de Reabilitação Profissional.

Contudo, é importante esclarecer que há um distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Pereira, Mendes, Moraes (2017) atestam que o trabalho nunca é uma simples execução das instruções, ele dependerá das condições reais para sua execução. Por esse motivo, seu resultado é sempre singular e apresenta múltiplas variabilidades, que não podem ser antecipadas. E, portanto, essas variabilidades não são consideradas no Manual Técnico da RP.

Em razão desta fragilidade, a proposta desta pesquisa é apresentar elementos que impulsionem uma reformulação neste instrumento, com ênfase na Pesquisa de Fixação, considerando a complexidade do trabalho para o desenvolvimento das ações em VISAT.

7.1 Reabilitação Profissional na APS de Pará de Minas: procedimentos técnicos

A Equipe Técnica da Reabilitação Profissional na APS de Pará de Minas é composta por duas equipes, sendo cada uma delas constituídas por um Perito Médico e um Assistente Social, denominado de Profissional de Referência (PR). As equipes estão vinculadas à Gerência Executiva (GEX) de Divinópolis.

Todos os atendimentos são realizados em consonância com o Manual Técnico de Reabilitação Profissional¹³ da Previdência Social, assim como com a supervisão do Assessor Técnico (AT) do programa da GEX Divinópolis. Este, entre outras atribuições, é responsável por assessorar tecnicamente os profissionais de referência das APS de sua área de abrangência¹⁴.

Os PR da APS de Pará de Minas, assim como a maioria das ERP da GEX Divinópolis, não atuam exclusivamente na Reabilitação Profissional, pois também apresentam como atribuições a realização da Avaliação Social da pessoa com deficiência referente ao Benefício de Prestação Continuada (BPC)¹⁵ e da Avaliação Social da Aposentadoria da Pessoa com deficiência¹⁶, efetuam atendimento geral aos usuários, prestam serviços em outras agências do INSS que não possuem profissional lotado e realizam demais atividades profissionais previstas no Manual Técnico do Serviço Social.

Por esse motivo, de modo geral, os profissionais de referência realizam atendimentos relacionados à Reabilitação Profissional uma vez por semana, quando suas agendas são fechadas para realizar os respectivos atendimentos. No entanto, na prática, a Equipe de Reabilitação Profissional também atende e executa as demandas da Reabilitação Profissional em dias não específicos deste serviço, considerando a necessidade dos segurados e/ou intervenções que requerem atendimento prioritário, como por exemplo, o atendimento às demandas judiciais.

Conforme evidenciado na Figura 4, os encaminhamentos dos segurados à Reabilitação Profissional são realizados obrigatoriamente pela Perícia Médica do INSS e pela Justiça Federal/Estadual que tem como objetivo “avaliar ou cumprir o programa profissional, obedecendo à sentença ou acordo firmado pela Procuradoria Federal Especializada junto ao INSS” (BRASIL, 2016b, p. 76).

¹³ Durante a construção desta pesquisa, houve uma reformulação deste instrumento, estabelecendo alterações nos procedimentos técnicos a serem desenvolvidos pela Equipe de RP. Portanto, para que a presente pesquisa esteja em conformidade com as legislações em vigor, foram realizadas todas as alterações necessárias de acordo com as orientações contidas no Manual Técnico do programa. Destaca-se que essas alterações não provocaram mudanças no objeto de estudo desta pesquisa.

¹⁴A GEX Divinópolis é responsável por 19 APS, sendo elas: Abaeté, Arcos, Bambuí, Bom Despacho, Cássia, Divinópolis, Dolores do Indaiá, Formiga, Itapeverica, Itaúna, Lagoa da Prata, Mateus Leme, Nova Serrana, Oliveira, Pará de Minas, Passos, Pitangui, Piumhi, São Sebastião do Paraíso, Santo Antônio do Monte.

¹⁵BPC é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos, ou mais, que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família, conforme expresso na Lei nº 8742/93, Art 20.

¹⁶É destinada, conforme estabelecido na Lei Complementar 142/13, ao segurado que tenha impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Figura 4- Fontes de encaminhamento para o Programa de Reabilitação Profissional

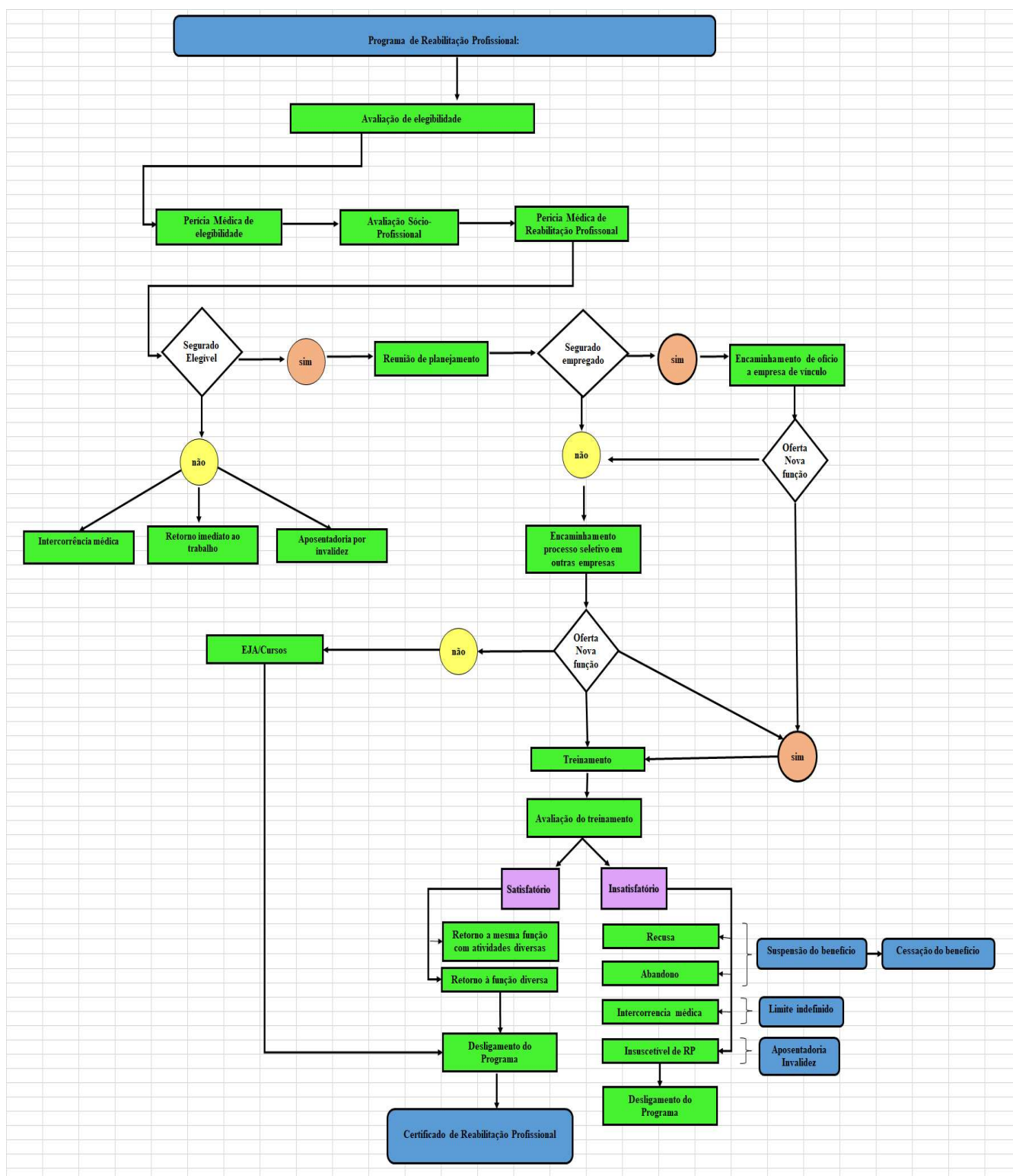


Fonte: Autora (2017).

No acordo firmado entre a Procuradoria e o INSS, a ERP tem a atribuição de avaliar a elegibilidade do segurado para o cumprimento do Programa de Reabilitação Profissional, sendo que nas situações que houver uma divergência de entendimento com relação a sentença judicial, a ERP deve emitir um parecer fundamentado justificando sua decisão e encaminhar a Procuradoria.

Ainda de acordo com o Manual Técnico, nos casos em que o segurado for considerado elegível para o cumprimento das normas e procedimentos do programa, ele deve ser encaminhado o mais precocemente ao programa, considerando que quanto mais cedo o segurado for inserido na Reabilitação Profissional maior a possibilidade de êxito no retorno ao mercado de trabalho. Segue abaixo fluxograma com as principais etapas desenvolvidas no Programa de Reabilitação Profissional na APS de Pará de Minas.

Fluxograma 2- Fluxo de operacionalização do Programa de Reabilitação Profissional



Fonte: Autora (2017).

Em relação à mencionada operacionalização do Programa de Reabilitação Profissional, detalhamos abaixo suas etapas:

Avaliação e definição do potencial laboral - Esta fase é constituída por três etapas: Perícia Médica de elegibilidade, Avaliação Sócioprofissional e Perícia Médica de RP.

1) A Perícia Médica de elegibilidade: É realizada pelo perito médico durante a avaliação da incapacidade laboral, geralmente nos requerimentos de auxílio-doença. Nestas situações, se o perito considerar que o trabalhador é insuscetível¹⁷ para retornar ao trabalho em sua função habitual, poderá encaminhar o segurado para o Programa de Reabilitação Profissional, devendo preencher o Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo (FAPL), como é possível verificar no Anexo A deste trabalho.

No FAPL, o perito deverá “descrever as alterações anatomofuncionais para o desempenho da função” e definir as limitações que o segurado apresenta para realizar as atividades laborais (BRASIL, 2016b, p.100).

Após o segurado ser encaminhado ao programa, o servidor da APS agendará, em até 45 dias, a Avaliação Sócioprofissional com o PR a fim de realizar a entrevista e análise quanto a sua elegibilidade para cumprimento das normas e procedimentos do programa. Contudo, na APS de Pará de Minas, este agendamento é realizado pelo próprio PR, devido ao número insuficiente de servidores para realizar as demandas da agência.

2) A Avaliação Sócioprofissional: É realizada uma entrevista pelo PR com o segurado, com o objetivo de identificar os elementos quanto “[...] à ocupação do segurado, histórico de afastamento do trabalho, suas experiências profissionais prévias e sua qualificação profissional obtida por cursos e treinamentos, bem como avaliar o interesse e o grau de motivação do mesmo frente ao cumprimento do programa” (BRASIL, 2018, p. 23).

Sob essa perspectiva, a entrevista representa uma anamnese, ou seja, é um espaço de escuta entre o trabalhador e o profissional de referência. É o momento em que o segurado poderá externar os aspectos relacionados ao seu processo de adoecimento, suas experiências e perspectivas profissionais, assim como relatar suas queixas, dúvidas e seus comprometimentos para o retorno ao trabalho.

¹⁷ Segurado que não apresenta as condições necessárias para retornar ao trabalho em sua função habitual em razão de sequelas físicas e/outras limitações, mas apresenta capacidade para realizar outras atividades laborais.

Após o atendimento, o Profissional de Referência deve preencher o formulário denominado FASP – Formulário de Avaliação Sócioprofissional que se encontra no Anexo B, emitindo um prognóstico, favorável ou desfavorável quanto à elegibilidade do segurado para o cumprimento do programa.

3) A Perícia Médica de Reabilitação Profissional: É realizada pelo perito médico que encaminhou o segurado ao programa e tem como objetivo avaliar e definir sobre sua permanência no PRP. Nesta fase, é fundamental que o perito leve em consideração o potencial laboral do segurado e suas restrições. Além disso, o perito deve também considerar as informações contidas no FASP que contém o parecer técnico do Profissional de Referência sobre a elegibilidade do segurado para o cumprimento das normas e procedimentos do programa.

Na análise de elegibilidade, é indispensável que os profissionais que atuam neste programa, levem em consideração os fatores de inclusão e de exclusão presentes no quadro de saúde e/ou história social do trabalhador, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1- Fatores de inclusão e exclusão: elementos para análise da elegibilidade dos segurados para cumprimento do Programa de Reabilitação Profissional

Fatores de inclusão	Fatores de exclusão
Segurados que apresentem incapacidade permanente, total, ou parcial para a atividade habitual; Segurados com afastamentos prévios/recentes; Segurado com escolaridade a partir do nível Fundamental I completo (5º ano); Em condições adequadas de aprendizagem; Com quadro clínico estável; Desejável possuir experiências diversificadas e/ou atividades profissionais compatíveis com suas limitações; Analisar as características do mercado de trabalho da região em que o trabalhador está inserido; Observar a motivação, expectativas e potencialidades do trabalhador para retorno ao mercado de trabalho.	Segurado com doença com prognóstico reservado ou ainda não definido; Fratura não consolidada; Com pós-operatório recente; Com gestação de alto risco; Com doença em fase de descompensação; Segurados a partir de 50 anos de idade, devendo ser associado a outras barreiras sociais que comprometam o processo de Reabilitação Profissional, tais como: baixa escolaridade; inseridos em município de pequeno porte, com ramo de trabalho incompatível com suas limitações; limitações físicas e/ou intelectuais, necessidade de órteses e/ou próteses para realizar as atividades; ausência de experiências prévias;

Fatores de inclusão	Fatores de exclusão (continuação)
	Que se enquadrem nos critérios de sugestão de Aposentadoria por Invalidez.

Fonte: Adaptado do Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional (2016b e 2018).

É importante ressaltar que estes elementos não devem ser considerados de maneira isolada, mas associados a outros fatores presentes na história social do trabalhador, assim como no território em que este está inserido. Nesta perspectiva, avaliar a incapacidade para o trabalho exige uma análise para além da doença, da limitação funcional ou da deficiência física do trabalhador. Portanto, “a Reabilitação Profissional deve estar pautada em princípios, concepções, conceitos e estratégias metodológicas que compreendam o trabalhador integrado ao seu meio ambiente físico, social, cultural e familiar” (BRASIL, 2016b, p. 20).

Após a realização da Perícia de Reabilitação Profissional, o perito médico deverá preencher o Formulário de Avaliação de Reabilitação Profissional – FARP, que se encontra no Anexo C deste projeto, devendo este profissional se pronunciar tecnicamente sobre a permanência ou não do segurado no programa. Destaca-se que, nas situações em que o segurado for considerado inelegível para o cumprimento das normas e procedimentos do programa, o perito médico deverá assinalar o motivo de seu desligamento, conforme consta no Quadro 2.

Quadro 2 - Motivos de desligamento dos segurados para cumprimento do Programa de Reabilitação Profissional

Motivos de Desligamento	
Intercorrência Médica	Utilizado nos casos em que o segurado comprova estar em tratamento contínuo, que impossibilite o cumprimento das normas e procedimentos do programa
Invalidez/ Limite Indefinido (LI)	Nos casos em que for reconhecido o direito a aposentadoria por invalidez.
Retorno Imediato ao trabalho	Nas situações em que o segurado for considerado apto para retorno à atividade habitual, sendo cessado o auxílio-doença.
Continuidade em Processo de Reabilitação Profissional	Quando o segurado é considerado apto para cumprir normas e procedimentos do programa, sem prejuízo do recebimento do auxílio-doença.
Recusa	Quando o segurado manifestar que não tem interesse em participar do programa, sendo o benefício e o pagamento suspensos.
Abandono	Quando o segurado devidamente convocado não comparecer ao atendimento e nem justificar sua ausência. Nesta situação, são adotados os mesmos procedimentos realizados na recusa.
Instrução do processo judicial	Destinado exclusivamente aos segurados vinculados ao programa, após encaminhamento da Justiça Federal/Estadual.
Óbito	Nos casos que ocorra o óbito do segurado durante a permanência no Programa de Reabilitação Profissional.
Concessão/Manutenção prótese e órtese	*
(Re)habilitação de PcD	*
Indeferimento de (Re)habilitação de PcD	*
Indeferimento de Homologação de Readaptação Profissional	*
Transferência	Nas situações em que o segurado mudar de endereço para outro município fora de nossa área de abrangência.

Motivos de Desligamento (continuação)	
Não necessita de RP	Nas situações em que o trabalhador é qualificado, possui curso de graduação e/ou é empresário e apresenta condições de retornar ao mercado de trabalho sem intervenção do PRP.
Alta a pedido	Nas situações em que o segurado manifestar documentalmente o desejo de ser desligado do programa.

*Até o momento não temos segurados que foram desligados do programa por estes motivos.

Fonte: Adaptado do Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional (2016b).

No entanto, mesmo com as diretrizes contidas no Manual de Procedimentos Técnicos da Área de Reabilitação Profissional, Miranda (2018) argumenta que, em fevereiro de 2018, ocorreu uma atualização deste instrumento que resultou em retrocessos nos direitos da classe trabalhadora. Entre eles, destaca-se a avaliação da incapacidade que passou a ser centrada na doença.

além de se desconsiderar os fatores socio-ocupacionais dos segurados e de se implementar o ato médico na reabilitação profissional, ou seja, a avaliação da elegibilidade dos casos em programa passou a ser feita somente pelo perito médico. Essas mudanças [...] se caracterizam como medidas de retrocesso do serviço de reabilitação profissional pois retirou toda a discussão envolvida sobre um modelo de reabilitação profissional baseado em pressupostos biopsicossociais (MIRANDA, 2018, p. 10).

Sob essa perceptiva, mesmo com esses retrocessos nos casos em que há uma divergência de entendimento entre a ERP quanto ao perfil do segurado para o cumprimento das normas do programa, ao longo dos anos, foi pactuado, sob a concordância do Assessor Técnico do programa e da equipe da Seção de Saúde do Trabalhador (SST) da GEX Divinópolis, que os segurados poderão ser avaliados por outro(s) profissional(ais) para definir sua elegibilidade. Portanto, nestas situações, geralmente o segurado é convocado a comparecer a APS de Divinópolis para ser submetido a uma nova análise com um perito do programa.

Destaca-se que nestes casos, geralmente, a Equipe da SST considera que o segurado deve ser avaliado exclusivamente por outro perito médico e que o PR não deve se manifestar quanto à questão da incapacidade. Portanto, a SST, ao ter este entendimento, sem submeter o segurado a uma análise conjunta com outros profissionais de distintas formações tende a gerar a interpretação de que o conceito de incapacidade ainda está relacionado apenas à questão estrutural e biológica.

Portanto, é preciso que seja desenvolvido uma regulação específica no Manual Técnico sobre os procedimentos a serem adotados pela ERP nestas situações, a fim de uniformizar os procedimentos técnicos.

Orientação e Acompanhamento do programa: Esta fase é dividida em quatro etapas: Reunião de planejamento, Avaliação subsequente do PR, Avaliação subsequente do perito médico e Reunião de acompanhamento.

1) Reunião de planejamento: É realizada pela Equipe de Reabilitação com o objetivo de definir as diretrizes que serão adotadas para viabilizar a evolução do segurado dentro programa, respeitando as especificidades de cada caso e levando em consideração os elementos obtidos durante a entrevista e o conhecimento prévio do território em que o trabalhador está inserido.

É fundamental identificar o tipo de vínculo do trabalhador e seu grau de escolaridade para realizar os encaminhamentos necessários para o processo reabilitatório dos segurados, como por exemplo: encaminhamento para realização de treinamento, prioritariamente na empresa de vínculo, reingresso à Educação para Jovens e Adultos (EJA) e realização de cursos profissionalizantes ofertados preferencialmente pelo Governo Federal e/ou município. Essas estratégias possibilitam a melhoria da qualificação profissional dos segurados e ampliação das possibilidades do seu retorno ao mercado de trabalho.

2) Avaliação subsequente do PR: Nesta fase são esclarecidos ao segurado os objetivos, as normas e critérios do programa para viabilizar seu retorno ao mercado de trabalho. Além disso, o PR deve preencher a Ficha do Cadastro do Cliente, conforme consta no Anexo D deste trabalho. Neste formulário, contém informações relacionadas aos dados pessoais do segurado (endereço e telefone para contato); tipo de filiação junto ao INSS (empregado, desempregado, contribuinte individual, empregada doméstica, trabalhador rural, trabalhador autônomo, segurado facultativo); o grau de escolaridade, assim como a última atividade laboral exercida pelo segurado.

A avaliação subsequente também consiste no retorno dos segurados aos atendimentos do Programa de Reabilitação, que deverá encaminhar os segurados para a realização de processo seletivo em empresas do município, direcioná-los para a realização de cursos profissionalizantes e avaliar a necessidade de realização de visita técnica às empresas, sendo necessário justificá-la e submetê-la a apreciação e autorização do SST.

Contudo, é importante salientar que as visitas técnicas são realizadas esporadicamente, como, por exemplo, nas situações que quando houver dificuldades do segurado em realizar o treinamento indicado. Mesmo necessária, a visita só é realizada se houver a disponibilidade do perito e bloqueio de agenda da Perícia Médica junto ao SST.

3) Avaliação subsequente do Perito Médico: É utilizada nas situações em que for necessário realizar a prorrogação do benefício para a continuidade dos segurados ao programa e também quando os segurados apresentarem novos elementos quanto ao seu quadro clínico. Nessas situações, os segurados deverão ser submetidos à avaliação médico pericial para analisar sua permanência no Programa de Reabilitação Profissional.

4) Reunião de acompanhamento: A partir da evolução dos atendimentos e demandas apresentadas pelos trabalhadores durante o processo de RP, os casos devem ser discutidos pela ERP para análise quanto à sua continuidade no programa e também para que sejam (re)definidas novas estratégias a serem adotadas no programa, objetivando a reabilitação dos trabalhadores.

De acordo com o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional, não há um tempo específico para o segurado permanecer no programa, tendo em vista que este processo é singular e varia de acordo com barreiras e facilitadores presente no contexto e território de cada segurado. Por esse motivo, os profissionais que atuam na Reabilitação Profissional devem ter “conhecimento do território e planejamento da intervenção [...], dessa forma as equipes saberão os casos em que o processo está demasiadamente longo”. (BRASIL, 2016b, p. 72)

Contudo, após o segurado ser encaminhado ao programa de RP pela perícia médica, automaticamente, o Sistema de Acompanhamento de Benefício por Incapacidade (SABI), por intermédio da Perícia Médica, fixa a Data da Cessação da Incapacidade (DCI), ou Data da Cessação do Benefício (DCB) por um ano.

Mas, durante o desenvolvimento do programa, o benefício poderá ser prorrogado ou cessado de acordo com a evolução de cada segurado, sendo necessário levar em consideração as barreiras e os facilitadores existentes no território em que o segurado está inserido, como já mencionado.

De modo geral, as orientações e encaminhamentos realizados pela ERP ocorrem de acordo com o tipo de filiação e situação de cada segurado, conforme detalhado abaixo.

A) Segurado empregado

- Encaminhamento de ofício: É encaminhado à empresa de vínculo ofício solicitando nova função, conforme Anexo E deste trabalho. Neste ofício, é informado à empresa de vínculo que o segurado está vinculado ao programa e que embora esteja contraindicado para retornar ao trabalho em sua função habitual, apresenta potencial para realizar outras atividades compatíveis com suas limitações. No referido documento, devem ser registradas as contraindicações do segurado, sendo estas definidas pelo perito do INSS.

Esse ofício tem como objetivo viabilizar uma nova função para o segurado na empresa de vínculo, contribuindo para seu retorno ao mercado de trabalho. Além de tal documento, é encaminhado à empresa o Formulário denominado Descrição de Função/Atividade, devendo este ser preenchido, assinado e encaminhado ao PR no prazo de 15 (quinze) dias.

- Análise da função proposta pela empresa: Após pronunciamento da empresa, a ERP deverá analisar os documentos que foram apresentados para verificar se a função proposta pela empresa é compatível com as limitações do segurado. Nas situações que houver viabilidade, o segurado é convocado a comparecer ao setor de Reabilitação Profissional e, no atendimento, ele é informado sobre a possibilidade de realizar treinamento na função oferecida pela empresa de vínculo.

Embora no Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional não conste o período de realização do treinamento, este, geralmente, é realizado no período de 90 (noventa) dias, podendo ser prorrogado por igual período, principalmente nos casos em que as funções sejam complexas e que justifiquem a prorrogação do treinamento.

E em algumas situações o treinamento pode ser realizado no prazo inferior a 90 (noventa) dias, dependendo do tipo de função, experiências anteriores do segurado e/ou interesse da empresa e do segurado.

- Encaminhamento de ofício: Após pactuação do treinamento entre a ERP, empresa e segurado é formalizado o treinamento, por meio de ofício, no qual é estabelecido o período de sua realização, função, contraindicação para o trabalho assim como a data em que o segurado deverá retornar ao setor de Reabilitação Profissional para avaliação do treinamento, conforme descrito no Anexo F.

Destaca-se ainda que, no ofício, a empresa é informada que não poderá desviar o segurado de função, sem consentimento e autorização prévia da ERP e também que qualquer intercorrência no período do treinamento deverá ser informado aos profissionais do programa. Junto ao ofício, são incluídos os formulários de Avaliação do Treinamento e o Cartão de Frequência, conforme consta, respectivamente, nos Anexos G e H deste trabalho. Os formulários citados deverão ser preenchidos pela empresa e segurado, devendo tais documentos ser apresentados regularmente à ERP, para avaliação do desenvolvimento do trabalhador na nova função.

É importante salientar que o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional (BRASIL, 2016b) estabelece que o acompanhamento do treinamento na empresa deve ser realizado pelo Profissional de Referência (PR), de forma sistemática. Contudo, na prática, somente é realizada a visita técnica pelos profissionais do programa nos casos em que o segurado manifesta algum tipo de dificuldade ou comprometimento durante a realização do treinamento. Isso porque a APS de Pará de Minas conta com apenas dois peritos que são responsáveis por avaliar todos os benefícios previdenciários¹⁸. Tais atividades requer a avaliação da incapacidade do segurado e/ou de seus dependentes gerando uma sobrecarga na agenda desses profissionais o que inviabiliza a realização das atividades externas de maneira sistemática.

- Desligamento do Programa: Após término do treinamento, deverá ser agendada respectivamente, Avaliação de Desligamento com o Profissional de Referência e Perícia Médica de Desligamento com o segurado, conforme consta no Anexo I e J desta pesquisa. Na data programada, o segurado deverá comparecer ao atendimento, portando os documentos previamente encaminhados à empresa que serão analisados pela ERP. Nos documentos citados, constam informações sobre o desempenho do segurado durante o treinamento, assim como pronunciamento da empresa quanto à aptidão do segurado para retorno laboral na função proposta.

Ressalta-se que a Equipe de RP deverá emitir parecer técnico conclusivo, assinalando o motivo do desligamento do segurado, conforme consta no Quadro 3.

¹⁸Auxílio-doença que pode ser transformado em Aposentadoria por Invalidez; Majoração: adicional de 25% nos casos dos segurados aposentados por invalidez que necessitam de terceiros para realizar atividades diárias; Aposentadoria Especial: Análise do Perfil Profissional Psicográfico (PPP) relacionada às atividades insalubres; Pensão para filho maior inválido: análise para enquadramento na invalidez; Revisões de Benefícios Judiciais; Avaliação da Aposentadoria da Pessoa com Deficiência e Benefício de Prestação Continuada.

Quadro 3- Motivos de desligamento dos segurados em Programa de Reabilitação Profissional

Motivos de Desligamento	
Retorno à mesma função com atividades diversas	Quando o segurado retorna ao trabalho na mesma atividade, mas a empresa realiza adaptações às limitações do segurado.
Retorno à mesma função com as mesmas atividades	Nas situações em que a equipe do programa considera que o segurado está apto para retornar a sua atividade habitual.
Retorno à função diversa	Nos casos em que o segurado realizou treinamento e obteve certificado de RP.
Recusa	Quando o segurado manifesta desinteresse em cumprir as normas e procedimentos técnicos do programa, sendo o benefício e o pagamento suspensos.
Abandono	Quando o segurado devidamente convocado não comparecer ao atendimento e nem justificar sua ausência. Nesta situação, são adotados os mesmos procedimentos realizados na recusa.
Intercorrência Médica	Nos casos em que, durante a realização do programa, o segurado comprova tratamento médico e/ou encaminhamento para realização de procedimento cirúrgico e/ou tratamento similar que comprometa a realização dos procedimentos do programa. Neste caso, o segurado é desligado do programa, mas mantido em Auxílio Doença para sua recuperação.
Transferência	Quando há mudança de endereço do segurado para município fora de nossa área de abrangência.
Óbito	Nos casos em que o segurado venha a óbito, durante a realização do Programa de Reabilitação Profissional.
Insuscetível de Reabilitação Profissional	Nas situações em que, após análise da ERP, o segurado é enquadrado na Aposentadoria por Invalidez.

Motivos de desligamento	
(continuação)	
Impossibilidade Técnica	Quando são adotados todos os procedimentos necessários para subsidiar a reabilitação do trabalhador, mas em função das limitações do segurado, associado às barreiras presentes em seu território não há condições do mesmo ser reabilitado.
Concessão/ de manutenção de prótese/órtese realizada	*
(Re)habilitação profissional de PcD	*
Alta a pedido	Nas situações em que o segurado manifesta documentalmente o desejo de ser desligado do programa.

*Até o momento não temos segurados que foram desligados do programa por estes motivos.

Fonte: Adaptado do Manual Técnico da Área de Reabilitação Profissional (2016b).

Ainda de acordo com o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional, nos casos em que houver dúvida em relação à capacidade funcional, psíquica e educacional do segurado, a ERP poderá solicitar pareceres especializados e, quando houver dúvida entre a compatibilidade do ambiente de trabalho e a capacidade laborativa do segurado, poderá ser realizada vistoria técnica na empresa. Contudo, no exercício profissional, nota-se que, em função da alta demanda de trabalho e de recursos humanos insuficientes para atendimento das demandas da APS, as visitas técnicas às empresas são realizadas em situações esporádicas.

- Emissão de Certificado de Reabilitação Profissional: Nos casos em que o segurado apresentar desempenho satisfatório, é emitido o Certificado de Reabilitação Profissional, conforme consta no Anexo K deste trabalho. No certificado, é indicada a nova função a ser exercida pelo segurado na empresa, assim como suas contraindicações.

O Certificado de Reabilitação Profissional deverá ser assinado pelo segurado, perito médico e Profissional de Referência, sendo emitido em três vias: uma via é anexada ao processo, outra é encaminhada à empresa e a terceira via é entregue ao segurado. Nesta fase, o segurado é desligado do Programa de Reabilitação Profissional para retorno ao trabalho em função diversa e também é informado que poderá concorrer à reserva de vagas em empresas acima de 100 (cem) funcionários, nas cotas de pessoas reabilitadas ou pessoas com deficiência, habilitadas, conforme estabelecido pelo Decreto 3.048/99, Art. 141.

B) Segurado empregado sem oferta de nova função pela empresa de vínculo (empresa de pequeno porte)

Nas situações em que a empresa de vínculo for de pequeno porte, ou seja, inferior a 100 (cem) funcionários, de acordo com a legislação vigente, esta não tem a obrigatoriedade de cumprir as cotas de pessoas com deficiência e/ou reabilitadas¹⁹. Portanto, nesses casos, quando houver negativa de nova função, são adotados os seguintes procedimentos: o segurado é convocado a comparecer ao setor de Reabilitação Profissional e informado sobre a negativa da empresa quanto à nova função. Após este momento, é analisado o grau de escolaridade do segurado e ele é orientado sobre a importância de retornar aos estudos e de realizar cursos de qualificação profissional, principalmente os disponibilizados pela Prefeitura e/ou Governo Federal para melhoria de sua qualificação profissional. Além disso, o segurado é informado que deverá apresentar mensalmente as declarações de matrícula e/ou frequência escolar.

Durante o período em que os segurados estão vinculados ao programa e estão inseridos no sistema educacional e/ou em cursos profissionalizantes, contatamos as empresas de grande porte da região, estabelecendo parcerias por meio de contato telefônico, mensagens eletrônicas e encaminhamento de ofícios, objetivando a realização de treinamento dos segurados e posterior retorno ao mercado de trabalho. Contudo, destaca-se que “o levantamento de tendências e oportunidades [...] preferencialmente, na localidade de domicílio do reabilitando, todavia, não caracteriza a obrigatoriedade por parte do INSS a sua efetiva inserção” (BRASIL, 2016b p. 74-75).

Além disso, mesmo com avanços nas legislações voltadas para a pessoa com deficiência e/ou reabilitadas, o cenário econômico e político de nossa sociedade ainda apresenta desvantagens para o retorno dos segurados à vida laboral e o INSS, por sua vez, pode facilitar a reinserção destes trabalhadores às empresas por meio de suas intervenções em parceria, por exemplo, com o Ministério Público do Trabalho, Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria de Educação e outras.

¹⁹ 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, conforme expresso na Lei nº 8213/91, Art. 93.

C) Segurado empregado sem oferta de nova função pela empresa de vínculo (grande porte)

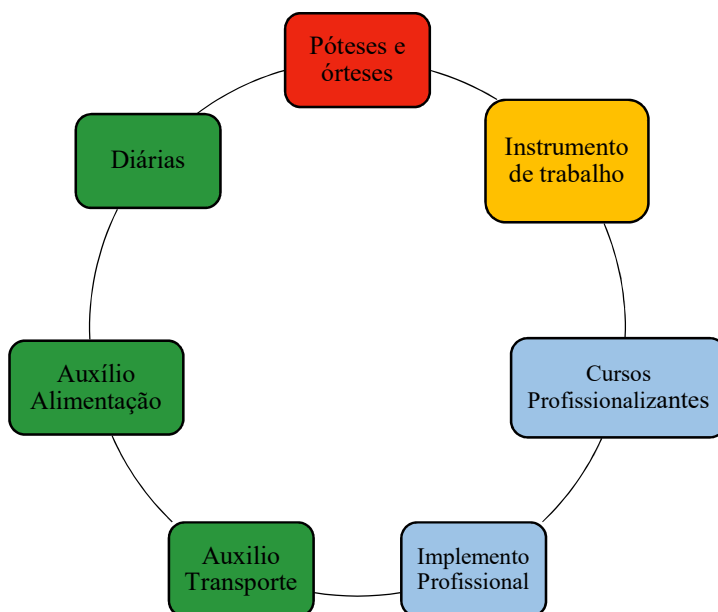
Ao ser constatada negativa de nova função da empresa de grande porte (aquela que possui acima de 100 cem funcionários), adotamos os seguintes procedimentos: é realizado contato telefônico com a empresa, argumentando sobre a legislação acerca das cotas de pessoas com deficiência e/ou reabilitadas, fomentado a importância da articulação entre a Previdência Social e as empresas para viabilizar a capacitação dos trabalhadores para retornarem ao trabalho. Além disso, é esclarecido à empresa que o treinamento será realizado sob ônus do INSS e informado ainda que, após a alta médica, será emitido Certificado de Reabilitação Profissional, podendo este ser apresentado ao Ministério do Trabalho para o cumprimento das cotas, conforme estabelecido na legislação.

Depois desta intervenção, nos casos em que a empresa manifestar interesse em ofertar o treinamento, realizamos as etapas citadas anteriormente, ou seja: encaminhamento de formulários de Descrição da Nova Função a serem apresentados pela empresa, devendo estes ser avaliados pela ERP; se considerados viáveis, o segurado é convocado e informado sobre a oferta de nova função, sendo formalizado o treinamento por meio de ofício e, por fim, após conclusão do treinamento, se julgado satisfatório, é emitido o certificado de Reabilitação Profissional e o segurado é desligado do programa.

Nos casos em que a empresa apresente resistência em viabilizar oportunidade de função ao segurado, encaminhamos ofício ao Ministério do Trabalho (MT), solicitando sua intervenção para fiscalizar o cumprimento das cotas de pessoas com deficiência e/ou reabilitadas junto à referida empresa.

Contudo, este processo é moroso e, durante este período, a proposta é que o segurado permaneça no Programa de Reabilitação Profissional estudando e realizando cursos profissionalizantes para melhoria de sua qualificação profissional. O Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional prevê o fornecimento de recursos materiais aos segurados, os quais são considerados indispensáveis para o processo de RP, conforme sinalizado na Figura 5.

Figura 5- Recursos materiais fornecidos pelo Programa de Reabilitação Profissional



Fonte: Adaptado do Manual Técnico da Área de Reabilitação Profissional (2016b)

A prescrição dos recursos materiais é realizada pela Equipe de Reabilitação Profissional, mediante o estudo da necessidade de cada segurado e em conformidade com as exigências de cada fase do programa, por meio do Formulário Prescrição/Proposta de Recursos Materiais [...] com a especificação detalhada do recurso e justificativa da proposta (BRASIL, 2016b, p. 122).

Geralmente, o PRP da APS de Pará de Minas se limita a fornecer reembolso de passagem e, em alguns casos, pagamento de diárias e/ou auxílio alimentação aos segurados que comprovem realizar cursos fora do domicílio e/ou que necessitam utilizar transporte público para o deslocamento. Ressalta-se que ao PR do programa cabe o preenchimento do formulário de prescrição/proposta de recursos materiais e encaminhamento à GEX Divinópolis para sua concessão, conforme consta no Anexo L.

A autorização técnica para a concessão dos recursos materiais será feita pelo Assessor Técnico, em conjunto com a chefia do SST. A formalização e os procedimentos de compra serão realizados pelo (a) Serviço/Seção de Logística da GEX, em conformidade com a legislação e atos normativos em vigor (BRASIL, 2018, p. 41-42).

Contudo, nota-se que a GEX Divinópolis apresenta dificuldades em garantir o acesso aos demais recursos materiais previstos aos segurados, tendo em vista que os procedimentos a serem

adotados são burocráticos, morosos e, aparentemente, há sinais de dificuldades de comunicação entre a Equipe de RP da GEX Divinópolis e a Logística da gerência, faltando uma compreensão desta quanto à importância da concessão destes recursos no processo de reabilitação profissional dos segurados.

Além disso, os segurados também devem ser encaminhados para processo seletivo em outras empresas para realização de treinamento e retorno ao trabalho. Porém, aos segurados, cujo benefício seja de natureza acidentária, por adquirirem estabilidade de um ano na empresa de vínculo, são encaminhados para realização de processo seletivo e treinamento em outras empresas, somente nas situações que demonstrarem interesse em pedir demissão. Mas, como esta decisão implica em perdas de direitos trabalhistas, geralmente estes trabalhadores permanecem no programa para ampliação de sua qualificação e, posteriormente são desligados do programa para retorno a função diversa.

Nessa situação, a empresa de vínculo oferece uma nova função ao trabalhador ou rescinde o contrato de trabalho ainda dentro do período de estabilidade do trabalhador, assumindo o ônus pelos encargos trabalhistas.

D) Acompanhamento e Pesquisa de Fixação no mercado de trabalho

O objetivo da Pesquisa de Fixação é “constatar a adaptação do segurado/beneficiário ao mercado de trabalho, assim como a efetividade do processo de reabilitação profissional, fornecendo dados importantes para o gerenciamento do trabalho da equipe de RP” (BRASIL, 2016b, p. 120).

Ainda de acordo com o Manual Técnico de Reabilitação Profissional, compete ao Assessor da Reabilitação Profissional da GEX e à chefia do (a) SST a coordenação e promoção de ações para a realização e o acompanhamento da Pesquisa da Fixação no mercado de trabalho. E, nas unidades em que há Equipe de Reabilitação Profissional lotada, a Pesquisa da Fixação será realizada pelo PR, sob a coordenação do AT da GEX.

A Pesquisa de Fixação, cujo modelo encontra-se no Anexo M deste trabalho, deve ser realizada após dezoito meses do desligamento do segurado do programa. De acordo com o Manual o Técnico, esse instrumento consiste na consulta de dados ao Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), com o objetivo de avaliar a efetividade do Programa de Reabilitação Profissional.

Entretanto, as experiências obtidas até o presente momento sinalizam que a Pesquisa de Fixação realizada pela GEX Divinópolis tem ocorrido esporadicamente e, embora exista uma

regulamentação acerca dos procedimentos adotados para sua realização, esta não tem sido realizada de maneira regular. Os motivos alegados pelos profissionais para o uso descontínuo desse instrumento estão relacionados à alta demanda de trabalho e número reduzido de profissionais que atuam no Programa de Reabilitação Profissional.

Ademais, a maioria dos PR atuam no programa apenas uma vez por semana, sendo necessário, dessa forma, priorizar os atendimentos iniciais e adotar os procedimentos indispensáveis para a evolução dos segurados vinculados ao programa. Tais atividades são feitas em detrimento da realização da Pesquisa de Fixação. Soma-se a esses fatos a constatação de que, em algumas APS, não existe ERP lotado e, por isso, é preciso o deslocamento de uma equipe volante para realizar os atendimentos e as demandas do programa.

Além disso, de acordo com o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional, os indicadores que avaliam o desempenho da Reabilitação Profissional são: “o Índice de Segurados Reabilitados (ISR), o Tempo Médio de Programa de Reabilitação Profissional (TMPRP) e o Tempo Médio de Permanência do Segurado em Processo de Reabilitação Profissional (TMRP)” (BRASIL, 2016b, p. 135). Portanto, a Pesquisa de Fixação não faz parte dos indicadores previstos na Reabilitação Profissional, o que também pode contribuir para a não aplicabilidade e uso deste instrumento.

A realização da Pesquisa de Fixação de forma descontínua e limitada a consultas ao CNIS tem comprometido a finalidade deste instrumento, limitando-o a quantificar os segurados reabilitados e inviabilizando a escuta do trabalhador, assim como dos profissionais envolvidos no processo reabilitatório.

Este cenário tende a corroborar com o entendimento de que a responsabilidade da Previdência Social com o trabalhador termina após o desligamento dos segurados do programa.

Portanto, esta pesquisa apresentará elementos que justificam a importância da aplicação da Pesquisa de Fixação de maneira contínua e, sobretudo, a relevância da realização de uma análise quanto ao próprio instrumento da Pesquisa de Fixação para que este possa identificar não somente a permanência do segurado no mercado de trabalho, mas também suas condições laborais e outros elementos pertinentes que estejam relacionados à saúde do trabalhador.

Sob esta perspectiva, a Pesquisa de Fixação representa um importante instrumento para a garantia da proteção social do trabalhador, visto que nas situações em que for “constatada irregularidade quanto ao exercício de atividades contraindicadas, incompatíveis com a limitação

do segurado, a ERP deverá encaminhar ofício com relatório fundamentado aos órgãos competentes pela fiscalização” (BRASIL, 2016b, p. 121), objetivando garantir ao trabalhador condições adequadas e saudáveis de trabalho.

7.1.1 Perfil Demográfico dos Trabalhadores atendidos no Programa de Reabilitação da APS de Pará de Minas

Os segurados encaminhados pela Perícia Médica para o Programa de Reabilitação Profissional são em sua maioria trabalhadores residentes nos municípios de Pará de Minas, Florestal, Igaratinga, Maravilhas, Papagaio, Pequi, São José da Varginha, Conceição do Pará, sendo que estes municípios, com exceção de Pará de Minas, não possuem agência do INSS.

Mapa 1- Pará de Minas e área de abrangência



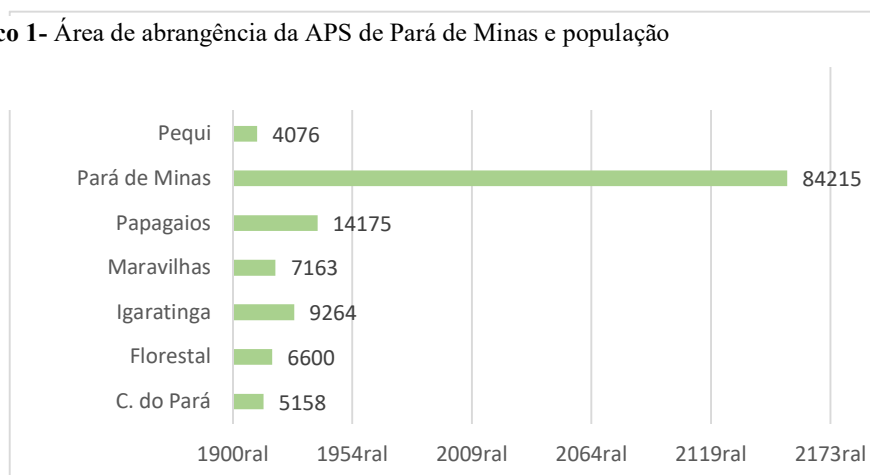
Fonte: Imagens Wikipedia²⁰

Fonte: Imagens Google²¹

Destaca-se que a maioria destes municípios são caracterizados como de pequeno porte, cuja atividade econômica é voltada para a produção de cerâmica e atividade agropecuária que exigem esforço físico.

²⁰ PARÁ DE MINAS. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2017. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Par%C3%A1_de_Minas&oldid=50851784>. Acesso em: 14 nov. 2017

²¹ GOOGLE MAPS. [Pará de Minas]. 2018. Acesso em: 14 nov. 2017

Gráfico 1- Área de abrangência da APS de Pará de Minas e população

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do IBGE.

A partir da atuação da equipe profissional na APS de Pará de Minas, foi evidenciado que o perfil dos segurados encaminhados a este programa apresenta as seguintes características: são em sua maioria do sexo masculino, com baixa escolaridade, sem histórico de cursos de qualificação profissional, com histórico de trabalho laboral em atividades braçais, com limitações motoras decorrentes de amputações de membro superior ou inferior e com doenças e distúrbios osteomusculares e/ou lesões por esforços repetitivos (LERDORT).

No que tange à análise territorial, nota-se que nos municípios citados há uma ausência e/ou insuficiência de cursos de qualificação profissional promovidos pelo Governo Federal e/ou Municipal para a população.

Nesse contexto, umas das estratégias utilizadas pela ERP para contribuir para a qualificação destes segurados, mesmo que de modo superficial, tem sido o encaminhamento dos segurados para a realização de cursos à distância, como, por exemplo, os promovidos pela Universidade Aberta Integrada (UAITEC). Contudo, nem todos os segurados têm acesso à internet e/ou domínio básico para realizar os cursos oferecidos, o que compromete seu processo de qualificação.

Além disso, como a maioria dos municípios são constituídos por empresas de pequeno porte, com atividades, de modo geral, braçais, há muitas dificuldades em encaminhar os segurados para a realização de treinamento em funções compatíveis com suas limitações, o que afeta o êxito do programa.

Este cenário apresenta barreiras que além de comprometer o processo de Reabilitação Profissional dos segurados impossibilita seu posterior reingresso ao mercado de trabalho e novas

perspectivas profissionais. Sob esse aspecto, realizar intervenções nos processos de trabalho torna-se indispensável para romper com o ciclo de adoecimento destes trabalhadores, tendo em vista que as perspectivas profissionais existentes nos territórios que eles estão inseridos são remotas e a tendência é que estes trabalhadores, ao serem acometidos por doenças profissionais, permaneçam afastados do trabalho, com potencial de serem aposentados por invalidez. Esse fato provocará impactos nas suas condições de vida, assim como nas relações familiares, e gerará aumento dos recursos da Previdência Social para a manutenção dos benefícios por incapacidade.

8 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

O programa de Reabilitação Profissional é, segundo Maeno e Vilela (2010), um instrumento potencializador para a construção de uma política pública voltada para a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, assim como para a reinserção dos trabalhadores ao mercado de trabalho em condições adequadas e saudáveis.

Nessa perspectiva, o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional apresenta diretrizes e fundamentos para o desenvolvimento de suas ações que estão em consonância com a PNSTT. Todavia, sua aplicabilidade ainda apresenta dificuldades em ser materializada, sendo a saúde do trabalhador suprimida em detrimento de uma prática imediatista, engessada em parâmetros institucionais e atrelada a interesses econômicos.

Diante desse cenário, o Programa de Reabilitação Profissional tem recebido várias críticas e vem se consolidando dentro da Previdência Social como um serviço administrativo e voltado para a redução dos custos previdenciários, não interferindo nas condições de trabalho e nos agravos à saúde dos trabalhadores. Tal fato tende a gerar um ciclo vicioso de adoecimento.

Além disso, os segurados são encaminhados ao programa tardiamente, após a consolidação das sequelas decorrentes de um acidente ou doença, o que costuma comprometer seu processo de Reabilitação Profissional. Portanto, este programa não tem atendido a real necessidade do trabalhador, pois o segurado é considerado reabilitado com a emissão do Certificado de Reabilitação Profissional sem, muitas vezes, apresentar as reais possibilidades de retorno ao mercado de trabalho em condições adequadas e seguras.

Nesse sentido, suas ações assumem um caráter fragmentado e paliativo, tendo em vista

as dificuldades enfrentadas para a implantação de ações de vigilância de processos de trabalho com modificação efetiva de condições e organização do trabalho e o acompanhamento deste processo dentro das empresas; e o distanciamento político-institucional do principal sistema de compensação: a Previdência Social (LIMA; ANDRADE; BULCÃO et al, 2010, p. 2)

Ademais, a partir de estudos realizados com profissionais que atuam na Reabilitação Profissional, foi evidenciado que embora eles tenham como objetivo contribuir para a promoção e reinserção dos trabalhadores ao mercado de trabalho, estes profissionais de modo geral

não têm familiaridade com o mundo do trabalho real e com as suas exigências. Seus procedimentos restringem-se à homologação de um processo precário de readaptação que não fica sob a coordenação geral do INSS, mas sim a cargo da empresa de vínculo, com pouca interferência do Estado. Não há sequer um programa de reabilitação profissional traçado por esses orientadores profissionais para cada caso. Com frequência, seus procedimentos restringem-se a entrevistar o reabilitando e a encaminhá-lo à perícia do órgão, solicitando à empresa de vínculo informações sobre o cargo a lhe ser oferecido. Sem uma avaliação criteriosa da atividade laboral oferecida pela empresa, promove-se um estágio, que, cumprido de alguma forma, resulta na homologação da reabilitação do segurado, independentemente das condições reais de efetiva reinserção (MAENO; VILELA, 2010, p. 91).

Em função dessa falta de familiaridade com o mundo do trabalho e de sua complexidade, observamos que há uma falta de compreensão da ERP quanto ao uso de alguns instrumentos técnicos do programa, dos quais destacamos: o desligamento por Impossibilidade Técnica e Recusa.

Durante a avaliação de elegibilidade e/ou permanência do segurado no PRP por exemplo, por diversas vezes, identificamos que o território em que o trabalhador está inserido não oferece os recursos sociais e materiais necessários para sua reabilitação, o que tem inviabilizado o retorno do segurado ao mercado de trabalho. Nesta situação, o segurado deveria ser desligado do programa por impossibilidade técnica, com sugestão de Aposentadoria por Invalidez por exemplo, uma vez que o segurado não pode ser culpabilizado pela ineficiência das políticas públicas.

O mesmo ocorre com relação ao desligamento por Recusa, observamos que quando o trabalhador manifesta que não se sente preparado para retornar ao trabalho por apresentar sintomas relacionados a um stress de um acidente pós traumático ou doença ocupacional por exemplo, estas queixas tem sido interpretadas como desinteresse do trabalhador para o cumprimento das normas e procedimentos do programa, sendo o trabalhador muitas vezes rotulado como políquezoso, resultando desta forma no seu desligamento do programa por Recusa, de forma equivocada.

Nesta situação ao ser identificado que o trabalhador não consegue cumprir as orientações do programa em função das sequelas e/ou repercussões da doença ocupacional, o segurado deveria ser desligado do programa por intercorrência médica, por exemplo e ser mantido em auxílio doença, na busca por melhorias em seu quadro de saúde. Ou ser concedida aposentadoria por invalidez, dependendo do seu grau de comprometimento. Contudo, são raras as situações em que na ERP conduzem os processos sob esta perspectiva, visto que ainda há um olhar restritivo, pontual e afastado das diretrizes da CIF e da PNSTT.

Na prática, na maioria das vezes estes segurados são desligados do programa com alta para retorno imediato ao trabalho, sem ter condições de retornar a sua atividade habitual. Este cenário tem contribuído no agravamento do quadro de saúde dos segurados e estes por sua vez tem recorrido a esfera judicial para garantir o acesso ao benefício previdenciário, assim como ao serviço de Reabilitação Profissional.

A partir deste entendimento, Martini (2001) acrescenta que o termo “programa” é imbuído de um conteúdo programático rígido e padronizado, devendo este ser cumprido por todos os segurados ao mesmo tempo e no mesmo ritmo, desconsiderando as limitações, o território em que o trabalhador está inserido e a singularidade de cada um e isso compromete a efetividade dos objetivos da Reabilitação Profissional. Diante desta fragilidade, a reabilitação deve ser compreendida como “um processo – o de organização, elaboração e aprendizado ao qual está sujeita a pessoa com deficiência”, considerando e respeitando as particularidades de cada trabalhador (MARTINI, 2011, p. 05).

Takahashi, Mendes e Rodrigues et al (2011) também argumentam que, de um modo geral, há um despreparo e dificuldades das empresas em receber os trabalhadores com limitações ou deficiência, assim como em viabilizar a adequação dos postos de trabalho.

Ainda de acordo com os autores, esse cenário tem se agravado com as dificuldades de intervenções das instituições fiscalizadoras que tendem a contribuir com melhorias pontuais nas condições laborais, mas não conseguem provocar mudanças nos processos de trabalho.

Além disso, é notória, no desenvolvimento do Programa de Reabilitação Profissional, uma falta de interlocução entre as instituições, ministérios, as empresas, os órgãos fiscalizadores voltados para a proteção à saúde dos trabalhadores e, sobretudo, há uma dificuldade do Estado em assumir seu papel, enquanto regulador das relações de trabalho. Sob essa perspectiva, um dos entraves para a efetiva Reabilitação Profissional é

a omissão do Estado em funções fundamentais no âmbito do trabalho e da proteção social [...] que, pautado pela racionalidade da ordem econômica dominante, ausenta-se na redefinição das regulações contratuais e [...] nem mesmo consegue desempenhar seu papel na compensação das desigualdades e fragilidades sociais, bem como na reparação das injustiças. Um Estado que, frente ao enorme contingente do moderno "exército industrial de reserva" gerado pelo desemprego em massa, oferece, quando muito, alternativas de reinserção circunstancial negociadas com as empresas, por meio de incentivos financeiros e redução ou isenção de encargos sociais (GOMES, THEDIM-COSTA, 1999, p. 03).

Nesse contexto, “[...] nossos maiores obstáculos são as políticas econômicas e sociais que não apoiam os princípios de valorização da vida e da saúde como bens não negociáveis” (TAKAHASHI; MENDES; RODRIGUES et al, 2011, p. 135).

Diante desse cenário, como podemos superar as fragilidades existentes no Programa de Reabilitação Profissional face à intensificação do trabalho que tem causado inúmeros acidentes e mortes dos trabalhadores? Quais os desafios enfrentados pelos atores envolvidos no Programa de Reabilitação Profissional para que este se efetive enquanto um instrumento de política pública?

9 PESQUISA DE FIXAÇÃO: ANÁLISE E DISCUSSÕES

9.1 Fragilidades na consolidação das ações de VISAT

O programa de Reabilitação Profissional, embora seja um serviço previdenciário e esteja vinculado ao tripé da Seguridade Social²², apresenta inúmeros desafios para a consolidação de um modelo integral de atenção à saúde do trabalhador.

O documento intitulado “Proposta de diretrizes para uma política de Reabilitação Profissional”, desenvolvido em 2013 pela FUNDACENTRO, estabelece que os principais obstáculos para a efetividade do Programa de Reabilitação Profissional estão relacionados à falta de integração e coordenação interministerial e a insuficiência de políticas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho.

As estatísticas de acidentes e doenças ocupacionais são alarmantes e evidenciam uma ausência deliberada de investimentos nas políticas sociais, de segurança e de saúde que tem resultado no adoecimento e morte da classe trabalhadora.

Milhares de trabalhadores morrem ou mutilam-se todos os anos no Brasil e em outras partes do mundo, em decorrência de acidentes do trabalho cujas causas vão desde a precariedade das condições físicas do ambiente onde o trabalho se realiza, às diversas formas de distorções em sua forma de organização [...]. (OLIVEIRA, 2003, p. 03)

Além disso, o relatório da OIT²³ aponta que as principais causas de acidentes e mortes de trabalhadores estão relacionadas ao descumprimento de normas básicas de proteção à saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho e às más condições nos ambientes e processos de trabalho.

A negligência ou ausência de fiscalização nos ambientes de trabalho, o descumprimento das leis trabalhistas pelos empregadores, assim como o uso de maquinários inadequados e obsoletos são considerados as principais causas de acidentes.

Ademais, a não utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI), naquelas situações que seu uso é indispensável, bem como o desconhecimento do trabalhador dos direitos trabalhistas

²² Segundo o art. 194, da Constituição Federal de 1988, Seguridade Social é conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

²³ Disponível em: <http://www.protecao.com.br/site/inc/structure/printNoticia.php?id=AJjiJjig> Acesso em: 16 jun. 18.

e dos riscos laborais também é apontado como um dos fatores que têm contribuído para o número elevado de acidentes e mortes de trabalhadores.

Contudo, mesmo diante destas estatísticas, o trabalhador não deve ser culpabilizado pelo acidente de trabalho e por seus danos, tendo em vista que, de acordo com a Norma Regulamentadora(NR) nº 01, capítulo 1.7, alínea C, cabe ao empregador informar aos trabalhadores: I - os riscos profissionais que possam originar-se nos locais de trabalho; II - os meios para prevenir e limitar tais riscos e as medidas adotadas pela empresa.

Além disso, de acordo com a Constituição Federal de 1988, assim como PNSTT todo trabalhador tem direito a um ambiente de trabalho seguro, em condições adequadas que garantam a sua integridade física e psicológica.

Ademais, a culpabilização do trabalhador pelo acidente de trabalho gera um “mascaramento” dos problemas organizacionais presentes nos processos produtivos e isso resulta na desresponsabilização dos profissionais e empresas envolvidos nos acidentes e mortes de trabalhadores. Tais fatos, segundo Filho, Vilela, Garcia, Almeida (2013), contribuem para a falta de investimentos nas políticas de segurança e saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho.

A partir dessa compreensão, nossa atenção deve estar voltada para os determinantes organizacionais: o modelo de produção e seus impactos na precarização e intensificação do trabalho que são os principais determinantes dos acidentes de trabalho, do adoecimento dos trabalhadores e também são os principais obstáculos para o retorno ao trabalho de forma segura e saudável.

Diante dessa realidade, o Programa de Reabilitação surge como um instrumento com potencial para contribuir para a redução e superação das desvantagens resultantes dos acidentes e doenças profissionais e, sobretudo, como “uma resposta pública à questão da incapacidade” (TAKAHASHI; IGUTI, 2008, p. 2662).

Sob esse aspecto, mesmo diante das fragilidades do Programa de Reabilitação Profissional, esta pesquisa aponta que este programa apresenta potencial para se consolidar como um “processo de vigiar o trabalho, de modo a impedir o adoecimento dos trabalhadores e aprimorar suas condições de trabalho e vida” (BRASIL, 2014, p. 10).

Dessa forma, como o Programa de Reabilitação pode desenvolver ações para o alcance desta finalidade? Uma das maneiras deste programa contribuir para eliminar ou reduzir os riscos e agravos à saúde dos trabalhadores presentes nos processos produtivos é por meio da Pesquisa de

Fixação, sendo esta compreendida, conforme explanação anterior, como um instrumento qualitativo capaz de avaliar o processo reabilitatório e contribuir para ações de VISAT.

O Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional estabelece a Pesquisa de Fixação como um instrumento que tem como finalidade mensurar a efetividade das ações deste programa, sendo uma de suas potencialidades servir para a análise e intervenção nas condições laborais do trabalhador e interromper com o ciclo de adoecimento e morte da classe trabalhadora.

Entretanto, historicamente, a Pesquisa de Fixação, quando utilizada, tem uma abordagem quantitativa, com uma atenção voltada para mensurar o número de segurados reabilitados.

O descompromisso institucional com uma orientação metodológica vem desqualificando-a e justificando o descaso dos diversos setores envolvidos, o baixo investimento em recursos para sua viabilização, e derivando na esterilidade dos procedimentos adotados. Não se verifica iniciativas oficiais que ultrapassem a lógica mercantil de seguro social, cuja intencionalidade é transferir para a massa de trabalhadores a responsabilidade pela ausência de resultados institucionais satisfatórios (TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014, p. 10)

Além disso, o Manual Técnico do PRP estabelece que a Pesquisa de Fixação deve ser realizada pelos profissionais que atuam neste programa, por meio de consulta ao CNIS, após dezoito meses do desligamento do segurado do programa, sendo o preenchimento da pesquisa realizado em um tempo estimado de 20 minutos.

Esse tipo de coleta de informação é obsoleto e ineficiente, visto que a abordagem deste instrumento é fragmentada e não possui um olhar voltado para a defesa da saúde do trabalhador. É preciso esclarecer que a coleta de dados extraída pelo CNIS evidencia elementos relevantes que podem contribuir para as ações de VISAT, como por exemplo: vínculo formal do segurado, dados relacionados à empresa de vínculo, questões salariais e também apresenta informações referentes à ocupação exercida pelo trabalhador, em conformidade com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Porém, na Pesquisa de Fixação, não é realizada uma correlação desses dados com o processo saúde/doença do trabalhador, o que inviabiliza a identificação dos riscos presentes nos processos de trabalho e, principalmente, a proposição de intervenções voltadas para a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.

Embora esses dados sejam relevantes, não podem ser analisados de forma isolada, mas articulados às políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador, objetivando a produção de inferências no processo de reabilitação e o fortalecimento de tais políticas.

Ademais, as questões contidas no formulário da Pesquisa de Fixação são estruturadas, ou seja, fechadas e pré-definidas, o que impossibilita a captura de novas informações, vivências e experiências do trabalhador no processo de reabilitação. Tais informações, aparentemente, têm sido consideradas irrelevantes e têm permanecido no campo da invisibilidade, uma vez que este tipo de pesquisa não permite a participação espontânea do trabalhador. Isso compromete inclusive a reformulação de procedimentos técnicos do programa, a partir das críticas apontadas pelo próprio segurado e por outros profissionais envolvidos no processo de reabilitação.

Com a reformulação do Manual Técnico de Reabilitação Profissional realizada em Fevereiro de 2018 não é previsto a realização de entrevista com o trabalhador, assim como com o empregador e/ou outros profissionais envolvidos no processo reabilitatório. Tal fato impossibilita o alcance dos objetivos da Pesquisa de Fixação e a obtenção de uma amostra fidedigna das reais condições de saúde do trabalhador em uma determinada realidade.

Além disso, foi estabelecido que a Pesquisa de Fixação deve ser realizada após 18 meses do desligamento do segurado reabilitado do programa. Com isso, aqueles segurados que foram desligados por outros motivos não são objeto de análise da Pesquisa de Fixação, o que é preocupante, posto que ela *a priori* deveria ser um instrumento de intervenção nos processos de trabalho e não um mecanismo utilizado para quantificar o número de segurados “reabilitados”.

O prazo estipulado para realização da Pesquisa de Fixação também merece atenção, pois o processo de vigilância não deve ser entendido como

uma ação pontual, feita em algum momento para resolver um problema e, resolvido ou não, nada há mais a fazer. A ideia de processo é a de continuidade, como um novelo que vai sendo desfiado ao longo do tempo. O novelo é o emaranhado de situações que levam o trabalhador a adoecer no trabalho e o desfiar da vigilância é o desenrolar constante e progressivo que vai identificando essas situações, as causas dos problemas e, um a um, vai buscando resolvê-los (BRASIL, 2014, p. 11).

Ademais, é possível observar que, após a coleta dos dados na Pesquisa de Fixação, não há uma transparência nas possíveis ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no programa. O Manual Técnico de Reabilitação Profissional prevê apenas que os dados obtidos com a Pesquisa

de Fixação devem contribuir para as discussões e planejamento das ações do programa. Além disso, estabelece que

o relatório anual consolidado das pesquisas da fixação no mercado de trabalho, bem como as medidas adotadas frente às distorções observadas, deverão ser encaminhados por correio eletrônico para a chefia de Serviço da Reabilitação Profissional da Divisão de Saúde do Trabalhador da SR, para acompanhamento e consolidação dos dados regionais.(BRASIL, 2018, p. 37)

Contudo, no Manual Técnico não é pactuado ações interministeriais e/ou interinstitucionais estabelecendo parcerias para o desenvolvimento de práticas frente a estas distorções e/ou ações voltadas para a defesa da saúde do trabalhador. Desse modo, quais seriam as medidas e os procedimentos adotados pelos profissionais que atuam no programa ao identificar estas distorções e/ou violação de direitos da classe trabalhadora?

Diante desses fatos e com a falta de transparência das ações do programa, as informações contidas no formulário da Pesquisa de Fixação assumem um caráter burocrático, cuja finalidade é apenas coletar informação.

A pesquisa de fixação deve ultrapassar o mero caráter cadastral, para se transformar em ferramenta que permita efetivamente oferecer elementos para a permanente revisão do processo reabilitatório em sua totalidade, de forma a acompanhar a dinâmica social. Do ponto de vista das particularidades dos programas desenvolvidos, o acompanhamento após a conclusão do programa permite prevenir desvios de função.(FUNDACENTRO, 2013, p. 41)

Teixeira e Medeiros (2014, p. 10) também argumentam que “a superação do mero caráter cadastral dessa pesquisa pode contribuir para a permanente revisão de critérios de encaminhamento, elegibilidade, condução do programa de RP, estabelecimento de parcerias e reinserção no mercado de trabalho”.

Pelo exposto, ao analisar a Pesquisa de Fixação, é possível evidenciar inúmeras fragilidades: o objeto de estudo da pesquisa não está relacionado ao processo de trabalho e não abrange outras questões relevantes relacionadas à saúde do trabalhador; suas ações não alcançam todos os trabalhadores, somente os “reabilitados”, contrariando os princípios da PNSTT; sua abordagem é fragmentada; seus elementos são superficiais, apresentam lacunas e são pouco explorados. Ademais, o tempo estipulado para sua realização é insuficiente para mensurar e analisar a complexidade de uma desejável Pesquisa de Fixação.

Teixeira e Medeiros (2014) explanam ainda que a Pesquisa de Fixação é objeto de análise crítica em diversas áreas do conhecimento, uma vez que este instrumento tem um enfoque reducionista, é marcado por uma lógica mercantil, de caráter meramente cadastral e tem se consolidado como um instrumento de culpabilização do trabalhador pela ineficiência do programa.

Sob essa análise, a Pesquisa de Fixação não contempla questões relacionadas à saúde do trabalhador, o que resulta na invisibilidade dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores e contribui para a continuidade de um ciclo vicioso de adoecimento.

Diante desse cenário, torna-se necessário analisar e reavaliar a Pesquisa de Fixação sob a perspectiva da defesa da saúde do trabalhador, vislumbrando reflexões que impulsionem mudanças neste instrumento.

9.1.1 “Novas”²⁴ abordagens para a Pesquisa de Fixação

A Pesquisa de Fixação deve ser compreendida como um instrumento capaz de avaliar o processo de Reabilitação Profissional, identificando sua efetividade: se o mesmo contribuiu para o retorno do segurado ao mercado de trabalho em condições seguras e saudáveis e também se o trabalhador permanece empregado no momento da realização da pesquisa.

Mas, a Pesquisa de Fixação deve sobretudo possibilitar o desenvolvimento de um programa de prevenção e controle de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores junto às empresas em parceria com os SESMET, CEREST, sindicatos e outros órgãos que fazem interface com a saúde do trabalhador.

O fortalecimento das instâncias de participação social dos setores organizados é crucial para o enfrentamento conjunto dos problemas sistêmicos relatados pelos segurados, que deve ser feito explicitamente, contribuindo para o aumento da transparência institucional, garantida em lei, mas ainda não conquistada na prática. (FUNDACENTRO, 2013, p. 41)

A Pesquisa de Fixação deve conter questões que possibilitem a proteção social do trabalhador frente à precarização das condições de trabalho, à ineficiência das políticas de segurança em saúde do trabalhador e à ausência da integralidade das demais políticas públicas.

²⁴ O termo “Novas” foi grafado entre aspas, nesta seção, porque se refere a procedimentos técnicos e regulações que já existem e são estabelecidos em legislações, manuais e textos científicos, todavia ainda não são aplicados. A proposta é que o resgate desses procedimentos, a partir de uma “nova abordagem”, possa subsidiar a eficácia da Pesquisa de Fixação e a efetividade do Programa de Reabilitação Profissional.

Dessa forma, para que seja possível cumprir com esta intencionalidade é fundamental que seja alterada a abordagem metodológica da Pesquisa de Fixação, dando ênfase ao enfoque qualitativo e propondo a inserção de novas questões que considerem o trabalho como o elemento central nos processos de adoecimento dos trabalhadores.

A Pesquisa de Fixação, portanto, deve ser reformulada, contendo questões semiestruturadas, o que “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” (TRIVIÑOS, 1987, p. 152). Tendo em vista isso, o formulário da Pesquisa de Fixação deve conter questões abertas e fechadas, proporcionando a participação dos trabalhadores e dos profissionais que atuam nos processos de trabalho, privilegiando sua fala e permitindo que aqueles exponham sua compreensão sobre o trabalho e sua repercussão nos processos de saúde/doença.

Além disso, a participação do segurado e de outros profissionais envolvidos na organização do trabalho é fundamental para a identificação dos riscos nos processos produtivos e para a definição de estratégias para a consolidação de um modelo de atenção integral à saúde do trabalhador.

A Pesquisa de Fixação deve fomentar, assim, a implementação de diretrizes e parcerias locais para a integração entre o INSS, serviços de VISAT/SUS e MTE para o desenvolvimento de intervenções nos ambientes e processos de trabalho com o intuito de interromper com o ciclo de adoecimento da classe trabalhadora (FUNDACENTRO, 2007).

Assim feito, a Pesquisa de Fixação torna-se capaz de superar as fragilidades e obstáculos que o programa de reabilitação vem enfrentando ao longo dos anos e se consolidar como uma política de proteção social. Por isso, é mister compreender que

a missão do INSS, como órgão da seguridade social, tem que ser o de prevenir benefícios de longa duração e promover retorno ao trabalho no tempo adequado a cada caso e de forma plena, contribuindo também para ações de prevenção de novas ocorrências, dentro de um sistema de VISAT. (FUNDACENTRO, 2013, p. 37)

No entanto, para que a Pesquisa de Fixação se consolide como um dos instrumentos das ações de VISAT, é necessário que o INSS, por meio do PRP, assuma sua responsabilidade como parte da Seguridade Social, sendo esta compreendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde,

à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, art. 194) e que, além disso, cumpra com seu papel como integrante das ações de VISAT (FUNDACENTRO, 2013).

Sob essa perspectiva, para que o Programa de Reabilitação Profissional se efetive como um direito do trabalhador, a Pesquisa de Fixação deve conter questões que contemplem os seguintes eixos: Eixo 1) Identificação do segurado e situação empregatícia; Eixo 2) Descrição da Ocupação e sua relação com a saúde do trabalhador; Eixo 3) Organização e processo de trabalho e sua relação com o adoecimento do trabalhador; Eixo 4) Doenças e Acidentes: sequelas ou limitações decorrentes do processo de adoecimento; Eixo 5) Estrutura do Programa de Reabilitação: aspectos facilitadores e obstáculos encontrados para a efetividade de suas ações e Eixo 6) Retorno do segurado ao mercado de trabalho: medidas de prevenção de acidentes e doenças profissionais.

Os eixos citados têm como objetivo conhecer o processo de trabalho, assim como seus riscos e as medidas de prevenção adotadas pelas empresas envolvidas, buscando consolidar um trabalho articulado e integrado, voltado para a melhoria do processo reabilitatório e, sobretudo, para o desenvolvimento das ações de VISAT.

Sob esta perspectiva, na “Proposta de Pesquisa de Fixação”, uma das primeiras mudanças sugeridas por este trabalho é inserir o conceito da Pesquisa de Fixação para que os segurados, assim como profissionais envolvidos no processo de reabilitação, compreendam sua finalidade e a importância da participação e engajamento de todos os atores envolvidos.

A Pesquisa de Fixação não deve ser compreendida apenas como um mecanismo fiscalizatório que resulte em aplicação de multas e sanções, mas sobretudo como um instrumento das ações de VISAT, ou seja, uma política de Estado de regulação do trabalho que tem como objetivo contribuir para a redução e/ou eliminação dos riscos nos processos produtivos. Essas ideias estão explicitadas na “Proposta de Pesquisa de Fixação”, no Questionário 1 abaixo.

Questionário 1- Proposta de ficha de Pesquisa de Fixação

Pesquisa de Fixação: é um instrumento que tem com finalidade contribuir para a melhoria do processo reabilitatório da Previdência Social e, sobretudo, consolidar-se como um dos instrumentos de VISAT, desenvolvendo ações de prevenção e controle de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores		
GEX: _____ APS: _____ OL: _____		
Eixo 1: Identificação do segurado (a) e situação empregatícia		
1- Nome:		2- Espécie NB:
3- Telefone:		4- Celular:
5- Data de Nascimento:		6- Sexo: () F () M
7- Município:	8- () Zona Urbana	9- () Zona Rural
10- Escolaridade:		
11- Situação empregatícia Empregado () urbano () rural () doméstico Desempregado () Contribuinte Individual () Empregador () Outras situações () Qual? _____ Salário:		
12- CID (diagnóstico principal):		13- CID (diagnóstico secundário):
14- Data início PRP:	15- Data do desligamento RRP:	16- Código do desligamento:
Eixo 2: Descrição da Ocupação e sua relação com a saúde do trabalhador		
	Empresa de Vínculo	Empresa Atual
17- Função (Código CBO)		
18- Nas situações em que forem evidenciadas divergências na função cadastrada (CBO) no CNIS ou na CTPS, descreva qual o trabalho real exercido pelo trabalhador? Empresa de vínculo: Empresa atual:		
19- A partir das informações coletadas, há elementos que caracterizam o descumprimento das condições acordadas no retorno ao trabalho?		
20- Procedimentos adotados pela Equipe de Reabilitação Profissional após identificação das divergências nas informações: () Comunicação ao Ministério do Trabalho () Outros Qual? _____		
21- Ramo de Atividade (Código CNAE)	Empresa de vínculo	Empresa atual
22- Quantidade de funcionários da empresa:		

Pesquisa de Fixação: é um instrumento que tem com finalidade contribuir para a melhoria do processo reabilitatório da Previdência Social e, sobretudo, consolidar-se como um dos instrumentos de VISAT, desenvolvendo ações de prevenção e controle de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores

(continuação)

23-Serviços implantados em conformidade com as Normas Regulamentadoras:

Empresa de vínculo: () CIPA () PCMSO () PPRA () SESMET () Outros Qual? _____

Empresa atual: () CIPA () PCMSO () PPRA () SESMET () Outros Qual? _____

24- Quais as dificuldades encontradas pela empresa para a implantação e/ou desenvolvimento dos serviços?

Empresa de vínculo:

Empresa atual:

Eixo 3: Organização, processo de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador

25- A partir de suas experiências profissionais, qual o significado do trabalho para você?

26- Seu trabalho tem causado algum impacto na sua saúde?

Empresa de vínculo: () Não () Sim Quais?

Empresa atual: () Não () Sim Quais?

27- Quais os meios e/ou instrumentos utilizados no processo de trabalho?

Empresa de vínculo:

Empresa atual:

28-Houve treinamento adequado para o uso dos meios e/ou instrumentos de trabalho

Empresa de vínculo: () Sim () Não

Empresa atual: () Sim () Não

29-Você faz uso de algum EPI'S?

Empresa de vínculo: () Sim Quais?

() Não Por quê?

Empresa atual: () Sim Quais?

() Não Por quê?

Pesquisa de Fixação: é um instrumento que tem com finalidade contribuir para a melhoria do processo reabilitatório da Previdência Social e, sobretudo, consolidar-se como um dos instrumentos de VISAT, desenvolvendo ações de prevenção e controle de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores

(continuação)

30-Você conhece os riscos presentes no processo de trabalho? Se sim, especifique abaixo os riscos existentes no seu local de trabalho.

Empresa de vínculo: () Desconhecimento dos riscos

() Riscos Físicos () Riscos Mecânicos () Riscos Químicos () Riscos Ergonômicos () Riscos Biológicos
() Riscos diretamente relacionados à organização do trabalho.

Empresa atual: () Desconhecimento dos riscos

() Riscos Físicos () Riscos Mecânicos () Riscos Químicos () Riscos Ergonômicos () Riscos Biológicos
() Riscos diretamente relacionados à organização do trabalho.

31- Quais são as medidas adotadas pela empresa que você conhece para amenizar estes riscos?

Empresa de vínculo:

Empresa atual:

32- Como é sua relação com sua chefia imediata e com os colegas de trabalho?

Empresa de vínculo:

Empresa atual:

Eixo 4: Doenças e Acidentes: sequelas ou limitações decorrentes do processo de adoecimento

33-De acordo com a coluna abaixo, especifique a origem do seu tipo de doença ou acidente:

() Doença Profissional () Acidente de Trabalho () Doença de qualquer natureza
 ___ Típico
 ___ Atípico
 ___ Trajeto

Pesquisa de Fixação: é um instrumento que tem com finalidade contribuir para a melhoria do processo reabilitatório da Previdência Social e, sobretudo, consolidar-se como um dos instrumentos de VISAT, desenvolvendo ações de prevenção e controle de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores (continuação)	
34-Nas situações em que houve o reconhecimento da incapacidade relacionado ao trabalho, ou seja, espécie do benefício 91, houve a apresentação de CAT? ☐ Sim ☐ Não	
35- A incapacidade foi relacionada ao trabalho por meio do NETEP? ☐ Sim ☐ Não	
36- A doença ou acidente resultaram em algum tipo de sequela(s)? ☐ Sim. Especifique ☐ Não Sequelas Físicas: ☐ Amputação de MS ☐ Amputação de MI ☐ Perda visual ☐ Perda de movimentos ☐ Outras Qual? _____ Sequelas Psicológicas: ☐ Depressão ☐ Isolamento Social ☐ Perda da Identidade ☐ Dificuldades de convivência familiar ☐ Outras Qual? _____	
37- Nas situações de recebimento de auxílio-doença acidentário (espécie 91), houve demissão em período de estabilidade? ☐ sim ☐ não	
38-Em caso de violação de direitos do segurado qual o procedimento adotado pela Equipe de Reabilitação Profissional? ☐ Comunicação ao Ministério do Trabalho ☐ Outros Qual _____	
Eixo 5 : Estrutura do Programa de Reabilitação: aspectos facilitadores e obstáculos encontrados para a efetividade de suas ações	
39- O programa possibilitou a elevação da escolaridade do trabalhador? ☐ Sim ☐ Não. Neste caso, quais as dificuldades encontradas? ☐ Inexistência do serviço no município ☐ Dificuldades no processo de aprendizagem, devido à doença e/ou deficiência ☐ Outras Qual? _____	40- O programa promoveu cursos de Qualificação Profissional? ☐ Sim ☐ Não. Neste caso, quais as dificuldades encontradas? ☐ Falta de financiamento pelo programa ☐ Desconhecimento do direito a este serviço ☐ Realização de cursos gratuitos no município e/ou a distância ☐ Realização de treinamento em empresas no município ☐ Outras Qual? _____

Pesquisa de Fixação: é um instrumento que tem com finalidade contribuir para a melhoria do processo reabilitatório da Previdência Social e, sobretudo, consolidar-se como um dos instrumentos de VISAT, desenvolvendo ações de prevenção e controle de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores (continuação)	
41- Qual a qualidade dos cursos realizados durante o Programa de Reabilitação Profissional? ☐ superficial ☐ bom ☐ regular ☐ excelente	
42- Conforme previsto na Lei nº 8213/91, Art. 89, o programa financiou recursos materiais necessários para sua Reabilitação Profissional? ☐ Sim, Especifique: ☐ Prótese, órtese e meio auxiliar de locomoção ☐ Implemento Profissional ☐ Auxílio transporte, auxílio alimentação ou diárias	☐ Não, Neste caso, quais as dificuldades encontradas
43-Durante o Programa de Reabilitação Profissional, houve realização de treinamento? ☐ Sim ☐ Não. Neste caso quais as dificuldades encontradas?	
44- Qual a duração do treinamento? ☐ Até 03 meses ☐ Acima de 03 meses	
45- Assinale as principais características do seu treinamento: ☐ Receptividade da empresa e adequação do trabalho foram satisfatórias ☐ Dificuldades da empresa em adequar o posto de trabalho às minhas limitações ☐ Dificuldades de convivência com os colegas de trabalho ☐ Outras Quais _____	
46- Você considera que o treinamento contribuiu para seu retorno e/ou permanência ao mercado de trabalho? ☐ Sim ☐ Não. Por quê? _____	
47- Quais os pontos facilitadores e as dificuldades enfrentadas durante seu processo de Reabilitação Profissional?	
Eixo 6: Retorno do segurado ao mercado de trabalho: medidas de prevenção de acidentes e doenças profissionais	
48- Quais as medidas de prevenção de acidentes e doenças profissionais adotadas pela empresa para reduzir os acidentes e doenças profissionais?	

Pesquisa de Fixação: é um instrumento que tem com finalidade contribuir para a melhoria do processo reabilitatório da Previdência Social e, sobretudo, consolidar-se como um dos instrumentos de VISAT, desenvolvendo ações de prevenção e controle de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores (continuação)
49- De acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, as ações de VISAT devem ser realizadas de forma articulada com os diversos setores e órgãos que fazem interface com a saúde do trabalhador. Sob essa perspectiva, vocês têm realizado ações de vigilância e promoção à saúde dos trabalhadores em parceria com quais órgãos? ☐ INSS ☐ Ministério do Trabalho ☐ Sistema Único de Saúde ☐ Sindicatos ☐ Ministério Público do Trabalho ☐ CEREST ☐ Outros ☐ Qual? _____
50- Quais as dificuldades encontradas para o desenvolvimento das ações de VISAT?
51- Quais os pontos facilitadores e as dificuldades encontradas durante o processo de Reabilitação Profissional?
Observações do Profissional de Referência:
Data: Nome e Matrícula do Profissional de Referência

Fonte: Autora (2018).

Para a coleta das informações, é imprescindível o uso dos seguintes métodos: entrevista com o segurado, assim como com as empresas envolvidas (preferencialmente médico do trabalho, técnico segurança do trabalho e/ou outros profissionais), visitas técnicas às empresas, análise processual e consulta ao CNIS.

A seguir será abordado cada eixo mencionado na “Proposta de Pesquisa de Fixação”, argumentando a importância da inserção de algumas questões para as ações de VISAT sob uma nova perspectiva: a defesa da saúde do trabalhador em sua integralidade.

Eixo 1: Identificação do segurado e situação empregatícia

Este eixo contém os dados pessoais do trabalhador como nome, endereço, telefone para contato, escolaridade, número de benefício, data de início e término do Programa de Reabilitação Profissional e seu respectivo código de desligamento.

Além disso, é pertinente acrescentar um campo para identificar o município de moradia do trabalhador, assim como especificar se o mesmo reside em região urbana ou rural. Estes dados são

importantes para traçar o perfil dos segurados, assim como mensurar as barreiras territoriais e impulsionar o desenvolvimento de políticas públicas e sociais em tais territórios.

Este eixo também contém dados relacionados à situação empregatícia do trabalhador, especificando o tipo de vínculo junto à Previdência Social, tais como: trabalhador empregado (urbano, rural, doméstico), desempregado, contribuinte individual, empregador e outros.

O documento contém também um campo para identificar o CID principal do trabalhador que resultou em seu encaminhamento ao programa. Porém, no desenvolvimento do programa, deparamo-nos muitas vezes com trabalhadores que apresentam comorbidades que podem comprometer o processo de Reabilitação Profissional. Portanto, ao ser sinalizado na Pesquisa de Fixação apenas o CID principal, a interpretação gerada é de que outras doenças e/ou limitações apresentadas pelo trabalhador são desconsideradas na análise da incapacidade e/ou de elegibilidade dos segurados para o retorno ao mercado de trabalho.

Por conseguinte, neste eixo, é importante ser incluído o CID secundário, tendo em vista que, de acordo com o Manual Técnico do Programa de Reabilitação Profissional, a análise da incapacidade do trabalhador deve ser realizada a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) que tem como finalidade superar o modelo biológico e desenvolver uma análise biopsicossocial que “ofereça uma visão integrada e coerente das diferentes dimensões da saúde sob uma perspectiva biológica, individual e social” (FUNDACENTRO, 2007, p. 21). Com isso, considera-se todos os elementos apresentados pelo trabalhador, presentes no território e em sua dinâmica social. Portanto,

a CIF introduz um novo modo de compreender a situação de saúde de indivíduos ou populações, mais dinâmico e mais complexo, compatível com o quadro multidimensional que envolve a experiência completa de saúde. (NUBILA; BUCHALLA, 2008, p. 330)

Nessa análise, a inclusão do CID secundário na Pesquisa de Fixação além de reafirmar a importância de ser avaliada a incapacidade de acordo com os critérios da CIF, pode fomentar a participação de outros profissionais que atuam em políticas de saúde, educação, assistência no processo de reabilitação profissional, contribuindo para a “[...] definição de tempo de afastamento, nas restrições a serem definidas, na avaliação do potencial laborativo e no processo de retorno ao trabalho” (FUNDACENTRO, 2013, p. 36).

Além disso, o CID secundário é importante para evidenciar as principais doenças que têm acometido os trabalhadores nos processos de trabalho e contribuir para subsidiar o desenvolvimento de ações de vigilância e a formulação de políticas públicas em defesa da classe trabalhadora.

Eixo 2: Descrição da Ocupação e sua relação com a saúde do trabalhador

Na Pesquisa de Fixação, este eixo é denominado como “Dados empregatícios”. Nele contém informações sobre a função (código CBO) e Ramo de atividade (CNAE) do trabalhador anterior a seu ingresso no Programa de Reabilitação e posterior ao seu desligamento do programa.

Nesta seção, deve ser discriminado o código da CBO do segurado que é um dado importante para a saúde do trabalhador, pois, de acordo com a Portaria Ministerial nº 397/ 2002, a CBO tem como finalidade organizar e classificar as ocupações no mercado de trabalho de forma enumerativa e descritiva.

A classificação enumerativa²⁵ codifica empregos e outras situações de trabalho para fins estatísticos de registros administrativos, censos populacionais e outras pesquisas domiciliares. A classificação descritiva, por sua vez, apresenta detalhadamente as atividades realizadas no trabalho prescrito, assim como os requisitos de formação, experiências profissionais e as condições de trabalho.

Além destas funções, mesmo a CBO não traduzindo a realidade do trabalho, visto que o trabalho apresenta variabilidades, seus dados podem ser utilizados para identificar o descumprimento das condições acordadas no contrato de trabalho que podem resultar em perdas de direitos trabalhistas e previdenciários, como, por exemplo, o direito à Aposentadoria Especial²⁶.

Além disso, o preenchimento incorreto da CBO pode prejudicar o acesso do trabalhador a outras oportunidades de trabalho que exijam experiência na Carteira de Trabalho da Previdência Social (CTPS).

²⁵ Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/informacoesGerais.jsf>. Acesso em: 17 mai. 18

²⁶ A aposentadoria especial é um benefício concedido ao cidadão que trabalha exposto a agentes nocivos à saúde, como calor ou ruído, de forma contínua e ininterrupta, em níveis de exposição acima dos limites estabelecidos em legislação própria.

Por isso, é fundamental que o preenchimento da CBO não seja realizado como um dado isolado, mas preenchido de forma correta e que sejam discutidas suas implicações para a garantia dos direitos da classe trabalhadora.

Seguindo essa análise, além do registro da CBO no formulário da Pesquisa de Fixação, é necessária a inclusão de um campo para especificar as atividades reais realizadas pelo trabalhador nas situações em que forem evidenciadas divergências na CBO cadastrada no CNIS ou na CTPS, assim como a inserção de um campo para identificar situações em que houve o descumprimento das condições acordadas no contrato de trabalho e definidas pela CBO.

Nessas situações, os profissionais que atuam no programa de Reabilitação Profissional, podem contribuir para as ações de vigilância, comunicando a situação ao Ministério do Trabalho, assim como já vindo sendo realizado pelo SUS, que também possui esta atribuição.

É importante também estabelecer parcerias com o MPT para garantir e promover os direitos da classe trabalhadora através de investigações nos processos de trabalho, implantação de TACS e ações regressivas nas situações em que for constatado que o acidente e/ou doença foi resultado de negligência quanto às normas de saúde e segurança por parte da empresa. Isso porque, de acordo com o Decreto 5063/2004, Art 1º, inciso III, é de competência do MPT a fiscalização das atividades laborais, bem como a aplicação das sanções previstas em normas legais ou coletivas.

Ademais, nas situações que for evidenciado que houve o descumprimento das condições pactuadas no contrato de trabalho torna-se importante acrescentar um campo, no formulário da Pesquisa de Fixação, identificando os procedimentos adotados pela Equipe de Reabilitação Profissional, após a constatação das distorções e violação dos direitos do trabalhador. A inserção deste campo contribuirá para a superação do caráter cadastral da Pesquisa de Fixação dentro do programa e possibilitará a defesa dos direitos da classe trabalhadora, consolidando ações interinstitucionais e interministeriais.

A inclusão destes campos na Pesquisa de Fixação além de serem importantes para a defesa dos direitos da classe trabalhadora, também pode contribuir para despertar nos profissionais que atuam no programa um olhar e um cuidado voltado para a saúde do trabalhador. Isso é essencial, pois, muitas vezes, os profissionais que atuam no PR, quando identificam divergências nestas informações, não realizam intervenções de forma adequada, principalmente, porque esses dados permanecem desvinculados de uma análise protetiva de segurança à saúde do trabalhador.

Dessa forma, o que se percebe é que tais profissionais, mecanicamente, desenvolvem suas práticas e condutas profissionais engessadas, distantes do conceito de proteção social e muitas vezes desconhecem a importância do seu papel para a garantia e defesa dos direitos dos trabalhadores.

Ramos (2007) *apud* Pereira e Nogueira (2012) elucidam que um dos desafios dos profissionais que atuam no Programa de Reabilitação Profissional é a superação da lógica imediatista e institucional que tende a restringir os direitos da classe trabalhadora.

Ainda de acordo com os autores, os profissionais que atuam no programa devem desenvolver uma leitura crítica quanto às técnicas utilizadas no programa e às suas ações profissionais, rompendo com o processo de adoecimento dos trabalhadores. Este processo está estritamente relacionado à lógica de maximização dos lucros que tem degradado a saúde dos trabalhadores nos ambientes de trabalho.

Similar ao exposto acima, o campo “Ramo de atividade (código CNAE)” tem como objetivo padronizar os códigos de atividades econômicas por ramo de atividade. Porém, ele, de um modo geral, não tem sido utilizado como um mecanismo para subsidiar as ações de VISAT, mesmo que a Portaria nº 3214/78 estabeleça que a CNAE tem como potencialidade definir o grau de risco das atividades laborais e contribuir para a aplicabilidade das Normas Regulamentadoras (NR’S) as quais devem ser adotadas em todas as empresas para eliminar ou reduzir os riscos de acidentes nos processos de trabalho.

Portanto, torna-se fundamental a criação de um campo que sinalize a quantidade de funcionários da empresa e os serviços implantados, em conformidade com as Normas Regulamentadoras, tais como: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Esses serviços objetivam orientar os trabalhadores sobre os riscos nos processos de trabalho e as medidas necessárias para evitar acidentes e doenças profissionais, consoante descrito no Anexo N deste trabalho.

Além disso, é importante inserir no formulário da Pesquisa de Fixação uma questão aberta para que as empresas possam expressar suas dificuldades para implantar e/ou desenvolver os serviços e ações estabelecidas nas Normas Regulamentadoras, objetivando construir coletivamente estratégias para romper com tais dificuldades.

Eixo 3: Organização e processo de trabalho e sua relação com o adoecimento do trabalhador

Marx (2011) explana que o trabalho é uma categoria fundante do ser social. Porém, as transformações no mundo do trabalho promovidas pelo desenvolvimento capitalista têm resultado em impactos no modo de produção e nas relações de trabalho, em que a “[...] lógica imperativa do ‘produzir mais com menos’ acentua as sobrecargas, os desgastes e a perda de saúde e de qualidade de vida” dos trabalhadores (SANTOS, 2016, p. 24).

Antunes (2015), por sua vez, argumenta que o Estado permite a desregulamentação dos direitos trabalhistas, por meio da flexibilização do trabalho, com o surgimento e consolidação de diversas formas de trabalho precarizado, como o subemprego, trabalho terceirizado, ampliação do trabalho informal e das jornadas de trabalho.

Nesse cenário, o trabalho tem se transformado em um mecanismo de alienação no qual o processo de trabalho degrada a saúde do trabalhador. Ademais,

(...) sob o capitalismo, o trabalhador não se satisfaz no trabalho, mas se degrada; não se reconhece, mas se nega (...). Desse modo, a alienação, como expressão de uma relação social fundada na propriedade privada e no dinheiro, apresenta-se como “abstração da natureza específica, pessoal” do ser social que “atua como homem que se perde de si mesmo, desumanizado” (ANTUNES, 2005, p. 70-71 *apud* MENDES, 2013).

Sob esse aspecto, as mudanças em curso contribuem para a produção de indicadores de acidentes e doenças profissionais cada vez mais altos.

A Pesquisa de Fixação pode ser utilizada para evidenciar os impactos que a organização e os processos de trabalho podem causar na classe trabalhadora, principalmente, sem um cuidado e um olhar voltado para a proteção da saúde do trabalhador.

Com isso, para efetividade das ações de Reabilitação Profissional, é indispensável inserir na Pesquisa de Fixação questões que considerem a centralidade da categoria trabalho no processo de adoecimento dos trabalhadores, tendo em vista que este programa atende pessoas que estão incapacitadas para o trabalho por motivo de doença ou acidente e tem como objetivo contribuir para seu retorno às atividades laborais. Desse modo, neste eixo torna-se necessário inserir uma questão para que o trabalhador exponha qual o seu conceito de trabalho, a partir de suas experiências e seus impactos para o processo de adoecimento.

Ainda, é fundamental conhecer os processos de trabalho, sendo estes compreendidos como “[...] o conjunto de situações que estão envolvidas na realização do trabalho em si - o processo de

trabalho -, o local onde ele se realiza – o ambiente de trabalho - e as diversas formas como ele se realiza - as condições de trabalho” (BRASIL, 2014, p. 10).

Conforme o exposto, é imprescindível que sejam inseridas questões em que o trabalhador possa especificar os instrumentos de trabalho utilizados em seu exercício profissional e manifestar se a empresa promoveu treinamento adequado para a operação dos maquinários, instrumentos de trabalho e para uso adequado e contínuo dos EPI’S.

Ademais, é preciso que sejam inseridas questões em que o trabalhador possa relatar seu conhecimento sobre os riscos existentes no processo de trabalho, conforme exemplificado no Anexo O e, sobretudo, que sejam inseridas questões em que o trabalhador manifeste seu conhecimento sobre as medidas de segurança adotadas pela empresa para reduzir os riscos de acidentes e doenças profissionais.

A análise dos riscos nos locais de trabalho deve contar com a vivência, o conhecimento e a participação dos trabalhadores, já que são eles que realizam o trabalho cotidiano e sofrem seus efeitos. Portanto, são eles os mais indicados para identificar, eliminar e controlar os riscos. (BRASIL, 2006, p. 20)

Contudo, nas situações em que o trabalhador manifestar desconhecimento dos riscos presentes no processo de trabalho é importante ter um cuidado para que esta situação não seja interpretada como inexistência de riscos. Este entendimento equivocado pode contribuir para a invisibilidade dos riscos e agravos a saúde dos trabalhadores, assim como no aumento do número de acidentes e doenças profissionais.

Sobre isso, o MT alerta que os riscos ocupacionais estão presentes em todas as atividades profissionais, sejam eles de natureza física, química, biológica, ergonômica ou acidental, porém a maioria destes riscos podem ser evitados com medidas de segurança adequadas.

Ademais, é importante ser inserida uma questão que busque caracterizar o tipo de relacionamento que o trabalhador possui com sua chefia imediata e com os colegas de trabalho, para identificar se ele se sente valorizado dentro da empresa, se há “laços de solidariedade” entre os colegas de trabalho, assim como identificar elementos que podem contribuir para o processo de adoecimento do trabalhador.

Eixo 4: Doenças e Acidentes: sequelas ou limitações decorrentes do processo de adoecimento

De acordo com a OIT, o Brasil ocupa o 4º lugar no *ranking* mundial de acidentes de trabalho no mundo e este cenário tem se agravado com a expansão do trabalho informal e a subnotificação dos acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Neste contexto, a Pesquisa de Fixação pode contribuir para o levantamento de dados estatísticos para corroborar com as ações de VISAT. Por isso, torna-se indispensável reconhecer se a incapacidade laboral do segurado foi caracterizada como doença profissional, acidente de trabalho ou doença de qualquer natureza, conforme definido pela Lei nº 6367/76.

De acordo com a referida lei, equiparam-se a acidente de trabalho:

- 1) Acidente típico: é o que acontece dentro da empresa provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, permanente ou temporária, de sua capacidade para o trabalho;
- 2) Acidente de trajeto: é aquele que ocorre durante o percurso entre a residência do empregado e seu local de trabalho.
- 3) Acidente atípico: é aquele que pode ocorrer dentro ou fora do local de trabalho, decorrente do exercício do trabalho, sendo equiparados a acidente pelos Artigos 21 e 22 da Lei n. 8213/91.

A doença Profissional é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício de determinada atividade laboral constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social.

A doença ou acidente de qualquer natureza são caracterizados como aqueles que não estejam relacionados ao processo de trabalho, ou seja, são resultados de causas inesperadas.

Dessa forma, neste eixo, é importante ser inserido um campo identificando se a fixação da natureza acidentária do benefício foi realizada a partir da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) ou pelo Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NETEP).

Junior, Almeida e Morrone (2012) argumentam que a adoção do NETEP representa um avanço para a saúde do trabalhador, tendo em vista que, com esta ferramenta, o perito médico do INSS tem autonomia para fixar a natureza acidentária do benefício, identificando se a doença sofrida pelo trabalhador é ocupacional.

Ainda de acordo com os autores, para o reconhecimento do NETEP, o perito médico deve utilizar as seguintes ferramentas para evidenciar o nexo causal: “história clínica, exame clínico (físico e mental) e exames complementares, anamnese ocupacional, estudo do local e da organização do trabalho e identificação de riscos ocupacionais” (JUNIOR; ALMEIDA; MORRONE, 2012, p. 74).

Contudo, os autores explicitam que “os Peritos sem formação aprofundada em Medicina do Trabalho podem ter dificuldade em fixar o NETEP de forma adequada” (JUNIOR; ALMEIDA; MORRONE, 2012, p. 78) o que pode comprometer a garantia do direito dos trabalhadores.

Por esses motivos, a coleta desses dados a partir da Pesquisa de Fixação contribuirá para evidenciar um dos problemas na saúde do trabalhador que é a subnotificação e a dificuldade encontrada pela Perícia Médica do INSS em realizar uma relação entre o adoecimento do trabalhador e sua atividade profissional.

Além disso, esses dados poderão impulsionar o desenvolvimento de capacitações para os peritos médicos do INSS sobre a relação das atividades ocupacionais com o adoecimento da classe trabalhadora, objetivando a redução do número de subnotificações. Tais dados permitirão ainda estimular o fortalecimento de políticas de segurança do trabalho, tendo em vista que este tipo de fragilidade dentro da Previdência Social é caracterizado como um problema de saúde pública.

Assim, é mister que as Políticas de Segurança em Saúde do Trabalhador em parceria com o INSS e outros órgãos locais promovam

capacitação, incentivando seu quadro de Peritos Médicos a aprimorar sua formação em Medicina do Trabalho, além de treinamentos permanentes a respeito de doenças ocupacionais. Desta maneira, ao dominar as ferramentas de avaliação de riscos ocupacionais podem estabelecer de forma mais técnica nexo causal entre doença e trabalho. (JUNIOR;ALMEIDA; MORRONE, 2012, p. 78)

A Pesquisa de Fixação também deve identificar as sequelas provenientes da doença ou acidente, tais como: amputação de membro, perda auditiva ou visual, sequelas motoras, neurológicas e outras limitações que possam comprometer tanto o retorno do segurado ao mercado de trabalho como identificar os reflexos destas sequelas no modo de vida da classe trabalhadora e em suas perspectivas profissionais e pessoais.

A presença de dores e limitações, decorrentes da doença, contribui para o surgimento de sintomas depressivos e de ansiedade, acompanhada de angústia e medo em relação a um

futuro incerto. A partir destas modificações, o trabalhador perde um pouco da sua identidade e ganha insegurança no ambiente de trabalho, familiar e social. (TORRES, 2011, p. 43).

Nessa perspectiva, os acidentes e doenças profissionais produzem outros rebatimentos na classe trabalhadora e em sua dinâmica social. Seus efeitos comprometem a “integridade física, podem ocorrer alterações psicológicas e sintomas psiquiátricos que repercutem no relacionamento interpessoal, familiar, social e laboral do trabalhador, comprometendo seus projetos de vida e sua realização pessoal” (JACQUES, 2009, p. 147).

As marcas da violência dos acidentes do trabalho [ou da doença crônica] atingem não só os corpos dos trabalhadores, mas a identidade, a auto-estima, a confiança em si mesmo e a segurança no futuro (MATSUO, 1998, p. 75).

Por conseguinte, ao ser desenvolvida uma pesquisa que busque mensurar a complexidade dos efeitos dos acidentes de trabalho e doenças profissionais nas relações sociais e familiares do trabalhador acidentado também pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas destinadas a atender as necessidades dos trabalhadores e de suas famílias.

Ademais, a identificação das repercussões dos acidentes no modo de vida do trabalhador e de sua família é necessária para reafirmar a importância de serem realizadas ações de prevenção de acidentes e doenças profissionais nos locais de trabalho, principalmente, porque os dados da OIT revelam que a maioria dos acidentes laborais ocorridos atualmente são passíveis de serem evitados.

Neste eixo, também deve ser incluído um campo que evidencie o número de segurados que estão recebendo Auxílio-acidente, sendo este, caracterizado como um benefício indenizatório concedido ao segurado após a consolidação de lesões decorrentes de acidente de trabalho ou de qualquer natureza que resultem em sequelas com redução da capacidade para o trabalho.

Enfatiza-se que nas situações de acidente de trabalho, a Pesquisa de Fixação contém um campo que busca evidenciar se houve demissão do segurado por parte da empresa dentro do período de estabilidade, que é de um ano após a alta médica do INSS. Porém, além desse campo, é preciso ser incluído, neste eixo, uma questão que registre as ações adotadas pela Equipe de Reabilitação Profissional, após ser identificado que os direitos do trabalhador foram violados.

Eixo 5: Estrutura do Programa de Reabilitação: aspectos facilitadores e obstáculos encontrados para a efetividade de suas ações

De acordo com Fundacentro (2013), a participação ativa dos segurados em todas as ações do Programa de Reabilitação Profissional é fundamental para o aperfeiçoamento do programa e construção de uma política pública comprometida com os interesses da classe trabalhadora.

A partir desse entendimento, observa-se que este eixo tem sido abordado pela Pesquisa de Fixação de forma superficial. Por exemplo, no campo denominado “Programa Profissional realizado”, é identificado apenas se o programa possibilitou aos segurados elevação de escolaridade e realização de cursos profissionalizantes ou participação em treinamentos.

Do mesmo modo, ocorre com o campo “Recursos Materiais”, que tem como finalidade identificar se o segurado obteve acesso a implementos profissionais e outros recursos custeados pelo programa, tais como: prótese, órteses, implemento profissional, auxílio transporte, alimentação, diárias para potencializar o alcance dos objetivos da Reabilitação Profissional. Contudo, na Pesquisa de Fixação é permitido apenas assinalar se houve ou não concessão de recursos materiais disponibilizados pelo programa. Percebe-se, então, que esses dados são insuficientes para avaliar as fragilidades e as potencialidades do programa com vistas ao aperfeiçoamento de suas ações.

Nesse sentido, na Pesquisa de Fixação, não existe um campo que evidencie de forma consistente a qualidade dos recursos oferecidos pelo programa e, nas situações em que estes não são disponibilizados, é preciso identificar os motivos pelos quais o trabalhador não teve acesso a estes recursos. Estas informações são fundamentais para dar visibilidade a um dos problemas encontrados no processo de Reabilitação Profissional, especificamente na Gerência Executiva de Divinópolis, que é o acesso aos recursos materiais.

Logo, é preciso avaliar a efetividade do programa para além do fornecimento dos recursos materiais. É fundamental incluir questões qualitativas que evidenciem as dificuldades encontradas pelos segurados para cumprirem determinados procedimentos e normas do programa, como, por exemplo: o acesso aos cursos profissionalizantes que deveriam ser promovidos pelo programa, mas que na maioria das vezes são realizados com recursos do município de forma precarizada; a realização de treinamento adequado e compatível com as limitações do segurado; as dificuldades encontradas por parte das empresas em adequar os postos de trabalho às necessidades da pessoa com deficiência.

Com relação à realização dos treinamentos promovidos pelo programa em parceria com as empresas, a fragilidade é similar.

Na prática cotidiana, após uma ou mais entrevistas, é feito um contato com a empresa de vínculo e o segurado é encaminhado para um estágio de um mês [...]. Também pode o segurado ser realocado em outra função, sem qualquer ação sobre as condições geradoras ou agravantes da incapacidade. Muitas vezes, essa recolocação não é determinada pela avaliação do ROP tendo em vista a capacidade laborativa do segurado, mas sim por critérios do setor de recursos humanos da empresa. Ou seja, o número muito reduzido das equipes de RP, a premência em dar uma resolução aos casos de RP e a falta de capacitação para uma visão integradora e de prevenção, têm permitido que o processo de RP seja predominantemente encaminhado segundo os interesses e visão da empresa. Com isso, têm sido deixados de lado iniciativas de planejamento e atuação sobre as causas da incapacidade, praticamente inexistindo ações voltadas a prevenir a incapacidade de outros trabalhadores na mesma situação de trabalho e mesmo a prevenir o agravamento da incapacidade naquele trabalhador já atingido por doença do trabalho. (FUNDACENTRO, 2013, p. 16)

Ainda de acordo com a Fundacentro (2013, p. 16), os segurados considerados “reabilitados” seja por meio da realização de cursos de requalificação profissional ou por conclusão de treinamento, “[...] geralmente são segurados sem condições de competir no mercado de trabalho, cujos certificados não garantem o uso da reserva de vagas da “lei de cotas”. Não é raro o retorno desses casos para a Perícia Médica solicitando benefício por incapacidade por agravamento do quadro clínico”.

Diante destas fragilidades, é fundamental identificar a qualidade dos serviços fornecidos aos segurados pelo programa, visto que os cursos de requalificação profissional e/ou treinamento devem potencializar o retorno dos segurados ao mercado de trabalho, superando a prática burocrática destes instrumentos para o cumprimento das normas do programa.

Consoante o relatado, a Pesquisa de Fixação deve conter questões que evidenciem os pontos facilitadores e as dificuldades encontradas pelo trabalhador para o retorno efetivo ao mercado de trabalho.

Sob esse aspecto, as questões contidas na Pesquisa de Fixação além de capturar as fragilidades do programa devem, sobretudo, contribuir para possibilitar reais mudanças na efetividade do programa, com vistas à promoção e proteção social a saúde dos trabalhadores.

Por isso, este eixo permitirá que o trabalhador relate suas experiências dentro do programa, externando os pontos facilitadores e obstáculos no processo reabilitatório, objetivando melhorias na operacionalização do programa.

Eixo 6: Retorno do segurado ao mercado de trabalho: medidas de prevenção de acidentes e doenças profissionais

Em consonância com Poersch e Merlo (2017), os principais obstáculos enfrentados pelos trabalhadores para retornarem ao mercado de trabalho de forma efetiva tem sido a permanência em ambientes de trabalho patológicos e as dificuldades das empresas em adaptarem os postos de trabalho as limitações dos trabalhadores.

A Pesquisa de Fixação, portanto, pode ser considerada como um instrumento importante para as ações de VISAT e proteção social do trabalhador, viabilizando a identificação dos riscos nos ambientes e processos de trabalho, assim como a construção de estratégias coletivas para a eliminação ou redução dos riscos laborais nos processos de trabalho.

Seguindo essa análise, na Pesquisa de Fixação, deve ser incluído um campo em que os profissionais que atuam nas empresas possam relatar as medidas de segurança adotadas para a prevenção de acidentes e doenças profissionais.

Para o desenvolvimento de uma Reabilitação Profissional efetiva que possibilite o retorno dos segurados ao mercado de trabalho de forma segura e saudável e, principalmente, que evite o adoecimento de outros trabalhadores expostos às mesmas condições de riscos, torna-se fundamental o envolvimento e participação de instituições governamentais, assim como das empresas, sindicatos, sociedade civil e demais órgãos voltados para a defesa da saúde do trabalhador.

É necessário pensar a reabilitação profissional para além do que é feito no programa de reabilitação profissional da Previdência Social e da clássica reabilitação clínica oferecida em diferentes serviços de saúde, mas, também, considerá-la como um processo dinâmico de atendimento global do trabalhador que deve envolver as empresas no processo de prevenção, tratamento, reabilitação, readaptação e reinserção no trabalho. (TOLDRA et al., 2010, p. 11)

Na Pesquisa de Fixação, também devem ser inseridas questões que identifiquem se as empresas realizam ações de prevenção de acidentes e doenças profissionais em parceria com outras instituições e órgãos que fazem interface com a saúde do trabalhador, tais como: Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério Público do Trabalho, Sindicatos, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Vigilância Sanitária, INSS, dentre outras.

É imprescindível compreender que para desenvolver um modelo de atenção integral à saúde do trabalhador é necessário garantir

[...] a intersetorialidade das ações, a articulação com os diversos parceiros de outras instituições, a discussão de um modelo teórico, a discussão da possibilidade do uso dos recursos locais, o desenvolvimento de projetos que possam tornar o Programa de RP eficiente, a discussão dos casos de segurados em programa apontando soluções. (FUNDACENTRO, 2013, p. 37)

Além disso, é importante que as empresas possam expor as dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento das ações de VISAT, com vistas à construção de estratégias coletivas para a solução dos problemas identificados.

Sob esta perspectiva, a Pesquisa de Fixação deve ser aplicada aos profissionais que estão vinculados às empresas para que estes manifestem sua opinião com relação aos pontos facilitadores e os obstáculos encontrados no processo de reabilitação. A estreita parceria com estes profissionais contribuirá para a reformulação das ações e procedimentos do programa e, sobretudo para o desenvolvimento das ações de VISAT.

Ademais, a articulação da Equipe de Reabilitação Profissional com outras áreas é o que possibilita o diálogo e estabelece estratégias para a construção de uma política pública de Reabilitação Profissional, tendo como premissa a defesa intransigente dos direitos da classe trabalhadora.

10 PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: (RE)CONSTRUINDO FLUXOS DE INTERVENÇÕES PARA A CONSOLIDAÇÃO DAS AÇÕES EM VISAT

Segundo a Fundacentro (2013), os problemas relacionados à saúde do trabalhador são complexos e, por isso, devem ser abordados de forma sistêmica e global. Sob essa perspectiva, de que modo o Programa de Reabilitação Profissional pode contribuir de forma efetiva para as ações em VISAT?

Miranda (2018) explicita que uma das contradições dentro do INSS para a efetivação de uma reabilitação integral é a falta de diálogo e interlocução entre outros setores, assim como a ausência de discussão de ações para a intervenção nos processos de trabalho.

Há tempos, sabe-se que o trabalhar consiste em um conjunto de regulações contextualizadas, por isto, para se entender o que é trabalho torna-se necessário observar e analisar como cada indivíduo desenvolve sua atividade em situações reais, em seu contexto particular, a fim de se resolver os problemas recorrentes e cotidianos durante o processo de trabalho, os quais, muitas vezes, são a gênese dos ciclos de acidentes e adoecimento no trabalho (MIRANDA, 2018, p. 07)

Destarte, torna-se fundamental (re)construir práticas e fluxos de trabalho que superem a cultura restritiva da recuperação ocupacional para a consolidação de intervenções voltadas para a proteção e promoção à saúde da classe trabalhadora.

Miranda (2018, p. 05) explicita que é preciso superar “a visão da reabilitação profissional como um processo final de intervenção sobre a incapacidade [...]. buscando abordagens e mecanismos de intervenções nos processos de trabalho”.

Em consonância com esse entendimento, a Constituição de 1988, assim como outras legislações como, por exemplo, a Lei nº 8080/90, que regula as ações e serviços de saúde, a RENAST com a Portaria nº 1679/2002 e a Portaria nº 1823/12 com a PNSTT, estabelece princípios e diretrizes para a implementação das ações VISAT, sob a perspectiva do cuidado à saúde dos trabalhadores por meio de ações transversais e intersetoriais.

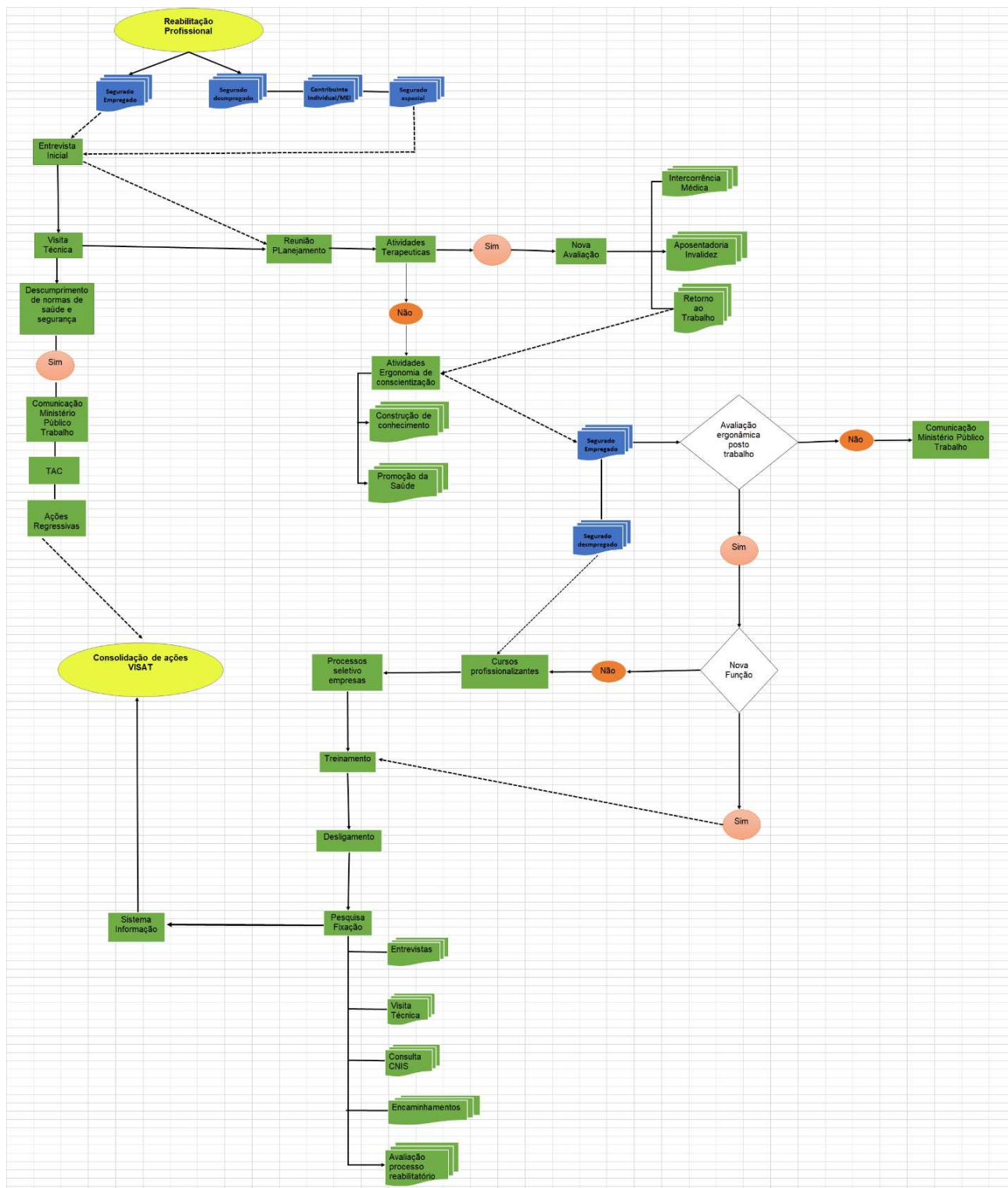
As legislações citadas estabelecem que as ações em VISAT são de responsabilidade do SUS em articulação com outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho, Meio Ambiente, Educação e outras, relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal, sendo que cada órgão ou instituição assume um papel relevante para a implementação da PNSTT.

Contudo, a partir das experiências no campo da saúde do trabalhador, estas ações têm sido postergadas e suprimidas. Sanches et al. (2010) menciona que a fragmentação interinstitucional nas ações em VISAT são um dos entraves para a consolidação de uma política pública voltada para a prevenção dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores decorrentes dos processos de trabalho. De modo geral, as instituições e órgãos das diversas esferas têm se esquivado em realizar as ações de vigilância, sob o argumento de que tais ações são atribuições exclusivas do SUS.

Diante deste cenário, é preciso compreender que o SUS é um catalisador das ações de vigilância e a construção de redes é uma estratégia para o fortalecimento das ações em VISAT. Além disso, o SUS é, conforme exposto por Machado e Porto (2003), incapaz de conseguir de forma isolada administrar e solucionar a complexidade dos problemas relacionados à saúde do trabalhador.

Portanto, é preciso (re)construir um fluxo de trabalho, permitindo que a Equipe de Reabilitação Profissional, em parceria com outros atores sociais, desenvolva ações de VISAT, conforme proposto no Fluxograma 3.

Fluxograma 3 - Proposta de fluxo da Reabilitação Profissional: instrumento das ações de VISAT



Fonte: Autora (2018)

O fluxo de Reabilitação Profissional proposto foi construído a partir do modelo de reabilitação de Sherbrooke e das diretrizes da PNSTT, que estabelecem que as ações em VISAT devem ser realizadas sob a perspectiva do cuidado à saúde de todos os trabalhadores, com ações intersetoriais e multiprofissionais.

Todos os 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 são sujeitos desta Política. (BRASIL, 2012, art. 3)

Sob esses aspectos, os segurados desempregados, o contribuinte individual, o microempreendedor individual e o segurado especial também apresentam potencial para serem encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional e, portanto, devem ser inseridos no modelo de vigilância em saúde do trabalhador.

Sasaki e Vasquez-Menezes (2012, p. 192) argumentam que “[...] trabalhadores com carteira de trabalho e trabalhadores por conta própria são parte do conjunto de contribuintes da previdência e pagadores de impostos arrecadados pelos governos, o que implica tratamento equânime em termos de direitos sociais”.

Contudo, de acordo com os autores, o principal interesse na formalização do trabalhador como microempreendedor, por exemplo, é o aumento na arrecadação previdenciária, enquanto a sua proteção social tem sido postergada.

Diante desse cenário, como alcançar estes trabalhadores que também estão expostos a riscos laborais, mas geralmente permanecem à margem das políticas de proteção social?

Descrevemos abaixo uma proposta de etapas e procedimentos a ser desenvolvida pela Equipe do Programa de Reabilitação Profissional, em articulação com os órgãos voltados para a saúde dos trabalhadores, nos atendimentos dos segurados encaminhados a este programa, com vistas a promoção à saúde dos trabalhadores e melhoria dos ambientes e processos de trabalho.

Etapa 1: Entrevista Inicial

Após o trabalhador ser encaminhado ao programa pela Perícia Médica do INSS ou pela Justiça, o segurado deve ser avaliado pela ERP, conforme previsto no Manual Técnico de Reabilitação

Profissional, em relação a sua elegibilidade para o cumprimento das normas e orientações do programa.

A avaliação inicial da incapacidade se dá desde o momento em que o trabalhador é acolhido, em momentos distintos, por cada um dos profissionais da equipe, buscando-se levantar as informações acerca do histórico de adoecimento e possível nexos com a atividade, as repercussões da interrupção do trabalho para as diferentes esferas da vida do trabalhador, suas experiências relacionadas à vida profissional, suas expectativas em relação ao serviço. Além disso, a equipe busca acolher e oferecer esclarecimentos às dúvidas apresentadas, fornecer encaminhamentos para serviços auxiliares da rede de saúde do município, dentre outros. (TAKAHASHI, MENDES, RODRIGUES, et al, 2011, p. 121)

Nesta proposta, a entrevista inicial deve ser realizada por uma equipe multiprofissional com Fisioterapeutas, Psicólogos, Terapeuta Ocupacional e profissionais de outras áreas, a fim de verificar se o trabalhador encontra-se emocionalmente apto para retornar ao mercado de trabalho ou se ainda necessita realizar algum tratamento específico, como por exemplo, oficinas terapêuticas.

Logo, é preciso estabelecer parcerias com outras instituições que fazem interface com a saúde do trabalhador, tais como o CEREST e o SUS, superando a análise biológica da doença e da incapacidade e compreendendo o processo de adoecimento do trabalhador e seus impactos para a vida laboral e para atividades diárias e sociais.

Além disso, a análise da incapacidade deve ser realizada a partir da CIF, analisando as barreiras sociais e os facilitadores presentes no território em que o trabalhador está inserido. Contudo,

o critério de incapacidade considerado pelos peritos médicos e definido nas diretrizes periciais é fundamentado no agravo, ou seja, exclusivamente no diagnóstico de uma lesão ou doença (CID) e na consequente aferição do grau de limitação da capacidade laborativa, sem se considerar aspectos psicossociais e da atividade de trabalho. Existe, assim, uma defasagem em relação ao conceito de incapacidade ampliado, que leve em conta suas necessidades sociais e exigências laborais. (FUNDACENTRO, 2013, p.14)

A materialização das diretrizes do Programa de Reabilitação Profissional, assim como o reconhecimento do nexos causal junto ao setor de perícia médica do INSS, ainda é um desafio para o campo da saúde do trabalhador.

Nos próprios treinamentos de capacitação interna realizados no INSS, a ênfase é a avaliação da incapacidade laboral, ou seja, não há uma preocupação de promover um olhar voltado para a relação do trabalho com o adoecimento. Essas fragilidades, além de muitas vezes permanecerem no campo da invisibilidade, são naturalizadas, o que contribuiu para a (des)proteção da saúde do trabalhador.

Logo, é preciso que estas questões sejam consideradas como um problema de saúde pública e inseridas em debates de discussões para viabilizar mudanças neste cenário.

Etapa 2: Visita Técnica

A entrevista com o trabalhador é um instrumento importante que utilizamos durante os atendimentos de Reabilitação Profissional, porém não é suficiente para conhecer a complexidade do processo produtivo. Portanto, nas situações que o segurado for empregado, é indispensável realizar visitas técnicas às empresas em todos os casos do programa para conhecer o processo de trabalho: o ambiente, as condições onde o trabalho é realizado, assim como os equipamentos, os riscos e agravos presentes no processo produtivo para pactuar ações preventivas. Isso evita que outros trabalhadores permaneçam expostos aos mesmos riscos, rompendo desta forma, com um ciclo vicioso de adoecimento. Entretanto, como é possível conhecer e estabelecer estratégias de intervenções, somente a partir da entrevista?

O Manual Técnico do Programa de Reabilitação Profissional prevê a realização de visita técnica às empresas, sendo estas “(...) devidamente justificadas com registro no Formulário de Controle de Pesquisa Externa da Reabilitação Profissional” (2018, p. 26). Portanto, a visita técnica deve estar inserida nas etapas do processo de reabilitação, devendo o profissional ter autonomia no uso deste instrumento para o desenvolvimento das ações do programa.

Este instrumento além de possibilitar o conhecimento do processo de trabalho é indispensável para realizar as ações de VISAT. Por esse motivo, a visita técnica deve ser realizada pela Equipe de Reabilitação Profissional do INSS em parceria com outros órgãos voltados para a vigilância em saúde, como, por exemplo, o CEREST.

Segundo o Manual Técnico do Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no Sistema Único de Saúde (2014), é preciso compreender que o processo de VISAT é dinâmico, complexo e que, portanto, exige o desenvolvimento e a participação de diferentes atores e conhecimentos para a consolidação de uma prática multiprofissional, interinstitucional e

intersetorial voltada para a consolidação das ações de vigilância e promoção à saúde dos trabalhadores

A partir deste entendimento e de uma ação multiprofissional e interdisciplinar, a visita técnica assume um papel importante na identificação dos problemas relacionados à saúde do trabalhador, caracterizando, por exemplo, se um acidente ou doença foi causado em função do descumprimento de normas de saúde e segurança do trabalho. Dessa forma, nas situações em que for evidenciado que a empresa foi responsável pelo acidente do trabalhador, o Programa de Reabilitação Profissional, em parceria com os órgãos de vigilância do município, deve ter poder de Estado para acionar o MPT a fim de que seja aplicado o TAC, assim como as Ações Regressivas Previdenciárias pela Procuradoria Federal Judiciária, para o cumprimento da legislação e desenvolvimento das ações de vigilância

Etapa 3: Reunião de planejamento

A reunião de planejamento deve ser realizada após a entrevista com o trabalhador e/ou visita técnica à empresa nas situações em que o segurado for empregado, para definirmos quais os instrumentos técnicos disponibilizados pelo programa serão utilizados para o processo de reabilitação daquele trabalhador, levando em consideração sua singularidade, o território onde o trabalhador está inserido e a necessidade de cada segurado.

De acordo com o Manual Técnico da Reabilitação Profissional, nesta etapa, “[...] o Perito Médico define, conjuntamente com o PR, quais diretrizes serão adotadas para viabilização do PRP em cada caso” (2018, p. 24) e, além disso, é o momento em que “[...] serão discutidos todos os aspectos relacionados ao planejamento do PRP do segurado, incluindo o prognóstico, necessidade de recursos materiais, cursos ou treinamentos e possíveis intercorrências” (2018, p. 25).

Esta pesquisa propõe que esta etapa seja realizada pela Equipe de Reabilitação Profissional, com a participação do CEREST e também com o trabalhador com o objetivo da validação dos recursos necessários para a efetividade de sua reabilitação.

É fundamental que a reunião de planejamento supere seu caráter burocrático e seja utilizada para a consolidação de um mecanismo interinstitucional e interministerial de caráter interventivo e protetivo, com vistas ao cuidado à saúde dos trabalhadores.

Etapas 4: Atividades terapêuticas

A inclusão das atividades terapêuticas no desenvolvimento das ações do programa de reabilitação profissional é fundamental para a superação de um modelo de reabilitação ocupacional, centrado na doença do trabalhador com vistas à consolidação do modelo biopsicossocial que “inclui aspectos de funcionalidade, de suporte familiar e social, e as exigências do trabalho. Assim, o modelo biopsicossocial permite que durante uma avaliação pericial se enxergue o indivíduo em sua totalidade, como pessoa inserida em um contexto político e social” (MIRANDA, 2018, p. 07).

Além disso, o desenvolvimento de grupos terapêuticos tem como objetivo “o resgate da capacidade física e/ou emocional para o trabalho e o empoderamento dos participantes na busca por condições de trabalho mais saudáveis” (TAKAHASHI; MENDES; RODRIGUES; et al, 2011, p. 122).

Mas para o desenvolvimento dessas atividades é fundamental a parceria com o CEREST e com outros órgãos de vigilância, visto que a APS de Pará de Minas não possui profissionais capacitados para o desenvolvimento destas atividades.

Sob esta perspectiva, uma Reabilitação Profissional efetiva

depende [...] de políticas preventivas nos ambientes de trabalho, da assistência em saúde para procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação adequados e de mecanismos de intervenção nas relações de trabalho que garantam o acolhimento do mercado de trabalho e das empresas aos habilitados e reabilitados (FUNDACENTRO, 2007, p. 19).

Etapas 5: Atividades de Ergonomia da Conscientização e/ou avaliação Ergonômica do posto de trabalho

Rothstein, Berndt, Moraes et al (2013) argumentam que uma das formas de prevenir doenças ocupacionais é o desenvolvimento de práticas ergonômicas junto a todos os trabalhadores.

Em relação a essa ideia, para os trabalhadores empregados, há várias possibilidades de realizar ações em VISAT. Dentre elas, Maciel (2000) destaca os programas de prevenção de riscos laborais nos postos de trabalho que podem ser desenvolvidos pelos empregadores; o incentivo à formação e capacitação dos trabalhadores em questões relacionadas à saúde do trabalhador e palestras e reuniões que abordem a importância do uso adequado dos EPI. Além disso, esses trabalhadores também podem ter acesso a profissionais que atuam zelando por suas condições de saúde e segurança.

Contudo, como é possível desenvolver tais práticas junto a trabalhadores que não possuem vínculo empregatício, como os contribuintes individuais, microempreendedores e os segurados especiais?

Uma das possibilidades de alcançar estes trabalhadores é através da Ergonomia da conscientização que pode ser definida como um processo de educação em saúde, cuja gestão é participativa, ou seja, o trabalhador assume um papel central na construção do conhecimento e no processo de promoção da saúde.

O papel da VISAT não é apenas fiscalizador, mas também educativo, sensibilizador e mobilizador de ações transformadoras que precisam ocorrer em parceria com os trabalhadores e em uma abordagem articulada intersetorialmente (DALDON; LANCMAN, 2013, p. 96)

Maciel (2000) também elucida que é fundamental o incentivo à participação dos sindicatos e representantes dos trabalhadores nas questões relacionadas ao processo de trabalho, seus impactos para a saúde do trabalhador, assim como à criação de espaços de discussões nos conselhos de saúde do trabalhador, a fim de estabelecer propostas coletivas para a melhoria nas condições de trabalho.

Desse modo, o êxito das atividades da Ergonomia da conscientização exigem o envolvimento e a participação do trabalhador, dos sindicatos, SUS, CEREST e profissionais que estejam engajados com a saúde dos trabalhadores, a fim de discutirem os riscos presentes nos processos de trabalho e quais as principais medidas para minimizar tais riscos tendo em vista a promoção à saúde da classe trabalhadora, preservação do meio ambiente e da população. Sob esse aspecto,

o trabalhador poderá aprender a forma adequada de utilizar seu ambiente de trabalho, cuidar do corpo ao adotar posturas corretas para realizar suas atividades, bem como usar equipamentos de proteção, entre outras medidas necessárias para a prevenção de doenças e acidentes. (ROTHSTEIN; BERNDT; MORAES et al, 2013, p. 2-3)

Estas são estratégias fundamentais para alcançar todos os trabalhadores, inclusive os contribuintes individuais, microempreendedores e o segurado especial que são segurados da Previdência Social com potencial de serem encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional, mas que muitas vezes permanecem à margem da política de saúde do trabalhador por não estarem vinculados a empresas.

E, nas situações em que o segurado for empregado, além da Ergonomia da conscientização, é indispensável que seja realizada uma avaliação ergonômica do posto de trabalho, desenvolvendo uma abordagem voltada para a atenção integral à saúde do trabalhador, reconhecendo suas necessidades e intervindo em processos de trabalho patológicos como um modo de “enredar a rede”.

Todavia, no Programa de Reabilitação desenvolvido na Previdência Social não é realizado este tipo de intervenção, visto que o programa não tem uma atenção voltada para proteger a saúde do trabalhador e evitar acidentes e doenças profissionais.

Além disso, a visita técnica é realizada esporadicamente e somente nas situações em que as empresas manifestam alguma dificuldade em reabilitar o trabalhador. Nessas situações, a visita técnica possui um olhar pontual e restrito, cabendo à empresa indicar a descrição das novas atividades a serem realizadas pelo trabalhador.

Contrapondo esta abordagem, a avaliação ergonômica do posto de trabalho propõe a construção coletiva das soluções e das medidas de segurança que devem ser adotadas para evitar acidentes e doenças profissionais. Com isso, busca-se a negociação do retorno do segurado às atividades de forma segura e saudável e, sobretudo, propõe intervenções nos processos de trabalho para interromper com o ciclo de adoecimento dos segurados. Sob esta perspectiva, apenas retirar o trabalhador reabilitado do seu local de serviço não evita que outros trabalhadores sejam expostos às mesmas condições de risco e eventuais acidentes e doenças profissionais.

Portanto, é preciso ampliar o olhar dos profissionais que atuam neste programa, utilizando a Ergonomia da conscientização e a avaliação Ergonômica do posto de trabalho nas ações de reabilitação como um instrumento voltado para o cuidado, impulsionando mudanças nas posturas tanto dos profissionais, na operacionalização das ações do programa, quanto nas ações dos trabalhadores no processo de trabalho, saúde e doença.

E nas situações em que a empresa manifestar algum tipo de resistência para a Avaliação ergonômica do posto de trabalho, torna-se necessário pactuar uma regulação nos procedimentos técnicos deste programa para reportar a situação ao Ministério Público do Trabalho e aos órgãos fiscalizadores para o cumprimento das medidas legais cabíveis. Isso porque atualmente uma das dificuldades de negociações entre a Equipe de Reabilitação e as empresas é a falta de reconhecimento deste programa como uma política de Estado.

Assim sendo, é preciso impulsionar um agir articulado entre os órgãos voltados para a saúde do trabalhador com o objetivo do desenvolvimento de ações sob a perspectiva do cuidado, como por exemplo:

[...] o treinamento da equipe de RP do INSS em instrumentos de avaliação de posto de trabalho, participação em mesas redondas do MTE para negociação de melhorias no ambiente de trabalho junto com empresas, a participação do MTE na inclusão de segurados nas empresas de vínculo na reserva de vagas da “lei de cotas”, articulação com MPT na realização de TACs com as empresas com grande contingente de segurados em programa de RP da Gex. (FUNDACENTRO, 2013, p. 37)

Nas situações em que não for possível reabilitar o trabalhador em outra atividade, é importante encaminhá-lo para a inclusão no sistema educacional, assim como em cursos profissionalizantes para ampliação de sua qualificação profissional para posterior reingresso ao mercado de trabalho.

Além disso, é preciso que os recursos destinados ao Programa de Reabilitação Profissional sejam utilizados para garantir o direito aos serviços dos segurados de forma qualificada, viabilizando a efetividade de seu retorno ao trabalho.

Etapa 6: Treinamento

Após a avaliação ergonômica do posto de trabalho, os segurados devem ser encaminhados para a realização de treinamento, cabendo à ERP acompanhar a evolução deles durante o processo reabilitatório.

O acompanhamento do treinamento deve ser realizado a partir de visitas técnicas às empresas, entrevista com os trabalhadores e discussão de casos com os profissionais, a fim de estabelecer um espaço democrático e participativo, rompendo desta forma com o mascaramento dos riscos e problemas no processo de trabalho, garantindo dessa forma a efetividade das ações do programa e o retorno ao trabalho do segurado de forma segura e saudável.

Etapa 7: Desligamento

Com o término do treinamento, o segurado deve ser avaliado pela Equipe de Reabilitação Profissional em parceria com outras áreas e com a validação do trabalhador evitando desta forma o desligamento do segurado do programa, sem de fato apresentar condições satisfatórias de retorno ao trabalho, como tem ocorrido muitas vezes na prática profissional.

Sob esta perspectiva, uma das contribuições da abordagem da saúde do trabalhador para o Programa de Reabilitação Profissional é o entendimento de que a responsabilidade do programa não se encerra com o desligamento do segurado e nem se limita a emitir o Certificado de Reabilitação Profissional.

A partir dessa compreensão, os objetivos do programa ultrapassam o limite da reabilitação ocupacional, que antes era centrado na reabilitação de um determinado segurado, e assume uma preocupação macrossocial, ou seja, intervir em um determinado território para que outros trabalhadores não adoeçam expostos em uma mesma condição de risco.

Dessa forma, o Programa de Reabilitação Profissional sob a perspectiva da saúde do trabalhador, assume um caráter de continuidade, de proteção social e de promoção à saúde dos trabalhadores.

Etapa 8: Pesquisa de Fixação

A Pesquisa Fixação, a partir dessa proposta, tem como objetivo consolidar as ações de VISAT e efetivar-se como um instrumento de política pública, com contribuições relevantes para o campo da saúde do trabalhador sob a ótica da integralidade, rompendo com o viés fragmentado e pouco efetivo de suas ações.

Este instrumento deve ser realizado com a participação dos trabalhadores, empresas e profissionais que atuam no processo reabilitatório, com a finalidade de aprimorar as ações do programa e, sobretudo, entendido como uma ferramenta para desenvolver as ações de VISAT intervindo nos processos de trabalho.

Além disso, a Pesquisa de Fixação deve mensurar as dificuldades apresentadas pelas empresas para o cumprimento das ações de vigilância, promovendo a realização de treinamento para os profissionais e cursos voltados para as ações de VISAT na eliminação dos riscos nos processos de trabalho.

Ademais, podem ser construídos espaços para o fortalecimento das ações de vigilância com o desenvolvimento de palestras, reuniões em articulação com os órgãos locais, promovendo discussões e debates para dar visibilidade à saúde do trabalhador como uma questão de saúde pública.

Portanto, é fundamental que a realização da Pesquisa de Fixação seja materializada nas ações do programa de forma contínua e com uma abordagem voltada a identificar os riscos presentes no processo de trabalho para a prevenção de acidentes e doenças profissionais.

Etapa 9: Sistema de Informação

O Sistema de Informação é um instrumento essencial para subsidiar a tomada de decisões nas ações de VISAT, visto que a informação em saúde constitui uma ferramenta fundamental para o planejamento e avaliação das políticas de saúde.

Além disso, “a informação proporciona um novo ponto de vista para interpretação de eventos ou fenômenos, o que dá visibilidade e significados antes invisíveis. Desse modo, a informação é um meio ou material necessário para extrair e construir o conhecimento” (PINHEIRO et al., 2016, p. 02).

Sob essa perspectiva, é preciso estabelecer parceria com instituições comprometidas com a saúde do trabalhador para a consolidação dos dados obtidos após a realização da Pesquisa de Fixação, visto que o INSS ainda não tem uma tradição nesse segmento.

A consolidação destes dados poderão retratar a saúde do trabalhador em um determinado território, avaliar a efetividade das políticas públicas e as mudanças necessárias para a efetividade do programa de reabilitação. Além disso, esse banco de dados deve ser de domínio público e ter periodicamente seus dados atualizados e fornecidos à sociedade para subsidiar sua participação e seu controle social nesse processo.

A compreensão destas fases e seu desenvolvimento no processo de reabilitação é um dos caminhos para a efetivação de uma Reabilitação Profissional integrada capaz de atender as reais necessidades da classe trabalhadora frente à precarização das condições de trabalho.

11 REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA

Historicamente, o Programa de Reabilitação Profissional tem apresentado dificuldades para desenvolver uma atenção e um cuidado voltado à saúde do trabalhador e, embora este seja um direito constitucional, o mesmo ainda não é efetivo (MAENO; VILELA, 2010).

Nesse aspecto, é fundamental que os profissionais que atuam no programa se apropriem e desenvolvam uma abordagem capaz de compreender os múltiplos aspectos envolvidos no processo de adoecimento do trabalhador. Tais profissionais precisam também mensurar as barreiras e os facilitadores existentes nos territórios que os trabalhadores estão inseridos para viabilizar de maneira efetiva sua reinserção ao mercado de trabalho.

Destarte, para o êxito das ações do Programa de Reabilitação Profissional, é indispensável que as equipes profissionais que atuam neste programa compreendam alguns conceitos que perpassam a saúde do trabalhador e são utilizados direta ou indiretamente dentro da estrutura do INSS. Dentre eles destacamos: a apropriação acerca da complexidade do mundo do trabalho contemporâneo, como também a compreensão dos conceitos de incapacidade e proteção social.

É imprescindível entender, que os problemas relacionados à saúde dos trabalhadores decorrem das profundas transformações nos processos de trabalho, da expansão do sistema capitalista e da desregulamentação das políticas de proteção social que produzem impactos significativos aos trabalhadores.

Além disso, torna-se fundamental que as diretrizes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)²⁷, da Organização Mundial de Saúde (OMS) sejam incorporadas pelos profissionais vinculados a este programa para subsidiar a análise da incapacidade dos trabalhadores.

Sob essa análise, a CIF é uma classificação que se propõe a retratar os aspectos de funcionalidade, incapacidade e saúde da população. É considerada inovadora por incorporar, pela primeira vez, aspectos do contexto social em que o trabalhador está inserido. A CIF indica a “abordagem morfofisiológica do avaliado, os aspectos psicossociais e profissionais, inclusive

²⁷A CIF, segundo Dinubila e Buchalla (2008), foi aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com ampla participação internacional e integração de grupos de trabalho específicos, instituições internacionais representativas e redes internacionais.

identificando barreiras que restrinjam a participação social dos reabilitandos, bem como os facilitadores que possam superar essas barreiras” (BRASIL, 2016b, p.21).

Desse modo, uma das contribuições apresentadas pela CIF em relação à definição da incapacidade é superar a análise biológica centrada na doença e incorporar uma análise biopsicossocial, considerando que o meio em que o trabalhador está inserido interfere diretamente em seu desenvolvimento e na participação social, assim como nos processos de saúde e doença. Nessa perspectiva, a incapacidade é considerada como um

fenômeno multidimensional que abrange a limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social (BRASIL, 2007, p. 2).

A CIF vem sendo utilizada pelos Peritos Médicos e pelos Assistentes Sociais do INSS nas análises do reconhecimento da incapacidade e da deficiência na avaliação do BPC destinadas à pessoa com deficiência, desde 2009. Portanto, espera-se que a CIF também seja aplicada pela Equipe de RP na avaliação dos segurados encaminhados ao programa, a partir de um novo olhar sobre a incapacidade, visto que a CIF em si, não garante a superação da lógica restrita e defasada da incapacidade física.

Ademais, é imprescindível fomentar uma discussão do conceito de proteção social para evitar intervenções imediatistas e de restrições de direitos. Sposati (2013) explana que a proteção social surge no Brasil em meados do século XX e é utilizada como uma estratégia do capitalismo para regular os conflitos entre o capital e o trabalho e ao mesmo tempo manter e reforçar a precarização das condições laborais, em função de interesses econômicos. Ainda de acordo com a autora, historicamente, o conceito de proteção social foi sendo descaracterizado do seu *status* de política pública e de direito social, consolidando-se em um

desarranjo estratégico pela qual ocorre a omissão do Estado em consolidar direitos, reconhecer e prover acessos, gerar a articulação e a completude de atenção entre acessos a serviços de diferentes políticas sociais, o convívio de atenções organizadas por lógicas que não se conectam em princípios e valores, entre outras tantas questões (SPOSATI, 2013, p. 661- 662).

Nesse contexto, a proteção social se consolida no Brasil como um mecanismo de desproteção social, com a presença de um Estado mínimo, marcado por estratégias paliativas, gerando uma falsa sensação de atendimento às necessidades do trabalhador e máximo para as demandas do capital. Com isso,

a noção de proteção social, em seu conjunto, está se afastando da concepção de direito do trabalhador de ser protegido e assistido contra as consequências do trabalho assalariado, que gera desemprego e miséria, para se identificar com a obrigação de todos a se inserirem ou se pautarem pelos ditames desse tipo de trabalho (PEREIRA, 2013, p. 650).

Para mudar este cenário e para que a Reabilitação Profissional se torne um instrumento de proteção social dos trabalhadores, é imprescindível a compreensão destes conceitos pelos profissionais que atuam neste programa para que estes sejam capazes de realizar uma abordagem que amplie direitos e de fomentar a adoção de práticas e intervenções voltadas para a consolidação de um sistema de segurança contra riscos e agravos à saúde dos trabalhadores.

Além disso, outro desafio presente no Programa de Reabilitação Profissional está relacionado à materialização dos procedimentos contidos no manual técnico deste programa. Em relação a tais procedimentos, destacamos:

A) Realização de visita técnica às empresas em todos os atendimentos dos segurados: este é um importante instrumento para o conhecimento do processo de trabalho, visto que o trabalho prescrito se difere do trabalho real e a entrevista na APS muitas vezes não é suficiente para mensurar e compreender os processos de trabalho. Portanto, a visita técnica deve ser realizada pelos profissionais que atuam no programa, a partir de um novo olhar, desenvolvendo práticas voltadas para a Ergonomia da atividade, permitindo dessa forma a identificação das situações de riscos e possibilitando a proposição de mudanças nos processos de trabalho, em parceria com órgãos voltados para a defesa da saúde do trabalhador. Logo, a visita técnica sob esta perspectiva, possibilitará uma intervenção nos processos de trabalho, modificando os fatores geradores de adoecimento.

E, em situações específicas, a visita técnica proporcionará ao perito médico do INSS a fixação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NETEP), garantindo ao trabalhador os

direitos previdenciários e trabalhistas, podendo também contribuir para o diagnóstico epidemiológico das doenças profissionais.

B) Adoção do modelo social de incapacidade: deve ser utilizada nas análises do potencial laborativo dos segurados, assim como em sua elegibilidade para cumprimento das normas e procedimentos do programa. É preciso entender que a capacidade laboral não se limita à análise da doença, mas está estritamente relacionada às barreiras e/ou aos facilitadores presentes no contexto em que estes trabalhadores estão inseridos.

Embora a CIF estabeleça que a análise da incapacidade deve ser realizada a partir de um olhar multidimensional e multiprofissional, atualmente a perícia do INSS tem utilizado “critérios restritos e defasados, sem inclusão de aspectos psicossociais [...], tem uma atuação solitária, sem a retaguarda de especialidades médicas e de saúde em geral”. (FUNDACENTRO, 2013, p. 31).

[...] a reabilitação de trabalhadores é um dos maiores desafios contemporâneos para o campo da saúde pública no Brasil. A complexidade e as tensões que emergem nesta problemática refletem a multiplicidade e a magnitude dos problemas de saúde e as repercussões sociais envolvidas, ao tempo em que impõem abertura de agenda pública específica, construção de novas práticas e formulação de políticas públicas abrangentes que compreendam e enfrentem a complexidade do problema (MAENO, TAKAHASHI, LIMA, 2009 *apud* LIMA, ANDRADE e BULCÃO et al., 2010, p.02).

Portanto, a integração entre a Perícia Médica, os profissionais que atuam no programa de reabilitação e outras políticas públicas ainda apresentam desafios para se consolidar como uma política integrativa.

C) Respeito à autonomia do segurado: É necessário que todas as ações e estratégias construídas no Programa de Reabilitação sejam desenvolvidas a partir da autonomia do segurado, devendo este ser considerado pela ERP como sujeito, um trabalhador que nesse momento precisa de auxílio para realizar a ressignificação do trabalho, uma vez que, em função da doença e/ou sequelas, não terá condições de retornar ao trabalho na mesma atividade que fez parte de sua trajetória de vida.

Além disso, a mudança de função pode representar para o trabalhador a perda de sua identidade, sendo que muitas vezes ele não se reconhece exercendo outro trabalho na sociedade.

Portanto, a imposição de um trabalho ou de um curso ao segurado que não seja de seu interesse, pode resultar no esvaziamento do sentido do trabalho e gerar outros adoecimentos.

Nessa perspectiva, para que o trabalho não represente fonte de sofrimento, a ERP deve apresentar novas possibilidades profissionais e construir, junto com o segurado, alternativas de trabalho que sejam de seu interesse, tendo em vista que este trabalhador é um sujeito que possui desejos e deve ter autonomia para fazer suas próprias escolhas. Além disso, esse trabalhador contribuiu para a Previdência Social justamente para que, nos momentos de incapacidade laboral, mesmo que parcial, tivesse seus direitos garantidos.

Nesse contexto, “é apenas com este olhar que o profissional pode realmente fazer um bom uso da técnica, de seus conhecimentos ou dos dispositivos institucionais que tem ao seu alcance” (MARTINI, 2011, p. 5).

D) Desenvolvimento de ações interinstitucionais: Embora as ações interinstitucionais sejam um dos pressupostos para o desenvolvimento das ações de VISAT, a integração entre o Programa de Reabilitação e outras políticas públicas ainda apresentam desafios para se consolidar como uma política sistêmica e integrativa.

A construção de redes e ações interinstitucionais exige uma nova linguagem entre os campos profissionais, institucionais e a participação popular que pressupõe um processo pedagógico entre atores sociais para a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis, em consonância com a construção da democracia, da cidadania e da justiça social.

Além disso, Machado e Porto (2003, p. 06) argumentam que é fundamental desenvolvermos parcerias com as Universidades, principalmente com instituições de saúde coletiva.

Elas têm colaborado na estabilização de experiências mediante suporte técnico-científico, divulgação e apoio interdisciplinar em casos de maior complexidade. São, ainda, fundamentais na formação de novos profissionais e na legitimação técnica, possibilitando uma contraposição ao saber empresarial.

E) Realização de Pesquisa de Fixação: acontece após o desligamento dos segurados do programa. O Manual Técnico da Reabilitação Profissional estabelece que a Pesquisa de Fixação deverá ser realizada após dezoito meses da reabilitação do segurado.

A pesquisa da fixação no mercado de trabalho, consiste no conjunto de ações para constatar a adaptação do reabilitado ao trabalho, assim como sua efetividade do processo reabilitatório e o fornecimento de dados que realimentem o sistema gerencial visando à melhoria do serviço. (BRASIL, 2016b, p. 75)

Embora nas Agências do INSS a Pesquisa de Fixação seja um instrumento importante para mensurar a efetividade do Programa de Reabilitação Profissional, na prática não há uma obrigatoriedade no seu uso.

Nesse cenário, consideramos indispensável a aplicação da Pesquisa de Fixação pela ERP, para identificar a real efetividade do programa, compreender as dificuldades enfrentadas pelo trabalhador no seu retorno ao trabalho e entender outros elementos pertinentes à construção de um programa de política pública que não se limite apenas à emissão do Certificado de Reabilitação Profissional, como historicamente tem sido retratado.

Além disso, para a consolidação deste programa, enquanto um instrumento de política pública, é necessário a

pactuação e comprometimento de diversos órgãos públicos, setores privados e segmentos da sociedade civil. Ou seja, é necessário articular ações em Saúde do Trabalhador e investir esforços na Rede Intersetorial de Reabilitação Integral[...] com vistas à integração e à articulação permanente entre os serviços e ações das políticas de previdência social, saúde assistência social, trabalho, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. (BRASIL, 2016b, p. 104)

É fundamental estabelecer uma interlocução com os demais órgãos e políticas públicas, tais como: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária, Ministério Público do Trabalho e dentre outros, expandindo ações integradas para o desenvolvimento das políticas públicas voltadas para a recuperação, prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores.

F)(Re)construção do manual técnico de Reabilitação Profissional: após as recentes atualizações ocorridas no manual técnico de RP, este instrumento tem se consolidado como uma ferramenta com procedimentos burocráticos, sendo este utilizado muita das vezes para culpabilizar o trabalhador pela ineficácia das políticas públicas, o que tem resultado no desligamento dos

segurados do programa, assim como na cessação dos benefícios previdenciários e na desproteção social do trabalhadores. Miranda(2018) cita como exemplo, a aplicação das “operações pente fino” que vem sendo adotadas como medida para desonerar a máquina pública.

Tais operações, pela própria nomenclatura, revela a maneira pejorativa pela qual o INSS trata o trabalhador adoecido por condições de trabalho cada vez mais precárias. Ou seja, essas operações reforçam a lógica de perícias concebidas como meio de encontrar possíveis trabalhadores fraudadores do sistema, em vez de permitir uma acurácia de investigação que priorize o entendimento do processo de adoecimento dos trabalhadores[...]. (MIRANDA, 2018, P.09-10)

É preciso resgatar os princípios norteadores do Programa de Reabilitação Profissional, superando seus retrocessos para a consolidação de um programa voltado para a efetiva reabilitação dos trabalhadores, sob a perspectiva da Seguridade Social e do cuidado a saúde dos trabalhadores.

Ao desenvolver ações sob esta perspectiva, podemos afirmar que a Previdência Social, em interface com os órgãos e políticas públicas, estará cumprindo com sua missão que é “garantir proteção ao trabalhador e sua família, por meio de sistema público de política previdenciária solidária, inclusiva e sustentável, com objetivo de promover o bem-estar social” (BRASIL, 2010, p.5).

Por esse motivo, torna-se perceptível que o programa de Reabilitação Profissional apresenta inúmeros desafios para alcançar sua finalidade. Entretanto, estudos neste campo, assim como legislações voltadas para a saúde do trabalhador, corroboram com o entendimento que este programa apresenta condições de se efetivar como um importante instrumento de política pública, capaz de romper com o viés fragmentado e pouco efetivo que se se consolidou ao longo dos anos.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos, o Programa de Reabilitação Profissional consolidou-se como um serviço fragmentado, com procedimentos defasados, de natureza compensatória, pouco efetivo e apartado da política de saúde do trabalhador.

As mudanças na esfera política, assim como os retrocessos nos procedimentos técnicos do Programa de Reabilitação Profissional, revelam que mesmo com várias tentativas de aproximação deste programa com o campo da saúde do trabalhador, ainda não conseguimos “[...] romper com a macroestrutura hierárquica de ordem cultural, histórica e conceitual do INSS, em que se verifica um distanciamento cada vez maior do papel da Previdência Social dos pressupostos da Seguridade Social” (MIRANDA, 2018, p. 02).

Além disso, a redução do papel do Estado, assim como o enfraquecimento das políticas sociais na garantia dos direitos da classe trabalhadora, sobretudo o da saúde, têm resultado na invisibilidade do adoecimento dos trabalhadores e no elevado número de acidentes e doenças profissionais.

Diante desse cenário, esta pesquisa apresentou reflexões e discussões acerca das estratégias que devem ser adotadas para que o Programa de Reabilitação se efetive como um instrumento de proteção social, realizando intervenções nos processos de trabalho e interrompendo com o ciclo de adoecimento da classe trabalhadora, à luz de outras experiências profissionais, como, por exemplo, o modelo de Reabilitação Profissional de Sherbrooke.

Sob esta perspectiva, esta pesquisa propõe o desenvolvimento de um modelo de reabilitação capaz de desenvolver ações em VISAT a todos os segurados, principalmente aqueles que historicamente sempre estiveram à margem de uma política de saúde do trabalhador – os trabalhadores autônomos e os segurados especiais. Neste contexto, a Ergonomia de conscientização surge como uma estratégia de trabalho educativa e transformadora, impulsionando mudanças nos processos de trabalho com a participação dos trabalhadores, sindicatos, profissionais e outros atores que fazem interface com a saúde do trabalhador, a fim de evitar doenças e acidentes de trabalho.

As discussões apresentadas neste estudo evidenciam que os desafios para a efetivação do Programa de Reabilitação Profissional como um instrumento das ações de VISAT são inúmeros.

A construção de uma política pública de reabilitação profissional exige: a inserção da saúde do trabalhador nas políticas de desenvolvimento econômico; a desconstrução da

cultura e da máquina previdenciária voltada prioritariamente para os custos; a real articulação da Saúde e da Previdência Social em projetos nacionais e locais; a inclusão do caráter distributivo nos planos de modernização; o monitoramento da trajetória dos trabalhadores; e a transparência institucional (VILELA, 2010, p. 01).

Ademais, discutir a relação entre capital-trabalho e saúde, em um contexto em que o trabalho tem degradado a saúde do trabalhador nas suas diversas formas, é um movimento contra hegemônico. Marx *apud* Pereira e Nogueira (2013, p. 307) argumentam que “o capital não tem (...) a menor consideração com a saúde e com a vida do trabalhador, a não ser quando a sociedade o compele a respeitá-las”.

Sobre isso, Buss (2010) acrescenta que é preciso compreender que a responsabilidade pela degradação da saúde do trabalhador e/ou desenvolvimento das ações em VISAT não são de responsabilidade exclusiva do capital. O autor trabalha com a ideia de responsabilidade coletiva dos problemas e soluções das questões relacionadas à saúde do trabalhador. Logo, a busca intransigente pelo direito à saúde é de competência do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais.

Sob essa perspectiva, o exercício do controle social é fundamental para o combate às condições de trabalho adoecedoras e para o desenvolvimento das ações em VISAT, exigindo do Estado intervenções para a consolidação de um estado de bem estar social, com a participação da sociedade, nos processos decisórios com vistas à garantia da saúde como um bem não negociável.

Diante desses desafios, esta pesquisa apresenta elementos que evidenciam as potencialidades do Programa de Reabilitação Profissional na consolidação de uma política de Estado, sendo a Pesquisa de Fixação considerada uma das ferramentas transformadoras, capaz de auxiliar na realização de intervenções nos processos de trabalho, a partir do resgate da interlocução das equipes multiprofissionais e interinstitucionais voltadas para as ações em VISAT.

As propostas apresentadas neste estudo apresentam contribuições para a superação do caráter superficial, fragmentado e pragmático do Programa de Reabilitação Profissional com vistas à consolidação de uma reabilitação integral e, sobretudo, de caráter público, considerando sua importância para a implementação da Seguridade Social e desenvolvimento das ações da política de Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. **A sociedade dos adoecimentos no trabalho**. Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n. 123, 2015. p.407- 427.

BLOG SEGURANÇA DO TRABALHO. **O que é SAT – Seguro Acidente do Trabalho**. Disponível em: <<https://www.blogsegurancadotrabalho.com.br/2015/03/o-que-e-sat-seguro-acidente-do-trabalho.html>>. Acesso em: 05 setembro de 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Decreto nº 2.172, de 05 de março de 1997. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Revogado pelo Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Diário Oficial da União, 7 de maio de 1999, republicado em 12 de maio de 1999.

BRASIL. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Diário Oficial da União, 28 de setembro de 2007.

BRASIL. Decreto nº 7.036 de 10 de novembro de 1944. Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Regulamenta a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

BRASIL. Decreto nº 8.725 de 27 de Abril de 2016. Institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral e dá outras providências.

BRASIL. **Manual Técnico do Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde**. Projeto de formação de Agentes de Vigilância em Saúde do Trabalhador para a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast/SUS. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://drive.google.com/drive/folders/0Byg8dL3SJe6gaV9ZbXc1aFluenM>> Acesso em 19 março. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução. 2012 CNS nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>> Acesso em 11 de fevereiro de. 2018.

_____. Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013. Regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS. Diário Oficial da União, 2013.

_____. Lei nº 6.367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho da Previdência Social. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6367.htm> Acesso em 05 fevereiro. 2017.

_____. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a formação, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

_____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm Acesso em: 03 setembro. 2017.

_____. Lei n. 8.742, de 7 dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1993.

_____. Portaria Interministerial nº 01 de 20 de abril de 1993. Regulamenta a criação da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador.

_____. Portaria Conjunta PGF/INSS nº 06, de 18 de Janeiro de 2013 - Dispõe sobre as ações regressivas previdenciárias. Disponível <<http://sindilojaspetrolina.com.br/wp-content/uploads/Portaria-Conjunta-PGF-INSS-N-06-18-01-13.pdf>> Acesso em: 25 março. 2018.

_____. Portaria Interministerial nº 3.214, de 08 de Junho de 1978. Dispõe sobre as normas regulamentadoras. Disponível em: <www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGaos/MTE/Portaria/P3214_78.HTML> Acesso em: 10 abril.2018.

_____. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800, de 03 de Maio de 2005. Disponível: <http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_800_22092014.pdf> Acesso em: 25 março. 2018.

_____. Portaria nº 1823 de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CEREST/site-Portaria_1823_12_institui_politica.pdf> Acesso em: 05 setembro. 2017.

BUSS, P. M. **Promoção da Saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 05, n. 01, 2000.

CAMARGO, Marisa. **As novas configurações do Trabalho no Brasil e as mudanças na forma de organização da Política de Saúde**. Revista Políticas Públicas. São Luís, 15 v. n.1, 2011. p. 175- 184.

CARVALHO, Flavia Xavier; MANDALLOZZO, Silvana Souza Netto; RIBAS, Vera Pedroso. **A Reabilitação Profissional em contextos de continuidade e rupturas**. 6º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais – 2º Seminário de Direitos Humanos. Capitalismo Contemporâneo na América Latina: Políticas Sociais Universais. Paraná, 2014.

Classificação Brasileira de Ocupação – CBO. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/informacoesGerais.jsf>> Acesso em: 17 maio de 2018.

CONCEIÇÃO DO PARÁ. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2018. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Concei%C3%A7%C3%A3o_do_Par%C3%A1&oldid=51057161>. Acesso em: 05 de setembro de 2017.

DALDON, Maria Teresa Bruni; LANCMAM, Selma. **Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, v.38, n. 127, 2013. p. 92- 106.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. **O papel das classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.11, n. 2, 2008. p. 324-335.

FILHO, J.M. et al. **Sobre a “aceitabilidade social” dos acidentes do trabalho e o inaceitável conceito de ato seguro.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo. 2013.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Comitê de Ética em Pesquisa.** Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/faq-page>>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2018.

FLORESTAL. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2017. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Florestal&oldid=49697820>> Acesso em 05 de setembro de 2017.

FRASER, Marcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sonia Maria Guedes. **Da fala do outro ao texto negociado:** discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2004.

FRIAS, Carlos Alberto da Silva Junior. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação.** Tese do Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1999. p. 135.

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da Pesquisa Científica.** Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2002.

FUNDAÇÃO SEADE; FUNDACENTRO. **Missão.** Disponível: <<http://www.fundacentro.gov.br/institucional/missao>>. Acesso em: 09 de outubro de 2017.

FUNDACENTRO. **Proposta de diretrizes para uma política de Reabilitação Profissional.** São Paulo, 2003.

FUNDACENTRO. **Reabilitação Profissional Pública, um direito do cidadão:** abordagem interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional. São Paulo, 2007.

FUNDACENTRO. **Reabilitação Profissional: Construção de uma política de prevenção de incapacidade e Reabilitação Profissional.** Disponível: <<http://www.fundacentro.gov.br/politica-publicas-em-sst/reabilitacao-profissional>> Acesso em: 09 de outubro de 2017.

GERHARDT; Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Saúde do Trabalhador:** novas e velhas questões. Ciências Saúde Coletiva, v. 10, n.4, Rio de Janeiro, 2005.

GOMES, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **Precarização do Trabalho e desproteção social: desafios para a saúde pública.** Ciência Saúde Coletiva, V. 4, n. 2, Rio de Janeiro, 1999.

GOMES, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **A construção do campo da saúde do trabalhador.** Caderno de Saúde Pública. v.13. Rio de Janeiro, 1997

Governo quer reaver 1,8 bilhão em benefícios por acidentes. Disponível em : <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2017/08/1913519-governo-quer-reaver-r-18-bilhao-em-beneficios-por-acidentes.shtml>> Acesso em: 25 de março de 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados demográficos de Conceição do Pará.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/conceicao-do-para/panorama>> Acesso em: 02 de novembro de 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados demográficos de Florestal.** Disponível: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/florestal/panorama>> Acesso em: 02 de novembro de 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados demográficos de Pará de Minas.** Disponível: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/para-de-minas/panorama>> Acesso em: 02 de novembro de 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados demográficos de Pequi.** Disponível: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pequi/panorama>> Acesso em: 02 de novembro de 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados demográficos São José da Varginha.** Disponível: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-jose-da-varginha/panorama>> Acesso em: 02 de novembro de 2017.

IGARATINGA. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2018. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Igaratinga&oldid=51081173>>. Acesso em: 05 de novembro de 2017.

INSS e OIT divulgam dados sobre doenças e acidentes laborais. São Paulo, 21 de agosto de 2014. Disponível em: <<http://ww2.soc.com.br/2014/08/inss-e-oit-divulgam-dados-sobre-doencas-e-acidentes-laborais/>>. Acesso em: 06 setembro de 2017.

INSS- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional.** V. I. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social, 2016b.

INSS- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional.** V. I. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social, 2018.

INSS- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. **Manual de Gestão do Serviço/ Seção de Saúde do Trabalhador.** Diretoria Saúde do Trabalhador (DIRSAT). Outubro de 2010.

JACQUES, Maria da Graça; JACQUES, Camila Correa. **Acidentes de trabalho e implicações psicossociais:** uma discussão introdutória. São João Del Rei, 2009.

JUNIOR, João Silvestre da Silva; ALMEIDA, Flavia Souza e Silva; MORRONE, Luiz Carlos. **Discussão dos impactos do nexso técnico epidemiológico previdenciário.** Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. São Paulo, 2012.

LACAZ, Francisco, Antonio de Castro. **O campo da saúde do trabalhador:** resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho – saúde. Caderno de Saúde Pública, v.23, n.4. Rio de Janeiro, 2007.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Saúde do Trabalhador:** Um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 1996.

LIMA, M.A. et al. **Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia:** ativador de mudanças na Saúde do Trabalhador. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 35, n. 121. São Paulo, 2010.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet ; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Promoção da saúde e intersectorialidade:** a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. Epidemiologia e Serviços de Saúde v.12, n.3. Brasília, 2003.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. **Processo de vigilância em saúde do trabalhador.** Caderno de Saúde Pública, v. 13. Rio de Janeiro, 1997.

MACIEL, Regina Heloisa. **Prevenção da LER/DORT:** o que a ergonomia pode oferecer? Caderno de Saúde do Trabalhador. São Paulo, 2000.

MAENO, Maria; VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia. **Reabilitação Profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública.** Revista Brasileira Saúde Ocupacional. v. 35, n. 121. São Paulo, 2010.

MARAVILHAS. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2018. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Maravilhas&oldid=51024860>>. Acesso em: 05 de setembro de 2017.

MARTINI, André. **Reabilitação, ética e técnica.** Ciência & Saúde Coletiva. V. 16, n. 04. Rio de Janeiro, 2011.

MATSUO, M. **Acidentado do trabalho:** reabilitação ou exclusão? Fundacentro. São Paulo, 1998.

MENDES, Maria das Graças Rodrigues. **Terceirização e precarização laboral:** reflexões sobre os impactos da precarização para o trabalho dos Assistentes Sociais no SUAS. Fortaleza, 2013.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth. **Da Medicina do Trabalho a Saúde do Trabalhador.** Revista de Saúde Pública. n. 25. São Paulo, 1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social:** Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro, 2011.

MIRANDA, Cristiano Barreto. **Aspectos do cenário atual da reabilitação profissional no Brasil:** avanços e retrocessos. Caderno de Saúde Pública, São Paulo, 2018.

MUNIZ, H. P. et al. **Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v.38, n.128. São Paulo, 2013.

Normas regulamentadoras. Disponível em: <www.trabalho.gov.br/seguranca-e-saude-no-trabalho/normatizacao/normas-regulamentadoras> Acesso em 15 junho. 2018.

OLIVEIRA, José Candido. **Segurança e Saúde no trabalho:** uma questão mal compreendida. v.17, n.2. São Paulo, 2003.

PÁDUA, Elisabete Matollo Marchesini. **Metodologia de Pesquisa: Abordagem Teórica-Prática.** 13ª ed. São Paulo, 2004.

PAPAGAIOS. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2017. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Papagaios&oldid=50414496>>. Acesso em: 05 de setembro de 2017.

PEREIRA, Alexandre Macedo; Dolci, Lucina Netto; COSTA, Leila Sales. **Trabalho Ontológico e o processo de trabalho no modo de produção capitalista nas atuais exigências da realidade no Brasil.** Revista do Programa de Pós-Graduação em Humanidades, Culturas e Artes. v.2 n.14. Rio de Janeiro, 2016.

PEREIRA, Gislaine dos Santos. **As transformações e precarização do mundo do trabalho**. Revista de Iniciação Científica da Faculdade de Filosofia e Ciências, v. 4, n. 2. São Paulo, 2004.

PEREIRA, Marina Coutinho de Carvalho; NOGUEIRA, Claudia Mazzei. **Serviço Social e a reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social: perspectivas a partir da saúde do trabalhador**. São Paulo, 2012.

PEREIRA, Potyara Amazoneida, P. **Proteção Social Contemporânea: cuiprodest?** Serviço Social e Sociedade, n. 116. São Paulo. 2013, p. 636-651.

PEQUI (MINAS GERAIS). In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2016. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Pequi_\(Minas_Gerais\)&oldid=47548688](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Pequi_(Minas_Gerais)&oldid=47548688)>. Acesso em: 05 de setembro de 2017.

PEREIRA, Anna Carolinna Eduardo Moreira; MENDES, Davidson Passos; MORAES, Geraldo Fabiano de Souza. **PESQUISA EMPÍRICA**. Laboreal v. 13 n. 1. Porto, 2017.

POERSCH, Ana Luisa; MERLO, Alvaro Roberto Crespo. **Reabilitação Profissional e retorno ao trabalho: uma aposta de intervenção**. Porto Alegre, 2017.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Análise dos riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar**. Rio de Janeiro, 2008.

Previdência Social e Ministério do Trabalho divulgam dados sobre acidentes de trabalho no Brasil. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/economia/2017/06/05/internas_economia,874113/brasil-tem-700-mil-acidentes-de-trabalho-por-ano.shtml>. Acesso em 06 de setembro de 2017.

RIBEIRO, Andressa de Freitas. **Taylorismo, fordismo e toyotismo**. v. 19, n. 35, Bahia. 2015, p.65-79.

RIBEIRO, Fátima Sueli Neto. **Vigilância em Saúde do Trabalhador: a tentação de engendrar respostas às perguntas caladas**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. v. 38 n. 128. São Paulo, 2013.

ROTHSTEIN, J. Ribeiro e alt. **Impacto de uma metodologia interativa de ergonomia de conscientização**. Florianópolis, 2013

SANCHEZ, M.O. et al. **Atuação do CEREST nas ações de vigilância em saúde do trabalhador no setor canavieiro**. Revista Saúde & Sociedade, v. 18. São Paulo, 2009.

SANTOS, Carolina Martins. **As vivências dos gestores do Senai/ Dr. Goiás em relação ao processo de informatização**: um estudo de caso embasado na clínica psicodinâmica do trabalho. Goiânia, 2016.

SÃO JOSÉ DA VARGINHA. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2017. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=S%C3%A3o_Jos%C3%A9_da_Varginha&oldid=50839237>. Acesso em: 05 de setembro de 2017.

Segurança e Saúde no Trabalho. Ministério da Educação. 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf/10_cd_al.pdf> Acesso em: 24 de maio de 2018.

SPOSATI, Aldaíza. **Proteção Social e Seguridade Social no Brasil**: pautas para o trabalho do assistente social. Serviço Social & Sociedade, n.116. São Paulo, 2013.

TAKAHASHI, Mara Alice Conti; KATO, Mina; LEITE, Rose Aylce Oliveira. **Incapacidade, reabilitação profissional e Saúde do Trabalhador**: velhas questões, novas abordagens. Revista Brasileira Saúde Ocupacional. São Paulo, 2010.

TAKAHASHI, Mara Alice Conti; IGUTI, Aparecida Mari. **As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil**: modernização ou enfraquecimento da proteção social? Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008.

TAKAHASHI, M. A. et al. **Agir articulado entre atenção, reabilitação e prevenção em saúde do trabalhador**: a experiência do CEREST de Piracicaba. Revista da Rede de Estudo do Trabalho. v. 9. São Paulo, 2011, p. 117-38.

TAKAHASHI, M. A. C. et al. **Interdisciplinariedade e Interinstitucionalidade:** Estudos de casos sobre diferentes desfechos do Programa de Reabilitação Profissional do CEREST Piracicaba. São Paulo, 2015.

TAKAHASHI, M. A. C. et al. **Direito ambiental do Trabalho:** apontamentos para uma teoria geral. **Formação em ergonomia da atividade:** a centralidade do trabalho para a atenção integral e vigilância em saúde do trabalhador. v. 3. São Paulo, 2017.

TEIXEIRA, Ana Amélia Dato; MEDEIROS, Floricena Maria. **Reabilitação Profissional e a lógica reducionista como expressão da contra reforma da Previdência Social.** Juiz de Fora, 2014.

TOLDRÁ, R. C. et al. **Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho:** a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador. Revista brasileira de Saúde Ocupacional, v. 35, n. 121. São Paulo, 2010.

TORRES, A. R. A. et al. **O adoecimento no trabalho:** repercussões na vida do trabalhador e de sua família. v.10, n.1. Sobral, 2011, p.42-48.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

SASAKI, Maria Amélia; VASQUES-MENEZES, Ione. **Trabalhador informal e Previdência Social:** o caso dos trabalhadores por conta própria de Brasília-DF. Política & Sociedade, v. 11, n.21, Florianópolis, 2012.

SIMONELLI, A. P. et al. **Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional.** Revista Brasileira Saúde Ocupacional, v. 35, n. 121, São Paulo, 2010.

VIDAL, Mário Cesar; BONFATTI, Renato José; CARVÃO, José Mario. **A ação ergonômica em sistemas complexos. Proposta de um método de interação orientada em situação:** a conversa ação. Rio de Janeiro, v. 1, n. 3. Rio de Janeiro, 2002, p. 39-64.

ANEXOS

ANEXO A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO POTENCIAL LABORAL - FAPL



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO A FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO POTENCIAL LABORAL – FAPL (SABI)

APS: NB: Espécie DIB: / / DCI: / /

Nome:

Endereço residencial:

CTPS/Série: RG: Órgão Expedidor: Data de Nascimento: Sexo:
() M () F

Situação Funcional: Ocupação:

1 () Empregado 4 () Desempregado

____/____/____

CBO:

2 () Autônomo 5 () Rural

3 () Aposentado 6 () Outros

Grau de instrução:

Diagnóstico:

CID:

Restrições para desempenho da função (informação do segurado):

Tratamentos realizados: () Clínico () Clínico- Cirúrgico () Cirúrgico () Mental () Físico-
Mental

Dominância: () Destro () Sinistro () Ambidestro

Descrição das alterações anátomo-funcionais:

Descrição das limitações laborativas ao desempenho da função exercida (postura, movimento, força, ambiente físico, destreza manual, acuidade auditiva / visual e etc.):

Data:

/ /

Assinatura do Perito Médico:

ANEXO B – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL - FASP



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO B
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIO-PROFISSIONAL – FASP

DADOS DO REQUERENTE		
Data: ____/____/____	GEX:	APS:
NOME:		
Data de nascimento:	Idade:	Sexo: () M () F
Endereço residencial:		
NB:	Espécie:	NIT:
CTPS/série:	RG (nº e órgão expedidor):	CPF
DIB:	DCI:	
ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO:		
() Judicial	() Administrativo via APS	() Outros Especificar: _____
SITUAÇÃO FUNCIONAL		
1.() Empregado	4.() Desempregado	
2.() Autônomo	5.() Rural	
3.() Aposentado	6.() Outros	
GRAU DE INSTRUÇÃO, ESCOLARIDADE:		
Comprovada com documentação:() Sim () Não		
Descrição da Atividade Exercida:		
Desvio de função? Sim () Não ()		
Admissão: ____/____/____	Demissão: ____/____/____	
Tempo na função atual:		
Tempo de contribuição:	Valor do benefício R\$:	
Histórico do Afastamento do Trabalho:		
Experiência Profissional (ocupação, nome da empresa e tempo de serviço):		



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Histórico Profissional (cursos / treinamentos):

Interesse profissional:

Composição familiar (estado civil, número de filhos/dependentes do segurado):

Renda familiar do segurado/outros auxílios:

Prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional:

() Favorável () Desfavorável

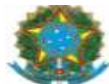
Justificar:

Outras observações:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Profissional de Referência

ANEXO C – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL - FARP



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO C FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL – FARP

DADOS DO REQUERENTE			
Data ___/___/___	GEX	APS	
NOME:			
Data de nascimento	Idade	Sexo: () M () F	
Endereço residencial:			
NB	Espécie	NIT	
CTPS/série	RG (n° e órgão expedidor):	CPF	
CNH(categoria, validade, restrições):	DIB	DCI	
ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO			
() Judicial	() Administrativo via APS	() Outros Especificar: _____	
SITUAÇÃO FUNCIONAL			
1 () Empregado		4 () Desempregado	
2 () Autônomo		5 () Rural	
3 () Aposentado		6 () Outros	
OCUPAÇÃO e CBO:			
EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS			
GRAU DE INSTRUÇÃO: Comprovada com documentação () Sim () Não			
AVALIAÇÃO			
Diagnóstico:		CID 10:	
Histórico da patologia:			
Restrições para desempenho da função (informação do segurado):			
Tratamentos realizados: () Clínico () Clínico- Cirúrgico () Cirúrgico () Mental () Físico-Mental Obs.:			
Co-morbidades:			
Exame físico:			
Dominância:() Destro () Sinistro () Ambidestro			
Exames complementares:			
Atestado e/ou laudos apresentados:			



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Expectativa do segurado quanto ao retorno laboral:	
CONCLUSÃO	
Prognóstico para cumprimento do PRP:	
Descrição das limitações laborativas (postura, movimento, força, ambiente físico, destreza manual, acuidade auditiva / visual e etc.):	
Solicitação de Procedimentos: ☐ Análise de Função ☐ Vistoria Técnica ☐ Protetização ☐ Avaliação / Exame / Parecer especializado ☐ SIMA	
Encaminhamentos/ Observações:	
CODIFICAÇÃO DA CONCLUSÃO (conforme tabela abaixo)	
JUSTIFICATIVA DA CONCLUSÃO	

FARP- CODIFICAÇÃO DA CONCLUSÃO	
Intercorrência Médica	3.10
Invalidez/ Limite Indefinido	3.20
Retorno Imediato ao Trabalho	3.30
Continuidade em Processo de Reabilitação Profissional	3.40
Recusa	3.50
Abandono	3.51
Instrução de Processo Judicial	3.60
Obito	3.70
Concessão/ Manutenção de Prótese e Órtese	3.80
(Re) habilitação de PcD	3.90
Indeferimento de (Re) habilitação de PcD	3.91
Homologação de Readaptação Profissional	3.95
Indeferimento de Homologação de Readaptação Profissional	3.96
Transferência	3.97
Não necessita de Reabilitação Profissional	3.98
Alta a pedido	3.99

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura e matrícula do Perito Médico

ANEXO D – FICHA DE CADASTRO DO CLIENTE



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO D
FICHA DE CADASTRO DO CLIENTE

NB/Nº DO CLIENTE:	ESPECIE:	NIT/PIS:	DIB: ____/____/____
-------------------	----------	----------	---------------------

NOME DO (A) CLIENTE:	SEXO: • MASC • FEM
----------------------	--------------------

DATA NASCIMENTO: ____/____/____ LOCAL: _____

IDENTIDADE: _____ ORGÃO EMISSOR: _____ DATA EMISSÃO: ____/____/____ UF: _____

CTPS: _____ SÉRIE: _____ UF: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ CEP: _____ UF: _____ TELEFONE: _____

DADOS DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

CÓD. RP: _____ DATA APRESENTAÇÃO: ____/____/____ SEG: _____ PcD: _____ DEPENDENTE: _____

ENCAMINHAMENTO

DATA: ____/____/____ ORIGEM: _____ COD. ENCAMINHADOR: _____ TIPO: _____ SEQ. PER. MED: _____

DIAGNÓSTICO

--



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

AVALIAÇÃO

DATA ____/____/____	INÍCIO:	FUNÇÃO:	ESCOLARIDADE:
------------------------	---------	---------	---------------

DADOS COMPLEMENTARES (FORMA DE FILIAÇÃO)

- | | |
|---|---|
| ☐ EMPREGADO | ☐ TRABALHADOR AVULSO |
| ☐ EMPREGADO DOMÉSTICO | ☐ SEGURADO ESPECIAL |
| ☐ EMPRESÁRIO | ☐ SEGURADO FACULTATIVO |
| ☐ TRABALHADOR AUTÔNOMO | ☐ RURAL |
| ☐ EQUIPARADO AO | ☐ SEM VÍNCULO |
| ☐ TRABALHADOR AUTÔNOMO | |

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA DE VÍNCULO OU EMPREGADOR OU DOMICÍLIO FISCAL

NOME DA EMPRESA/EMPREGADOR/DOMICÍLIO FISCAL

--

ENDEREÇO (AV, RUA, Nº):

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

CEP:

TELEFONE P/ CONTATO:

CNPJ/CPF:

Pessoa para Contato:

ORIGEM: (1) PPS/PM (2) PSS/SS (3) EMPRESA (4) SINDICATO (5) ESPONTÂNEO
(6) JRPS/CRPS (7) PROC. JUDICIAL

TIPO: (1) PROCESSO RP (2) HOMOLOG. REABILIT (3) HOMOLOG PPD
(4) MANUT. PRÓTESE (5) INSTR. DE PROCESSO



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

DADOS DO REQUERENTE		
GEX:	APS:	
NOME:		
NB:	Espécie:	NIT:

DATA

EVOLUÇÃO com assinatura, matrícula e carimbo do servidor

[illegible]

ANEXO E – MODELO DE OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DE DESCRIÇÃO DE FUNÇÃO /ATIVIDADE



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO E MODELO DE OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DE DESCRIÇÃO DE FUNÇÃO/ATIVIDADE

OFÍCIO nº / SIGLA APS/GEX/INSS

Cidade/UF, xx de xxxx de 20xx.

Ao Senhor (a)

NOME COMPLETO DESTINATÁRIO

Cargo/função

Endereço

CEP/Cidade/Estado

Assunto: **minúsculo e negrito.**

Prezado (a) Senhor (a),

1. O (a) segurado (a) _____, empregado (a) dessa Empresa, encontra-se em programa de reabilitação profissional nesta Agência da Previdência Social.

2. Para definição do potencial laboral e direcionamento do processo reabilitatório são imprescindíveis as informações pertinentes à função e às condições de trabalho.

3. Dessa forma, solicitamos o preenchimento, o mais completo possível, do formulário anexo a ser entregue ao Profissional de Referência (nome, endereço, telefone, e-mail).

4. Por oportuno, informamos que, em caso de preenchimento incompleto ou de persistência de dúvidas quanto às condições de trabalho, o INSS efetuará contato e/ou visita à Empresa.

Atenciosamente,

NOME PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA

Matrícula/Cargo



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

FORMULÁRIO DESCRIÇÃO DE FUNÇÃO/ATIVIDADE**I - IDENTIFICAÇÃO DO (A) SEGURADO (A):**

NOME:
NÚMERO DO BENEFÍCIO:
DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO:
OCUPAÇÃO/ATIVIDADE ATUAL:
TEMPO NA ATIVIDADE ATUAL:
OCUPAÇÃO/ATIVIDADE OFERTADA:

II - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA:

NOME:	
CNPJ:	RAMO DE ATIVIDADE:
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	CEP:
TELEFONE:	E-mail:

III - DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO (relatar em detalhes as tarefas desempenhadas pelo (a) empregado (a):

IV - EXIGÊNCIAS DA FUNÇÃO OFERTADA:

1 - Instrução/Escolaridade:

1.1 - Sem exigência de alfabetização ()



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

1.2 - Até a 4ª Série do nível fundamental ()

1.3 - Nível fundamental incompleto ()

1.4 - Nível fundamental completo ()

1.5 - Nível médio incompleto ()

1.6 - Nível médio completo ()

1.7 - Nível superior incompleto ()

1.8 - Nível superior completo ()

2 - Experiência Profissional: SIM () NÃO ()

3 - Tempo mínimo exigido para aprendizagem na função: _____ dias.

Justificar:

V – MATERIAL, MÁQUINA E EQUIPAMENTO DE TRABALHO:

1 - Materiais utilizados:

2 - Máquinas utilizadas:

3 – Equipamentos utilizados:

VI – CONDIÇÕES AMBIENTAIS:

1 - Ambiente onde será exercida a função ofertada: Interno () Externo ()

2 - Aspectos ambientais:

2.1 - Poeira() 2.2 - Umidade () 2.3 - Frio () 2.4 - Calor ()

2.5 - Ruído() 2.6 - Odores () 2.7 - Umidade () 2.8 - Luminosidade ()



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

2.9 - Iluminação intensa/ intermitente ()

3 - Condições de trabalho com pessoas:

3.1 - Individual () 3.2 - Dupla () 3.3 - Equipe ()

4 - Trabalho com exigências cognitivas (ideias, atenção, memorização, outros). Especificar:

VII – EXIGÊNCIAS DA FUNÇÃO EM RELAÇÃO AO (A) EMPREGADO (A):

1 - Esforço físico (responder de acordo com a especificação de peso ao lado):

- | | |
|----------------------------|------------------|
| 1.1 - Carregar peso () | a) 0 a 5Kg |
| 1.2 - Empurrar / Puxar () | b) 5 a 10 Kg |
| 1.3 - Imprimir força () | c) 10 a 20 Kg |
| 1.4 - Erguer peso () | d) 30 a 40 Kg |
| 1.5 - Postura estática () | e) mais de 40 Kg |

2 - Trabalha em ritmo:

2.1 - Lento ()

2.2 - Moderado ()

2.3 - Rápido ()

2.4 - Alternado () Especificar: _____

3 - Segmentos corporais mais exigidos:

3.1 - Dedos/ Mãos/Punho ()

3.2 - Ombro ()

3.3 - Cotovelo ()

3.4 - Ombro()

3.5 - Bimanual ()



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

3.6 - Coluna Cervical ()

3.7 - Coluna Torácica ()

3.8 - Coluna Lombar ()

3.9 - Quadril ()

3.10 - Joelho ()

3.11 - Tornozel/pés ()

4 - Posições necessárias:

4.1 - Em pé ()

4.5 - Equilibrando ()

4.2 - Subindo ()

4.6 - Agachado ()

4.3 - Sentado ()

4.7 - Andando ()

4.4 - Em altura ()

4.8 - Deitado ()

5 - Utilização da visão:

5.1 - Pouca ()

5.2 - Normal ()

5.3 - Intensa ()

5.4 - Noturna ()

5.5 - Visão de Profundidade (perceber a distância entre os objetos) ()

6 - Utilização da Audição:

6.1 - Sons graves ()

6.2 - Sons Agudos ()

VIII – RISCOS:

1 - Quedas ()

5 - Amputação ()

2 - Esmagamento ()

6 - Contusão ()

3 - Cortes ()

7 - Choques ()

4 - Queimaduras ()

8 - Outros: _____



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

IX – Observações:

Preenchido por:	
Nome/assinatura	
CARGO:	DATA:

ANEXO F – MODELO DE OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO PARA CURSO/TREINAMENTO



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO F MODELO DE OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO PARA CURSO/TREINAMENTO

OFÍCIO nº /SIGLA DA APS/GEX/INSS

Cidade/UF, xx de xxxx de 20xx.

Ao Senhor (a)
NOME COMPLETO DESTINATÁRIO
Cargo/função
Endereço
CEP/Cidade/Estado

Assunto: **encaminhamento para curso/treinamento.**

Prezado (a) Senhor (a),

1. Conforme entendimentos mantidos com V.Sª, estamos encaminhando o (a) segurado (a) _____ NB: _____ RG nº _____ para avaliaçãocurso/treinamento de _____ a partir de ____/____/____ pelo prazo de ____ dias.

2. Solicita-se que as recomendações anexas sejam observadas considerando a especificidade do caso.

3. Cabe salientar que, conforme disposto no art. 139, § 1º, do Decreto nº 3.048, de 1999, o treinamento do reabilitando, quando realizado em Empresa, não estabelece qualquer vínculo empregatício ou funcional entre o reabilitando e a Empresa, bem como, entre estes e o INSS.

4. Seguem, abaixo, algumas **recomendações especiais**:

I - o segurado deverá retornar à Equipe de Reabilitação Profissional em ____/____/____ portando o Cartão de Frequência e o Relatório de Avaliação (em anexo), devidamente preenchidos e assinados;

II - contraindicações: _____

III - horário: _____



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

IV - o segurado deverá :

- a) cumprir rigorosamente o horário e as normas de trabalho estabelecidos;
- b) evitar ausentar-se do expediente, salvo por motivo absolutamente necessário e quando devidamente autorizado; e
- c) comparecer para atendimento na Reabilitação Profissional para acompanhamento conforme agendado previamente.

V - a Empresa deverá :

- a) não desviar o reabilitando para atividade diversa da que lhe foi indicada, sem prévio conhecimento e aquiescência da Reabilitação Profissional;

b) comunicar ao Profissional de Referência Sr(a).
 _____ no endereço
 _____ telefone _____ ramal _____, no
 horário das _____ às _____ horas, quaisquer ocorrências significativas relacionadas com
 o reabilitando.

Atenciosamente,

NOME DO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA

Matricula/cargo

ANEXO G – RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE CURSO/TREINAMENTO



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO G RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE CURSO/TREINAMENTO

Curso/ Treinamento:

Nome do (a) Segurado (a):

Data do início: Data do término:

Período/dias frequentados na semana: _____ Horário: das _____ às _____
Atividades desenvolvidas: (utilizar o verso se necessário)

1. Aspectos da Execução do Trabalho:

I - Trabalhou: () Individualmente () Em equipe

II - Posições:

Em pé ()

Sentado ()

Andando ()

Agachado ()

Deitado ()

III - Esforços Físicos:

Peso

Máximo: _____

Puxou ()

Levantou ()

Carregou ()

Empurrou ()

IV - Movimentos:

Dedos ()

Mãos/Braços ()

Pés/Pernas ()

Coluna ()

Bimanual ()

2. Aspectos Psicofísicos: (assinalar conforme os critérios de avaliação)

(A) Ótimo

(B) Bom

(C) Regular

(D) Ruim

(E) Não avaliado

() Rapidez

() Concentração

() Precisão

() Memória

() Ordem

() Capacidade de Aprendizagem

() Produtividade

() Coordenação Motora

() Qualidade

() Destreza Manual

3. Atitudes, Comportamentos e Hábitos: (assinalar conforme os critérios de avaliação)

(A) Ótimo

(B) Bom

(C) Regular

(D) Ruim

(E) Não avaliado

ANEXO H – CARTÃO DE FREQUÊNCIA EM CURSOS E TREINAMENTOS



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO H CARTÃO DE FREQUÊNCIA EM CURSOS E TREINAMENTOS

CARTÃO DE FREQUÊNCIA CURSO/TREINAMENTO			
Nome do (a) segurado (a):			
Nº Benefício/Espécie:		Mês/ano de referência:	
Período de curso/treinamento:			
Nome da Entidade/Empresa:			
DIA	Assinatura segurado	DIA	Assinatura segurado
1		17	
2		18	
3		19	
4		20	
5		21	
6		22	
7		23	
8		24	
9		25	
10		26	
11		27	
12		28	
13		29	
14		30	
15		31	
16			
Nome do Instrutor/Responsável:		Assinatura: Local: Data:	

ANEXO I – FORMULÁRIO DE CONCLUSÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL – FCRP – PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO I FORMULÁRIO DE CONCLUSÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL – FCRP- PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA

DADOS DO REQUERENTE		
GEX:	APS:	
NOME:		
NB:	Espécie:	NIT:
DIB:	DCI:	
DATA INÍCIO PRP:	DATA DESLIGAMENTO DO PRP:	

Parecer Técnico Conclusivo do Profissional de Referência:

DATA INÍCIO PRP	DATA DESLIGAMENTO DO PRP:
CODIFICAÇÃO DO DESLIGAMENTO DO PRP (conforme tabela abaixo)	
FCRP - CÓDIGOS DE CONCLUSÃO	
Retorno à mesma função com atividades diversas	4.40
Retorno à mesma função com as mesmas atividades	4.41
Retorno à função diversa	4.42
Recusa	4.43
Abandono	4.44
Intercorrência médica	4.45
Transferência	4.47
Óbito	4.48
Insuscetível de Reabilitação Profissional	4.49
Impossibilidade Técnica	4.50
Concessão/manutenção de prótese/órtese realizada	4.51
(Re)habilitação profissional de PcD	4.53
Alta a pedido	4.54

Data: ____/____/____

Assinatura do Profissional de Referência

ANEXO J – FORMULÁRIO DE CONCLUSÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL PERITO MÉDICO - FCRP



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO J FORMULÁRIO DE CONCLUSÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL PERITO MÉDICO- FCRP

DADOS DO REQUERENTE			
GEX:	APS:		
NOME:			
NB:	Espécie:	NIT:	
DIB:	DCI:		

Parecer Técnico Conclusivo do Perito Médico:

DATA INÍCIO PRP CODIFICAÇÃO DO DESLIGAMENTO DO PRP (conforme tabela abaixo)	DATA DESLIGAMENTO DO PRP:

FCRP- CÓDIGOS DE CONCLUSÃO	
Retorno à mesma função com atividades diversas	4.40
Retorno à mesma função com as mesmas atividades	4.41
Retorno à função diversa	4.42
Recusa	4.43
Abandono	4.44
Intercorrência médica	4.45
Transferência	4.47
Óbito	4.48
Insuscetível de Reabilitação Profissional	4.49
Impossibilidade Técnica	4.50
Concessão/manutenção de prótese/órtese realizada	4.51
(Re)habilitação profissional de PcD	4.53
Alta a pedido	4.54

Data: ____/____/____

Assinatura do Perito Médico

ANEXO K – MODELO DE CERTIFICAÇÃO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO K MODELO DE CERTIFICADO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

GERÊNCIA EXECUTIVA _____ APS _____

Certifico, para os fins de direito, e em cumprimento ao art. 92, da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e ao art. 140 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, que o (a) segurado (a) _____, Série: _____, Prontuário SIPPSS nº _____, concluiu com êxito o Programa de Reabilitação Profissional do INSS, no período de ____/____/____ a ____/____/____, estando reabilitado para o exercício da (s) função (ões) _____, devendo ser respeitadas as seguintes restrições: _____

Em conformidade ainda com os dispositivos legais supracitados, informamos que:

I - o (a) segurado (a) não estará impedido (a) de exercer outra atividade para a qual se julgue capacitado (a); e

II - 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.

_____, _____ de _____ de _____

Profissional de Referência

Perito Médico

Segurado

ANEXO L – FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO / PROPOSTA DE RECURSOS MATERIAIS



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO L FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO/PROPOSTA DE RECURSOS MATERIAIS

GEX/SST:

Código da APS:

Nome da APS:

Nome do (a) segurado (a):

CPF:

Nº /Espécie de Benefício:

Endereço:

Telefone:

Função de origem:

Função proposta:

Recurso material:

Justificativa da Indicação/Prescrição (*Fundamentação legal - art. 137, § 2º e art.139, do Decreto 3.048, de 1999*).

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo:

(Perito Médico/Profissional de Referência)

Autorizo: (☐) Sim (☐) Não

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo:

(RT da RP e Chefe do SST)

ANEXO M – FICHA DA PESQUISA DE FIXAÇÃO



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO M - FICHA DA PESQUISA DE FIXAÇÃO

I-Dados Documentais:

GEX _____ APS _____ OL: _____

Identificação do (a) Segurado (a):

Nome:	Especie/NB:
Endereço:	
Telefone:	Celular:
Data de Nascimento: / /	Sexo: () F () M
Escolaridade:	
Data início PRP: / /	Data de Desligamento do PRP: / /
Código de desligamento:	CID (diagnóstico principal):

Dados empregatícios:

	Anterior ao PRP	Na conclusão do PRP
Função (código CBO)		
Ramo de atividade (código CNAE)		

Programa Profissional realizado:

Elevação de Escolaridade ()	Curso de Capacitação Profissional ()	Treinamento ()
------------------------------	---------------------------------------	-----------------

Recursos Materiais:

() Sim () Não
Especificar:
() Prótese, ortese e meio auxiliar de locomoção
() Implemento Profissional
() Auxílio transporte, auxílio alimentação ou diárias

II - No 18º (décimo oitavo) mês do desligamento

Servidor responsável:
Data da análise do CNIS: / /

1. Situação empregatícia:

Empregado () urbano-1; rural-2;	Empregador -5 ()
doméstico-3 ()	Desempregado - 6 ()
Contribuinte Individual - 4 ()	Outras situações -7 ()
Função (código CBO)	
Ramo de atividade (código CNAE)	
Salário:	

Demissão em período de estabilidade? (para auxílio doença acidentário-especie 91)

() Sim () Não

Data: ____/____/____

Profissional de Referência/ Nome e matrícula

ANEXO N - NORMAS REGULAMENTADORAS

Normas Regulamentadoras
Serviço – Norma Regulamentadora N° 04
SESMET – Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho
É uma equipe composta profissionais de saúde que ficam dentro das empresas a fim de proteger a integridade física dos empregados. Principais Atribuições: Aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho, inclusive máquinas e equipamentos, de modo a reduzir ou eliminar os riscos à saúde do trabalhador; se responsabilizar pelo cumprimento das NR'S; manter permanente relacionamento com a CIPA: fornecendo apoio, treinamento e atendimento; promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente; analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s); dentre outras.
Serviço – Norma Regulamentadora N° 05
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
É formada por empregados da empresa que, além de exercer a função para a qual foram contratados, zela pela saúde e segurança do trabalho. Principais atribuições: Identificar os riscos do processo de trabalho, elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver; elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho; participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho; realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores; realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas; divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho; participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores; requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores; colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho; divulgar e promover o

Normas Regulamentadoras	
(continuação)	
Serviço – Norma Regulamentadora N° 05 CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	
cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho; participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados; promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT.	
Serviço – Norma Regulamentadora N° 07 PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional	
É um conjunto de procedimentos que visam proteger a saúde por meio da prevenção e diagnóstico precoce dos possíveis riscos associados à atividade profissional de cada trabalhador. Principais Atribuições: Uma de suas medidas mais essenciais é a realização dos seguintes exames médicos ocupacionais: - Exame admissional; - Exame periódico; - Exame de retorno ao trabalho (após afastamento por doença ou acidente); - Exame de alteração de função; - Exame demissional. Tão importante quanto a realização dos exames é o arquivamento dos resultados, que são considerados documentos essenciais e podem ser solicitados para fins trabalhistas ou previdenciários.	
Serviço – Norma Regulamentadora N° 09 PPRA- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais	
Estabelece medidas para garantir maior segurança ao trabalhador contra os agentes de riscos. Principais Atribuições: As ações do PPRA devem ser desenvolvidas no âmbito de cada estabelecimento da empresa, sob a responsabilidade do empregador, com a participação dos trabalhadores, de acordo com os riscos (ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos) da empresa; deve ser realizado em articulação com o PCMSO.	

Fonte: Adaptado das Normas Regulamentadoras

ANEXO O – EXEMPLOS DE RISCOS EXISTENTES

EXEMPLOS DE RISCOS	EXEMPLOS DE EFEITOS PARA A SAÚDE	EXEMPLOS DE SETORES OU CATEGORIAS
Riscos Físicos		
Temperaturas extremas: calor, frio e umidade	Fadiga, gripes e resfriados	Trabalho a céu aberto; ambientes fechados com ar condicionado; trabalho junto a fornos, caldeiras e outras fontes de calor, como siderúrgicas e fundições.
Ruído	Surdez, nervosismo (estresse)	Trabalhos com máquinas barulhentas e outras fontes de ruído.
Iluminação	Problemas de visão, dores de cabeça, risco de acidentes	Ambientes mal iluminados
Eletricidade	Choques elétricos, inclusive fatais; fontes de incêndios.	Eletricitários, eletricitistas, trabalhadores de manutenção
Pressões anormais	Afogamentos, distúrbios neurológicos, embolia pulmonar,	Mergulhadores subaquáticos
Vibrações	Distúrbios osteomusculares	Operadores de máquinas pneumáticas, motoristas de ônibus e tratores.
Radiações Ionizantes	Câncer de vários tipos	Indústrias nucleares, trabalhadores de saúde (raio X), ou que lidam com material radioativo
Radiações Não Ionizantes (como ondas eletromagnéticas e ondas de rádio) bem como o infrassom e o ultrassom	Problemas neurológicos	Eletricitários e trabalhadores próximos a subestações de eletricidade e estações de transmissão
Riscos Mecânicos		
Acidentes com quedas Acidentes com veículos Acidentes com máquinas	Traumatismos diversos até a morte.	Trabalhadores da indústria da construção civil; motoristas de transportes coletivos; operadores de máquinas em vários setores, como o metalúrgico.

EXEMPLOS DE RISCOS	EXEMPLOS DE EFEITOS PARA A SAÚDE	EXEMPLOS DE SETORES OU CATEGORIAS (continuação)
Riscos Químicos Substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo, por exposição crônica ou acidental, pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade ou da exposição, possam ter contato ou serem absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão. Também incluem os riscos químicos desencadeadores de explosões e incêndios	Efeitos decorrentes de acidentes químicos, como explosões e incêndios. Contaminações químicas gerando efeitos carcinogênicos, teratogênicos, sistêmicos (como os neurotóxicos), irritantes, asfixiantes, anestésicos, alergizantes, entre outros.	Indústria química, petroquímica e de petróleo (solventes orgânicos como o benzeno, riscos químicos diversos) Garimpo de ouro e Indústria de cloro-soda com tecnologia de amálgama (mercúrio); Fábrica de baterias (chumbo); Minas de amianto e setor de fibrocimento (amianto); Jateadores de areia no setor metalúrgico e naval (sílica) Trabalhadores em geral
Riscos Ergonômicos Esforços Físicos; Posturas Forçadas; Movimentos Repetitivos	Problemas na coluna, dores musculares	Estivadores; carregadores; trabalhadores de linha de montagem; Postos de trabalho mal projetados em geral e com trabalho estático ou repetitivo;
Riscos Diretamente Relacionados à Organização do Trabalho Trabalho Repetitivo e Monótono	Lesões por Esforços Repetitivos, desmotivação e estresse.	Trabalhadores de banco, processamento de dados e linhas de montagem, frequentemente mulheres.

EXEMPLOS DE RISCOS	EXEMPLOS DE EFEITOS PARA A SAÚDE	EXEMPLOS DE SETORES OU CATEGORIAS (continuação)
Riscos Diretamente Relacionados à Organização do Trabalho		
Trabalho sob forte pressão e cobrança	Fadiga física e mental, predisposição a acidentes, estresse	Setores em crise ou após reestruturações produtivas, redução de efetivos e aumento de responsabilidades
Trabalho precário, com fragilidade de vínculo trabalhista e representação sindical	Maior predisposição a acidentes e doenças em geral, sentimento de insegurança	Trabalhadores terceirizados e temporários, com menor treinamento e sem medidas preventivas adequadas.
Assédio Sexual	Violência sexual, insegurança e estresse	Mulheres trabalhadoras em locais machistas.

Fonte: PORTO, 2008, p. 16