

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ
CAMPUS DE CAMPO MOURÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO – PPGSeD**

KEITY AYUMI AKIMURA

**O ACESSO ÀS POLÍTICAS SOCIAIS DE ATENDIMENTO AO
TRABALHADOR NA PERSPECTIVA DA REABILITAÇÃO INTEGRAL**

**CAMPO MOURÃO – PR
2020**

KEITY AYUMI AKIMURA

**O ACESSO ÀS POLÍTICAS SOCIAIS DE ATENDIMENTO AO
TRABALHADOR NA PERSPECTIVA DA REABILITAÇÃO INTEGRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento (PPGSeD) da Universidade Estadual do Paraná, Unespar, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Sociedade e Desenvolvimento.
Orientador(a): Dr. Fábio Rodrigues da Costa

**CAMPO MOURÃO – PR
2020**

Ficha de identificação da obra elaborada pela Biblioteca
UNESPAR/Campus de Campo Mourão

Akimura, Keity Ayumi
A313a O acesso às políticas sociais de atendimento ao trabalhador na perspectiva da reabilitação integral. / Keity Ayumi Akimura. -- Campo Mourão, PR : UNESPAR, 2020.
163 f. ; il.; color.

Orientador: Dr. Fábio Rodrigues da Costa.
Dissertação (Mestrado) – UNESPAR - Universidade Estadual do Paraná, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento (PPGSeD), 2020.
Área de Concentração: Sociedade e Desenvolvimento.

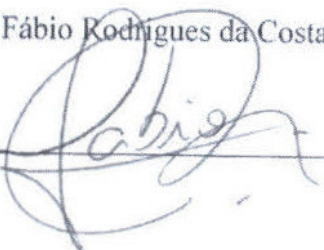
1. Políticas Sociais. 2. Reabilitação profissional. 3. Trabalho. I. Costa, Fábio Rodrigues (orient). II. Universidade Estadual do Paraná–Campus Campo Mourão, PR. III. UNESPAR. IV. Título.

CDD 21.ed. 303.49
305.5
344.05

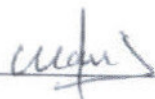
KEITY AYUMI AKIMURA

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fábio Rodrigues da Costa (Orientador) – UNESPAR/ Campo Mourão



Prof. Dr. Marcos Clair Bovo – UNESPAR/ Campo Mourão



Prof. Dr^a. Manoela de Carvalho – UNIOESTE/ Cascavel



Data de Aprovação

13 / 03 / 2020

Campo Mourão – PR

DEDICATÓRIA

Aos trabalhadores em Reabilitação Profissional, aos reabilitados e suas famílias, que enfrentam constantemente olhares incompreendidos de uma sociedade excludente, mas mesmo assim persistem em transformar esta realidade. Que o exemplo de vocês seja a nossa força para continuar lutando por uma sociedade mais justa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que fizeram parte desta caminhada para a concretização deste sonho pessoal que há alguns anos já gestava em minha mente. Primeiramente, ao meu amado esposo Marco e minha família que sempre me apoiaram e acreditaram em mim, suportando-me nos momentos mais difíceis desta trajetória.

Agradeço às minhas amigas que me incentivaram a fazer o mestrado, ajudaram na parte burocrática e acadêmica, pelas quais tenho verdadeira admiração: Viviani Yoshinaga, Christiane Spielmann, Flávia Carvalho e Tatiane Martins. Gratidão imensa e especial à Lole, que a considero como amiga-irmã, que me acolheu carinhosamente juntamente com a Mira em sua casa nas minhas idas à Campo Mourão. A Lole trouxe alegria e leveza, quando as coisas pareciam impossíveis de serem feitas.

Aos meus colegas de trabalho que prontamente me liberaram para participar das aulas e atividades do Programa, incentivando o meu crescimento profissional, Valmir Tomaz e Guilherme Corpa.

Aos segurados em Reabilitação Profissional do INSS que aceitaram participar da pesquisa, não colocando nenhuma objeção, demonstraram confiança em mim e interesse em mudar essa realidade social. Espero ter atingido a expectativa deles.

Agradeço à turma do PPGSeD de 2018, composta por colegas maravilhosos que guardarei para sempre em meu coração: José Lucas, Valéria, Vanessa, Vinícius, Jean, Anderson, Paulo, Thauna, Lucas, Alessandra e Juliana deixo aqui os meus votos de muito sucesso a todos eles.

Gratidão em dobro aos professores, que sem eles nada disso seria realidade, Marcos Bovo, por sua dedicação ímpar aos discentes e como coordenador do Programa, aos docentes Cristina Pátaro, Maria Izabel Tognato, Fábio Hahn, Ricardo Pátaro e Olga Gallardo. À professora Manoela de Carvalho que me ajudou a desenvolver o trabalho indicando leituras, participando das bancas e compartilhando o seu conhecimento.

Um agradecimento mais que especial ao professor Fábio Costa, porque se não fosse por ele, eu não estaria realizando este sonho. O Prof. Fábio aceitou-me como orientanda sem me conhecer, foi um voto de confiança e eu desejei muito não decepcioná-lo. Ele foi um orientador presente que ao mesmo tempo me proporcionou autonomia, apontou os meus erros, ensinou-me a ter um olhar interdisciplinar e ofereceu todo o suporte possível para que eu não ficasse perdida neste caminho da elaboração do trabalho.

Tudo isso, orientação, aulas, atividades e o percurso interdisciplinar propiciou-me um grande crescimento pessoal, incalculável, foi uma experiência única, que desejo compartilhar com vocês por meio desta dissertação. A todos a minha profunda gratidão!

Não sou um cliente, consumidor ou usuário dos serviços. Eu não sou um desistente, um fujão, um mendigo ou um ladrão. Não tenho meu número de seguro social marcado na tela. Pago minhas obrigações, faço meus centavos e tenho orgulho disso. Não me curvo a ninguém, olho meus vizinhos nos olhos e ajudo-os se puder. Eu não aceito ou procuro caridade. Meu nome é Daniel Blake. Eu sou um homem, não um cão. Portanto, exijo meus direitos. Exijo que me tratem com respeito. Eu, Daniel Blake, sou um cidadão, nem mais e nem menos. Obrigado. Daniel Blake.

(Filme: Eu, Daniel Blake - Inglaterra, 2016)

AKIMURA, Keity Ayumi. **O acesso às políticas sociais de atendimento ao trabalhador na perspectiva da reabilitação integral.** 163f. Dissertação. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento. Universidade Estadual do Paraná, Campus de Campo Mourão. Campo Mourão, 2020.

RESUMO

O Programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) atende trabalhadores que por motivo de doença ou acidente estão incapazes ao exercício de sua profissão, mas que ainda possuem potencial para desenvolver outras atividades, proporcionando a eles qualificação profissional para retorno ao trabalho. O objetivo desta dissertação foi identificar e analisar as barreiras de acesso dos segurados do Programa de Reabilitação Profissional do INSS de Umuarama/ PR às políticas sociais, previstas no Decreto 8.725 de 2016, que institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral. A metodologia utilizada foi de pesquisa bibliográfica e documental; coletas de dados quantitativos para análise estatística do perfil dos segurados e do território que vivem, e pesquisa qualitativa por meio de aplicação de entrevista semiestruturada, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a dez indivíduos de diferentes municípios que são atendidos pelo Programa. Os resultados evidenciaram que, apesar de serem de cidades diversas, todos eles se deparam com grandes barreiras no acesso as cinco políticas sociais básicas analisadas: previdência social, assistência social, saúde, educação e trabalho. Entre os resultados, verificou-se o alto índice de judicialização do benefício previdenciário; longo tempo de espera para iniciar o acompanhamento no Programa; dificuldade de acesso ao tratamento de saúde no município; discriminação no ambiente escolar pelos colegas; desemprego na localidade que residem; descumprimento da Lei de Cotas, que reserva vagas para pessoas com deficiência e reabilitadas nas empresas de grande porte; não reconhecimento de acidente de trabalho ou doença ocupacional; ausência de apoio pela empresa de vínculo quando o trabalhador se afasta; a assistência social ainda é vista como ajuda e não direito. Conclui-se que a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral é realmente necessária para o atendimento deste público, pois a ausência de alguma dessas políticas obstrui o processo de reabilitação como um todo, dificultando ou impossibilitando o retorno ao trabalho destes reabilitados. Entende-se que não é de interesse do sistema capitalista, que se utiliza das políticas sociais para reprodução da força de trabalho, superar a fragmentação dos serviços públicos, porém, a história não está acabada e a construção de uma sociedade mais justa dependerá de que os diferentes atores sociais sejam protagonistas de mudanças, reconhecendo os problemas identificados e repensando estratégias de intervenção.

Palavras-chave: Trabalho, Reabilitação Profissional, Reabilitação Integral, Políticas Sociais.

AKIMURA, Keity Ayumi. **Access to social policies of worker care from the perspective of integral rehabilitation**. 163f. Dissertation. Postgraduate Program in Interdisciplinary Society and Development. State University of Paraná, Campo Mourão Campus. Campo Mourão, 2020.

ABSTRACT

The National Social Insurance Institute Professional Rehabilitation Program serves workers who, due to illness or accident, are unable to work, but still have the potential to develop other activities, providing them with professional qualification for return to work. . The objective of this dissertation was to identify and analyze the barriers of access of policyholders of the Professional Rehabilitation Program of the INSS Umuarama / PR to social policies, provided for in Decree 8.725 of 2016, establishing the Intersectoral Network for Integral Rehabilitation. The methodology used was bibliographic and documentary research; quantitative data collection for statistical analysis of the profile of the insured and the living territory, and qualitative research through the application of semi-structured interviews, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), to ten individuals from different municipalities that are met by the Program. The results showed that, despite being from different cities, they all face great barriers to access the five basic social policies analyzed: social security, social assistance, health, education and work. Among the results, there was a high rate of judicialization of social security benefits; long waiting time to start monitoring in the Program; difficulty in accessing health treatment in the municipality; discrimination in the school environment by peers; unemployment in the place of residence; non-compliance with the Quota Law, which reserves vacancies for people with disabilities and rehabilitated in large companies; non-recognition of occupational accident or occupational disease; lack of support by the bonding company when the worker leaves; Social assistance is still seen as aid and not right. It is concluded that the Intersectoral Network of Integral Rehabilitation is really necessary to serve this public, since the absence of any of these policies obstructs the rehabilitation process as a whole, making it difficult or impossible for the rehabilitated to return to work. It is understood that it is not in the interest of the capitalist system, which uses social policies to reproduce the workforce, to overcome the fragmentation of public services, but history is not over and the construction of a fairer society will depend on that the different social actors are protagonists of change, recognizing the problems identified and rethinking intervention strategies.

Keywords: Work, Professional rehabilitation, Integral Rehabilitation, Social politics.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Matrículas no EJA no ano de 2017.....	91
Gráfico 2: Atividades econômicas de acordo com o número de empregos formais na Região de Umuarama no ano de 2017.....	93
Gráfico 3: Município de residência dos segurados atendidos no PRP da APS Umuarama	96
Gráfico 4: Faixa etária dos segurados atendidos pelo PRP da APS Umuarama.....	96
Gráfico 5: Escolaridade dos segurados atendidos pelo PRP da APS Umuarama.....	97
Gráfico 6: Em relação ao sexo dos segurados atendidos pelo PRP da APS Umuarama....	98
Gráfico 7: Valor do benefício recebido pelos segurados no ano de 2017.....	98
Gráfico 8: Tipo de vínculo empregatício dos segurados do PRP da APS Umuarama.....	99
Gráfico 9: Tipo de concessão dos benefícios recebidos pelos segurados do PRP.....	100
Gráfico 10: Espécie de benefício recebido pelos segurados em PRP da APS Umuarama.	101
Gráfico 11: Profissão de origem dos segurados atendidos pelo PRP da APS Umuarama..	102
Gráfico 12: Diagnóstico clínico dos segurados atendidos pelo PRP da APS Umuarama..	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Produção científica sobre reabilitação profissional de 2015 a 2018.....	61
Quadro 2: Quantitativos populacionais dos municípios da área de abrangência da Agência da Previdência Social de Umuarama e seus respectivos Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Índice de Gini.....	90
Quadro 3: Número de empregos segundo atividades econômicas no ano de 2017.....	92
Quadro 4: Resumo das barreiras identificadas.....	139

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Agência da Previdência Social
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CEEBJA – Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos
CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CF – Constituição Federal
CLT – Consolidação das Leis de Trabalho
CNIS – Cadastro Nacional de Informações Sociais
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CRAM – Centro de Referência de Atendimento à Mulher
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRP – Centro de Reabilitação Profissional
CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social
DAT – Data do Afastamento do Trabalho
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DIRSAT – Diretoria de Saúde do Trabalhador
EJA – Educação de Jovens e Adultos
ENCCEJA – Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos
EPI – Equipamento de Proteção Individual
GEX – Gerência Executiva
IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
LER – Lesão por Esforços Repetitivos
LBI – Lei Brasileira de Inclusão
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social
NRP – Núcleo de Reabilitação Profissional
NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PCD – Pessoa com Deficiência
PDV – Programa de Demissão Voluntária
PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPGSeD – Programa de Pós-Graduação Sociedade e Desenvolvimento

PRP – Programa de Reabilitação Profissional
PRONATEC – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RGPS – Regime Geral de Previdência Social
RP – Reabilitação Profissional
SABI – Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
SAT – Seguro Acidente de Trabalho
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAR – Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SESI – Serviço Social da Indústria
SESMT – Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUB – Sistema Único de Benefícios
SUS – Sistema Único de Saúde
UNESPAR – Universidade Estadual do Paraná
VISA – Vigilância em Saúde
VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 - POLÍTICAS SOCIAIS: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	19
1.1 Concepções de políticas sociais.....	19
1.2 Lei dos Pobres, Estado do Bem-Estar Social e Neoliberalismo.....	22
1.3 Políticas sociais no Brasil e o desafio da intersectorialidade.....	28
1.3.1 Sistema de Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde.....	32
1.3.2 Saúde do Trabalhador.....	38
1.3.3 Rede Intersetorial de Reabilitação Integral.....	48
CAPÍTULO 2 - O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	51
2.1 Reabilitação Profissional do INSS: evolução histórica e legal.....	51
2.2 Análise do Programa a partir do estado da arte.....	59
2.3 Modelo biopsicossocial da CIF e a interdisciplinaridade.....	71
2.3.1 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	71
2.3.2 Benefício de Prestação Continuada.....	76
2.3.3 Aposentadoria da pessoa com deficiência.....	79
2.3.4 Interdisciplinaridade na reabilitação profissional.....	82
CAPÍTULO 3- REABILITAÇÃO INTEGRAL: IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DE BARREIRAS	89
3.1 O contexto em que vivem os trabalhadores: características da região de Umuarama.....	89
3.2 Quem são os trabalhadores: dados do perfil.....	95
3.3 Aplicação da CIF com os entrevistados.....	103
3.4 O que eles têm a dizer de cada política.....	112
3.4.1 Previdência Social.....	112
3.4.2 Assistência Social.....	118
3.4.3 Saúde.....	121
3.4.4 Educação.....	126
3.4.5 Trabalho.....	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS	144
APÊNDICES	157

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), tem como proposta discutir a Reabilitação Profissional no Brasil, expandindo os horizontes de análise para a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral, no entendimento de que é necessário a formação de uma rede que forneça suporte integral aos trabalhadores adoecidos e acidentados, proporcionando inclusive a sua prevenção.

A escolha deste tema se deve ao fato de a pesquisadora trabalhar como assistente social no Programa de Reabilitação Profissional da Agência da Previdência Social de Umuarama no Paraná desde 2009. A constatação de várias dificuldades trazidas pelos segurados atendidos neste serviço previdenciário nos suscitam a indispensabilidade de problematizar acerca do papel do Estado enquanto desenvolvedor de políticas sociais e os seus desdobramentos na vida destes indivíduos.

Para iniciar, é necessário compreender que a reabilitação profissional se trata de um serviço primordialmente ofertado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) aos trabalhadores que estão incapacitados parcialmente e de modo permanente para a função que desempenham, necessitando serem (re)qualificados ou readaptados para uma nova atividade de acordo com a Lei Federal nº 8.213 de 24 de julho de 1991.

O Programa de Reabilitação Profissional (PRP) surgiu no Brasil em 1944 com ações mais direcionadas à reabilitação física: fisioterapia, cirurgias ortopédicas e reparadoras, para fins de reinserção do trabalhador ao mercado na forma de “readaptação profissional” (MAENO *et al.*, 2009). Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF) e a criação do sistema de Seguridade Social, composta pelas políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social, houve uma separação das atribuições nos serviços, mas que em tese deveria preservar a intersetorialidade e articulação no âmbito do sistema. A reabilitação física e psicológica ficou sob responsabilidade da Saúde e a reabilitação profissional ao INSS.

No entanto, a Seguridade Social não conseguiu ser implementada conforme havia sido proposto, e isso afetou diretamente a execução da reabilitação profissional pela falta de integração entre as políticas públicas no atendimento integral ao usuário, tornando-a um serviço fragmentado e ineficaz no seu objetivo de reinserção social. Na década 1990, levantaram-se discussões para que este serviço fosse transferido para o Sistema Único de Saúde (SUS), por pertencer às ações de Saúde do Trabalhador de responsabilidade do Ministério da Saúde, o que possibilitaria o acesso universal de qualquer trabalhador que

precisasse do atendimento. Porém, a decisão de que a Reabilitação Profissional era um benefício da Previdência Social, condicionado à contribuição financeira de segurado foi a vencedora (TAKAHASHI; IGUTI, 2008, p. 2664). Com isso, foi mantida a restrição do acesso para um público específico, contribuinte e não garantiu que os serviços (reabilitação física, mental e profissional) fossem feitas de forma conjunta.

O resultado disso é que, com frequência, os segurados que se afastam do trabalho por motivo de doença ou acidente, nem sempre conseguem o tratamento adequado na rede do SUS para sua recuperação clínica e muitos trabalhadores precarizados do mercado informal que ficaram incapazes ou inválidos não conseguem ser incluídos no PRP, devido ausência de contribuições. Somado a isso, as mudanças constantes e velozes no mundo do trabalho, a reestruturação produtiva, flexibilização dos vínculos trabalhistas, dos contratos de emprego e outras transformações contemporâneas têm exigido uma intervenção mais qualificada por parte do Estado para atender as demandas complexificadas de trabalhadores adoecidos.

Diante desta necessidade atual, foi instituída a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral por meio do Decreto 8.725 de 2016, com “vistas à integração e à articulação permanente entre serviços e ações das políticas de saúde, previdência social, trabalho, assistência social, educação, entre outras [...]” devendo ser considerados os pressupostos e as diretrizes da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) e a Lei Brasileira de Inclusão, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Federal nº 13.146 de 2015) entendendo que é preciso desenvolver ações integradas para eliminar as barreiras existentes que dificultam o acesso deste público aos diversos ambientes, inclusive ao mercado de trabalho. Apesar do avanço legal, ainda não se tem notícia de que esse decreto foi aplicado.

Outro problema detectado na execução do PRP é a falta de uma visão interdisciplinar do sujeito que é atendido, não considerando suas necessidades concretas, sua subjetividade, interesses e opiniões, relacionados à incapacidade. Existem inúmeras dificuldades no âmbito da Previdência Social para a realização de práticas interdisciplinares, como a “resistência institucional” e “confrontos interpessoais” (RAYNAUT, 2014) entre os profissionais envolvidos.

O trabalho interdisciplinar na instituição como parte de uma política de inclusão social deve se iniciar na avaliação para concessão do benefício ou encaminhamento para o PRP, pois é anacrônico o modelo em que somente um único profissional, no caso o médico, tenha a atribuição exclusiva de tomar essa decisão (MAENO *et al.*, 2009). Esta forma de avaliar

continua predominante no âmbito previdenciário, embora haja constante movimento contrário pela sua superação.

Atualmente a avaliação de incapacidade no INSS para concessão de benefícios de auxílio-doença¹, aposentadoria por invalidez e auxílio-acidente é feita pelo perito médico numa análise restrita à CID10 (Classificação Internacional de Doenças), ou seja, de diagnóstico clínico da doença. Com a criação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela Organização Mundial de Saúde em 2001, a visão da incapacidade modificou:

A incapacidade é caracterizada como resultado de uma relação complexa entre o estado ou condição de saúde do indivíduo e fatores pessoais com os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive. Assim, diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo com uma determinada condição de saúde (CIF, 2015, p. 30).

A CIF amplia o entendimento sobre a incapacidade, proporcionando um olhar biopsicossocial do sujeito, de modo a considerar também os fatores contextuais (ambientais e pessoais) que afetam diretamente a funcionalidade (participação e atividades) dos sujeitos em sua vida diária, profissional e em sociedade.

Entende-se que as questões de intersetorialidade e interdisciplinaridade estão relacionadas quando se tratam de políticas públicas, e sua ausência na execução da reabilitação profissional pode estar atravancando o cumprimento de seus objetivos. Portanto, foi levantada como questão principal a ser respondida por meio desta pesquisa: como é o acesso dos segurados do Programa de Reabilitação Profissional do INSS de Umuarama às políticas sociais preconizadas pelo Decreto 8.725/2016 que institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral?

A partir deste problema levantado, o objetivo geral deste trabalho é identificar e analisar as barreiras para o acesso dos segurados do Programa de Reabilitação Profissional do INSS de Umuarama/ PR às políticas sociais, previstas no Decreto 8.725 de 2016. Tendo como objetivos específicos: 1) investigar a história da construção do serviço de Reabilitação Profissional no Brasil, seus limites e possibilidades atuais; 2) compreender as contribuições da Rede Intersetorial no contexto do serviço de Reabilitação Profissional no Brasil; 3) analisar o perfil socioeconômico dos segurados atendidos pelo Programa; 4) identificar as

¹ A partir da Emenda Constitucional 103 de 12 de novembro de 2019, o auxílio doença passa a ser denominado também de auxílio por incapacidade temporária e a aposentadoria por invalidez como auxílio por incapacidade permanente.

contribuições da CIF ao diagnóstico do contexto social vivenciado pelos segurados de Reabilitação Profissional.

Sobre o percurso metodológico, o desenvolvimento deste trabalho ocorreu primeiramente por meio de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental², no sentido de construir subsídios teóricos para a compreensão do objeto proposto, que é a Reabilitação Integral. Para o referencial teórico buscou-se autores das áreas que dialogam com este objeto, tais como sociologia, serviço social, geografia, medicina, enfermagem, direito, saúde coletiva, entre outros, de modo a enriquecer a pesquisa interdisciplinar para a compreensão de alguns conceitos fundamentais.

Em seguida foi realizada a pesquisa qualitativa por meio de entrevistas com os segurados de reabilitação profissional do INSS de Umuarama. A escolha deste público se deve ao interesse da pesquisadora em desvelar e aprofundar acerca da experiência vivida pelos trabalhadores que são atendidos no território em que atua profissionalmente, para numa outra ocasião poder intervir nela. Entendendo que a vontade de modificar a realidade concreta, é uma das faculdades humanas.

Em primeiro lugar, está a questão da total impossibilidade do distanciamento e da assepsia metodológica ao lançar nossos olhares sobre o mundo. Isso não significa falta de rigor mas significa que devemos ter sempre presente que somos irremediavelmente parte daquilo que analisamos e que, tantas vezes, queremos modificar (VEIGA-NETO, 2002, p. 36).

Desse modo, ao contrário do positivismo que entende que “o conhecimento científico, tanto da natureza quanto da sociedade, é objetivo, não podendo ser influenciado de forma alguma pelo pesquisador” (GIL, 2008, p. 4), neste trabalho houve um interesse primordial de se captar os aspectos subjetivos dos entrevistados sobre suas vivências com relação à inclusão nas políticas sociais no município de residência. Ressalta-se ainda, que a entrevista é uma técnica privilegiada da comunicação dentro da pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2009):

No caso da pesquisa qualitativa, ao contrário do que muitos podem pensar, é fundamental o envolvimento do entrevistado com o entrevistador. Em lugar dessa atitude se constituir numa falha ou num risco comprometedor da objetividade, ela é condição de aprofundamento da investigação e da própria objetividade. [...] A inter-relação, que contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia a dia, as experiências e a linguagem do senso comum no ato da entrevista é condição *sine qua non* do êxito da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2009, p.68).

² Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2008, p. 51)

Nessa perspectiva, os diálogos foram registrados por um gravador de voz, para que a transcrição fosse fidedigna aos relatos, sendo que muitos apontamentos sobre as barreiras para o acesso às políticas sociais foram captadas, permitindo a análise teórica e prática do objeto de estudo que serão explicitados com mais detalhes no último capítulo. Além disso, este trabalho atendeu às resoluções do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, tendo o projeto de pesquisa sido aprovado³ pela Universidade Paranaense no final de 2018.

Com relação à estrutura, este trabalho foi dividido em três capítulos. No capítulo 1 foi abordado as principais concepções de políticas sociais, que são funcionalista e materialista, e a partir disso, elegemos a abordagem que norteará a análise teórica sobre as políticas sociais. Na sequência, foi descrita a trajetória histórica de origem da Lei dos Pobres da Inglaterra, passando pelo Estado do Bem-Estar Social no Ocidente, até chegar no surgimento do Neoliberalismo, sistema econômico global que predomina atualmente, no intuito de compreender a influência desses acontecimentos na criação e condução das políticas desenvolvidas pelo Estado.

Neste capítulo foi discutido também os “agrupamentos” ou sistemas de políticas sociais constituídos legalmente, que são Seguridade Social, Saúde do Trabalhador e Rede Intersetorial de Reabilitação Integral. A escolha por esses grupos permitiu que o estudo das nossas políticas fosse feita na perspectiva intersetorial, para auxiliar posteriormente na análise das entrevistas, que envolveram diferentes políticas sociais.

O capítulo 2 focou-se na construção do Programa de Reabilitação Profissional do INSS, os percursos históricos e legais, seus limites e os aspectos positivos atuais. Diante da necessidade de mudança deste serviço previdenciário, buscou-se conhecer a avaliar a viabilidade da implementação do modelo biopsicossocial da CIF e a interdisciplinaridade dentro do programa do INSS, trazendo experiências de outros setores, como a avaliação para o Benefício de Prestação Continuada e da Aposentadoria da Pessoa com Deficiência. Ainda com a visão da CIF sobre fatores ambientais e barreiras que obstruem a participação plena destes segurados, foi possível elaborar o formulário de perguntas semiestruturado utilizado na pesquisa de campo.

O capítulo 3 é a apresentação do resultado da pesquisa. A construção deste capítulo visou responder as perguntas: Quem são os trabalhadores atendidos na RP do INSS de Umuarama? Qual é contexto em que vivem? E após a seleção dos dez entrevistados, conhecer

³ Aprovado pela Universidade Paranaense (UNIPAR) em 18 de dezembro de 2018 sob o número do parecer: 3.091.111 – CAAE: 03685718.0.0000.0109.

de forma breve a história de vida de cada um deles e para então, ouvir o que têm a dizer sobre o seu acesso a cada política social: previdência social, saúde, assistência social, trabalho e educação. Desse modo, foi possível conhecer as barreiras que enfrentam dentro do Programa do INSS e também fora dele, numa conjuntura de Estado mínimo, distante dos anseios da instituição da Reabilitação Integral.

CAPÍTULO 1

POLÍTICAS SOCIAIS: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

O objetivo desse capítulo é oferecer subsídios teóricos para apreender as políticas sociais para além de um entendimento puramente descritivo, desvelando quais ideologias ou teorias fundamentam certas visões, de modo a conhecer as complexas relações sociais que dificultam sua execução no Brasil. Adentrando, posteriormente, na discussão de intersectorialidade, que alicerça a constituição da seguridade social, da saúde do trabalhador e da rede intersectorial de reabilitação integral. Sistemas esses que reúnem mais de uma política cada um, no intuito de atender uma demanda multifacetada, que é tratada particularmente nesse trabalho como o público-alvo da pesquisa, ou seja, os trabalhadores com incapacidade laborativa que requerem do Estado a reabilitação integral.

1.1 Concepções de políticas sociais

Quando se analisa políticas sociais uma característica é acreditar que exista uma visão única sobre o tema, sem o devido aprofundamento histórico para compreender suas origens e entender a condução política e econômica que permeiam sua construção e desenvolvimento.

De acordo com Behring e Boschetti (2009), as concepções de política social supõem perspectivas teórico-metodológicas e visões de mundo desde a sua formulação até sua execução, contrapondo o mito da neutralidade científica. As autoras fazem a crítica quando se analisa políticas sociais utilizando-se de métodos somente descritivos, o que despolitiza e empobrece a questão ou quando as estuda somente “como deveria ser” de modo prescritivo, sem a devida análise da realidade, restringindo a modelos de tipos ideais.

Segundo Vieira (2009), “não existe o método, mas os métodos. Assim também não existe a política social, mas as políticas sociais.[...] Métodos distintos acarretam diferentes entendimentos dos significados de política social” (VIEIRA, 2009, p. 149). O autor citado menciona que há interpretações das políticas sociais do ponto de vista do liberalismo e do materialismo. Sendo que o primeiro se fundamenta na concepção de que a política social existe somente para satisfazer certas necessidades não levadas em conta pelo mercado capitalista. Esse método sustenta ideologicamente a ideia do funcionalismo e seus derivados, mantendo à superfície o sentido econômico e político.

A lógica funcionalista, embasada no positivismo, pauta-se na ideia de neutralidade axiológica do saber, tendo como principal referência o teórico francês Émile Durkheim (1858

– 1917), que é considerado o pai da sociologia pela sua contribuição ao elevar os estudos da sociedade ao *status* de ciência, transformando-a em disciplina.

As premissas que orientam o positivismo na sociologia são basicamente: que a sociedade é regida por leis naturais, independente da vontade e da ação humana, podendo ser estudada por métodos similares aos empregados nas ciências da natureza; e as ciências da sociedade devem limitar-se à observação e explicação causal dos fenômenos de forma objetiva, neutra e sem valores da mesma forma como ocorrem nos estudos da natureza (LÖWY, 2000, p.17).

A partir dessa lógica de compreensão da sociedade, Durkheim considera a desigualdade social como algo natural e cria uma justificação científica da ordem social estabelecida:

[...] de acordo com Durkheim, a sociedade é, da mesma forma que um ser vivo, “um sistema de órgãos diferentes no qual cada um tem um papel particular”; certos órgãos sociais têm “uma situação especial, e, se se quer, privilegiada”; situação evidentemente natural, funcional e inevitável: “Ela se deve à natureza do papel que ela cumpre e não a qualquer causa estranha a suas funções”. Este privilégio, é portanto, um fenômeno absolutamente normal que se encontra em todo organismo [...] (LÖWY, 2000, p.27).

Nesta acepção, o Estado representa o consenso dos seus membros e sua atuação converge para ações “compensatórias, equilibrantes e normalizadoras” (VIEIRA, 2009, p. 150). Portanto, o método funcionalista para análise de políticas sociais não pretende superar a desigualdade social produzida pelo modo de produção capitalista, mas justificá-la, restringindo sua aplicação tão somente para satisfazer determinadas necessidades sociais.

Em contraposição ao método positivista, um outro método para estudar as políticas sociais é a análise materialista ou crítico-dialético, cujas raízes remontam a Karl Marx (1818 – 1883), que não chegou a discutir políticas sociais propriamente em suas obras, mas com a sua lógica que aponta as contradições entre os Estados capitalistas e sociedade, influenciou muitos estudiosos da área.

Reconhecer o caráter contraditório das políticas sociais significa na visão de Pereira (2014):

Vale dizer, o caráter contraditório da relação dialética tem a ver com a constatação de que o tudo que é unitário é também movimento. Aqui não se está falando de movimento mecânico ou do deslocamento de algo de um lugar para outro, como ponteiros do relógio. Está se falando de movimento de *transformação* no seio das coisas, isto é, de quantidades e qualidades, porque não há movimento essencial que não seja consequência de contradições, de luta de contrários, que lhes são internas e portanto, inerentes (PEREIRA, 2014 p. 33-34).

Uma das principais contradições identificadas pelo método crítico dialético na análise das políticas sociais é que, por trás do belo discurso de justiça social, (re)distribuição de bens e serviços, esconde-se uma estratégia da classe dominante de conservar o seu poder e ter o “controle do fluxo da força de trabalho nos sistemas de posições desiguais, existente na economia de mercado” (VIEIRA, 2009, p.151)

Nessa perspectiva, há aqueles que veem as políticas sociais como instrumentos de posse dos capitalistas que beneficiam somente a eles, havendo basicamente duas funções, uma econômica e outra política:

Pelo ângulo econômico, as políticas sociais assumem a função de reduzir os custos da reprodução da força de trabalho e elevar a produtividade, bem como manter elevados níveis de demanda e consumo, em épocas de crise. Pelo ângulo político, as políticas sociais são vistas como mecanismos de cooptação e legitimação da ordem capitalista, pela via da adesão dos trabalhadores ao sistema. Esses enfoques não são, em si, equivocados, pois as políticas sociais assumem de fato essas configurações. Mas são insuficientes e unilaterais porque não exploram suficientemente as contradições inerentes aos processos sociais [...] (BOSCHETTI, BEHRING, 2009, p. 38).

Em concordância com as autoras Boschetti e Behring, é imprescindível fazer a análise crítica das contradições inerentes à realidade do sistema capitalista, não se fixando somente numa visão, seja ela da classe dominante ou dos trabalhadores, como se a realidade não fosse dinâmica, e a luta de classes não estivesse acontecendo constantemente também no seio das políticas sociais.

Desse modo, o que se observa é que de um lado há uma busca intensiva pela exploração da força de trabalho, garantindo a máxima acumulação do capital pelos detentores dos meios de produção, utilizando-se inclusive das políticas sociais para manter viva e produtiva essa força de trabalho, e do outro, os trabalhadores que reivindicam justiça social e a distribuição da riqueza produzida.

Pereira (2008) analisou diversos conceitos de Estado para compreender o seu papel junto às políticas sociais, ela constatou que são evidentes as relações de dominação nos serviços públicos, quando as instituições estatais são criadas para mediar e regular a dominação de determinadas classes sociais

Fica claro, assim que estudar o Estado é desnudar uma arena tensa e contraditória, na qual interesses e objetivos diversos se confrontam permanentemente. No contexto capitalista, fazem parte dessa arena tanto interesses dos representantes do capital, com vista a reproduzir e ampliar a rentabilidade econômica privada, quanto dos trabalhadores, com vista a compartilhar da riqueza acumulada e influir no bloco no poder (PEREIRA, 2008, p. 148).

Portanto, o enfoque crítico dialético demonstra ser o mais completo para analisar a natureza complexa e contraditória das políticas sociais, visto que, abarca as dimensões: política, econômica, histórica e social, numa perspectiva de totalidade, ao investigar de modo crítico as suas origens.

No próximo tópico, será feita uma retrospectiva das políticas sociais nas nações ocidentais, mencionando a Lei dos Pobres na Inglaterra, passando pelo surgimento do Estado do Bem-Estar Social, até chegar no Neoliberalismo e suas influências nas políticas atuais no Brasil.

1.2 Lei dos pobres, estado do bem-estar social e neoliberalismo

Para compreender a constituição das políticas sociais no capitalismo é preciso recorrer às primeiras formas de intervenção do Estado na pobreza, que ocorreu na sociedade inglesa, em substituição às ações de caridade promovidas pelas instituições religiosas, as quais já não davam mais conta de suprir as necessidades sociais decorrentes da miséria gerada pela transição do sistema feudal ao capitalismo, e das crises na produção agrícola (PEREIRA, 2008).

Ainda de acordo com Pereira (2008), a primeira Lei dos Pobres, assinada em 1388, tinha o intuito de evitar a mendicância e a mobilidade de trabalhadores que procuravam melhores ocupações, melhores salários, sendo visto essa atitude como “vagabundagem”, e para controlá-los o Estado agia de forma punitiva por meio de ações violentas como mutilações, queimaduras, surras etc. Em 1530, o Estado começou a considerar os “inválidos” para o trabalho, eles tinham autorização para mendigar e as paróquias podiam receber doações a fim de assisti-los minimamente. As crianças desocupadas de cinco a quatorze anos de idade eram retiradas de seus pais e colocadas em asilo e aqueles que tinham condições de trabalhar continuavam sendo punidos. Em 1576, foi previsto em lei a criação de *Poor-houses* (Casas dos Pobres), onde alojavam compulsoriamente pobres que eram capazes e também os incapazes para o trabalho, sendo obrigados a trabalhar para manter a sua própria subsistência.

Em 1601 reeditaram a Lei para possibilitar a classificação em categorias: pobres impotentes – a serem encaminhados aos asilos ou hospícios; pobres capazes – que eram encaminhados aos *Workhouses*, devendo realizar trabalhos forçados; pobres capazes que se recusavam a trabalhar, eram categorizados como corruptos e indolentes, portanto eram mandados para os reformatórios e casas de correção. Crianças órfãs e abandonadas eram encaminhadas para o trabalho doméstico em casas de famílias (PEREIRA, 2008, p.64).

Uma característica dessas leis é a separação entre os pobres merecedores e não merecedores de receber apoio do Estado. Esse pensamento vigora até os dias atuais, demonstrando que “toda política social contém uma visão moral sobre a natureza dos problemas sociais” (MENICUCCI; GOMES, 2018, p. 26). Quando ocorre esse julgamento moral o erro comum é estigmatizar as pessoas pobres, culpabilizando por sua situação, e às vezes até criminalizando. Sem fazer a análise do que realmente produz a miséria social, joga-se para o indivíduo toda a responsabilidade por se encontrar nesta condição.

A Lei dos Pobres tinha por objetivo acabar com a situação da “vagabundagem”, na visão do Estado, mas a repressão também beneficiava o mercado da época:

Essas medidas administrativas concretas de controle e repressão da força de trabalho não pareciam contrariar os princípios do mercado porque eram vistas como combate ao vício, à preguiça e a imprevidência das classes pobres. O indivíduo era *obrigado* a ingressar no mercado, onde seria “livre” para realizar contratos com salários fixados pelos patrões (FALEIROS, 2000, p.13).

Com o passar do tempo, a relação entre Estado e mercado começou a evidenciar conflitos na “gestão” da pobreza com o advento do Liberalismo, teoria defendida por Adam Smith, autor do livro Riqueza das Nações (1776), no qual afirmava que os capazes e inteligentes prosperariam num regime de concorrência, portanto, a riqueza dependida do esforço individual e o mercado tinha essa função de produzir um equilíbrio perfeito entre consumo e produção (FALEIROS, 2000).

O Liberalismo influenciou os intelectuais da época como Thomas Malthus, que escreveu “Ensaio sobre o Princípio da População” em 1798 e o economista David Ricardo, que eram contrários à Lei dos Pobres, sob o argumento de que ajudas sociais eram prejudiciais para o desenvolvimento da sociedade. O equilíbrio social viria do próprio mercado, seria um erro continuar investindo recursos financeiros para esses fins. Ambos defendiam o *laissez-faire* econômico e isso influenciou novamente a alteração da Lei do Pobres em 1834. Enfim, esta “lei não visava reduzir a desigualdade social, mas apenas regular a miséria” (PEREIRA, 2008, p. 79).

Para muitos teóricos do marxismo, a lei dos pobres não pode ser considerada política social, e sim protoforma dela. Argumentando que, o seu surgimento ocorre somente no contexto do capitalismo dos monopólios, a partir do último quartel do século XIX, quando o Estado burguês tem uma clara função: a preservação e o controle da força de trabalho por meio das políticas sociais (NETTO, 2001).

Para compreender os estágios do capitalismo até chegar na era dos monopólios, Behring (2015, p. 35) cita uma abordagem que separa o capitalismo em três etapas: estágio primitivo ou manufatura (século XVI), estágio clássico ou de livre concorrência (século XIX) e estágio monopolista ou imperialista. Sendo que o último estágio diferencia dos demais pela supervalorização do capital, por meio do desenvolvimento do capital financeiro, que é o capital industrial em simbiose com o capital bancário, intensificando ainda mais as contradições entre capital e trabalho.

Nesse contexto, o Estado desempenha uma multiplicidade de funções nas esferas política e econômica para garantir a maximização dos lucros dos monopólios, como argumenta Netto (2001):

Este é o elemento novo: no capitalismo concorrencial, a intervenção estatal sobre as sequelas da exploração da força de trabalho respondia básica e coercitivamente às lutas das massas exploradas ou à necessidade de preservar o conjunto de relações pertinentes à propriedade privada burguesa como um todo – ou, ainda, à combinação desses vetores; no capitalismo monopolista, *a preservação e o controle contínuos* da força de trabalho, ocupada e excedente, *é uma função estatal de primeira ordem*: não está condicionada apenas àqueles dois vetores, mas às enormes dificuldades que a reprodução capitalista encontra na malha de óbices à valorização do capital no marco do monopólio (NETTO, 2001, p.26).

As políticas sociais (educação, trabalho, previdência, assistência social etc.) são criadas como formas de socialização dos custos das forças produtiva, e assim garantir o controle da força de trabalho e do exército industrial de reserva, mantendo a vida útil dos trabalhadores, para estarem à disposição e qualificados para a continuidade do ciclo de exploração em prol da superacumulação do capital.

Entretanto, houve importantes acontecimentos ao longo do século XX que compeliram uma mudança na gestão das questões sociais pelo Estado, que foram as duas guerras mundiais e a Grande Depressão de 1929, sendo que esta marcou uma profunda crise no capitalismo, resultante da disparidade entre a superprodução e o baixo consumo no período. Diante desta conjuntura de desemprego em massa e miserabilidade da população, emerge na década de 1940 o Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), logo após a Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945), com o intuito de realizar reformas no âmbito da proteção social, porém sem necessariamente suplantando os ideais liberais existentes e sim readequá-los as novas necessidades.

Essas reformas só foram possíveis porque os países estavam fragilizados, temerosos com o futuro e inseguros de que os problemas sociais e econômicos advindos da Primeira Guerra Mundial (1914 – 1918) poderiam se repetir. Portanto, mudanças precisavam ser feitas,

no sentido de atender os anseios por segurança, igualdade e liberdade para o melhor funcionamento da sociedade e da economia (SILVA, 2010, p. 62-63), sem colocar em risco o sistema capitalista.

Um dos marcos orientadores do Estado de Bem-Estar Social foi o Relatório de Beveridge (1942), documento britânico, que defendia a instituição de um benefício mínimo e desvinculado ao salário, para não desincentivar o trabalho, devendo ser contributivo, de modo a manter o senso de responsabilidade dos indivíduos que um dia precisassem dele. Ao longo dos anos o modelo beveridgeano passou por reformulações como a criação de benefícios suplementares de doença e desemprego, além de aposentadoria, relacionando o benefício com o salário (FLEURY, 1994).

Quando se discute o Estado de Bem-Estar Social encontramos diversos teóricos que realizam análises, separam em modelos de estado do bem-estar social, entendendo que não existe um padrão nas nações que o implantaram. Fleury (1994) cita os pesquisadores Titmus, Marshall e Beveridge vinculados à tradição do pensamento e da prática política social-democrata nos estudos iniciais. Posteriormente, Esping-Andersen, Heidenheimer, Wilensky e Hecló, dentre outros, conseguiram romper parcialmente com o viés localista e ideológico das teorias que os antecederam, construindo estudos comparativos, com hipóteses explicativas quanto aos fatores que ocasionam as alterações de padrões em cada país.

Como Esping-Andersen é uma das referências mais citadas na literatura sobre o assunto, por ter sido um dos precursores, recorreremos à sua análise para entender os modelos de *Welfare State*. O autor categoriza o *Welfare State* em três tipos de regimes: o liberal que tem a predominância da assistência social aos pobres, quando conseguem comprovar a baixa renda, oferecendo benefícios modestos para garantir apenas o mínimo, ao mesmo tempo que subsidiava esquemas privados de previdência. Os benefícios de valores reduzidos tinham objetivo de limitar o efeito de desmercadorização e estimular a população a recorrer prioritariamente aos serviços do setor privado, a não ser que realmente não tivesse condições para tal porque “fracassou” no mercado. Esse incentivo era, na verdade, um fortalecimento do mercado. Os exemplos deste modelos são os Estados Unidos, Austrália e Canadá (ESPING-ANDERSEN, 1991).

O segundo regime é o corporativista-subsidiador, com predominância na preservação das diferenças de *status* sociais e de classe, tendo como foco a família tradicional, portanto é um modelo conservador que tipicamente foi moldado pela Igreja. Se fundamenta no princípio da “subsidiariedade” que significa que o Estado só interfere com as políticas sociais quando a capacidade da família servir os seus membros se exaure, oferecendo por exemplo, benefícios

para encorajar a maternidade, creches e outros serviços semelhantes para atender a família, excluindo da previdência social as donas de casa, entre outros. Do contrário, o mercado oferece os benefícios sociais para aquelas que podem pagar por eles. São exemplos desse regime: França, Alemanha e Itália (ESPING- ANDERSEN, 1991).

O terceiro tipo pode ser chamado de regime “social-democrata”, que foi criado com objetivo de promover igualdade com os melhores padrões de qualidade, isso significa que os benefícios teriam que ser elevados a níveis compatíveis às novas classes médias e não mais diferenciados por classes ou restrito aos mais pobres como em outros regimes. Segundo o autor, este modelo “exclui” o mercado, possibilitando a construção da solidariedade entre os participantes, uma vez que todos se beneficiam, são dependentes e supostamente todos se sentirão obrigados a pagar por sua manutenção. Neste modelo há uma fusão peculiar de liberalismo e socialismo, entre o serviço social e trabalho, comprometendo-se com a garantia do pleno emprego, pois um sistema como esse tem um custo altíssimo e para se manter precisaria de um maior número de pessoas trabalhando e poucos vivendo de transferências de renda. Apesar de não existirem regimes puros, alguns países têm esse sistema de políticas sociais organizado, predominantemente, neste modelo, são exemplos: Dinamarca, Suécia, Finlândia e Noruega (ESPING- ANDERSEN, 1991).

Apesar das críticas ao autor quanto à dificuldade de incluir alguns países em sua categorização, ele continuou os seus estudos, alterou algumas definições, porém não acrescentou um quarto regime, ficando somente os três postulados inicialmente, ampliados e melhorados. A partir dele, outros teóricos construíram novas classificações, de forma a contrapor e complementar os modelos por ele definidos, sendo Esping-Andersen uma referência clássica nos estudos do *Welfare State*.

No caso do Brasil, há pesquisadores que defendem que o Estado do Bem-Estar Social não chegou a se constituir em nosso país. Gerschman (1997) explica que o histórico de regime autoritário, e conseqüente ausência de tradição democrática antes da década de 1980, inviabilizou a constituição do *Welfare State*. Os níveis de pobreza e desigualdade social são altos, não havendo um efetivo Estado interventor para resolver a situação. Portanto, o grande contingente de exclusão social e miserabilidade em sociedades extremamente desiguais, evidencia que há alguns grupos privilegiados, em detrimento das necessidades coletivas. Todavia, mesmo aqueles países que chegaram a estabelecer o Estado de Bem-Estar Social, sofreram crises a partir da década de 1980, relacionadas às políticas econômicas neoliberais que começaram a avançar.

O neoliberalismo surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, no intuito de contrapor teórica e politicamente o Estado intervencionista. Porém, só ganhou força quando o capitalismo avançado caiu num profunda recessão, possibilitando que suas teorias encontrassem um terreno fértil para se disseminar. Os seus idealizadores culpavam o excesso de poder dos sindicatos e dos movimentos operários, que com suas reivindicações por salários e outras garantias, aumentavam os gastos sociais do Estado, com isso impediam a acumulação capitalista, descadeando processos inflacionários que afetavam a economia de mercado como um todo (ANDERSON, 1995).

A partir do final da década de 1970 e início da de 1980, os países da Europa e da América passaram a implementar medidas neoliberais, como resposta para a crise do capital, condenando o Estado do Bem-Estar Social e acirrando ainda mais a desigualdade social, em nome do crescimento econômico.

O remédio, então, era claro: manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos. [...] Desta forma, uma nova e saudável desigualdade iria voltar a dinamizar as economias avançadas [...] (ANDERSON, 1995, p.11).

Em resumo, Silva (2010, p.115) descreve que os postulados do neoliberalismo são: o bem-estar social pertence ao âmbito privado (família, comunidade e serviços privados), ou seja, os direitos sociais como dever do Estado em assegurá-los precisam ser abolidos. O Estado só intervirá em casos de pobreza extrema e produzir serviços que o setor privado não pode fazer ou não tem interesse, pois nem todos os serviços sociais são rentáveis. A partir disso, reduz a ação estatal com estratégias de corte de gastos, redução de benefícios, programas sociais focalistas e privatização de serviços.

Na busca voraz pelo livre mercado e pelo Estado Mínimo, submisso ao capital e sem poderes de intervenção é que o neoliberalismo se fortalece, conduzindo reformas ou também chamadas de “contrarreformas” por alguns setores críticos da área social. A diferença dos termos é justificado por Simionatto e Luza (2011, p. 216), que explicam a origem da palavra “reforma” como algo vinculado às lutas das classes subalternas pelos direitos sociais, e atualmente esse termo está sendo utilizado pelos adeptos da ideologia neoliberal para defender mudanças que atacam diretamente os direitos conquistados pela classe trabalhadora.

Nesta conjuntura do capitalismo é que nos situamos, o que significa que, para discutir políticas sociais na atualidade é imprescindível conhecer as forças macroeconômicas que interferem nas decisões políticas no Brasil, especialmente na aprovação de contrarreformas recentes como da previdência social e trabalhista, que afetam diretamente os direitos sociais da classe trabalhadora. Ainda que não seja o objetivo da presente pesquisa aprofundar o debate com relação as teorias neoliberais, apresentaremos nos próximos tópicos a trajetória das políticas sociais brasileiras, demonstrando quais os impactos que tais elementos afetam a sua implementação, uma vez que o Neoliberalismo defende o Estado Mínimo. Em contrapartida, a história não está acabada e apesar dos poderes vigentes, há que se pensar nos indivíduos que são afetados pelos serviços públicos mal prestados dentro de um Estado negligente, especialmente na área da reabilitação profissional. Por isso, discutiremos também a reabilitação integral que almejamos, enquanto sociedade que precisa valorizar os seus trabalhadores, para além da simples força de trabalho em prol do capital.

1.3 Políticas sociais no Brasil e o desafio da intersetorialidade

Neste tópico será abordado primeiramente o conceito de intersetorialidade que permeará as discussões sobre Seguridade Social, Saúde do Trabalhador e Reabilitação Integral, que são políticas públicas intersetoriais (por envolverem mais de uma política social), cujos conceitos contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa de campo.

A intersetorialidade é uma forma de operacionalização da gestão social bastante almejada quando se trata de enfrentar problemas sociais complexos e buscar o desenvolvimento num determinado território. No entanto, a tarefa não é simples, pois para se aplicar a intersetorialidade depende de uma mudança de paradigma de gestão, que rompe com a visão fragmentada da realidade para uma visão de totalidade e abarque a participação, integração, articulação entre os atores sociais e organizacionais numa dada localidade.

Entendendo que a pobreza é um fenômeno multidimensional e os problemas sociais atravessam várias políticas e setores da sociedade, o Estado é requisitado a cumprir o seu papel de assegurar os direitos previstos na Constituição Federal de 1988, mesmo que isso contraponha os interesses de grupos econômicos, que detêm o poder em favor de si mesmos, visando maior acumulação de capital. Nesse sentido, o Estado é uma arena de disputa política de grupos divergentes, que ora tende a reduzir ao mínimo os direitos sociais e ora busca ampliá-los, mas dificilmente consegue romper com a lógica compensatória.

Inojosa (1998) explica que as demandas de caráter compensatório ainda são atendidas de forma assistencialista pelo Estado brasileiro, o que significa que a intenção não é a reversão estrutural da exclusão, mas apenas garantir o provimento pontual de algum bem ou serviço. Apesar disso, os cidadãos atualmente estão mais bem informados e críticos no que se refere aos direitos sociais, forçando o Estado a realizar uma reforma administrativa do aparelho governamental para atender à demanda apresentada.

Ainda, segundo Inojosa (1998, p.41), o Estado é orientado basicamente por dois referenciais quanto ao seu papel social, que são: “restringir ao mínimo a intervenção do Estado, na lógica da supremacia do mercado” e “realizar uma intervenção fundada no princípio da solidariedade e voltada para o desenvolvimento social”. Outra função contraditória diz respeito à descentralização na política social: se de um lado procura-se a descentralização para transferir a prestação dos serviços para a iniciativa privada, do outro, ela é vista como um mecanismo para oportunizar maior participação dos cidadãos nas tomadas de decisão e controle social das políticas públicas. Nesse caso, defendemos a descentralização do poder nesse último sentido, na concepção do desenvolvimento social que diverge da perspectiva privatizante.

O desenvolvimento social aqui é entendido como “processo de garantia de condições mínimas, bem como de promoção da dimensão social do bem-estar, por parte dos responsáveis dos vários países e organizações internacionais” (AMARO, 2004, p.59). A sua busca é um grande desafio de governança, com vistas a integrar as vontades políticas em todos os níveis (mundial, nacional e local) e colocar em prática as soluções propostas, para isso é necessário superar a lógica da setorização instalada na administração pública.

De acordo com Pereira (2014), há um consenso entre os pesquisadores de que as políticas sociais estão separadas por setores, tais como saúde, educação, previdência e assistência social, sendo que esses setores foram criados como arranjos técnicos ou burocráticos para facilitar a gestão. Porém, na realidade “cada política contém elementos das demais” e se trata de “um todo indivisível” ficando difícil realizar programações e financiamento de modo isolado sem considerar as demais, ou seja, tanto os direitos quanto os bens públicos são indivisíveis.

A visão de Inojosa (2001) complementa essa linha de raciocínio, ao observar que a separação por setores não considera as pessoas e suas famílias como totalidades e o aparato governamental é todo fatiado por conhecimentos, por saberes e por corporações. Por causa do processo hierarquizado, as decisões são tomadas sem conhecer as reais necessidades da população.

Dessa forma, é comum que ao abordar intersectorialidade nas políticas públicas surja o conceito de interdisciplinaridade, por partirem dos mesmos pressupostos teóricos e metodológicos de oposição à visão positivista de separação das especialidades que não se comunicam. Em se tratando da práxis na gestão e execução das políticas sociais esses conceitos se aproximam ainda mais ao tratar o usuário e sua família na sua totalidade. Não somente os setores devem estar articulados para atendê-los na sua integralidade, mas também os especialistas, profissionais dos serviços ofertados, afinal eles são constituídos de sujeitos também.

Um exemplo de intersectorialidade apresentado por Monnerat e Souza (2014, p.42-43) é o da Saúde Coletiva. Segundo as autoras da pesquisa, a partir da reforma sanitária é reconhecido que a Saúde Coletiva vai além dos aspectos biológicos e os determinantes sociais influenciam no processo saúde – doença, chamando os diversos atores sociais a participar da elaboração das agendas públicas que visa alcançar saúde e qualidade de vida para a população. Essa mudança de paradigma se deve a persistente ineficácia da política de saúde brasileira que percebeu que “muitas das ações necessárias para a promoção da saúde envolvem instâncias que se encontram fora do setor saúde”.

Não se trata de aniquilar as especialidades, ao contrário, cada setor deve se empenhar em sua especialidade, identificando quais lacunas e fragilidades que o impede resolver sozinho o problema. A finalidade da intersectorialidade é buscar a unidade perdida com as constantes divisões e hierarquização dos setores.

A intersectorialidade é efetivada também pelo trabalho em rede. Sobre isso Junqueira (2004) cita alguns elementos essenciais para a sua constituição: os objetivos devem ser definidos coletivamente; haver compartilhamento no planejamento e nas práticas sociais; articulação entre pessoas e instituições comprometidas com a causa; e preservar a identidade e autonomia de cada ator social e instituição, que desenvolve o seu saber para colocá-lo a serviço do interesse coletivo. No trabalho intersectorial a população é convidada a participar do processo, passando a ser sujeito ativo e não mais objeto de intervenção. Com isso, muda-se a lógica da política social, antes focada somente na carência e nas necessidades para uma visão de direitos dos cidadãos, fundamentados na dignidade e qualidade de vida.

Portanto, quando se trata de intersectorialidade dois aspectos elementares precisam estar presentes para sua consecução: o território e a participação popular. Sobre o conceito de território Milton Santos (2001) faz a definição:

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem.

O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população (SANTOS, 2001, p. 97).

O geógrafo Haesbaert (2007, p. 20-21) acrescenta que o território em qualquer acepção está relacionado com poder, que não se restringe ao tradicional “poder político”, pois ele diz respeito “tanto ao poder no sentido mais explícito, de dominação quanto ao poder no sentido implícito ou simbólico de apropriação”.

O trabalhador está inserido num território, é um cidadão local, que utiliza dos recursos públicos e privados existentes naquele espaço, como unidades de saúde, ambulatórios, escolas, farmácias, supermercados, equipamentos de assistência, previdência social e ambientes de lazer, desporto etc. Ele reside e trabalha naquele território, há aqueles que viajam diariamente para chegar até o local de emprego em outra cidade, mesmo assim a referência acaba sendo o município de residência, do qual se sente pertencente. O cidadão se apropria daquele território “vivido”, que tem um valor de uso para ele. Por outro lado, há o poder de dominação do território que está relacionado às forças econômicas e, portanto prevalece o valor de troca.

Junqueira (2004, p.27) conclui que “a cidade constitui um espaço privilegiado para realizar a ação intersetorial. É um espaço definido territorial e socialmente, onde as pessoas vivem e se reproduzem”. Nesse sentido, não há como se pensar em intersetorialidade sem o delineamento do território e da população que vive nele.

Toda ação intersetorial se inicia com o diagnóstico da realidade local, por isso deve contar com a participação da população, que vivencia os problemas em seu cotidiano e ao mesmo tempo possui potencial transformador baseado na solidariedade.

Gente junta cria cultura e, paralelamente, cria uma economia territorializada, uma cultura territorializada, um discurso territorializado, uma política territorializada. Essa cultura da vizinhança valoriza, ao mesmo tempo, a experiência da escassez e a experiência da convivência e da solidariedade (SANTOS, 2001, p. 144).

Assim, não se deve desprezar toda a experiência e conhecimento que uma comunidade possui, é preciso chamá-la para fazer parte da rede, somado aos serviços governamentais, não-governamentais, universidades e outros representantes da sociedade, dessa forma toda rede intersetorial deve contar com a participação dos cidadãos, como sujeitos ativos do processo.

Com esse enfoque no princípio da intersetorialidade e na participação social passamos para o seguinte tópico, a Seguridade Social como sistema mais amplo de proteção social

brasileiro, que tem enfrentado desafios constantes para sua implementação ao longo da história.

1.3.1 Sistema de Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde.

Antes do surgimento da Seguridade Social, retomamos às origens das políticas de proteção social no país, que começaram com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), por iniciativa governamental, através da Lei Eloy Chaves de 1923, que estabelecia regras de acesso aos serviços e benefícios previdenciários e de saúde, sob a lógica de seguro social. Estas políticas atendiam exclusivamente aos chamados “segurados” ou trabalhadores contribuintes do sistema, que recebiam proporcionalmente os valores contribuídos mensalmente. Elas estavam atreladas à garantia de trabalho, portanto só seria possível sua universalização em situações de pleno emprego, o que nunca ocorreu em nosso país, excluindo grande parcela da população que estava fora do mercado de trabalho formal.

A estruturação da previdência social ocorreu concomitante à estruturação do mercado de trabalho conforme aponta Silva (2012, p.125-126): por um lado, serviu para atender uma reivindicação dos trabalhadores “em face das inseguranças decorrentes da nova base produtiva e das estratégias de apoio ao novo padrão de acumulação do capital”, provenientes da transição das atividades econômicas de base agrário-exportadora para as de base urbano-industrial. De outro lado, a instituição das CAPs serviu para apoiar a expansão do capital, “ajudando na reprodução da força de trabalho e reduzindo o custo dessa reprodução para os empregadores; auxiliando no controle do trabalho, especialmente, no ajuste do trabalhador à indústria nascente”. Os recursos obtidos para o fundo-reserva também assegurou o financiamento direto para a construção de obras como a rodovia Belém-Brasília.

Com base nessa lógica de que a formação das políticas sociais brasileiras tinham a serventia de auxiliar na expansão do capital, é que se havia a restrição da inclusão social a determinados grupos de trabalhadores. Portanto, as transformações de CAPs para IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) em 1930, e posteriormente a unificação de todos os IAPs para a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966 mantinham esse sentido dicotômico de inclusão, mas com restrição.

Menicucci e Gomes (2018) resgatam o conceito de “cidadania regulada” criado pelo sociólogo brasileiro Wanderley Guilherme dos Santos em 1979, entendido como:

[...] a relação entre ocupação e cidadania, sendo assegurados determinados direitos sociais a setores de assalariados urbanos ou aos grupos ocupacionais

reconhecidos e regulamentados pelo Estado. Ficavam de fora muitas categorias de trabalhadores urbanos e a totalidade da população rural, majoritária àquela época. Nessa perspectiva, a política social que então se desenvolveu não pode ser considerada como um direito de cidadania universal, reconhecido para todos os cidadãos (MENICUCCI; GOMES, 2018, p.68).

Com vistas a superar essa lacuna produzida pela cidadania regulada, que representantes dos movimentos sociais participaram na elaboração do texto constitucional na defesa da criação de um sistema de seguridade social, cuja competência de organização ficou para o Poder Público, de acordo com o artigo 194 da Constituição Federal de 1988. Esse sistema composto por ações e serviços da previdência social, saúde e assistência social é regido pelos princípios de: universalidade da cobertura e do atendimento, não podendo mais ficar restrito somente aos contribuintes; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, de modo a eliminar a desigualdade de tratamento entre urbanos e rurais; irredutibilidade do valor do benefício; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação no custeio e diversidade na base de financiamento. Esses dois últimos são importantes porque a materialização da Seguridade depende do financiamento para levar a cabo os planos de ações construídos.

Apesar de haver contradições no texto constitucional aprovado, provenientes de conflitos ideológicos internos e externos, este representou uma “clara intenção do legislador no sentido de atingir uma ordem social mais justa” (FLEURY, 1994, p. 225). A dificuldade foi, e continua sendo, implementar as políticas sociais almejadas, considerando os posicionamentos políticos dos diferentes governos, que por visões mais conservadoras, postergaram a aprovação de leis ordinárias que regulamentassem essas reformas na área social, a exemplo da Lei Federal nº 8.213 de 1991, que dispõe sobre o plano de benefícios da Previdência Social, que passou a vigorar somente três anos depois da CF.

Para compreender a trajetória política e histórica da Seguridade Social, é preciso contextualizar o Brasil da década de 1980. Mota (2011, p. 42) qualifica os anos 1980 como um “período de crise orgânica, no qual a burguesia tenta reestruturar sua hegemonia no interior do processo de correlação de forças entre as classes”. A autora refere-se a Gramsci, para definir crise como uma série de contradições inerentes ao processo de acumulação capitalista, em que o capital para continuar produzindo valor, insere-se no processo de reprodução social em meio a tensões e desequilíbrios permanentes. Deve ser diferenciada a crise orgânica de longa duração da crise conjuntural, através da identificação de suas

determinações estruturais que são de natureza histórico-social. A crise econômica não basta para deflagrar uma crise hegemônica, mas ela cria bases objetivas para sua emergência e por estar imbricada com o processo de desenvolvimento do capitalismo, as crises estão presentes até hoje em várias medidas e intensidades (MOTA, 2011, p.33 e 34).

Na década de 1980 o Brasil ainda vivenciava um modelo de desenvolvimento adotado no pós-64 e a conjuntura econômica internacional sofria um processo de inflação mundial decorrente da desvalorização do dólar na década de 1970, que se estendeu até os anos 1990.

Ainda de acordo com Mota (2011), a crise dos anos 1980 e 1990 teve consequências devastadoras para a população, como desemprego crescente, agravamento das condições de vida, aumento das dívidas dos países periféricos, queda dos investimentos produtivos e baixo consumo, chegando ao ponto de ser denominada “década perdida”. É nesse contexto que emerge a cultura de crise, cujo discurso político pretende negar os referenciais teóricos, ideológicos e políticos que diferenciam as visões e práticas entre as classes subalternas e classes dominantes, sob o argumento de que a crise afeta igualmente toda a sociedade e, portanto, é necessário que haja diluição dos projetos societários em prol de um objetivo maior: a sua superação.

Em plena redemocratização do país, o poder hegemônico recicla suas bases e responsabiliza os trabalhadores, chamando-os a participar da reestruturação do capital, na tentativa que estes renunciem direitos sociais historicamente conquistados com o objetivo de ter respostas imediatas e eficientes para solucionar problemas gerados pela crise. Apesar disso, a classe trabalhadora teve um notável avanço durante os anos 1980, no que diz respeito à sua ação política e organizada, com a criação de partidos e sindicatos fortes e atuantes até hoje, tendo influência direta na “luta pela instauração da democracia, a elaboração de uma nova Constituição e outros movimentos reivindicatórios que possuíam corte anticapitalista” (MOTA, 2011 p. 104).

Foi neste contexto de correlação de forças e crise, que em 1988, a discussão sobre seguridade no processo da constituinte teve progressos, mas não abandonou conceitos de proteção social já em vigor em nosso país, o que resultou num sistema híbrido, conforme menciona Boschetti:

A seguridade social instituída pela Constituição de 1988, apesar de apresentar caráter inovador e intencionar compor um sistema ou um padrão amplo de direitos sociais, acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência) (BOSCHETTI, 2004, p. 113).

De acordo com Boschetti (2004), este sistema híbrido visou unir políticas com diretrizes muito diferenciadas na prática, dificultando a real integração entre elas. A previdência continuou sendo um seguro social e somente aqueles que contribuem podem acessar os seus benefícios. Os desempregados, pobres e trabalhadores informais sem poder de contribuição não conseguem ser incluídos nesta política, ou seja, estão desamparados as situações de riscos sociais como: doenças, acidentes, morte, velhice, reclusão etc.

Já a assistência social no Brasil está direcionada a quem dela necessitar, de um modo bastante focalista, por restringir os seus serviços à população em extrema pobreza, por meio de critérios de baixa renda ou miserabilidade, impedindo que cidadãos pobres e incapacitados, cuja renda familiar é superior ao estabelecido por lei, consigam ser atendidos em suas necessidade sociais. A consequência disso são milhares de desempregados e subempregados desprotegidos que não se incluem na previdência, por não serem segurados, nem na assistência social por não se enquadrarem ao recorte de renda familiar estipulado.

É recorrente em nosso país o discurso de que a assistência social e o trabalho são políticas incompatíveis, de modo a ser uma substituta da outra. Boschetti (2009) defende que os programas de transferência de renda devem se expandir, para se tornar um complemento importante na redução das desigualdades sociais, como já ocorre em outros países, auxiliando financeiramente os trabalhadores, cuja remuneração não é suficiente para cobrir gastos essenciais como moradia, alimentação, educação etc. A autora defende uma seguridade social ampliada que supera a visão focalista da assistência social como substituta do trabalho:

Essa situação atual não resolve, ao contrário, agudiza a histórica tensão entre trabalho e assistência social, pois é a ausência de trabalho/emprego que provoca a demanda pela expansão da assistência, sem que essa seja capaz de resolver a questão do “direito ao trabalho” e o direito a ter direitos, nos marcos do capitalismo. Assim, a assistência social não pode e não deve substituir o trabalho, mas pode ser um elemento intrínseco de um sistema maior de proteção social, complementar aos direitos do trabalho, podendo contribuir para transferir renda do capital para o trabalho (BOSCHETTI, 2009, p. 8).

A saúde é uma política universal, não seleciona seus usuários e nem impõe limites para o acesso nos marcos da lei. No entanto, a própria precarização do seu sistema decorrente de baixo investimento público: serviços e recursos humanos insuficientes, longas filas de espera, falta de medicamentos etc., levam aqueles que têm maior poder econômico a pagar por um plano privado para não ter que se submeter a um serviço deficitário, gerando assim desigualdade de direito à saúde entre cidadãos de alto e baixo poder aquisitivo, de acordo com sua capacidade de pagar pelos serviços privados.

Portanto, tem sido intensa e permanente a desconstrução da seguridade social como algo integrado, distanciando do seu significado previsto na Constituição Federal. Silva (2012, p. 143) explica que o principal motivo se deve à “ação reativa do capital às conquistas obtidas no processo constituinte”, visto que há pouco esforço do Estado em efetivá-la e crescentes contrarreformas econômicas que favorecem o capital ao invés da cidadania. Ela menciona alguns exemplos da desestruturação do sistema, como gestão das políticas de forma separada e desarticulada; frequentes alterações no texto constitucional (emendas) que impõe regressividade aos direitos relativos à previdência social, buscando assemelhá-la com seguros privados; privatização da saúde; resistência na implementação do financiamento tal como previsto na lei maior; afirmação da assistência como uma política seletiva.

Nota-se que há um enfraquecimento gradativo da seguridade para dar lugar a uma ofensiva de privatização e expansão dos planos privados na perspectiva neoliberal. Segundo Boschetti (2009), o desmonte da seguridade ocorre também pela via orçamentária, sendo esta talvez a mais destrutiva.

A Constituição Federal de 1988 presumiu múltiplas fontes de recursos para a seguridade, numa perspectiva plural e solidária, favorecendo a equidade na participação do custeio, para que nenhum setor ficasse sobrecarregado, o que o tornaria menos refém das crises econômicas. Porém, este formato não está sendo seguido e o que se observa é o favorecimento às empresas sonegadas de impostos, por exemplo, que encontraram na Lei Federal nº 11.941⁴ de 27 de maio de 2009 vantagens como “perdão de multas, encargos legais, repactuação de parcelamentos anteriores, entre outras medidas benéficas aos inadimplentes, que tornam a inação um crime que compensa” (SILVA, 2012, p. 185), e leva ao aumento gradativo da dívida ativa das empresas, reduzindo a arrecadação sobre as receitas neste setor.

Isto ocorre porque existe uma disputa política e econômica acirrada pelo fundo público, pois ele tem um papel fundamental na reprodução do capital, na reprodução da força de trabalho e no financiamento das políticas públicas, conforme a correlação de forças predominante.

Neste movimento de disputa, Salvador (2010) explica as formas como ocorre o uso do fundo para socorrer as instituições financeiras em épocas de crises econômicas. A seguridade social concede benefícios e serviços essenciais para a população e, portanto deve ser um campo de grandes investimentos, onde circula um montante alto de recursos financeiros e por isso atrai a atenção dos especuladores. O Estado que deveria ser responsável pela efetivação

⁴ Lei que altera a legislação tributária federal relativa ao parcelamento de débitos e concede remissão em casos específicos (Lei 11.941 de 2019).

da seguridade, em épocas de crises tem se eximido de assumir seu papel, deixando a cargo do mercado a execução da “proteção social”. Isto significa que, especialmente a saúde e previdência social deixam de ser políticas públicas e passam a ser produtos a serem adquiridos no mercado financeiro:

É no mercado que deve ser comprado o benefício de aposentadoria, o seguro de saúde, que são setores dominantes nos investidores institucionais. Ou seja, benefícios da seguridade social são transformados em mais um “produto” financeiro, alimentando a especulação financeira, tornando as aposentadorias de milhares de trabalhadores refém das crises financeiras internacionais (SALVADOR, 2010, p. 606).

A isenção de tributos e incentivos fiscais concedidas às instituições privadas, que acabam lucrando com a venda de seus “produtos” relacionados às políticas sociais, beneficiam duplamente o mercado e reduzem a fonte de recursos do Estado, causando prejuízos na execução de suas atribuições na área social.

Além disso, o Estado perde constantemente recursos ao remanejar grande parte do orçamento para pagamento dos juros da dívida pública através da Desvinculação das Receitas da União (DRU)⁵, cujos valores fomentam os rendimentos dos investidores. É comum o discurso do rombo da previdência social, como motivo para instauração de uma reforma que tolhem direitos, porém, o verdadeiro “rombo” das contas brasileiras está no pagamento de juros e a amortização da dívida pública (SALVADOR, 2010). De acordo com dados da Auditoria Cidadã⁶, o governo federal em 2018 destinou 40,66% de seus recursos para este fim, o que equivale o valor de R\$ 1,065 trilhão, quase metade do seu orçamento, só para pagar juros e amortizações da dívida. Somando-se a isso, muitas vezes quem paga a conta da seguridade são majoritariamente os empregados e consumidores como defende Boschetti (2010):

Assim, quem paga a maior parte da conta da seguridade social são os trabalhadores, com o desconto em folha, sendo que as contribuições sociais baseadas no lucro (CSLL) e faturamento das empresas (Cofins) acabam sendo transferidas para as mercadorias onerando os consumidores. Do ponto de vista das fontes de financiamento, podemos afirmar que a seguridade tem caráter regressivo, pois não transfere renda do capital para o trabalho (BOSCHETTI, 2010, p.14).

⁵ A Desvinculação da Receita da União (DRU) é a terceira versão de instrumentos criados pelo governo federal para desvincular um percentual da arrecadação de impostos e contribuições da União, visando conter despesas e permitir flexibilidade operacional ao Poder Executivo (SILVA, 2012, p.190).

⁶ Informação obtida no *site* de Auditoria Cidadã, associação sem fins lucrativos, que tem por objetivo realizar auditoria da dívida pública brasileira, interna e externa, federal, estaduais e municipais. Disponível em: <<https://auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2019/02/grafico-2018.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

O problema maior de vincular o financiamento da seguridade aos salários dos trabalhadores é que quando o cidadão mais precisa das políticas sociais, em períodos de altas taxas de desemprego por exemplo, como estamos vivenciando nos últimos anos, não haverá recursos financeiros para atendê-los, pois em tempos de desemprego alto as contribuições para o seguro social são reduzidas. Por isso, a necessidade de se cumprir a previsão constitucional e exigir a participação de outras fontes de financiamento.

Sob essa justificativa de falta de recursos orçamentários, o governo brasileiro aprovou a Emenda Constitucional 95 de 2016⁷, que limita por 20 anos os gastos públicos, o que impacta diretamente na execução dos serviços e ações da seguridade social.

Nessa perspectiva, a Lei Federal nº 13.467/2017 que altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), nominada de “Reforma Trabalhista” foi aprovada sob o argumento da necessidade de “modernização” da legislação brasileira; e a “Reforma da Previdência Social” foi recentemente aprovada no Congresso Nacional. Ambas afetam significativamente a condução das políticas sociais em nosso país, na contramão das garantias conquistadas pela Constituição Federal. Dessa forma, as políticas da previdência, assistência social e saúde acabam por serem escamoteadas constantemente pelas medidas econômicas neoliberais.

Nesse campo conflituoso entre capital e trabalho, surge uma nova política denominada Saúde do Trabalhador, com características de enfrentamento e crítica aos processos produtivos adoecedores, a qual será abordada no próximo tópico.

1.3.2 Saúde do Trabalhador

A preocupação pela preservação da saúde dos trabalhadores é algo muito recente na história da humanidade, desde a antiguidade o trabalho era visto como castigo, algo desvalorizado porque era realizado por escravos e servos. Com a revolução industrial os trabalhadores passaram a ser “livres” para vender sua força de trabalho, sendo que a finalidade dos donos dos meios de produção era ter o máximo de acumulação de capital, aproveitando da mão de obra e das máquinas disponíveis, antes que ficassem obsoletas (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Na medida que houve o aumento da produção, elevou-se também os problemas relacionados à saúde dos trabalhadores nas indústrias. Os profissionais que eram contratados para acompanhar os trabalhadores tinham como objetivo buscar as causas das doenças e

⁷ Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016 – Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial da União em 15/12/2016.

acidentes, isolando os riscos específicos, medicalizando o trabalhador em função de sintomas. Nesse contexto, surgiu a Medicina do Trabalho no século XVIII quando foi publicado o livro “Doenças dos Trabalhadores” de autoria do médico italiano Bernardino Ramazzini.

O livro foi muito importante na época, visto que ainda não se associavam algumas doenças e acidentes ao ambiente e condições de trabalho dentro das fábricas. Ramazzini foi pioneiro em descrever doenças do trabalho de 52 ocupações, as quais estavam associadas aos riscos à saúde por agentes físicos, químicos, poeira, entre outros. No entanto, a Medicina do Trabalho tinha/tem lacunas que precisam ser discutidas. Segundo Dias e Hoefel (2005):

Sob a égide da medicina do trabalho eram, e ainda são desenvolvidas práticas assistenciais, de cunho biologicista, dirigidas essencialmente à seleção e manutenção da higidez da força de trabalho, com ações centradas no ambiente e no posto de trabalho, sendo o trabalhador apenas objetos dessas ações (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 818).

A medicina do trabalho se fundamenta na teoria de unicausalidade, que busca um agente etiológico da doença, e se utiliza da medicalização para controle dos sintomas e sinais associados a ela, ou seja, não se investiga profundamente as verdadeiras causas das doenças e acidentes que se originam na relação dos sujeitos com os processos de trabalho. A análise fica restrita à clínica médica e biológica, e sua finalidade é manter a força de trabalho produtiva para atender as metas estabelecidas pelo empregador.

Atualmente a Medicina do Trabalho tem a função também de realizar os exames admissionais e demissionais para contratação e dispensa do funcionário. Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), há um problema grave quando esses exames não são bem-feitos, impedindo de identificar os nexos causais entre a doença e o trabalho desenvolvido, com isso não se reconhece a evolução do adoecimento na passagem por diversos processos produtivos e mascara uma realidade de adoecimento relacionado ao trabalho. Os exames admissionais acabam servindo, na prática, somente para impedir a contratação de pessoas com a saúde comprometida.

Diante desta lógica perversa, muitos candidatos ao emprego omitem informações de sua saúde no exame admissional, retroalimentando um sistema que acaba não favorecendo aos trabalhadores, pois sem dados fidedignos é muito mais difícil estabelecer medidas de prevenção e vigilância em saúde que atendam as reais necessidades do seu público.

A Medicina do Trabalho como especialização da área médica, tem as fronteiras do conhecimento bem definidas, e como qualquer outra disciplina, possui o seu objeto próprio de estudo e intervenção, que ao mesmo tempo assegura um território, intransponível para os outros, ao mesmo tempo que limita o seu campo de atuação. Diante da insuficiência da

Medicina do Trabalho em dar respostas aos múltiplos problemas de saúde gerados pelos novos processos de trabalho, uma nova forma de ação política denominada Saúde Ocupacional surge no século XX após a II Guerra Mundial, englobando outras áreas de formação como Engenharia de Segurança, Ergonomia e Técnico em Segurança do Trabalho, ampliando um pouco mais sua abordagem, pois sua perspectiva passa a ser multidisciplinar ou multiprofissional.

Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), a Saúde Ocupacional busca verificar as multicausalidades da doença, porém tem um entendimento de “naturalização” dos agentes/ riscos, fazendo análises descontextualizadas, repetindo na prática as limitações da Medicina do Trabalho. Ela se restringe a intervenções pontuais sobre os riscos no ambiente de trabalho, valoriza-se mais as ações individuais como o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) em detrimento das mudanças nos ambientes ou processos de trabalho que geram segurança para o coletivo.

Em 1978, foram instituídos os Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), o que significou que a saúde dos trabalhadores ficou sob a tutela das empresas, e não do Estado; sendo que sua finalidade principal era o aumento da produtividade. Nessa época, o Brasil estava vivendo a chamada industrialização tardia, acompanhada de deterioração das condições de vida e degradação do trabalho, era o “milagre econômico” dos países latinos americanos, que traziam consigo numerosas contradições (LACAZ, 2007).

De acordo com Lacaz (2007), a Saúde Ocupacional se sustentava numa visão empirista e positivista trazida da clínica, incorporando práticas da medicina preventiva e epidemiologia clássica, portanto ela não tinha a intenção de romper com a alienação e desinformação do trabalhador, conferindo maior capacidade de controle do capital sobre o trabalho.

Um dos motivos de ela ser ineficiente ao tratar dos problemas advindos da relação capital-trabalho, é que se limita aos contratos de trabalho estabelecidos entre as partes, não é uma política universal, não há espaço para pensar além daquilo que foi acordado:

A saúde ocupacional, em que se incluem os campos da Medicina do Trabalho e da Engenharia de Segurança, diz respeito à regulação técnica e normativa do contrato de trabalho estabelecido entre patrões e empregados. Atividade regulatória contratual, portanto, sujeita ao disposto na norma e ao disposto em negociações entre as partes, do mesmo modo limitadas pela própria norma contratual. A saúde ocupacional não transcende o direito trabalhista porquanto a este é subordinado (VASCONCELLOS, 2007, p. 161).

Na década de 1980, os trabalhadores insatisfeitos com as condições que estavam vivenciando dentro das fábricas e influenciados pelos movimentos de Reforma Sanitária italiana, passaram a se organizar em sindicatos e movimentos sociais para reivindicar mudanças concretas no campo de saúde e trabalho, pois até então tanto a Medicina do Trabalho quanto a Saúde Ocupacional não conseguiram minimizar os agravos e problemas advindos da (re)produção capitalista. Somado a isso, o país passava por um processo de redemocratização com o fim da ditadura militar, fortalecimento dos grupos representativos de vários setores da sociedade, participação popular em espaços de controle social que discutem políticas públicas como a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que teve como uma das propostas a criação do SUS. No mesmo ano, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que incorporou a ideia de Saúde como direito universal, já vinculando com a concepção do SUS.

O campo Saúde do Trabalhador começou a ser construído nesse contexto de luta social e produção de conhecimento crítico associado à saúde pública, moldada nos pilares da medicina social latino-americana, tendo como objeto o processo de saúde e doença e sua relação com o trabalho:

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo – como e porque ocorre – e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

Nesse contexto, o trabalho é entendido como “espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico” (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

Dentro deste espaço contraditório e tenso entre capital e trabalho, o campo de Saúde do Trabalhador se constitui, apresentando algumas singularidades conceituais identificadas por Vasconcellos (2007, p. 161) que são: a ruptura com a hegemonia médica; superação das práticas da Saúde Ocupacional; o confronto com sistema capitalista com explicitação da exploração de classe; a vinculação permanente entre ação de saúde a ação política; e a objetivação do trabalhador como sujeito e protagonista da ação político-institucional. Sobre essas características, discutiremos cada uma delas.

Ruptura com a hegemonia médica: o movimento latino-americano de saúde coletiva ou medicina social dos anos 1970 teve forte influência nos pesquisadores mais críticos da área de saúde no Brasil, pois até então a hegemonia médica se sustentava somente na clínica e

saberes da epidemiologia clássica. Diante das degradações sociais e econômicas presentes nos países do terceiro mundo, estudiosos passaram a questionar a relação que haveria entre a medicina e as ciências sociais para interpretar os fenômenos sociais que atingem a população e afetam diretamente o seu quadro de saúde-doença.

Um dos pioneiros do movimento em questão foi o médico, sociólogo e historiador argentino Juan César Garcia (1932-1984) que atuou como consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e apoiou a criação e consolidação de programas de pós-graduação de medicina social na América Latina. Seguindo o caminho do materialismo histórico, ele buscava encontrar a vinculação da medicina com a estrutura econômica e social, e articulação entre saúde, medicina e sociedade (CASTRO; GERMANO, 2016).

Uma mudança de paradigma começou a despontar dentro da esfera da Saúde Coletiva de pensadores críticos que não se conformavam com análises reducionistas, que permeavam a academia e a prática profissional. A saúde passou a ser entendida no sentido mais amplo de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de enfermidades, o que a relacionou com outros aspectos da vida humana como educação, lazer, alimentação, habitação, renda, trabalho, cultura, desporto, entre outros. Para compreensão da saúde em sua totalidade, seria necessário um aporte transdisciplinar:

O conhecimento de saúde que almeja ser relacional e transdisciplinar e que procura descobrir a lógica de dominação subjacente exige que se trabalhe a dimensão da totalidade. Quando o conhecimento na saúde pretende converter-se em uma narrativa de emancipação, ele deve trabalhar em sincronia com as dimensões da criatividade e da ação individuais e com o movimento e a lógica do geral (BREILH, 2006, p.55).

Jaime Breilh (2006), epidemiologista equatoriano, considera que as inequidades advindas do sistema monopolista, que gera concentração de poder e relações sociais de dominação precisam ser enfrentadas com conhecimentos emancipadores provenientes de diversas fontes de saber, desde o conhecimento acadêmico, conhecimento popular e ancestral, numa perspectiva interdisciplinar e intercultural, para além de eurocentrismo e androcentrismo. O novo paradigma da epidemiologia crítica⁸ deve ser um ato ético e político e não somente científico, que defenda um projeto de desenvolvimento emancipador e dos

⁸ Em contraposição à epidemiologia clássica, que é de cunho mais positivista, reducionista e simplificador, a epidemiologia crítica defendida por Breilh se define como “contra-hegemônica, o que significa que coloca seu arsenal conceitual e prático a serviço dos ‘sem-poder’, que posiciona seu arsenal de maneira a lutar contra a inequidade, e que se coloca a serviço do fortalecimento ou ‘capacitação’ (*empowerment*) das subjetividades dos subalternos e explorados, bem como dos planos, formas organizacionais e culturais que atendem a seus anseios históricos” (BREILH, 2006, p. 209).

interesses sociais. É necessário discutir uma “teoria geral de saúde” que abarque todas as questões e conte com a participação de diversos atores.

Com esse pensamento contra-hegemônico, pelo qual se pretende agregar saberes para além dos muros das universidades, incluindo os sujeitos e sua subjetividade na construção de campos de ação, é que a Saúde do Trabalhador vai se formando a partir da saúde coletiva.

A Saúde do Trabalhador visa romper com as práticas da Saúde Ocupacional, superando o paradigma da causalidade dos agravos à saúde numa visão a-histórica e descontextualizada das relações econômicas, a fim de operar nexos mais complexos, como subjetividade, organizações de trabalho e doenças mentais. Ela também vem para ampliar a capacidade interpretativa da realidade para além da ideia cartesiana do corpo como máquina, em que o corpo é o hospedeiro em interação com os agentes/ fatores (físicos, químicos, biológicos, mecânicos) existentes no meio ambiente, de forma a reduzir a sua detecção pelas ciências físicas e biológicas (LACAZ, 2007).

Uma prática comum da Saúde Ocupacional é tentar adaptar o ambiente ao trabalhador, instituindo “limites de tolerância” de exposição aos agentes químicos, biológicos, ruído e temperatura. É necessário construir um campo que consiga ir além dessas questões, porque existem conflitos de interesses que impedem a aplicação das normas na sua integralidade, e por isso, elas não têm se mostrado suficientes para resolver o problema do adoecimento. Isso ocorre também porque a Saúde Ocupacional é subordinada aos direitos trabalhistas e previdenciários, e contratos de trabalho no interior das empresas/ instituições:

A saúde do trabalhador, por seu turno, transcende o direito trabalhista, previdenciário e os demais direitos limitantes por efeitos específicos de contratos [...] invoca o direito à saúde no seu espectro irrestrito da cidadania plena, típica dos direitos civis, econômicos, sociais e humanos fundamentais, a que os demais "direitos" estão subordinados [...] arvora a si, desse modo, a égide sobre as relações saúde-trabalho no Estado democrático de direito [...] é ungida pela Constituição Federal/88 ao insinuá-la no SUS, a que o aparelho de Estado brasileiro destina a atribuição de garantir o dever do Estado ao direito à saúde (VASCONCELLOS, 2007, p. 162).

A Saúde do Trabalhador passa a ser pensada como uma política pública, assegurada pelo Estado por meio do Sistema Único de Saúde, de caráter universal, ou seja, extensivo a todos os trabalhadores independente de sua situação no mercado de trabalho. Fica o Ministério da Saúde responsável por sua coordenação, fundamentada pela Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

A despeito do avanço do campo de Saúde do Trabalhador, as outras áreas não são extintas, elas coexistem, porém cada uma com seus propósitos definidos, mas que frequentemente se encontram:

Frequentemente, os marcos teóricos dos estudos flutuam entre os princípios da saúde coletiva e as práticas da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Não há uma verdadeira comunidade teórico-prática, com conceitos, categorias e planos de ação acordados, trabalhando com um único paradigma (MINAYO-GOMEZ, 2011, p.32).

O confronto com sistema capitalista com explicitação da exploração de classe é uma das singularidades do campo de Saúde do Trabalhador. Seria um equívoco desconsiderar as questões econômicas e sociológicas na análise dos processos produtivos contemporâneos, bem como, ignorar as estatísticas que expõem altos índices de desemprego e de acidentes fatais, que colocam o Brasil no ranking dos países que mais se registram acidentes de trabalho no mundo. É premente estudos que se aprofundem nas relações sociais mais complexas para compreender as origens das desigualdades sociais, que culminam nesta realidade perversa.

De acordo com Krein (2013), o capitalismo contemporâneo, sob o domínio do neoliberalismo, afeta diretamente à saúde do trabalhador, pois tem como características predominantes a globalização financeira, internacionalização na produção de bens e redefinição do papel do Estado, no sentido de buscar reduzir os custos da produção, por meio de rebaixamento de salários e condições precárias de trabalho.

Quanto à globalização financeira, entende-se como o aumento da valorização do capital por meio da especulação financeira, seguindo esta lógica no campo produtivo ocorre um “processo brutal de racionalização do trabalho, tal como a terceirização” (KREIN, 2013, p.195) para manter um patamar de competitividade mundial. No movimento de internacionalização da produção de bens e serviços não há fronteiras para os negócios, a produção é feita em escala mundial, a escolha do local onde ele será realizada dependerá das vantagens que ele tem a oferecer, ou seja, baixos custos que vêm com a redução de direitos dos trabalhadores. Diante disso, os Estados Nacionais perdem o seu poder de intervenção e se atêm a dar maior liberdade ao movimento de capitais, que buscam substituir a proteção social pública pelos negócios privados, no intuito de mercantilizar os serviços e desconstruir a rede de proteção.

Quando tratamos de classe trabalhadora é certo que não nos referimos somente ao operário da indústria como era comum no início da industrialização, há várias categorias que surgiram das metamorfoses do mundo do trabalho. Segundo Antunes (2005):

[...] a classe trabalhadora fragmentou-se, heterogeneizou-se e complexificou-se ainda mais. Tornou-se mais qualificada em vários setores, como na siderurgia, em que houve uma relativa “intelectualização” do trabalho, mas desqualificou-se e precarizou-se em diversos ramos como na indústria automobilística [...]. Criou-se, de um lado, em escala minoritária o trabalhador “polivalente e multifuncional” da era informacional, capaz de operar máquinas com controle numérico[...]. E, de outro lado, há uma massa de trabalhadores precarizados, sem qualificação, que hoje está presenciando em formas de *part-time*, emprego temporário, parcial, precarizado, ou mesmo vivenciando o desemprego estrutural (ANTUNES, 2005, p. 31-32).

Todos eles pertencem à classe trabalhadora, independente se exercem atividades mais intelectualizadas ou sem qualificação, se são rurais ou urbanos, domésticos ou se estão desempregados. Um dos pontos chaves das obras de Antunes (2005, p. 69) é considerar o trabalho como elemento fundante da sociabilidade humana, baseando-se em Karl Marx, ele defende que na sociedade capitalista o trabalho ao se tornar assalariado, assume a forma de trabalho alienado, ou seja, a força de trabalho se transforma em mercadoria, com a finalidade de criar novas mercadorias objetivando a valorização do capital. Uma vez que a força de trabalho é transformada em mercadoria, o ser humano é reduzido a mero objeto, pois ele é indivisível, não pode ser separado da sua força de trabalho, que lhe é inerente. Assim, a precarização do trabalho é a própria precarização do homem-que-trabalha.

A exploração dos trabalhadores que ocorre nos diversos processos produtivos, seja no fordismo, taylorismo, toyotismo, no setor de serviço da indústria, comércio e agropecuária, deve ser explicitada e enfrentada, esta é uma das finalidades do campo de Saúde do Trabalhador.

Daí decorre a necessidade da *vinculação permanente entre ação de saúde a ação política*. De acordo com Vasconcellos (2007) a área de Saúde do Trabalhador se encontra à margem da Saúde Pública, e um dos motivos pode ser a incapacidade política-gerencial do SUS lidar com o mundo da produção, que historicamente era objeto de intervenção técnica de outros setores estatais como previdência social, trabalho e emprego, e mais recentemente o meio ambiente. Além disso, há uma resistência do empresariado em aceitar a intervenção da vigilância sanitária de saúde do trabalhador (VISAT), descredibilizando a sua atuação ou sendo confundida com a fiscalização dos auditores-fiscais do trabalho.

A ação da saúde precisa estar ligada à ação política, no sentido de aplicar o conceito de saúde em sua integralidade, desde a prevenção, promoção e assistência, de modo a abranger toda a coletividade e não indivíduos separadamente. A intervenção não deve ser focalizada e pontual, como era antes concebida a saúde, que se restringia a práticas curativas. Para tanto,

só é possível haver uma transformação social com força política aliada ao conhecimento técnico.

Por exemplo, as decisões como liberação ou restrição do uso de agrotóxicos são políticas, e afetam diretamente a saúde do trabalhador, principalmente daqueles que os aplicam nas plantações, causando-lhes sequelas irreversíveis quando há exposição excessiva. A Lei da Terceirização (Lei nº 13.429 de 31 de março de 2017) aprovada por representantes políticos a fim de beneficiar setores econômicos, prejudica a classe trabalhadora ao flexibilizar o direito ao trabalho. Pesquisadores de universidades, epidemiologistas e estudiosos da área da Saúde Coletiva estão atentos às mudanças correntes que partem na maioria das vezes de decisões políticas de fundo econômico, e alertam sobre suas consequências na sociedade presente e futura. O conhecimento técnico produzido é um recurso indispensável para a tomada de consciência pela sociedade, pois, esse é um dos motores para ação política em direção ao desenvolvimento humano sustentável.

Desse modo, o trabalhador torna-se *sujeito e protagonista da ação político-institucional*. O direito à participação social na fiscalização, formulação e acompanhamento da política de saúde é garantida pela Constituição Federal em seu artigo 198 e posteriormente foi regulamentado pela Lei Federal nº 8.080/90 e Lei Federal nº 8.142/90, esta última estabeleceu a criação dos conselhos e conferências de saúde, instâncias de participação institucionalizadas do SUS (HOEFEL; SEVERO, 2011).

Com essa abertura, os cidadãos institucionalizam o direito a voz e voto nas diversas instâncias do controle social, por meio dos conselhos de saúde, devendo participar no estabelecimento de estratégias e ações da política de saúde em níveis: municipal, estadual e nacional, inclusive no monitoramento da execução dos planos de ações, bem como avaliar e aprovar os gastos e despesas, referentes aos recursos financeiros repassados aos fundos públicos.

No caso específico da Saúde do Trabalhador, a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.908 de 30 de outubro de 1990, recomenda criação da Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST), com a participação de entidades que tenham interfaces com a área, sendo subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição das políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações. Sendo assim, cada município poderia ter a sua CIST vinculada ao Conselho Municipal de Saúde, garantindo a maior representatividade possível de categorias de trabalhadores, ao convidar usuários, representantes de movimentos sociais, sindicatos, órgãos públicos, organizações não governamentais e da iniciativa privada.

Mesmo com a criação desses espaços, a participação social ainda é incipiente em relação à demanda de problemas a serem resolvidos. Isso se deve à nova configuração do mundo do trabalho que fragiliza o movimento dos trabalhadores (MINAYO-GOMEZ, 2011).

A respeito do sindicalismo, Antunes (2006) explica que as mudanças no mundo do trabalho, que levam a desregulamentação dos direitos do trabalho e novos padrões de gestão sob o domínio da “produtividade” e da “modernidade social” acabam por afetar a consciência de classe, permanecendo os organismos de representação de classe mais defensivos do que combativos, para não perder o mínimo que já conquistaram que é o direito ao trabalho e ao emprego:

[...] os sindicatos, foram forçados a assumir uma ação cada vez mais *defensiva*, cada vez mais atada à *imediatez*, à *contingência*, regredindo sua já limitada ação de defesa de classe no universo do capital. Gradativamente foram abandonando seus traços anticapitalistas, aturdidos que estavam, visando a preservar a jornada de trabalho regulamentada, os demais direitos sociais já conquistados [...] Participar de tudo... desde que não se questione o mercado, a legitimidade do lucro, *o que e para quem se produz*, a lógica da produtividade, a sacra propriedade privada, enfim, os elementos básicos do complexo movente do capital (ANTUNES, 2006, p. 150).

A participação pode até ocorrer, mas o receio de perder o emprego, sua única fonte de renda e sobrevivência, faz com que muitos se omitam politicamente. Os conselhos são espaços de conflitos como qualquer outra organização de representação política, pois expressam a heterogeneidade que compõem a sociedade, e portanto, há disputa de interesses entre grupos distintos (HOEFEL; SEVERO, 2011). Nem sempre há coesão no grupo, é muito importante ter capacidade de negociação para lidar com interesses tão opostos, pois, muitas vezes o Estado (representados por gestores públicos) coaduna com as propostas do empresariado, e os trabalhadores se mostram acuados diante do poder que os demais detêm.

A história é marcada de avanços e retrocessos no campo das políticas públicas, nenhuma conquista aconteceu por acaso, sempre esteve presente o “fator humano” na construção da história, por isso o protagonismo dos trabalhadores na formação da Política de Saúde do Trabalhador é essencial, e não pode ser substituído ou delegado para outrem.

Percebe-se que a Saúde do Trabalhador e a Reabilitação Profissional têm muito em comum, ambas veem a necessidade de prestar um serviço integral aos trabalhadores, numa perspectiva de intersetorialidade das políticas sociais. A partir disso, seguiremos com o próximo tópico que se trata da Rede Intersetorial de Reabilitação Integral.

1.3.3 Rede Intersetorial de Reabilitação Integral

A Rede Intersetorial de Reabilitação Integral é um conceito bastante recente na legislação brasileira, portanto com pouca literatura disponível para a discussão. O objetivo deste tópico é expor o histórico de sua criação e o desafio de sua implementação.

Esta Rede foi instituída pelo Decreto 8.725 de 2016, no intuito de legitimar as ações intersetoriais que começaram a ser discutidas durante a elaboração do projeto “Reabilitação Profissional: Articulando Ações em Saúde do Trabalhador e Construindo a Reabilitação Integral”, que tinha como objetivo geral promover ações “integradas às políticas de Seguridade Social por meio de uma rede de reabilitação articulada, descentralizada e estruturada no âmbito dos entes federados, com vistas à inclusão na sociedade, por meio do seu efetivo ingresso ou reingresso no mundo do trabalho” (DIRSAT, 2013, p.7).

O projeto foi coordenado pela extinta Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) do INSS e sua construção foi coletiva nos anos de 2013 e 2014, baseado em consulta pública⁹ disponível na internet. No entanto, no período de sua elaboração, o nosso país vivenciou mudanças conjunturais políticas que atravancaram qualquer tentativa de rompimento com a cultura conservadora e economicista, hegemônica na instituição.

Miranda (2018, p. 6) relata que, apesar disso, algumas ações do plano de trabalho conseguiram ser executadas, ele cita a parceria do INSS com o Ministério da Educação por intermédio do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC), possibilitando a ampliação de cursos de qualificação para atender segurados em reabilitação profissional. Outra parceria firmada foi do INSS com o Ministério do Trabalho por meio do Serviço de Intermediação de Mão de Obra (IMO) em 2016, que tinha por objetivo promover o encontro de oferta de demanda de trabalho para garantir a colocação dos reabilitados nas vagas de empregos captadas.

Houve também um acordo de cooperação técnica com a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo e o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) em 2017 e renovada em janeiro 2018, com a finalidade de oferecer 500 bolsas de estudo em qualificação profissional para os reabilitandos em diversas áreas tecnológicas.

Desde a Resolução 118 de 04/11/2010, o INSS pode firmar acordos de cooperação técnica com instituições públicas e privadas, sem ônus para os participantes a fim de prestar

⁹ Ministério da Previdência Social abre consulta pública sobre reabilitação profissional. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/2014/02/de-sua-colaboracao-inss-abre-consulta-publica-sobre-reabilitacao-professionai/>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

os serviços de atendimentos especializados (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia); avaliação e elevação do nível de escolaridade; avaliação e treinamento profissional; promoção de cursos profissionalizantes; estágios curriculares e extracurriculares para alunos graduados; homologação do processo de habilitação ou reabilitação de PCD; e homologação de readaptação profissional. Esse dispositivo legal é um meio de constituir parcerias e realizar acordos, sem haver recursos financeiros envolvidos, mas para isso é imprescindível vontade política e objetivos alinhados entre as partes.

Os exemplos citados são incipientes diante da profunda e complexa demanda proveniente do Programa de Reabilitação Profissional, mas as ações intersetoriais devem ser incentivadas, de modo a superar o isolamento institucional que historicamente o INSS mantém em sua cultura organizacional.

Atualmente, o projeto encontra-se interrompido, com a mudança de gestores e governo ele foi abandonado. Em contrapartida o Decreto 8.725/2016 continua vigorando, fundamentado na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho¹⁰ e Estatuto da Pessoa com Deficiência¹¹, que conceitua reabilitação integral do seguinte modo:

[...] considera-se reabilitação integral 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, 2016 – art. 1º, parágrafo único).

As principais políticas sociais envolvidas são: saúde, previdência social, assistência social, trabalho e educação. Sendo que para a sua execução o Decreto prevê a constituição de um Comitê Gestor, a ser coordenado pelo INSS, contando com membros dos Ministérios da Educação; do Desenvolvimento Social; da Saúde; do Trabalho e Previdência Social, e outros convidados dos poderes executivo, legislativo e judiciário, além de representantes do Ministério Público e empresas privadas.

A partir das regras de organização definidas pelo Comitê Gestor devem ser formados os Comitês Locais de Rede Intersectorial de Reabilitação Integral, constituídos por

¹⁰ Decreto nº7.602 de 7 de novembro de 2011.

¹¹ Também intitulada de Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015.

responsáveis pela execução local das políticas de saúde, previdência, trabalho, educação e assistência social e representantes da sociedade civil, também sob a coordenação do INSS.

Ressalta-se que as despesas decorrentes da implementação da Rede deverão correr à conta de dotações orçamentárias próprias dos órgãos e entidades nela representados, conforme o art. 11 do dispositivo. Dessa forma, não sealaria em novos gastos, pois as reuniões geralmente ocorrem nas localidades onde estão os órgãos, seja no Distrito Federal no caso dos Ministérios ou nas regiões e municípios em que estão os serviços. E o trabalho em rede, pressupõe o uso dos equipamentos, recursos humanos e materiais já existentes nos órgãos.

No entanto, a realidade mostra o contrário, o sucateamento das instituições, principalmente pela falta de servidores, esvaziamento de recursos financeiros, gestores reféns da burocratização e outros limites dentro de cada organização. Somado a isso, é frequente os conflitos entre as políticas sociais, produzindo várias lacunas que os cidadãos acabam pendendo, quando os órgãos não assumem suas responsabilidades, empurrando para outros.

Os problemas com conflitos institucionais, discordância, valorização, sobreposição do trabalho de um sob os demais podem ocorrer com frequência e por isso Nobre (2013, p. 187) questiona: “a quem mesmo interessa a persistência da fragmentação e dos conflitos institucionais?”. Ela conclui que o Estado conjuga os seus interesses e do capital, na perspectiva do liberalismo, de modo a esvaziar os serviços e políticas públicas e anular o Estado provedor. Por isso, a rede deve ser constituída justamente para enfrentar essas lacunas e atuar nestes conflitos que impedem o exercício do Estado provedor, no sentido de prevenir que mais trabalhadores adoeçam e percam suas vidas em processos de trabalho precarizados e inseguros.

É equivocado o entendimento de que reabilitação profissional deva atuar somente após o adoecimento do sujeito, ela precisa auxiliar também na prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores, no sentido de fornecer dados, agregar conhecimento com os demais atores institucionais, dialogar com seus usuários, pois a partir daí o próprio programa do INSS poderá se beneficiar com as mudanças de gestão acordadas, que possibilitaria um fluxo mais eficaz no atendimento das demandas. Desse modo, a ideia da Rede Intersetorial é um sistema bastante completo que possibilitaria um atendimento integral ao trabalhador. Porém, há 4 anos da publicação, ainda não foi visualizado interesse para a sua implementação.

No próximo capítulo, adentraremos as questões específicas do programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), para compreender os embates políticos que ocorrem no seu interior no atendimento de uma demanda cada vez mais complexa.

CAPÍTULO 2

O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

O referencial teórico sobre a trajetória histórica da reabilitação profissional no Brasil demonstrou a grande dificuldade deste serviço público em receber uma complexa e diversificada demanda, composta por trabalhadores que sofrem LER/DORT, acidentados, amputados, com doenças crônicas e sofrimento mental, provenientes de todas as regiões do Brasil, desde as capitais e grandes centros urbanos até os municípios mais longínquos. São trabalhadores empregados, desempregados, segurados especiais (rurais), autônomos, cujo atendimento seguem uma lógica padrão de operacionalização, por um Manual Técnico (última versão de 2018), que não considera as diferenças regionais, as questões socioeconômicas, de mercado de trabalho e numa visão estritamente biomédica determina se o segurado é elegível para o programa e quando deve ser desligado. Por isso, a reabilitação profissional sofre críticas constantes por sua baixa efetividade, mesmo assim os setores mais conservadores da Instituição não permitem mudanças, mantendo uma atuação precária e insuficiente.

O objetivo deste capítulo é discutir primeiramente a evolução histórica e legal do Programa do INSS, e assim identificar os problemas atuais, para então refletir as possibilidades de mudança, perpassando por aspectos como interdisciplinaridade, modelo biopsicossocial de avaliação, que são conceitos amplamente discutidos na literatura científica e são aplicáveis à reabilitação profissional.

2.1 Reabilitação profissional do INSS: evolução histórica e legal

Para compreender a reabilitação profissional como serviço prestado pela política pública de Previdência Social é importante analisar os aspectos históricos e institucionais-legais que formataram o que ela é hoje e a partir disso refletir seus limites e possibilidades. O conceito de reabilitação profissional é amplo, mas no geral segue a mesma lógica do entendimento da Lei Federal 8.213 de 1991, artigo 89:

A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive (BRASIL, 1991).

Maeno *et al.* (2009) defendem a importância de existir reabilitação e readaptação, mesmo quando não há doença envolvida, pois fazem parte as mudanças nas capacidades em diferentes momentos das nossas vidas, como durante uma gravidez ou no avançar da idade. Um jovem de 25 anos tem mais resistência e agilidade do que um de 50 anos, portanto o desempenho para atividades mais pesadas pode ser diferente, visto que há alterações físicas que são próprias da idade e por isso, não seja necessário haver um afastamento do trabalho, mas sim uma readequação de função.

O Brasil e muitos outros países estão passando por um envelhecimento populacional, com expectativas de vida cada vez maiores, e conseqüentemente as pessoas são mais suscetíveis a doenças crônicas. Se antes a mortalidade ocorria pelas guerras e epidemias, atualmente as doenças crônicas acompanham por mais tempo as populações, gerando incapacidades. Em vista disso, a reabilitação profissional é uma realidade e uma necessidade social, que não deve ser extinta, mas potencializada. Além disso, vivenciamos índices alarmantes de afastamentos por motivo de incapacidade laborativa, decorrentes de acidentes e adoecimentos no trabalho, que devem ser prevenidos e remediados. Com esse entendimento que a legislação brasileira e internacional foram se adequando para garantir esse direito social.

Takahashi (2006) faz um resgate histórico e institucional da reabilitação profissional em sua tese de doutorado. A referida autora expõe que em 1943 no governo de Getúlio Vargas foi instituída a Portaria Ministerial nº 83 do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que definia a obrigação das CAPs e IAPs de prestarem “assistência aos incapacitados para o trabalho e aposentados por invalidez”. Já no ano seguinte houve a promulgação do Decreto-Lei nº 7.036/1944, que tratava da reforma da legislação dos acidentes do trabalho e regulamentou a prestação do serviço de reabilitação profissional, cuja atividade “seria desenvolvida através das práticas de fisioterapia, cirurgia ortopédica e escolas especiais [...] o encaminhamento dos acidentados incapacitados estaria a cargo dos médicos legistas oficiais” (TAKAHASHI, 2006, p. 121).

A década de 1950 foi marcada por reivindicações dos movimentos operários, que para as questões de previdência social pleiteavam a unificação das instituições previdenciárias e a estatização do Seguro do Acidente de Trabalho (SAT). A finalidade era resolver o problema financeiro dos institutos que se unificados e com esse recurso a mais do seguro, poderiam oferecer um serviço de melhor qualidade aos trabalhadores. Em 1960 houve a aprovação do Decreto-Lei 48.959/1960 também conhecida por Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), com o intuito de unificar as normas e diretrizes dos sistemas e uniformizar os benefícios previdenciários. Através deste decreto, foram instituídos os Centros de Reabilitação

Profissional (CRP) como centros especializados de prestação de serviços de reabilitação. O primeiro deles foi criado no mesmo ano, na cidade de São Paulo (TAKAHASHI, 2006, p. 121-122).

A fusão entre os IAPs levou a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966, e no ano seguinte 1967¹² ocorreu a tão reivindicada estatização do SAT, o que proporcionou mais recursos financeiros para a execução de ações na área de reabilitação profissional nesse novo órgão responsável pela implantação dos CRPs. A expansão dos centros ocorreram nas décadas de 1970 e 1980, com as seguintes características:

O projeto de implantação dos Centros de Reabilitação Profissional do INPS (CRPs) foi orientado por uma concepção de excelência, afinada com a tendência hospitalocêntrica da assistência médica vigente na época, na qual se disponibilizavam todos os recursos terapêuticos necessários no interior dos próprios serviços, com grandes estruturas físicas, equipamentos de fisioterapia e terapia ocupacional de alto custo e um grande contingente de profissionais. Os Núcleos de Reabilitação Profissional do INPS (NRPs) eram unidades menores, com uma ou duas equipes que referenciavam para os CRPs os casos de maior complexidade (TAKAHASHI; IGUTI, 2008, p. 2661).

Tanto os centros quanto os núcleos recebiam grandes quantias de recursos para realizar a sua expansão pelo Brasil, porém se concentrando principalmente nas capitais dos Estados. Tinham o objetivo de oferecer serviços médicos, terapêuticos, educacionais e de profissionalização, por isso mantinham equipes multiprofissionais de diferentes áreas. Portanto, o entendimento era de que as reabilitações física e profissional caminhavam juntas, assegurando um atendimento mais completo para o trabalhador, mesmo que nem sempre o serviço conseguisse atingir sua finalidade principal de devolver o cidadão ao mundo do trabalho, buscava-se a excelência de atendimento, com intenso investimento em recursos humanos e materiais.

No ano de 1976¹³, a legislação tornou a reabilitação profissional obrigatória ao acidentado do trabalho, com isso aumentou-se o número de trabalhadores com sequelas físicas evidentes, como amputações, que requeriam prótese junto ao INSS.

O reconhecimento internacional da importância da reabilitação ocorreu através da Convenção nº 159 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) de 01.06.1983, a qual foi ratificada pelo Brasil, tendo sido promulgada pelo Decreto nº 129 de 22.05.1991 (ALVES, 2016, p. 27). No entanto, as recomendações pela OIT já eram antigas e remontam a 1949 -

¹² Lei nº 5.316 de 14.09.1967 e Decreto-Lei nº 61.784 de 28.11.1967.

¹³ Decreto nº 79.037, de 24 de dezembro de 1976. Aprova o regulamento do seguro de acidentes do trabalho.

Recomendação nº 87: sobre orientação profissional; 1950 – Recomendação nº 88: sobre formação profissional dos adultos, incluindo inválidos e 1955 – Recomendação nº 99: sobre habilitação e reabilitação profissional dos deficientes (ARAÚJO, 2011).

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 ampliou ainda mais a concepção de direitos em seus capítulos “Da Ordem Social”, especialmente o conceito de seguridade social, já mencionado anteriormente.

Nos anos 1990, houve a criação do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a partir da fusão entre o INPS e o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social), tendo como função a operacionalização de benefícios e serviços no âmbito do Regime Geral da Previdência Social. A prestação da reabilitação profissional foi atrelada a nova Lei Federal 8.213/1991, a ser executada exclusivamente pelo INSS, o qual tem como funções básicas: avaliação do potencial laborativo, orientação e acompanhamento da programação profissional, articulação com a comunidade; e acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho (BRASIL, 1999).

Maeno e Vilela (2010) descrevem o sucateamento do serviço de reabilitação profissional na década de 1990, com o aumento de trabalhadores afastados em decorrência de doenças ocupacionais particularmente pelas Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT). Diferente dos segurados afastados por acidentes de trabalho, essas lesões tendem a uma evolução crônica pouco visível, que geram um forte sofrimento psíquico. Os segurados eram provenientes de empresas que possuíam um número crescente de adoecimento, mas o Estado não realizava nenhuma intervenção para prevenir essa situação. Os relatórios da época comprovavam os índices e o serviço de reabilitação profissional passou a ser criticado pela sua inefetividade em resolver essa nova demanda.

O desmonte dos CRPs e NRPs começou a acontecer quando foi exposta uma avaliação no relatório do Ministério da Previdência Social em 1993, que dizia que o modelo de reabilitação profissional era “ultrapassado, descentralizado, inadequado e com desempenho não satisfatório¹⁴”. Porém, conforme argumentam Takahashi e Canesqui (2003, p. 1.474), na realidade não se tratava de avaliação organizacional somente, e sim, de uma “crise política mais ampla, inserida na perspectiva da reforma previdenciária, na redefinição do papel do Estado, por meio do desmonte das políticas sociais, quer pela privatização de serviços [...] quer pela focalização da clientela”. Com argumentos de natureza econômica e de crise, com

¹⁴ MPAS (Ministério da Previdência Social), 1993. Relatório Final do Grupo de Trabalho Interministerial sobre Acidentes de Trabalho. Portaria no 18. Brasília: MPAS.

pensamentos privatistas, redução de benefícios sociais para induzir a população acessar planos privados é que a reabilitação profissional foi aos poucos sendo abandonada.

Bernardo (2006, p.32 e 33) faz uma análise sobre esse viés econômico que carrega a reabilitação profissional quando se privilegia a ótica dos custos. De acordo com a pesquisa da autora, na literatura sobre o assunto é possível observar que muitos focam na perda econômica do empregador e da sociedade, despesas do seguro social, volume de horas perdidas de trabalho, sem abordar as perspectivas do trabalhador durante o afastamento, suas dificuldades que não são só econômicas, mas também de vida profissional, familiar, social e até mesmo as questões subjetivas e psicológicas. Nessa lógica, a reabilitação profissional teria serventia apenas para cessar o benefício o mais precocemente e evitar a concessão de aposentadorias por invalidez que onerariam mais ainda a previdência social, devolvendo o segurado ao mercado de trabalho para que volte a contribuir ao erário.

Entre os anos de 1995 a 2001 a reabilitação profissional passou por um processo de mudanças estruturais, denominado de Plano de Modernização da Reabilitação Profissional, com a criação de equipes volantes formadas por um médico e um orientador profissional, que deveria ser de nível superior, de qualquer formação; e equipes de extensão, constituída por médico-perito e um assistente social. O objetivo era descentralizar o atendimento, enquanto isso, havia o sucateamento dos equipamentos do CRPs, enxugamento do quadro de recursos humanos, devido às aposentadorias e pedidos de demissão voluntária, incentivada por meio de programa do Governo (PDV), sem perspectivas de novas contratações, metas nacionais de segurados reabilitados foram determinadas e a cobrança aos servidores era constante (MAENO *et al.*, 2009).

A partir de 2001 foi instituído o Programa Reabilita, fundamentado na lógica de agilização e na homologação da aptidão para o retorno ao trabalho pela empresa de vínculo, e nos casos de trabalhadores sem vínculo ou que foi negada a readaptação, o programa de reabilitação era concluído apenas pela avaliação de aptidão. Assim, a cessação do benefício não está condicionada ao retorno efetivo ao trabalho, e sim à emissão do certificado de reabilitado conforme o art. 200 do Decreto 2.172/1997, ou seja, independente se o segurado que passou pelo programa conseguiu um emprego, será desligado do benefício previdenciário ao receber o certificado (TAKAHASHI, 2006).

A partir do Programa Reabilita ocorre a separação entre a reabilitação profissional e a reabilitação física e psicossocial. A primeira permanece na Previdência Social, sendo restrita aos segurados contribuintes e a segunda passa a ser ofertada pelo SUS. Essa dissociação foi prejudicial, pois ao contrário do que preconizava a Seguridade Social, a articulação entre as

políticas sociais dificilmente acontece. O INSS é um órgão federal e possui uma organização diferente do SUS, este executa os serviços nos âmbitos municipais e locais. Seria necessário criar projetos nacionais e locais de modo a garantir essa articulação, porém não foram feitos até hoje.

Cannalunga (2009), chefe da Divisão de Reabilitação Profissional do INSS da época, argumenta que o Programa trouxe uma noção de que o segurado “não é apenas responsabilidade da Previdência Social, mas que, principalmente, ele é um cidadão de direito, cuja responsabilidade é de todos os serviços públicos prestados pelos diversos órgãos da comunidade onde se insere”. Ela reforça a necessidade de haver parcerias entre o INSS e outras instituições públicas.

De acordo com Simonelli (2010), uma pesquisa feita em 2006, registrou que somente 6,4% dos que foram atendidos no Reabilita retornaram ao trabalho após cumprirem o programa de reabilitação profissional. Além disso foi constatado um gasto anual de R\$ 10,5 bilhões em benefícios devido acidente, doenças do trabalho e aposentadorias especiais, normalmente decorrente de más condições nos ambientes de trabalho. Evidenciou-se a urgência da integração das várias instituições que fazem interface com a saúde do trabalhador: saúde, previdência social e trabalho e emprego, para atender essa demanda de pessoas lesionadas.

No âmbito das políticas públicas, necessita-se de ações que alterem esse cenário, em especial a necessidade da superação da fragmentação institucional entre áreas afins como Trabalho, Saúde e Previdência, que deem conta de uma política de Estado que consiga uma intervenção preventiva nos determinantes dos agravos à saúde, decorrentes de processos patológicos de trabalho. Não se pode admitir como natural que o Estado Brasileiro assista passivamente a ocorrência evitável de epidemias de lesões e sequelas de trabalhadores (SIMONELLI, 2010, p. 65).

No ano de 2007 foi criada a Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT), cujas atribuições foram regulamentadas pelo Regimento Interno¹⁵ do INSS em 2009, substituindo a extinta Coordenação de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade (JUNIOR *et al.*, 2012, p. 2842). Os serviços de perícia médica, reabilitação profissional e o serviço social passam a compor essa nova diretoria. Entre as várias competências da DIRSAT citamos algumas, que foram ratificadas no último Regimento Interno, publicado em 2017: propor “a interação e o intercâmbio com órgãos governamentais, visando ao acompanhamento dos benefícios por incapacidade”, “desenvolver estudos voltados para o aperfeiçoamento das atividades médico-periciais de benefícios previdenciários, assistenciais e os relativos aos servidores públicos

¹⁵ Portaria nº 296 de 09 de novembro de 2009.

federais, de reabilitação profissional e de serviço social” e “planejar a especialização de ações para a melhoria da qualidade, correção e aprimoramento do reconhecimento dos direitos e aos benefícios por incapacidade previdenciários e aos assistenciais”. Com essa nomenclatura, a autarquia incorpora o conceito de Saúde do Trabalhador, mas tem o grande desafio de pôr em prática o que propõe em seu regimento.

Nos anos seguintes, em decorrência das reivindicações de sindicatos e movimentos sociais diante da precariedade do serviço, o Programa Reabilita passou por um processo de revitalização, possibilitando novas parcerias com o Sistema S (SENAI, SENAC, SENAR, SESI e outros) para encaminhamento a cursos de qualificação profissional; houve concursos públicos para recomposição das equipes, em 2008 para 100 terapeutas ocupacionais, em 2009 para 900 assistentes sociais, que se dividiriam entre os serviços de Reabilitação Profissional e Serviço Social no INSS; e um novo Manual Técnico de Reabilitação Profissional foi publicado em 2011, implementando as novas orientações a serem seguidas.

Em 2013, foi elaborado o Projeto “Reabilitação Profissional: articulando ações em saúde do trabalhador e construindo a reabilitação integral” após consulta pública nos anos de 2013 e 2014, ou seja, a sua construção tinha um viés democrático no sentido de ouvir a opinião da sociedade, universidades, instituições públicas, servidores etc. Vargas (2017, p. 39) explica que trata de um projeto que se propõe por meio de intersetorialidade a articulação das políticas sociais de saúde, previdência, assistência social, trabalho e emprego, a fim de buscar e implementar soluções para a reabilitação profissional. Além disso, há um reconhecimento de que o trabalho de reabilitação profissional deve ser uma ação interdisciplinar a ser desenvolvido por equipes multiprofissionais. O que significa que é necessário ampliar o olhar sobre o indivíduo, dentro de um novo paradigma biopsicossocial, com a participação de especialistas de diferentes áreas como Serviço Social, Medicina, Terapia Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicologia, Pedagogia, entre outros, além de chamar o trabalhador a participar como sujeito ativo e não somente como objeto de intervenção. Com isso, unem-se as expertises desses diferentes atores para um objetivo comum, que é o retorno ao trabalho do reabilitado em ambiente e processos produtivos não prejudiciais para a sua saúde.

Nessa perspectiva, a reabilitação profissional se aproxima do conceito mais amplo de Saúde do Trabalhador por considerar o “trabalho como fundante para a construção do ser social” (BRASIL, 2013). Rompendo ao menos no discurso da visão economicista e biomédica da incapacidade, a reabilitação profissional passa por uma fase de aprofundamento teórico, no intuito de conduzir mudanças práticas, pois até então sua atuação era pragmática e tarefaira.

Em 2014 inicia-se a elaboração Matriz Teórica Metodológica ou Referencial Teórico Metodológico por meio de grupo de trabalho com representantes de diversas áreas do conhecimento que atuam no programa do INSS. “A Matriz foi concebida para que fosse feita união entre o saber e o fazer, a teoria e a prática. É um instrumento de reflexão, de revisão, de saberes e práticas, de instigação sobre o serviço e, consequentemente melhoria e aperfeiçoamento da área” (CARVALHO, 2018, p. 136). Assim, este documento serviria como embasamento teórico para as equipes que atuam na reabilitação profissional previdenciária.

No ano de 2016 as disputas políticas se aguçaram no Brasil, e o Partido dos Trabalhadores, que esteve na presidência do Brasil desde 2003, foi retirado por força de um processo de *impeachment* da então presidente Dilma Rousseff, assumindo o seu vice, Michel Temer, no mês de agosto. Sabendo das mudanças que estariam por vir com a transição do governo, a Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) decidiu, em caráter de urgência, publicar naquele ano a Matriz em conjunto com o novo Manual Técnico de Procedimentos, compondo o primeiro capítulo dele, denominado de “Fundamentos Teóricos da Reabilitação Profissional”. Pela primeira vez na história do programa é normatizado um embasamento teórico-crítico, construído interdisciplinarmente com discussões de aspectos históricos, conceituais de saúde x doença, trabalho x adoecimento, território, acessibilidade, modelo biopsicossocial x biomédico, CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Saúde e Incapacidade), interdisciplinaridade, retorno ao trabalho em ambiente saudável, entre outros elementos.

Nesse mesmo ano foi promulgado o Decreto 8.725 em 27 de abril, que institui a rede intersetorial de reabilitação integral, possibilitando a constituição de parcerias entre os órgãos envolvidos.

No entanto, no novo governo os ataques contra a previdência social se intensificaram, motivados novamente por questões econômicas de fundo neoliberal e o Ministério da Previdência Social foi extinto em 2016. Em fevereiro de 2018, o Manual Técnico de Procedimentos foi substituído por uma nova versão que excluiu totalmente o referencial teórico e alterou os procedimentos de avaliação de elegibilidade, que até então eram feitos em conjunto entre médico perito e profissional de referência. No novo Manual os peritos têm a prerrogativa de decidir se o segurado pode entrar no programa, com isso extinguiu-se a possibilidade de se caminhar para a avaliação biopsicossocial, tão enfatizada pelas normas internacionais e pesquisas científicas na área.

No ano seguinte, com a Medida Provisória nº 871/2019 convertida na Lei Federal nº 13.846¹⁶ de 2019, os peritos médicos deixaram de ser subordinados ao INSS e passaram a compor uma carreira própria, denominada Perito Médico Federal (art. 30), do quadro do pessoal ligado diretamente ao Ministério da Economia. Isto significa que a partir de 2019, eles passaram a ser independentes do INSS, e, apesar de continuarem atuando na autarquia, com a sua saída, a DIRSAT deixou de existir, com isso os serviços de RP e serviço social foram transferidos para a Diretoria de Benefícios (DIRBEN) do Instituto. As mudanças ainda estão em curso, sendo discutidas em âmbito interinstitucional, para definição das atribuições dos peritos dentro do Programa, uma vez que eles não compõem mais as equipes de RP.

Diante dessa breve análise histórica da reabilitação profissional, é possível concluir que as políticas sociais têm esse caráter contraditório de amenizar os conflitos entre capital e trabalho, sem a pretensão de superar as mazelas geradas pelo capitalismo. As políticas sociais são conduzidas por escolhas políticas de governo, tendendo mais para a social-democracia ou para o neoliberalismo, dependendo da visão ideológica daqueles que estão na gestão, além da pressão popular por meio dos movimentos sociais, que também orientam as decisões políticas. Atualmente o INSS está subordinado ao Ministério da Economia, e com isso a questão da previdência social que, apesar de carregar em si a nomenclatura “social”, passa a ser norteada muito mais pela lógica economicista. E o serviço de reabilitação profissional que estava na Diretoria de Saúde do Trabalhador, passou a ser subordinada à Diretoria de Benefícios, junto com os demais benefícios previdenciários, não havendo mas o caráter peculiar de Saúde do Trabalhador.

A reabilitação profissional é um programa da previdência social que não está imune a aos conflitos entre capital e trabalho, e talvez seja um espaço em que eles sejam mais evidentes. É muito criticada por sua ineficiência e está inserida numa lógica de um mercado que preza pelo máximo de produtividade sem oportunidades efetivas de retorno para aqueles que ele mesmo lesiona em seus processos de trabalho. Desse modo, há uma resistência pujante quando se tenta mudar a ótica economicista de reabilitação para uma outra que considere o trabalhador em sua integralidade. No próximo capítulo será analisada o que está sendo pesquisado sobre reabilitação profissional no Brasil nos últimos anos.

2.2 Análise do programa a partir do estado da arte

¹⁶ BRASIL, **Lei 13.846 de 18 de junho de 2019**. Institui o Programa Especial para Análise de Benefícios com Índícios de Irregularidade, o Programa de Revisão de Benefícios por Incapacidade, o Bônus de Desempenho Institucional por Análise de Benefícios com Índícios de Irregularidades do Monitoramento Operacional de Benefícios e o Bônus de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade. Diário Oficial da União de 18.06.2019.

Neste estudo foi mapeada a produção acadêmica existente no Brasil sobre reabilitação profissional. Para isso, a metodologia utilizada foi o estado da arte, entendido como:

Definidas como de caráter bibliográfico, elas parecem trazer em comum o desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado [...] (FERREIRA, 2002, p. 257).

Para este levantamento foi selecionado o Catálogo de Teses e Dissertações *online* da CAPES¹⁷, sendo realizada a busca pelo tema “reabilitação profissional” como nome composto e dentro do recorte temporal dos últimos quatro anos: 2015 a 2018. Obtivemos um universo de 32 resultados, porém quatro dissertações não foram localizadas em formato digital, inviabilizando a sua leitura neste momento, restando o total de 28 trabalhos acadêmicos, distribuídos em 5 teses de doutorado e 23 dissertações de mestrado. Para análise dos textos houve o enfoque no resumo, resultados, discussões e conclusões/considerações finais, a fim de coletar as informações relevantes que respondam as questões levantadas, que são os limites e críticas do Programa, aspectos favoráveis e propostas de mudanças para a sua melhoria.

A primeira constatação foi que esse campo de estudo atrai pesquisadores de diversas áreas do conhecimento desde as ciências humanas, percorrendo pelas ciências sociais aplicadas e de saúde até as ciências exatas, sendo identificadas: psicologia, história, direito, educação física, terapia ocupacional, enfermagem, fisioterapia, serviço social, medicina, comunicação social e arquitetura. A diversidade de olhares pode ampliar a compreensão do objeto sob novas perspectivas que se complementam, agregando a ele pontos de vista jurídico, social, histórico, saúde pública e mental, o que expressa um campo convidativo para estudos interdisciplinares.

Foi constatado que as dissertações e teses selecionadas não ficaram restritas ao trabalho desenvolvido pelo INSS, mas como todas as pesquisas, de alguma forma, abordaram a reabilitação profissional no Brasil, considerando oportunas suas contribuições para a discussão. A sistematização dos trabalhos produziu o Quadro 1.

¹⁷ Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, disponível em: <<http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

Quadro 1 – Produção científica sobre reabilitação profissional de 2015 a 2018

	ANO	TÍTULO	AUTOR(A)	TIPO
1	2015	Reabilitação Profissional: investigando a resiliência em trabalhadores acidentados	BARROS, E.B.	Dissertação
2	2015	Percepções e condutas do cotidiano laboral sob a ótica de trabalhadores reabilitados profissionalmente	BASTOS, A. dos S.	Dissertação
3	2015	Retorno ao trabalho por indivíduos com paraplegia traumática: fatores que interferem na reabilitação profissional	CALLIGA, M.C.N. do S.	Dissertação
4	2015	Serviço de reabilitação profissional concedido pela APS do município de Linhares/ ES: uma análise do ano de 2014	LACERDA, L.N.F.L.	Dissertação
5	2015	O Programa de Reabilitação Profissional do INSS e a reinserção do trabalhador no mercado de trabalho: um estudo de caso	SANTOS, G. de S.H. dos.	Dissertação
6	2016	Reabilitação profissional: dificuldades para a efetivação de normas constitucionais	FELÃO, J. G. de O. L.	Dissertação
7	2016	Saúde mental e proteção social: a (in)capacidade laboral e a (re) inserção no mercado de trabalho	ISQUIERDO, A.M.C.	Dissertação
8	2016	A concepção do atleta deficiente visual de futebol sobre a Lei 8.213/91 (Lei de cotas)	MANASSERO, W.	Dissertação
9	2016	Reabilitação profissional: retorno ao mercado de trabalho e conclusão do Programa	MATA, R.R.	Dissertação
10	2016	O direito ao trabalho no caso dos trabalhadores doentes - As limitações ao poder de dispensa e a reabilitação previdenciária	NEVES, R.C.S.	Dissertação
11	2016	Percursos no SUS: a Saúde Mental relacionada ao Trabalho a partir da Atenção Primária à Saúde	REIS, A. de P.	Dissertação
12	2016	Restrição Laboral: um conceito em construção na designação e vivência da incapacidade no trabalho	RODRIGUEZ, T. de A.J.	Tese
13	2016	O desgaste e a recuperação dos corpos para o capital: acidentes de trabalho, precarionismo e reabilitação profissional durante a ditadura militar brasileira (1964-1985)	SILVA, A.B.R.	Tese
14	2016	Contradições e conflitos na atuação de empresas e do INSS no processo de retorno ao trabalho de trabalhadores afastador por LER/DORT	SILVA, E.C.	Tese
15	2016	A organização do trabalho: Um estudo dos trabalhadores em Reabilitação Profissional do INSS	SOUZA, A.D. da S.	Dissertação
16	2016	Reabilitação Profissional no contexto de precarização do mundo do trabalho: um estudo de caso da formação profissional no Programa Reabilita do INSS	SOUZA, R.P.	Tese
17	2016	Reabilitação profissional e reinserção ao trabalho: um estudo sobre o Programa de RP da previdência social na região metropolitana de Belém (RMB) – Pará	SOUZA, B.F. E.	Dissertação
18	2016	Direito à reabilitação profissional: fundamentalidade e conteúdo jurídico	VARGAS, L. A. de.	Dissertação
19	2017	Asma relacionada ao trabalho e silicose: avaliação pericial no INSS de casos diagnosticados em	FERNANDES, M. de C.	Dissertação

		ambulatório especializado entre 2005 a 2015		
20	2017	Tradução, adaptação cultural e análise da confiabilidade da versão brasileira do questionário de reabilitação para o trabalho –WORQ	FERNANDES, S.M. de S.	Tese
21	2017	Reabilitação/ Readaptação profissional- da prática à teoria, atuação do Serviço Social	GÓIS, C.C.	Dissertação
22	2017	Análise do perfil dos segurados com lombalgia crônica submetidos à reabilitação profissional do INSS da Gerência de Jundiá	MARTINO, G.F. de	Dissertação
23	2017	Readaptação ao trabalho: percepção de gestores e reabilitados reintegrados à empresa	SANTOS, S.R. T.G. dos.	Dissertação
24	2017	Reabilitação profissional e saúde mental: o caminho de volta do trabalhador reabilitado	SOUSA, V.M. da S.	Dissertação
25	2018	As alterações no Programa de Reabilitação Profissional do INSS: Garantia ou supressão de direitos	CARVALHO, F. X. de.	Tese
26	2018	Retorno e permanência após Programa de reabilitação profissional: a realidade dos egressos da APS Campo Mourão	SPIELMANN, C. K.	Dissertação
27	2018	A travessia do trabalho profissional do assistente social no serviço de reabilitação profissional da previdência social na gerência executiva de Cascavel – Paraná	PAPE, F.	Dissertação
28	2018	Reabilitação profissional em trabalhadores de um complexo hospitalar terciário	TAKASU, C.M.	Dissertação

Fonte: Elaborado para pesquisa (2018).

Com base nas pesquisas levantadas (dissertações e teses), foram verificados quais foram os pontos negativos e positivos da reabilitação profissional apontados pelos autores dos trabalhos. Esse procedimento permite ampliar o conhecimento sobre a temática em questão.

a) As críticas predominantes nas pesquisas

No quesito dificuldades, foram verificadas críticas sobre a **ausência ou insuficiência na oferta de cursos de qualificação profissional** e a falta de diversidade deles em agências do INSS pesquisadas que promovem a reabilitação profissional (LACERDA, 2015; SANTOS, 2015; ISQUIERDO, 2016; SOUZA, B. 2016; SANTOS, 2017). Essa constatação é preocupante, pois contraria uma das funções básicas do Programa que é: “II-orientação e acompanhamento da programação profissional” (BRASIL, 1999). Sem cursos adequados torna-se inviável uma qualificação profissional com vistas a readaptação. Não havendo escolhas, o segurado é compelido a fazer cursos que nem sempre são condizentes com o seu quadro clínico. O outro meio disponível é a indicação de estágios e treinamentos em setores diversos para substituir a ausência de cursos (MARTINO, 2017). No final desse processo é fornecido o certificado de reabilitado, mesmo não estando apto ou capacitado suficientemente para o retorno ao trabalho.

O Estado retira-se das responsabilidades previdenciárias para com o trabalhador por meio de um mero certificado, que aparentemente representa sua emancipação, mas que, na verdade, se constitui apenas um símbolo que reproduz o sistema. Com efeito, as incongruências e contradições desse mesmo sistema são transferidas para a própria pessoa (SOUZA, R., 2016, p. 141).

Segundo Souza, R. (2016), a desestruturação do Programa de reabilitação profissional do INSS se evidencia, quando são verificadas que as formações nos treinamentos são incipientes, sem carga horária mínima definida, gerenciadas por profissional não capacitado na prática de ensino e aprendizagem, objetivando somente a emissão do certificado pelo INSS no final. Com isso, a reabilitação profissional é usada também pelo Estado como estratégia pública para desregular a previdência e promover a regulação econômica.

A desregulamentação da previdência ocorre com a finalidade de conter gastos, por meio de mudanças na legislação que impactam nos processos de trabalho da equipe, na estrutura organizacional e critérios para o acesso e permanência nos benefícios. Portanto, não há um compromisso real com a qualidade do serviço prestado e, em decorrência disso, o trabalhador arca sozinho com a responsabilidade de se reabilitar e voltar ao mercado de trabalho.

Além disso, a simples **participação em cursos no Programa de Reabilitação Profissional não é determinante para o retorno ao trabalho**, é o que foi constatado pelas pesquisadoras ao entrevistar os segurados já desligados do serviço do INSS (SANTOS, 2015; SOUSA, 2017; SPIELMANN, 2018; CARVALHO, 2018). Isso significa que não basta somente oferecer os melhores cursos e os melhores treinamentos, a recolocação no mercado de trabalho depende de vários fatores, que vão desde o acompanhamento de reabilitação dentro do INSS, até a garantia de vaga de emprego ao final do processo.

A maioria do público atendido é de **baixa escolaridade e baixa renda**, o que dificulta o desenvolvimento da qualificação profissional, pois os cursos normalmente têm exigências mínimas de escolaridade (CALLIGA, 2015; LACERDA, 2015; MATA, 2016; SANTOS, 2017).

Os estudos afirmam que, quanto maior a escolaridade maior a chance de retornar ao mercado de trabalho, assim como maior a chance de conseguir empregos melhores e com maior renda. Entre os participantes da pesquisa, a escolaridade estava aquém do esperado, o que denota que **a educação ainda é um dos maiores problemas sociais em nosso país** (CALLIGA, 2015, p.68, grifo nosso).

Uma explicação possível é que cidadãos com maior poder aquisitivo e alta escolaridade possuem condições de custear por conta própria cursos, comprar equipamentos de tecnologia assistiva, automóvel adaptado para driblar a falta de acessibilidade e as desvantagens decorrentes da doença ou deficiência, ao contrário do público atendido pelo Programa de Reabilitação Profissional, que se vê forçado a depender do Estado para ter o mínimo de acesso aos bens e serviços.

Em relação à avaliação de elegibilidade, ela teve alterações recentes com o Despacho Decisório nº 34/2017¹⁸, ratificada no novo Manual de Procedimentos Técnicos da Área de Reabilitação Profissional de fevereiro de 2018. Com as novas orientações, **a análise da elegibilidade passou a ser feita exclusivamente pela perícia médica**. O que até então era feito em conjunto com outras áreas de formação, por meio de equipe multiprofissional, tornou-se uma decisão unilateral (PAPE, 2018). Consequentemente, a avaliação ficou restrita às questões biológicas e clínicas, desconsiderando outros elementos essenciais como: ambiente; vida social; profissional; aspectos psicológicos e territoriais.

As **críticas à avaliação pericial** apareceram com frequência nos estudos analisados (SANTOS, 2015; ISQUIERDO, 2016; SOUZA, R., 2016; SOUZA, A., 2016; SANTOS, 2017; CARVALHO, 2018). Verificou-se críticas de trabalhadores acerca do medo intenso e insegurança de perder o benefício, o que torna as constantes avaliações uma verdadeira *via crucis*, principalmente quando há desacordo de opiniões entre o médico assistente e o médico perito (NEVES, 2016, p. 103). Os trabalhadores pesquisados relatam também humilhação pela cultura de desconfiança que existe dentro da instituição: “A maioria é vista como possível fraudadora do sistema, que simula uma invalidez, ou supervaloriza as limitações existentes, visando à concessão do benefício” (SANTOS, 2015, p. 168).

Alguns autores evidenciaram o problema da **inelegibilidade ou não encaminhamento ao Programa** (CALLIGA, 2015; LACERDA, 2015; ISQUIERDO, 2016; NEVES, 2016), quando o trabalhador tem o seu direito à reabilitação cerceado, sem ao menos ter a chance de tentar. Essa situação foi exposta notadamente na pesquisa de Calliga (2015) que entrevistou 42 pacientes com lesões traumáticas de medula espinal atendidos pelo Hospital Sarah Salvador, e que atualmente fazem uso de cadeira de rodas. Todos os pacientes relataram não terem sido encaminhados para Programa do INSS, apesar de muitos deles terem conseguido

¹⁸ DIRSAT. Diretoria de Saúde do Trabalhador. Instituto Nacional do Seguro Social. Despacho Decisório nº 34, de 11 de janeiro de 2017. Brasília: 2017.

algum benefício previdenciário ou benefício assistencial (BPC ¹⁹), não lhes foram oportunizados a participação no Programa para ter uma qualificação formal. Ainda assim, 52% conseguiram retornar ao trabalho, porém nesse universo de 22 pessoas, 21 deles estavam exercendo atividades no mercado informal.

Verificou-se, também, que **faltam equipes multiprofissionais ou interdisciplinares** no serviço de reabilitação profissional do INSS (LACERDA, 2015; FELÃO, 2016; SOUZA, B., 2016; SOUZA, R., 2016; SPIELMANN, 2018; CARVALHO, 2018; PAPE, 2018), ou seja, se de um lado é necessário o retorno de avaliações conjuntas de elegibilidade, do outro, há um verdadeiro sucateamento do serviço com falta de recursos humanos e até mesmo de infraestrutura que impede sua implementação.

Diante dessa precariedade, o início do acompanhamento é protelado, além das questões particulares dos segurados como baixa escolaridade e dificuldades de realizar um tratamento de saúde adequado para estabilização do quadro clínico. O tempo de espera está relacionado também às longas filas por falta de profissionais que os atendem e a burocracia instituída na autarquia que atravanca a resolutividade.

Compreende-se que **tempo de afastamento é inversamente proporcional ao sucesso no retorno do reabilitado ao trabalho**, considerando os problemas psicológicos que podem desenvolver nesse período de licença, como depressão, insegurança de retornar ao trabalho, sentimento de inutilidade, entre outros prejuízos de natureza social e familiar (SANTOS, 2015; SILVA, E., 2016; MARTINO, 2017). Além disso, “[...] os afastamentos de longos períodos representam para esse trabalhador quase a ruptura definitiva em relação ao futuro diante a possibilidade da reinserção no mercado de trabalho” (SANTOS, 2017, p. 122). Principalmente nos casos de remanejamento na empresa empregadora, quanto maior a demora de iniciar a negociação, menores as chances de retorno, pois com o tempo os vínculos vão se perdendo.

Ao finalizar o Programa, os segurados enfrentam o árduo caminho de recolocação no mercado de trabalho e frequentemente se deparam com **o não cumprimento da Lei de Cotas²⁰ e o desinteresse das empresas em contratar os reabilitados e pessoas com deficiência** (SANTOS, 2015; NEVES, 2016; VARGAS, 2016; MANASSERO, 2016; SANTOS, 2017). Nos trabalhos analisados revelaram-se denúncias como de Santos (2017, p. 118): “[...] muitas vezes a empresa prefere deixar o reabilitado afastado por anos e anos em

¹⁹ Benefício prestação continuada garantido pela Lei Federal 8.742 de 7 de dezembro de 1993 a pessoas com deficiência e idosos, que não têm condições de prover sua própria subsistência ou tê-la provida por sua família.

²⁰ Lei Federal 8.213 de 1991, artigo 93: “A empresa com 100 (cem) ou mais empregados estão obrigadas a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência habilitadas [...]”.

vez de colocá-lo novamente dentro da empresa em um posto compatível alegando não haver espaço em postos compatíveis”. A falta de fiscalização no cumprimento da lei é um agravante para a impunidade dessas empresas que burlam a legislação, desvirtuando o seu objetivo principal que seria a inclusão:

Passados quase 25 anos da promulgação da referida lei, o que se encontra na literatura científica são diversas críticas sobre o mau uso dela e sobre como o cenário é precário, fazendo com que os empregadores tentem burlá-la de diversas formas, para não serem multados, e os beneficiários diretos se sujeitem e, em alguns casos, até incentivem o não cumprimento do principal objetivo dela, que é a integração da pessoa com deficiência no mercado de trabalho (MANASSERO, 2016, p.51).

As pesquisas analisadas comprovam o quanto é complexa a reabilitação profissional. Trata-se de um serviço instituído legalmente no Brasil em 1944²¹, a princípio com o nome “readaptação profissional”, mudando para o termo reabilitação profissional somente em 1960²² (MAENO, *et al*, 2009). Isso significa que, há mais de 70 anos de execução, o Programa continua tendo dificuldades de cumprir as funções básicas que se propõe. Percebe-se que não se trata de somente garantir elegibilidade dos trabalhadores, oferecer cursos de qualificação ou até mesmo a readaptação funcional e emprego em vaga de cotas, é preciso todas essas funções juntas para que a reabilitação possa ser considerada efetiva. Do contrário, os trabalhadores, especialmente os de baixa escolaridade e baixa renda, são os mais penalizados, visto que de um lado há fortes críticas em relação ao longo tempo que permanecem no Programa, mas, de outro, o Estado não promove meios para que a sua inclusão no mundo do trabalho seja mais ágil.

A solução encontrada pela instituição para reduzir o tempo de reabilitação tem sido a inelegibilidade, ou seja, negar a reabilitação para os que não possuem o perfil mínimo para a qualificação profissional, seja por não ter escolaridade ou não ter acessibilidade ou possuir dificuldade de mobilidade, como no caso dos cadeirantes do Hospital Sarah Salvador, constatado na pesquisa de Calliga (2015). A outra maneira tem sido a cessação do benefício de forma precoce, retirar o reabilitado do Programa antes mesmo de estar preparado e com trabalho garantido, só porque concluiu um curso de formação profissional. Em ambos os casos, não se resolve o problema da reabilitação, pelo contrário, agrava a questão do subemprego e gera maior adoecimento dos trabalhadores.

²¹ Decreto-Lei nº 7.036 de 10 de novembro de 1944, que reforma a lei dos acidentes do trabalho.

²² Decreto nº 48.959 de 19 de setembro de 1960, que aprova o regulamento da Previdência Social.

Sobre os pontos críticos levantados, verificou-se que as dificuldades dentro do INSS são muitas e que os equívocos no início do processo ocasionam uma série de problemas durante a execução do Programa de Reabilitação Profissional, e isso está relacionado, principalmente, a falta de uma estrutura básica com recursos humanos e financeiros suficientes para prestar um atendimento de qualidade para o segurado. Somados a isso, observa-se falhas que vêm também de outras políticas sociais como a educação, saúde, trabalho e emprego. Ainda assim, o referido Programa possui alguns aspectos favoráveis para o seu público, o que será relatado no próximo item.

b) Aspectos favoráveis apontados pelos pesquisadores

Em contrapartida às diversas críticas, houve também a menção de pontos positivos na execução do Programa de Reabilitação Profissional, apesar de serem em menor número. Verificou-se, por exemplo, que o processo em si pode promover a **resiliência, resignificação do afastamento, elevação da autoestima** (BARROS, 2015), e sua participação pode significar uma **possibilidade de mudança de profissão para o retorno ao trabalho**, o que é bastante motivador na opinião dos trabalhadores entrevistados por Lacerda (2015).

A intervenção da equipe foi fundamental para a readaptação dos funcionários numa empresa pública, pois gerou: “[...] maior respeito às limitações de saúde e o aumento da motivação para o trabalho”, após o desligamento do Programa (BASTOS, 2015, p.11). Os profissionais envolvidos são sujeitos essenciais para o bom desenvolvimento da reabilitação, principalmente quando se trata de (re)construir o elo entre os segurados e a empresa empregadora, e também nos espaços da comunidade, como na inclusão em cursos de qualificação profissional.

Entre essas contribuições positivas eles citaram a convivência durante a realização dos cursos, o acompanhamento dos profissionais de referência auxiliando na compreensão do período de afastamento, além dos conhecimentos adquiridos que são utilizados cotidianamente (SPIELMANN, 2018, p. 109).

Participar de cursos e retornar aos estudos (elevação de escolaridade) são oportunidades que os segurados têm para se **ressocializar, fazer amigos e adquirir novos conhecimentos**, em vez de se isolar, com o sentimento de improdutividade em razão da interrupção de sua vida laborativa. Portanto, os relatos positivos estão relacionados, especialmente, aos fatores psicossociais. Quando o Programa cumpre o seu objetivo, os ganhos são imensuráveis, conforme relata Takasu (2018, p. 54): “Retornar ao trabalho trouxe

melhorias na saúde mental, convivência e autoestima, contribuindo para a promoção da saúde do trabalhador, na autorrealização e na satisfação das necessidades humanas”.

Carvalho (2018, p. 283), ao estudar a trajetória histórica do Programa de Reabilitação Profissional observou que nos últimos anos houve uma: “[...] salutar mudança no sentido de constituição de uma **rede de proteção social ao trabalhador**, na qual a reabilitação do INSS timidamente se apresenta inserida”. Nesse sentido, busca-se uma melhora progressiva no atendimento do trabalhador por meio do trabalho em rede, e os segurados da reabilitação profissional podem ser beneficiados com isso, desde que o INSS seja membro ativo desse processo.

Partindo dessas constatações, os pesquisadores apontam possíveis soluções para os problemas encontrados, chegamos à terceira parte da análise, que trata das sugestões.

c) As propostas de mudanças

Os conceitos mais abordados pelos pesquisadores foram **intersetorialidade e ações integradas**, no sentido de que o INSS deveria se articular com empresas privadas e outros órgãos públicos como Ministério da Educação, do Trabalho, políticas da Seguridade Social e Saúde do Trabalhador, sindicatos, entre outros (SANTOS, 2015; FELÃO, 2016; ISQUIERDO, 2016; MATA, 2016; REIS, 2016; RODRIGUEZ, 2016; VARGAS, 2016; SOUZA, A., 2016; SANTOS, 2017; CARVALHO, 2018; SPIELMANN, 2018), de modo a realizar ações conjuntas que beneficiem o trabalhador, e que venham a facilitar a empregabilidade, o processo educacional e de formação profissional de acordo com a demanda do mundo do trabalho, considerando as reais necessidades e potencialidades do usuário, em conformidade à legislação da PCD.

A intersetorialidade na reabilitação foi instituída legalmente por meio da criação da Rede Intersetorial de Reabilitação Integral. Embora, essa rede não tenha se constituído na prática até o momento, pela falta de interesse do próprio governo de designar um Comitê Gestor para ela, o seu propósito é de grande relevância. A sua efetivação é um grande desafio, entendendo que, por meio da intersetorialidade seria possível romper com as ações fragmentadas.

Por outro lado, ao ser, a intersetorialidade, considerada um rompimento da tradição fragmentada da política social, que a divide em “setores”, admite-se que ela propicie mudanças de fundo; isto é, mudanças nos conceitos, valores, culturas, institucionalidades, ações e formas de prestação de serviços, além

de inaugurar um novo tipo de relação entre Estado e cidadão (PEREIRA, 2014, p.26).

Desse modo, com a proposta da intersetorialidade na reabilitação profissional, buscase mudar conceitos e valores institucionais e gerenciais, para que haja comunicação e interação entre os setores de maneira a garantir que o trabalhador seja atendido em sua totalidade e não da forma fragmentada como é feito atualmente.

Outro ponto verificado foi a urgência de **recomposição das equipes** (LACERDA, 2015; ISQUIERDO, 2016), para que se promova a **interdisciplinaridade** nas avaliações e nos atendimentos em consonância com a política de saúde do trabalhador, prezando pela integralidade no acompanhamento do segurado (GÓIS, 2017; CARVALHO, 2018; SPIELMANN, 2018; SOUZA, B., 2016). Nessa mesma linha de raciocínio, alguns defendem o **uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde²³ (CIF)**, no sentido de mudança no paradigma da incapacidade que consiga incorporar o modelo biopsicossocial, tendo como foco a funcionalidade e não mais a doença (BASTOS, 2015; MATA, 2016; RODRIGUEZ, 2016; VARGAS, 2016; ISQUIERDO, 2016; FERNANDES, S., 2017).

[...] o chamado modelo “CIF” deve ser adotado integralmente pela Previdência Social para fins de avaliação no processo de reabilitação profissional, tal como já ocorre na definição dos chamados “benefícios de prestação continuada”, não se limitando tão-somente para a concessão de direitos, mas também na definição de critérios para a adoção de políticas públicas (VARGAS, 2016, p 135).

A questão da **interdisciplinaridade** e da mudança de paradigma para o modelo biopsicossocial de avaliação é outro desafio do Programa de Reabilitação Profissional diante da precarização do serviço, principalmente com o esvaziamento do quadro de servidores públicos (por meio das aposentadorias e contenção orçamentária como consequência da Emenda Constitucional nº 95 de 2016). O INSS reconheceu pela primeira vez a importância da interdisciplinaridade dentro do Programa no “Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional (volume 1)”, que normatiza as atividades técnicas da RP, porém, em fevereiro de 2018 ele foi substituído por outra versão ²⁴ que não consta esse conceito. Isso demonstra, correlação de forças políticas, que ora tende a beneficiar mais os trabalhadores e ora o Estado mínimo/ neoliberal. Essa dinâmica dialética é constante, por isso a resistência em

²³ A CIF apresenta o modelo biopsicossocial para conceituar deficiência e incapacidade. Ela foi publicada pela Organização Mundial de Saúde em 2001 por meio da Resolução nº 54.21/2001.

²⁴ Resolução n. 626/PRES/INSS de 09 de Fevereiro de 2018, "Aprova o Manual de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional - Volume I" Diário Oficial da União 15/02/2018.

consolidar a interdisciplinaridade nas políticas públicas, pois para a sua efetivação seria necessário investir financeiramente em recursos humanos.

Outra questão proposta é a necessidade do **acompanhamento dos reabilitados após o desligamento** (BASTOS, 2015; SANTOS, 2015; MATA, 2016; SANTOS, 2017). Isso é fundamental para garantir a empregabilidade e auxiliar no enfrentamento das dificuldades decorrentes de um mercado muito competitivo e discriminatório. Atualmente, o INSS não possui nenhum tipo de ação que visa dar suporte aos reabilitados após o recebimento do certificado e sua alta. Takasu (2018, p.57), sugere grupos de apoio e acompanhamento terapêutico durante o Programa e após sua reintegração na empresa. No entanto, o órgão dispõe de um número ínfimo de psicólogos nas equipes, e para a promoção de ações de saúde mental, somente é possível por meio de acordos de cooperação técnica com outras instituições, universidades e até mesmo com as próprias empresas.

Para resolver o “nó” da baixa empregabilidade dos reabilitados, ocasionada pelo preconceito em nossa sociedade, Vargas (2016) recomenda que haja um sistema de incentivo econômico para as empresas empregadoras dentro da Lei de Cotas, a exemplo de outros países estudados por ele. O autor sugere:

[...] a criação de incentivos financeiros às empresas para a contratação/manutenção de postos de trabalho para reabilitados profissionais, também como forma de compensação por possíveis prejuízos decorrentes de redução de produtividade e para custear despesas com mudanças adaptativas dos postos de trabalho. Esses incentivos podem tomar a forma de isenções das contribuições previdenciárias patronais e servirão para constituir um fundo público destinado exclusivamente para os serviços de reabilitação profissional (VARGAS, 2016, p. 131-132).

Conforme dispõe o ordenamento jurídico atual, pela Lei de Cotas há previsão de reserva de vagas para pessoas com deficiência e reabilitados do INSS nas empresas com mais de cem funcionários, porém, os empregadores se queixam das dificuldades de contratação, e uma das reclamações é o alto custo para adaptar o ambiente e os processos de trabalho para a pessoa com deficiência.

Enfim, o autor defende a instituição de uma legislação premial para as empresas que oferecem vagas de trabalho para PCD e reabilitados, e a garantia de proteção contra discriminação no emprego quando o reabilitado retorna ao trabalho, de modo a inibir e punir a discriminação. Também, defende a cobrança de taxas para cada vaga não ofertada, a fim de compor um fundo público que fosse utilizado para aprimorar a reabilitação profissional. Essa

medida garantiria estabilidade nos primeiros anos para que o trabalhador conseguisse ter uma readaptação completa e mostraria a valia do seu trabalho para a empresa (VARGAS, 2016).

Um dos maiores desafios do Programa de Reabilitação Profissional é a inclusão do reabilitado no mundo do trabalho, sendo que a Lei de Cotas criada há quase 30 anos não tem sido efetiva. Muitas empresas de grande porte já recebem incentivos fiscais para operar em localidades mais pobres ou mais afastadas dos grandes centros urbanos. Haveria necessidade de uma medida como a citada por Vargas (2016) para desonerar ainda mais os grandes empregadores? É certo que para os casos de empresas de pequeno e médio porte, que não têm obrigação de cumprir a Lei de Cotas, a solução apontada pelo autor é válida. Compreendendo que o problema do desemprego atinge principalmente as regiões mais pobres do nosso país e nas cidades pequenas em que as grandes corporações não têm interesse de se instalar. Por isso, a proposta se for direcionada aos empregadores desobrigados a reservar vagas de PCD e reabilitados, tenderia a beneficiar tanto o trabalhador quanto o empresário.

O estado da arte sobre o tema reabilitação profissional ampliou a leitura sobre as dificuldades concretas que o trabalhador vivencia ao percorrer os programas ofertados no Brasil, de modo especial do INSS, que é o principal executor deste serviço. As críticas levantadas apontam graves falhas em todo o processo, como insuficiência de recursos humanos e de cursos de qualificação; modelo de avaliação arcaico e restrito a uma única especialidade; cerceamento de direitos, que se inicia antes mesmo deste trabalhador chegar à reabilitação profissional (nos casos de baixa escolaridade e longo tempo de afastamento sem o devido acompanhamento), reduzindo as chances de uma reabilitação efetiva.

Diante das sugestões de mudança levantadas, no próximo tópico aprofundaremos alguns conceitos mencionados pelos pesquisadores.

2.3 Modelo biopsicossocial da CIF e a interdisciplinaridade

2.3.1 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Neste tópico, pretende-se apresentar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a sua inserção nas políticas sociais e no Programa de Reabilitação Profissional, no sentido de propor uma mudança de paradigma do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial de avaliação, recorrendo assim, ao conceito de interdisciplinaridade como uma forma de organização do conhecimento de diferentes áreas sobre o mesmo objeto, neste caso, a incapacidade e a funcionalidade do sujeito atendido no

Programa. Com isso, tenciona-se também atingir um segundo objetivo, que é apresentar subsídios teórico-metodológicos para a elaboração do instrumental para pesquisa de campo, ou seja, o roteiro que norteará as entrevistas com os trabalhadores, de modo a responder o problema desta pesquisa, na identificação das barreiras no acesso das políticas sociais.

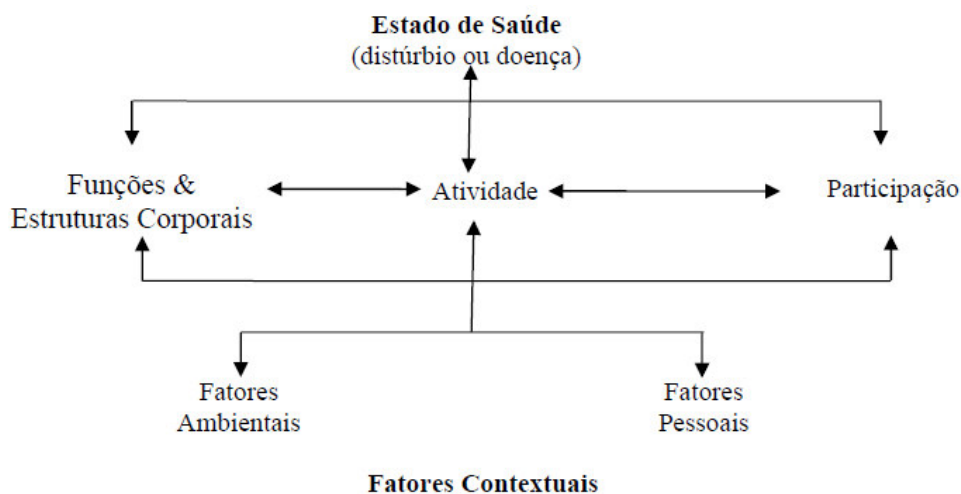
Antes de adentrar sobre o modelo conceitual proposto pela CIF, é importante explicar como ela surgiu. A CIF foi publicada pela Organização Mundial de Saúde em 2001, mas a discussão internacional sobre uma ferramenta que conseguisse classificar a incapacidade e a deficiência remonta do ano de 1976, quando a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidade e Desvantagens (CIDID) foi elaborada em caráter experimental. Entretanto, a CIDID não foi bem recebida, sofrendo várias críticas, devido ao seu modelo conceitual que relacionava a deficiência somente às condições decorrentes das doenças (aspectos biológicos), não havendo espaço para a análise das determinações sociais e fatores ambientais (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Após anos em teste, a CIF é finalizada em substituição à CIDID, oferecendo aos profissionais de saúde uma linguagem padronizada e uma base conceitual para definição e mensuração da incapacidade e funcionalidade, por meio de classificações e códigos, tendo como principal diferencial a integração dos principais modelos de incapacidade: o modelo médico e o modelo social numa “síntese biopsicossocial” (OMS, 2013, p.3).

Desse modo, alguns conceitos fundamentais foram definidos, como o de funcionalidade e incapacidade, entendidos como:

Funcionalidade é um termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ele indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais). *Incapacidade* é um termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação. Ele indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais) (CIF, 2015, p.251).

De forma resumida, a CIF é representada na Figura 1, que demonstra as múltiplas interações entre os seus componentes: estados de saúde, funções e estruturas do corpo, atividade, participação, fatores contextuais (fatores ambientais e fatores pessoais), não havendo uma hierarquia de importância entre eles.

Figura 1 – Diagrama CIF

Fonte: OMS, 2002, p. 9.

A CIF pertence à família de classificações internacionais da OMS, que nada mais são que modelos consensuais a serem utilizados pelas políticas de saúde dos países membros, no intuito de garantir uma linguagem comum para análise, descrição dos problemas e as intervenções necessárias. A CIF serve de complemento à Classificação Internacional de Doenças (CID), também conhecida por CID10, por estar na vigência da sua 10ª revisão, sendo que esta classifica as condições de saúde relacionadas às doenças, transtornos e lesões, num modelo baseado na etiologia e anatomia; e aquela descreve a incapacidade (aspecto negativo) e a funcionalidade (aspecto positivo) do indivíduo de acordo com sua condição de saúde, que afetam a execução das atividades na vida diária e sua participação social, considerando elementos como as alterações nas funções e estruturas do corpo, meio ambiente em que vive e os fatores pessoais (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CID continua sendo bastante utilizada até hoje para fins estatísticos de doenças, porém, esta classificação não fornece informações sobre as consequências delas no indivíduo. O que significa que, a pessoa ao possuir uma doença crônica, a CID será a mesma para o resto da sua vida, no entanto, essa doença atingirá sua funcionalidade de diferentes formas e em diferentes níveis ao longo do tempo, o qual não conseguirá ser descrito somente pela CID. Como é o caso de um indivíduo que tem diabetes mellitus (CID10 E10), e em decorrência disso sofre complicações oftalmológicas, impedindo de exercer sua profissão de motorista de caminhão. A questão da funcionalidade/ incapacidade é passível de classificação somente pela CIF, de modo a complementar as informações fornecidas pela CID, permitindo assim um diagnóstico amplo sobre a condição de saúde dos indivíduos e da população.

Com relação ao Brasil, houve um envelhecimento da população a partir da década de 1960, com isso, aumentou-se os casos de doenças crônico-degenerativas. Porém, o nosso sistema público que ainda estava combatendo a mortalidade infantil e tentando controlar as doenças transmissíveis, não se viu preparado para desenvolver e aplicar estratégias de prevenção e tratamento para as doenças não-transmissíveis que começou a atingir a população (ARAÚJO, 2013).

De acordo com Araújo (2013, p.8), nesses processos de transição demográfica associados à transição epidemiológica ocasionou três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis pelas não-transmissíveis; predomínio da morbidade dominante no lugar da mortalidade; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos.

Diante desta nova realidade, em 2001, o Brasil e outros 190 Estados membros da Organização Mundial de Saúde foram signatários na adoção da CIF para fins de padronização científica mundial dos dados sobre saúde e incapacidade (OMS, 2002). Em 10 de maio de 2012, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Resolução nº 452, que referendou a incorporação desta Classificação no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. A sua adoção foi um importante passo dos Estados membros, porque a CIF possui várias aplicações, tanto em macronível quanto em micronível, destacando-se as seguintes:

Ela pode ser usada como uma ferramenta para política estatística, de pesquisa, clínica e social ou para fins educacionais e aplicada não apenas no setor de saúde, mas também em setores como seguros, previdência social, trabalhista, educacional, econômico, desenvolvimento de políticas ou legislação, e no meio ambiente (OMS, 2013, p.1).

No plano macronível, o fato de a CIF possuir como a particularidade a unificação da linguagem, ou seja, a padronização das terminologias utilizadas entre diversas áreas, facilitaria a criação de sistemas de informação que permitiria a geração de dados estatísticos, epidemiológicos de funcionalidade e incapacidade.

No entanto, de acordo com Castaneda *et al.* (2017), o que ocorre atualmente é uma gestão pulverizada das informações, não há integração, articulação entre os sistemas de informações ou eles são inexistentes. Há problemas também quanto à produção de informação, que muitas vezes pode ser duplicada, fragmentada e redundante, e o seu acesso restrito. Por isso, é necessário haver essa integração de base de dados secundários e primários, incentivar uma cultura de registro de dados entre os profissionais e as instituições, para que não fique somente no âmbito da mortalidade, mas consiga ampliar para outras informações relevantes como incapacidade e funcionalidade.

Ainda, segundo Castaneda *et al.* (2017), é preciso que o acesso aos sistemas de informação seja facilitado para os distintos setores e profissionais da saúde, isso só é possível por meio de capacitação dos profissionais e técnicos que trabalham na área de saúde, para que compreendam a importância do registro e da documentação dos dados.

A obtenção desses dados são fundamentais para o planejamento de políticas sociais, uma vez que é possível diagnosticar quais são as necessidades da população; para onde os recursos devem ser destinados prioritariamente; quais os investimentos a serem feitos; tendo como base a realidade identificada. Porém, isso não precisa ficar restrito à esfera governamental, os dados podem ser úteis também na gestão de organizações de saúde sem fins lucrativos ou privadas, que pretendem gerenciar melhor os seus recursos (financeiros, materiais e humanos). Como, por exemplo, mensurar quantos pacientes apresentam limitação em deambular, a fim de pleitear a aquisição de andadores ou cadeiras de rodas ou ter uma noção de quantos fisioterapeutas precisam ser contratados para atender aquela demanda identificada.

O modelo conceitual da CIF “constitui um instrumento apropriado para o desenvolvimento da legislação internacional sobre os direitos humanos bem como de legislação nacional” (CIF, 2015, p.19). Esse é um outro aspecto que esta classificação pode ser útil nas políticas sociais, em especial na área de atendimento às pessoas com deficiência, como defende Santos (2016):

A mudança de compreensão sobre a deficiência de uma perspectiva meramente biomédica, para uma compreensão como desigualdade social reforça a ideia da deficiência não como atributo individual, mas como resultado de uma sociedade despreparada para a diversidade humana (SANTOS, 2016, p. 3007).

Essa mudança conceitual sobre deficiência foi inovadora e ao mesmo tempo inspiradora, pois, em 2006, a Convenção sobre Direitos da Pessoa com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) definiu as pessoas com deficiência como “aquelas que têm 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 (BRASIL, 2009). Nesta perspectiva, a análise das barreiras, sejam elas arquitetônicas, atitudinais, de comunicação ou tecnológicas, é fundamental para compreender a restrição de participação que vivenciada pela PCD. Entendendo, dessa forma, que a deficiência não está no corpo e no indivíduo.

Em 2015, foi aprovada a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), também denominada Estatuto da Pessoa com Deficiência. Esta lei reconhece em seu artigo 2º, que a avaliação da

deficiência, quando se fizer necessária, deve ser realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, numa perspectiva biopsicossocial, considerando os seguintes aspectos: impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades; e a restrição de participação (BRASIL, 2015b). A LBI dispõe que é dever do Poder Executivo criar instrumentos para avaliação da deficiência, porém até o momento não há notícias de sua elaboração.

Compreende-se que esta avaliação deve ser realizada sob a ótica da CIF, rumo a um modelo unificado da deficiência, em substituição às diversas formas de avaliar, pois, até então, cada política criou a sua forma para delinear o público a ser contemplado nos direitos e benefícios sociais à PCD.

Santos (2016) cita como avanço, a inclusão da CIF nas políticas sociais da Assistência Social e Previdência Social nos casos do Benefício de Prestação Continuada (BPC) em 2007 e Aposentadoria da Pessoa com Deficiência em 2013, e defende que a soma das duas experiências serve de inspiração e aprendizado para a criação de um instrumento único para as demais políticas públicas no país. As duas experiências serão relatadas nesta dissertação para entender a dinâmica da implantação da CIF no Brasil, os avanços obtidos e as fragilidades a serem revistas.

2.3.2 Benefício de Prestação Continuada

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) foi criado em 1993 e é um dos maiores programas de transferência de renda do Brasil, garantindo o benefício no valor de 1 salário-mínimo para pessoas com deficiência e idosos acima de 65 anos, que não têm condições de prover sua subsistência, nem tê-la provida pela família. Para isso, a família precisa comprovar possuir renda inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo per capita. Apesar do critério de renda bastante restritivo, o BPC é um importante programa da Assistência Social no combate à pobreza e a desigualdade social. Embora, todo o recurso financeiro seja proveniente da Assistência Social, a sua execução e concessão são realizadas pelo INSS.

No caso do BPC para pessoas com deficiência, o requerente também deve passar por uma avaliação social e médica para comprovar sua deficiência para fins de elegibilidade ao benefício. O instrumento de avaliação que foi construído em 2009, passou por readequações, sendo que a terceira versão foi publicada pela Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2 de 30 de março de 2015. Em resumo, o assistente social é o primeiro a avaliar o requerente, descrevendo sua história social, identificando e mensurando as barreiras enfrentadas pela

PCD dentro do componente “Fatores Ambientais” da CIF nos seguintes domínios: 1) Produtos e tecnologias; 2) Condições de habitabilidade e mudanças ambientais; 3) Apoio e relacionamentos; 4) Atitudes; 5) Serviços, sistemas e políticas. Em seguida, ocorre a avaliação do componente de “Atividades e Participação” nos domínios: 1) Vida Doméstica; 2) Relações e interações; 3) Áreas principais da vida; 4) Vida comunitária, social e cívica. As barreiras são qualificadas com valores de 0 a 4 pontos, sendo, 0) nenhuma barreira, 1) barreira leve, 2) barreira moderada, 3) barreira grave e 4) barreira completa (BRASIL, 2015a).

Num segundo momento, o perito médico após acessar a avaliação social feita pelo assistente social, descreve a história clínica e o exame físico, e qualifica os domínios referentes ao componente “Funções do Corpo”, sendo eles: Funções mentais; Funções sensoriais da visão; Funções sensoriais da audição; Funções sensoriais adicionais e dor; Funções da voz e da fala; Funções do sistema cardiovascular; Funções do sistema hematológico; Funções do sistema imunológico; Funções do sistema respiratório; Funções do sistema digestivo; Funções dos sistemas metabólicos e endócrino; Funções genitourinárias e reprodutivas; Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento; Funções da pele e estruturas relacionadas. O perito médico avalia as alterações nessas funções entre 0 a 4, sendo, 0) nenhuma alteração, 1) alteração leve, 2) alteração moderada, 3) alteração grave e 4) completa (BRASIL, 2015a).

Ressalta-se que, para o componente “Funções do Corpo” o qualificador final corresponde ao maior qualificador atribuído a qualquer um dos domínios avaliados (MARCELINO, 2017, p. 228). O que significa que não se trata de uma média dos qualificadores, isto é, uma pessoa que possua somente uma das funções comprometidas de modo “grave” ou “completo”, esse será o grau considerado, mesmo que nos outros itens sejam nulos. E havendo outros comprometimentos, o qualificador pode ser majorado.

Em sequência, da mesma forma como ocorre com a avaliação social, o perito qualifica os domínios de “Atividades e Participação”, mas na sua área de competência: 1) Aprendizagem e aplicação de conhecimento; 2) Tarefas e demandas gerais; 3) Mobilidade, 4) Comunicação. Os três primeiros são realizados com requerentes com seis meses ou mais, e o último, a partir de um ano de idade.

Após pontuado todos os domínios, o sistema converterá os resultados em letras correspondentes: “N” – Nulo, “L”- Leve, “M”- Moderado, “G”- Grave e “C”- Completo. Cada componente (Fatores Ambientais, Atividades e Participação e Funções do Corpo) receberá uma letra. A combinação das três será confrontada com a “Tabela Conclusiva de Qualificadores” (Anexo IV da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/ 2015), que determina em

quais combinações o requerente pode ser considerado PCD para fins de acesso ao BPC (MARCELINO, 2017).

Marcelino (2017) conclui que a implementação desse instrumento é positivo e sem precedentes:

A *expertise* adquirida por todos os envolvidos com o processo de desenvolvimento, implantação e realização das avaliações de pessoas com deficiência no modelo biopsicossocial para acesso ao BPC, baseado na CIF e em consonância com a Convenção da ONU, é valiosa sem precedentes. O conteúdo dos instrumentos de avaliação, fruto de contribuições de peritos médicos e assistentes sociais de todo o país, com larga experiência nessa modalidade de avaliação, constitui-se rico material de referência (MARCELINO, 2017, p. 230)

A criação de um instrumento de avaliação da incapacidade e deficiência, que considere os aspectos sociais é inovador no Brasil. O objetivo desta nova avaliação é ampliar e qualificar o reconhecimento do direito da PCD, que até então estava sob o domínio exclusivo da perícia médica.

No entanto, alguns estudos sugerem que não houve impacto positivo com o advento da avaliação biopsicossocial do BPC, como constata Bim, Murofuse e Carvalho (2015) em sua pesquisa. As pesquisadoras realizaram um comparativo entre dois períodos: antes, de maio de 2006 a abril de 2009 e depois, de maio de 2009 a abril de 2012, da inclusão da nova avaliação para o BPC, que ocorreu em 2009²⁵, realizando um levantamento de 1.404 benefícios requeridos na APS Assis Chateaubriand, Paraná, a fim de constatar se a nova avaliação possibilitou a ampliação do direito ao benefício naquela agência do INSS. A conclusão foi que houve um aumento de indeferimentos após a implantação do novo modelo de avaliação, demonstrando que, apesar das alterações legais, o BPC manteve-se focalista e seletivo.

Bim, Murofuse e Carvalho (2015) esclarecem que o resultado local não está em consonância com os resultados obtidos em nível nacional, pois, no geral, o índice de deferimento aumentou 54,06% para 63,17% com a utilização do novo instrumento. Mesmo assim, ressalta-se algumas fragilidades que precisam ser refletidas para que esta avaliação seja mais efetiva. As autoras citam a falta de interação e diálogo entre os profissionais (médico e assistente social) durante o processo, cada um realiza sua pontuação no sistema, que faz a quantificação no final e determina pela concessão ou não do benefício. Outro ponto, é a abordagem da multicausalidade do processo saúde, que “[...] ao identificar inúmeros fatores

²⁵ Brasil. Portaria Conjunta MDS/INSS nº 01. Institui instrumentos para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade de pessoas com deficiência do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC. *Diário Oficial da União* 2009; 29 de maio de 2009.

envolvidos no processo de adoecimento, não define os pesos de determinações entre eles e torna-se insuficiente na determinação da sua gênese e, conseqüentemente, também impossibilita a implementação de ações preventivas eficazes” (BIM; MUROFUSE; CARVALHO, 2015, p. 28).

Essas questões interferem no rumo da avaliação. Se a intenção é um modelo biopsicossocial, seria necessário que os profissionais envolvidos dialogassem sobre os casos, houvesse trocas de opiniões e conhecimento para chegar a uma conclusão. Da forma como é feita, a avaliação nada mais é que um procedimento burocrático a ser respondido num sistema, que ele mesmo conclui pelo resultado, de acordo com conceitos preestabelecidos dos seus programadores.

Desse modo, o modelo biomédico continua sendo hegemônico, pois não há interdisciplinaridade. Além disso, não é dada a devida atenção às determinações sociais e econômicas que contribuem para a produção da incapacidade e deficiência em nossa sociedade. São vários os domínios a serem quantificados na Avaliação Social, mas não há espaço para descrever as barreiras em cada um deles, o que torna a pontuação vazia de informação para fins de intervenção ou elaboração de políticas de prevenção, para além da mera concessão ao benefício assistencial.

A ausência de intersetorialidade também contribui para dificultar a avaliação deste indivíduo. Ele pode estar passando por diferentes políticas públicas, mas como normalmente não há comunicação entre os serviços ou se existe é mínima, tanto a intervenção quanto a avaliação podem ficar prejudicadas, visto que o trabalho não deve se finalizar na concessão ou indeferimento do benefício, essa é só uma etapa do processo, a intervenção deve ser continuada para que a política proporcione a superação das vulnerabilidades em que ele se encontra.

2.3.3 Aposentadoria da pessoa com deficiência

A outra experiência do uso da CIF para reconhecimento de direito é avaliação para fins de aposentadoria da pessoa com deficiência, criada pela Lei Complementar nº 142 de 8 de maio de 2013. Esta lei se ampara no princípio de equidade, uma vez que possibilita que a PCD se aposente dois, seis ou dez anos mais cedo, dependendo do grau da deficiência (leve, moderada ou grave), constatada na avaliação do médico perito e assistente social do INSS.

O instrumento para esse fim foi elaborado pelo Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e tem o nome de Índice de

Funcionalidade Brasileiro (IFBr). O IFBr lista 41 atividades distribuídas entre 7 domínios, sendo que a avaliação é feita baseando-se na relação de dependência do sujeito com outras pessoas ou produtos e tecnologias para o desempenho de suas atividades diárias. Desta maneira, a pontuação em cada domínio ocorre por meio de quatro valores: 100, 75, 50 e 25. Sendo que 100 representa a completa independência funcional; 75 é atribuída à pessoa que executa a atividade com o auxílio de tecnologias assistivas ou de modo diferente do usual; 50 é a pontuação dada quando a pessoa necessita de auxílio, supervisão ou a preparação de alguma etapa da atividade por terceiros e 25, significa que a pessoa não executa a atividade ou tem completa dependência de terceiros para executá-la (PEREIRA; BARBOSA, 2016).

Como o eixo de análise do IFBr é a dependência de terceiros para o auxílio na realização de determinadas atividades, Santos (2016, p. 3014) alerta que “a dependência não pode ser o único descritor da deficiência na perspectiva da funcionalidade”, pois, ela pode ter foco somente nos aspectos corporais e biológicos, e é preciso “compreender a deficiência na perspectiva relacional com os fatores ambientais”, para avaliar qual é o impacto na participação social deste sujeito.

Nesse sentido, um dos elementos que falta para aperfeiçoar esse instrumento é o componente “Fatores Ambientais”, o qual foi ignorado, pela aplicação exclusiva do componente “Atividades e Participação”.

Pereira e Barbosa (2016) fizeram um estudo de como os sujeitos envolvidos: peritos médicos, assistentes sociais e pessoas com deficiência (segurados que requereram a aposentadoria pela LC 142/2013) concebem a “deficiência” e os seus impactos na aplicação e compreensão do IFBr.

Como resultado, os pesquisadores Pereira e Barbosa (2016) verificaram uma tensão constante de conceituação da deficiência entre os três grupos. Os assistentes sociais veem a restrição de participação como um fenômeno multifacetado, ou seja, as pessoas sofrem restrição de participação de várias ordens: econômica, racial, de gênero etc., não havendo possibilidade de isolar a opressão pela deficiência, exclusivamente, para este instrumento, pois, a pessoa pode sofrer também outros tipos de opressões que afetam significativamente a sua participação na sociedade. Já os peritos médicos possuem dificuldade de ir além da sua formação biomédica e se aproximar do modelo social da deficiência. Um dos motivos é que o INSS operacionaliza outros benefícios por incapacidade como por exemplo, auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e auxílio-acidente, que são analisados exclusivamente por eles, sem a participação de outros profissionais. É como se precisassem mudar constantemente o

olhar dependendo do objetivo da perícia a ser realizada, além disso, o tempo disponível para avaliação é escasso.

O grupo dos segurados relatou a sua história de vivência da deficiência como entendimento desta, e não como uma conceituação dada pela Lei. Não houve críticas em relação ao instrumento, porém, levantou-se alguns questionamentos acerca dos objetivos das perguntas realizadas pelos profissionais. Os segurados apontaram questões que poderiam ser melhoradas na avaliação, ressaltando a importância dos gestores e dos elaboradores do instrumento em ouvir as pessoas com deficiência. Alguns relataram não se identificar com o termo pessoa com deficiência, de acordo com a definição clássica de físico, sensorial e mental. Entretanto, por possuírem doenças crônicas, veem-se com restrição de participação da mesma forma, por isso, recorreram a Lei em busca do direito, entendendo que a sua doença provoca impedimento ou restrição para o trabalho e outras atividades (PEREIRA; BARBOSA, 2016). Os referidos autores concluem que a dificuldade principal da aplicação do IFBr está nos modelos antagônicos que o fundamentam:

Em grande medida, essa dificuldade se dá em função das experiências e expectativas diferenciadas que cada sujeito carrega quando da reflexão sobre deficiência. Em outro sentido, pode ser pensada também como consequência da disputa conceitual em voga, que pondera entre pelo menos dois modelos concorrentes e, muitas vezes antagônicos (PEREIRA; BARBOSA, 2016, p. 3025).

As duas experiências de avaliação conjunta para o BPC e aposentadoria da pessoa com deficiência demonstram o grande desafio de implementar o modelo biopsicossocial no sistema de seguridade social. Um dos motivos é a dificuldade de associar dois pensamentos muitas vezes conflitantes: social e biomédico; e nessa arena de disputa entre disciplinas e áreas do conhecimento, há um terceiro elemento que é o principal, a visão do sujeito que possui a deficiência ou incapacidade. Ele precisa ser ouvido nessa dinâmica de conflito, sua subjetividade deve ser considerada, independente de definições colocadas na lei. Essa é mais uma mudança de paradigma que precisa ser incorporada no estudo da CIF.

A perspectiva de utilização da CIF como ferramenta norteadora das avaliações que levem em conta a percepção dos sujeitos, volta-se para uma produção subjetiva que permeia as práticas de reabilitação e que não se restrinja, apenas, a instrumentos estruturados que conduzam a expressões de caráter exclusivamente numérico [...] ressaltando que essa diferenciação não assume necessariamente posições dicotômicas e sim, complementares visto que ambos os planos, subjetivo e objetivo, reproduzem dimensões inerentes e fenômenos sociais complexos,

como a funcionalidade, incapacidade e saúde (CASTANEDA *et al.*, 2017, p. 161)

Nesse sentido, Castaneda *et al.* (2017) defendem que haja a permanente reflexão sobre o que está sendo avaliado é realmente relevante de acordo com a percepção do avaliado, para que a condução da reabilitação, por exemplo, seja guiado pelas necessidades do sujeito.

Verificou-se que não basta criar um instrumento “conjunto” e rotulá-lo como biopsicossocial, é necessário que os profissionais incorporem em suas reflexões a relevância desse modelo e onde se quer chegar com ele, para que a própria *práxis* se modifique ao longo do tempo. A CIF tem sua importância ao trazer à tona essas questões vistas como dicotômicas (biomédico e social, objetivo e subjetivo) e as experiências evidenciam as dificuldades de interagir modelos que deveriam ser complementares e não antagônicos.

Na Reabilitação Profissional do INSS a CIF não chegou a ser introduzida, embora, em seu Manual Técnico de 2016, a classificação chegou a ser explicitada como norteadora das avaliações e comunicação pela equipe do Programa. Entretanto, na versão subsequente de 2018, a CIF foi retirada completamente do Manual, restando apenas discussões fora do âmbito do INSS, em pesquisas acadêmicas e científicas que associam esses dois grandes conceitos. O desafio da incorporação da CIF na Reabilitação Profissional está atrelado à indispensabilidade de uma formação interdisciplinar de sua equipe com o propósito de superar visão fragmentada do sujeito atendido.

2.3.4 Interdisciplinaridade na reabilitação profissional

Antes de adentrar na interdisciplinaridade em si, é imprescindível compreender o conceito de disciplina. Segundo Morin (2003), a palavra disciplina na sua origem tinha o significado de chicote, que servia para o autoflagelamento. Porém, da forma como a vemos hoje, atrelada às ciências, ela surgiu no século XIX com o advento das universidades modernas. As disciplinas possuem autonomia dentro das fronteiras que lhes foram instituídas, utilizam métodos, técnicas, linguagem e teorias próprias. O problema reside na coisificação do objeto de estudo, quando se esquece que houve uma delimitação construída de forma proposital desse objeto, separando-o do resto, como se ele próprio fosse autossuficiente. Surgem as hiperespecializações dos pesquisadores e as hiperdisciplinas que fragmentam o conhecimento científico.

O objeto da disciplina será percebido, então, como uma coisa autossuficiente; as ligações e solidariedades desse objeto com outros objetos estudados por outras disciplinas serão negligenciadas, assim como as ligações e solidariedades com o universo do qual ele faz parte (MORIN, 2003, p.106).

As disciplinas se fecham a determinadas regras, não sendo possível escapar delas ou acessar outras, nem se aventurar em outros saberes, pois as fronteiras são claras. Portanto, a história da universidade é de criação de inúmeras disciplinas e especializações, produzindo fronteiras no conhecimento científico e restringindo a livre circulação do pensamento (MORIN, 2003). Em decorrência disso, o pesquisador passou a ter limitações para resolver questões complexas que surgem com o advento da globalização e o avanço tecnológico, em virtude do esgotamento desse modo de produção do conhecimento científico de base positivista.

Segundo Severino (2008, p.15), “o positivismo torna-se, portanto, no limiar da contemporaneidade, o maior responsável pela fragmentação do saber e o maior obstáculo à própria interdisciplinaridade”. É necessário um acerto de contas com a herança positivista para tentar substituir uma concepção fragmentária pela concepção unitária do saber científico.

Frente às limitações impostas pela abordagem disciplinar e positivista dominante, com seu viés dimensional e pautado em fronteiras rígidas, surgem novas propostas de aproximação e diálogo entre as áreas do saber. Nessa lógica de associação de diferentes disciplinas, no sentido de unir o saber científico, surge um movimento de estudiosos do ocidente que discutem as diferentes formas de organização das disciplinas, ganhando maior expressão a partir da década de 1970.

Mangini e Miotto (2009, p. 208) indicam como marco inicial das pesquisas interdisciplinares o Seminário sobre Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade, que ocorreu em fevereiro de 1970, reunindo 21 representantes países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Deste seminário surgiu a proposta de realização do Seminário Internacional sobre Pluridisciplinaridade e Interdisciplinaridade nas Universidades, que ocorreu em setembro do mesmo ano, em Nice na França, por isso, denominado de Congresso de Nice. Este evento teve o objetivo de esclarecer conceitos de pluri, inter, trans (disciplinaridade), e, apesar da contribuição de especialistas renomados da época, como Jantsch, Heckhausen, Piaget e Michaud, os grupos de estudiosos não conseguiram chegar numa definição consensual dos termos. Mesmo assim, foi possível construir as bases conceituais da interdisciplinaridade.

Como o objetivo desta pesquisa não é aprofundar nessas diferentes formas de organização e difusão do conhecimento, que são a inter, multi, pluri, trans e disciplinaridade, mas, aproximar à compreensão da interdisciplinaridade para o contexto da política social de reabilitação profissional integral, elegemos a definição apresentada por Domingues (2012):

O interdisciplinar, por sua vez, consiste na cooperação das disciplinas, está fundada em genuínos grupos de trabalho (*teams work*) e sua natureza é integrativa. Tal vai ser a definição da OCDE (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico), segundo a qual a interdisciplinaridade visa a mútua integração de conceitos, terminologias, métodos e dados em conjuntos mais vastos, repercutindo na organização do ensino e da pesquisa [...] (DOMINGUES, 2012, p. 4).

O primeiro passo para que ocorra a interação entre as disciplinas, é observar se há comensurabilidade entre as teorias, conceitos, hipóteses para conseguir identificar se são passíveis de trocas teórico-metodológicas. Para isso, é importante haver diálogos preliminares entre cientistas de modo que as trocas promovam a construção conjunta do objeto de investigação e sua interpretação dos resultados.

Um ponto importante defendido por Alvarenga *et al.* (2011), é que os pesquisadores tenham sólidas formações disciplinares:

Sabendo que as práticas interdisciplinares requerem sólidas formações disciplinares, uma vez que o pensamento interdisciplinar somente se constrói na relação com o disciplinar, o fato a observar é o de que somente uma visão crítica a respeito do conhecimento gerado na própria área ou campo de conhecimento disciplinar, assim como da própria produção de cada um dos pesquisadores envolvidos, permitirá uma abertura para se transpassar fronteiras e propiciar encontros e cruzamentos fertilizadores (ALVARENGA *et al.*, 2011, p. 64)

Portanto, a especialização não perde o seu valor, ao contrário, evidencia-se ainda mais com a interdisciplinaridade, pois não seria possível realizar trocas mútuas quando não se tem algo sólido para oferecer. Aí reside a primeira contradição, apontada por Morin:

É por isso que se diz cada vez mais: “Façamos interdisciplinaridade”. Mas a interdisciplinaridade controla tanto as disciplinas como a ONU controla as nações. Cada disciplina pretende primeiro fazer reconhecer sua soberania territorial, e, à custa de algumas magras trocas, as fronteiras confirmam-se em vez de se desmoronar (MORIN, 2005 p. 135).

Morin (2005) argumenta que existe muita dificuldade para fazer interdisciplinaridade, pois, as disciplinas que participam dessa organização precisam estar bastante consolidadas. Então, em vez de superar fronteiras, reforçam cada vez as diferenças que existem entre elas. Ele defende a transdisciplinaridade, pois, em sua compreensão “A ciência nunca teria sido ciência se não tivesse sido transdisciplinar” (MORIN, 2005, p.136). Entretanto, a

transdisciplinaridade que visa aniquilar as fronteiras do conhecimento possui mais obstáculos para se concretizar que a interdisciplinaridade no mundo contemporâneo.

Apesar dos limites da interdisciplinaridade, ela tem sido bastante evocada no meio acadêmico, pelas experiências positivas que se apresentam, como o Programa Apollo da Nasa, que possibilitou a chegada do homem à lua; a decifração do DNA, que reuniu os conhecimentos da biologia e a química; e a partir dessas associações de duas ou mais disciplinas, surgiram as ciências hifenizadas no século XX, como a bio-química, bio-física, físico-química, que posteriormente, houve a junção com a exclusão do hífen (DOMINGUES, 2012).

Esses são alguns exemplos em que a interdisciplinaridade possibilitou grandes avanços na ciência, portanto, não é à toa que diante de questões complexas e de difícil resolução, a interdisciplinaridade é requisitada para encontrar respostas que estão nas interseções entre as disciplinas, que até então eram estudadas isoladamente.

No caso da reabilitação profissional, que atende pessoas com incapacidade laborativa e entendendo “incapacidade” como um fenômeno biopsicossocial, a questão de interdisciplinaridade em sua equipe parece ser fundamental. Por isso, avaliaremos o que pode esperar ou não desta associação.

Como já relatado no estado da arte da reabilitação profissional deste capítulo, alguns pesquisadores mencionam a necessidade de haver interdisciplinaridade dentro do Programa, a fim de garantir qualidade nas avaliações e acompanhamentos dos trabalhadores.

Para discutir interdisciplinaridade no PRP, seguiremos por duas linhas de raciocínio, a primeira, é que os profissionais que atendem também são trabalhadores e como tal, estão inseridos no mundo do trabalho e são cobrados por produtividade, como em qualquer outro espaço sócio-ocupacional, por isso será analisado a interdisciplinaridade e sua relação com a divisão sócio-técnica do trabalho. A segunda, é que os sujeitos atendidos devem ser vistos na sua totalidade, e não fragmentado, como bem pontua Severino (2008, p.17): “O homem é uma unidade que só pode ser apreendida numa abordagem sintetizadora e nunca mediante uma acumulação de visões parciais. De nada adianta proceder por decomposição, análise e recomposição de aspectos: esta soma não dará a totalidade humana”. Sendo esse, o grande desafio do PRP.

Sobre essas questões começamos com a primeira. As autoras Mangini e Mito (2009) por meio de uma visão social crítica da interdisciplinaridade, da qual incorpora a dimensão histórica e social da produção do conhecimento, entendem que de acordo com o marxismo, a ciência moderna está subordinada à lógica da divisão social e técnico-científico do trabalho no

modo de produção capitalista. Com isso a interdisciplinaridade é uma necessidade, mas, ao mesmo tempo, é um problema. Pois, ela é usada nos “discursos generalizantes de cunho ideológico e político, como panaceia de todos os males” (MANGINI; MIOTO, 2009, p. 210).

Segundo elas, o Congresso de Nice de 1970 foi demandado, apoiado, patrocinado e divulgado pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), com a participação do Ministério da Educação Francês, ou seja, houve a confluência de interesse do empresariado e do meio acadêmico. Dois acontecimentos históricos propiciam a organização deste evento: os conflitos que eclodiram nas universidades no final dos anos 1960, como por exemplo, o Movimento Estudantil da França em maio de 1968 e a crise do próprio sistema do capital na década de 1970.

A crise provocou a reestruturação produtiva, visto que os modelos de produção fordismo/ taylorismo eram muito rígidos e não davam mais conta das necessidades do capital. Com isso, “Os empresários captaram na ideia de interdisciplinaridade, que brotava do movimento estudantil, um meio potencial para resolver, no âmbito do conhecimento, os problemas da formação excessivamente especializada do presente e do futuro trabalhador” (MANGINI; MIOTO, 2009, p. 211). O modelo toyotista ganha força, destacando-se pela polivalência, multifuncionalidade e criatividade do trabalhador.

Mangini e Miotto (2009) esclarecem que o trabalho em equipe interdisciplinar é invocado pelo capital, incentivando a cooperação mútua dos profissionais, com a finalidade de aumentar produtividade e a rentabilidade. Porém, contraditoriamente, cria um espaço tenso de conflito e competição entre os membros da equipe. Exige-se mais deste trabalhador que deve ser polivalente, qualificado e com formação profissional contínua. Ele é julgado como responsável pelo sucesso ou fracasso no mercado de trabalho, por não ter sabido se qualificar ou trabalhar suas habilidades e competências tão exigidas no sistema atual.

A interdisciplinaridade acaba se tornando uma nova exigência do mundo do trabalho, portanto, não deve ser visto como um ideal puro, isento de malefícios e contradições. O trabalhador da reabilitação profissional não está dissociado dessa dinâmica de mudanças dos processos produtivos, ele também é afetado e afeta essas transformações. E, apesar das contradições, ainda assim, as novas formas de organização do conhecimento como a interdisciplinaridade parecem, por ora, uma alternativa para lidar com essa nova demanda proveniente dos sujeitos com incapacidade laborativa.

A forma como a reabilitação profissional tem tratado historicamente o sujeito atendido, com um olhar parcial e ações fragmentadas, contribui para o insucesso na execução do programa. O sujeito deve ser compreendido em sua totalidade, na esfera biopsicossocial, e

como já foi relatado aqui, não basta um instrumental baseado na CIF para que se atinja esse objetivo, é necessário a mudança de postura profissional, de quem o acolhe.

Para Raynaut (2014), a interdisciplinaridade não é algo decretado ou imposto, mas parte da necessidade dos pesquisadores em se abrir para a colaboração mútua:

Um desejo de colaborar e um respeito mútuo constituem o pré-requisito imprescindível de uma colaboração bem-sucedida. Mas, por mais necessário que seja esse primeiro passo, não resolve tudo. A prática interdisciplinar não se decreta. Ela não se estabelece espontaneamente pela mera aproximação de disciplinas diferentes. Ela se constrói metodicamente (RAYNAUT, 2014, p.13).

Isso significa que, a interdisciplinaridade se constrói metodicamente com o esforço dos pesquisadores. Nesse sentido, as finalidades e os desejos em comum dos especialistas devem provocar o diálogo, estudos conjuntos, uma nova metodologia do saber científico que permita a interação das áreas. Além da interdisciplinaridade, no caso da RP é importante haver também intersetorialidade entre os diferentes profissionais que trabalham com este público. Compreendendo que dentro da própria instituição e fora dela há outros setores, que deveriam manter uma constante interlocução, não ficando restrita a interação dos profissionais somente nas equipes do Programa. Principalmente, agora que a perícia médica passou a fazer parte de outra carreira, a comunicação interinstitucional é imprescindível diante do esvaziamento das equipes.

Uma das questões que se coloca dentro da reabilitação profissional, é se realmente os profissionais têm esse interesse em compartilhar o poder de decisão e avaliar conjuntamente? Talvez, os obstáculos para essa interação são derivados das vaidades das categorias profissionais em deter o poder, que historicamente foi dado a elas para resolver determinadas questões no âmbito da previdência social; e a recusa de uma ou mais partes em se aventurar nesse desafio interdisciplinar, que exigiria um esforço intelectual e conjunto para acompanhar toda uma mudança de paradigma sobre o sujeito e o objeto de análise.

Entende-se aqui que incapacidade laborativa pode ser compreendida como uma realidade híbrida, por ser composta de dimensões materiais e imateriais ao mesmo tempo. De acordo com Raynaut (2014), a dificuldade interdisciplinar se manifesta quando tentamos dialogar as ciências da materialidade com as aquelas que estudam a realidade humana. Pois, as ciências da materialidade não consideram as disciplinas que estudam a relações humanas e sociais como objetivas, porém, estas têm papel fundamental na materialidade da vida humana, uma vez que pertencem a um processo histórico; e os sonhos, ideologias, crenças da sociedade norteiam suas escolhas, modificam a natureza e esta influencia o homem. Já as

ciências humanas, sociais e psicológicas também acabaram se afastando das ciências materiais, por não dar a devida importância da influência da materialidade nas relações humanas, no ser social e psíquico. Trata-se de um grande erro ao desconsiderar que somos seres biológicos e a nossa condição biofísica influencia a nossa própria existência.

Portanto, no caso específico da reabilitação profissional, a incapacidade laborativa contém elementos e causas das ciências materiais (biológicos, químicos e físicos) e imateriais (humanos, sociais e psíquicos), que na realidade, sempre estiveram em interação uma com outra, mas, que por muito tempo foi ignorada, fruto da separação das ciências e dos setores que realizam as ações práticas.

Conclui-se que a ciência tem caráter universal, e a interdisciplinaridade busca que nos tornemos sujeitos da totalidade:

Portanto, a disciplina, ao se isolar no seu recorte, ou no seu ponto de repouso arbitrário (artificial), deixa, por isso mesmo, de merecer o nome de ciência, porque a ciência tem caráter universal. É em contraposição a essa tendência que a interdisciplinaridade se impõe. E se impõe não como uma proposta de destruição da especialização, já que esta configura o particular que se realiza no universal e vice-versa, mas como um convite ou um alerta ao especialista para que este se torne também sujeito da totalidade. Significa, portanto, procurar realizar a unidade, e não a mera articulação, entre diferentes disciplinas no interior de um projeto (intelectual ou de intervenção) de interesse comum (PEREIRA, 2014, p. 36).

Desse modo, sendo a reabilitação profissional um campo de atuação de diversas especialidades, cujo foco é o trabalhador que possui incapacidade laborativa, a CIF ao apresentar o modelo biopsicossocial da saúde lança o desafio interdisciplinar e intersetorial de intervenção, em que os profissionais se tornem sujeitos da totalidade, mesmo havendo contradições, conflitos e divergências, deve se buscar o conhecimento unitário, no sentido de acolher o trabalhador também como sujeito da totalidade no atendimento das suas necessidades.

Nessa perspectiva, no próximo capítulo, serão verificados os fatores ambientais, especificamente o acesso aos sistemas, serviços e políticas sociais pelos segurados em reabilitação profissional, para identificar quais as principais barreiras que dificultam a realização da reabilitação integral, que considere a totalidade do sujeito.

CAPÍTULO 3

REABILITAÇÃO INTEGRAL: IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DE BARREIRAS

Este terceiro capítulo tem como objetivo central aproximar-se da realidade dos trabalhadores e, a partir das entrevistas, ouvir e refletir sobre suas dificuldades no acesso às políticas sociais básicas, de modo que nos permita avaliar a importância da formação da rede intersetorial de reabilitação integral e também verificar se as informações obtidas têm relevância para compreensão da incapacidade e funcionalidade no contexto da CIF, podendo contribuir com uma visão mais ampliada destes sujeitos pela equipe da RP.

Desta maneira, foi analisado primeiramente alguns aspectos socioeconômicos da região, na qual reside o público desta pesquisa. Depois, houve a exposição do levantamento quantitativo do perfil dos segurados atendidos em 2017 e por fim, a sistematização das entrevistas semiestruturadas, discorrendo sobre as barreiras identificadas em cada uma das políticas. Pretende-se com isso apresentar os resultados e discussões da pesquisa de campo, correlacionando com o referencial teórico aventado nos capítulos anteriores.

3.1. O contexto em que vivem os trabalhadores: características da região de Umuarama

O município de Umuarama está localizado no noroeste do Paraná e possui uma Agência da Previdência Social (APS) que tem como zona de abrangência 16 municípios: Altônia, Alto Paraíso, Alto Piquiri, Brasilândia do Sul, Cafezal do Sul, Douradina, Esperança Nova, Icaraíma, Iporã, Ivaté, Maria Helena, Perobal, Pérola, São Jorge do Patrocínio, Umuarama e Xambrê. Os municípios de Cruzeiro do Oeste, Nova Olímpia e Tapira, atualmente fazem parte da área de abrangência da APS de Cruzeiro do Oeste, inaugurada no ano de 2014. Porém, como nesta unidade não há o serviço de perícia médica, os segurados que pleiteiam auxílio-doença, residentes desses municípios, acabam sendo atendidos pela Agência de Umuarama. Portanto, para esta pesquisa serão considerados os 19 municípios, que era a configuração anterior a 2014.

Atualmente o PRP da APS Umuarama é executado por uma analista - assistente social, exclusiva deste serviço e três peritos médicos, não exclusivos, que se revezam nas avaliações, pois atendem outras demandas da instituição consideradas mais prioritárias. A falta de um perito fixo no PRP dificulta a formação de uma equipe interdisciplinar, que aprofunde um diálogo sobre as questões mais complexas da reabilitação profissional. Com a agenda dos

médicos sempre lotadas, não há espaço reservado para discutir casos, tornando as avaliações um trabalho mecânico e estritamente burocrático.

A APS Umuarama pertence à Gerência Executiva (GEX) de Maringá, a qual oferece apoio técnico por meio de profissionais lotados nas demais agências vinculadas a ela, sendo das áreas de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Administração, Serviço Social e Medicina do Trabalho do serviço de RP. Além disso, desde 2015 foi firmado um Acordo de Cooperação Técnica entre o INSS e a Universidade Paranaense – UNIPAR, polo Umuarama, para abertura de campo de estágio na reabilitação profissional.

Para melhor visualização de alguns aspectos socioeconômicos relevantes da região foi elaborado o quadro 2, baseado nas informações retiradas dos cadernos municipais do IPARDES²⁶ (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social).

Quadro 2- Quantitativos populacionais dos municípios da área de abrangência da Agência da Previdência Social de Umuarama e seus respectivos Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Índice de Gini.

Municípios	População (2018)	Índice de Gini (2010)	IDHM (2010)
Alto Paraíso	2.799	0,5769	0,678
Alto Piquiri	9.896	0,4434	0,676
Altônia	21.933	0,3853	0,721
Brasilândia do Sul	2.719	0,4582	0,681
Cafezal do Sul	4.080	0,4156	0,692
Cruzeiro do Oeste	20.917	0,4388	0,717
Douradina	8.621	0,4361	0,724
Esperança Nova	1.732	0,3947	0,689
Icaraíma	8.025	0,4263	0,666
Iporã	14.073	0,4479	0,706
Ivaté	8.128	0,3821	0,706
Maria Helena	5.720	0,4171	0,703
Nova Olímpia	5.785	0,3991	0,710
Perobal	6.092	0,4087	0,713
Pérola	11.144	0,3709	0,700
São Jorge do Patrocínio	5.698	0,4020	0,676
Tapira	5.584	0,4295	0,697

²⁶ Consulta realizada no link <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30> Acesso em: 07 jan. 2018.

Umuarama	110.590	0,4950	0,761
Xambrê	5.728	0,4879	0,706

Fonte: Elaborado pela autora com base nos Cadernos Municipais do IPARDES (2018).

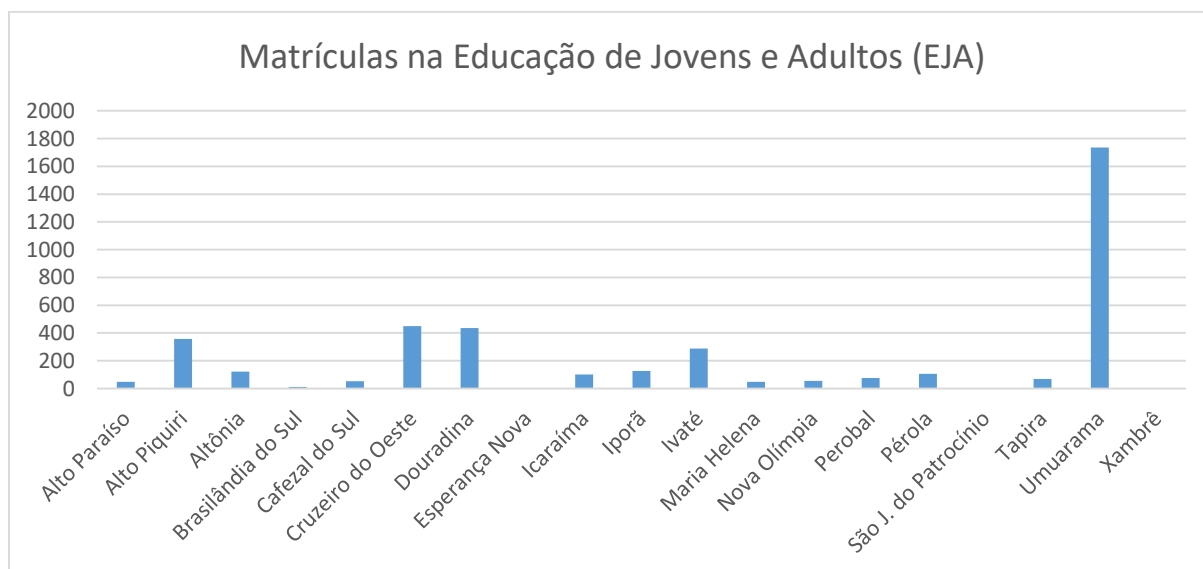
Evidencia-se que o único município de médio porte demográfico da região é Umuarama com 110.590 habitantes. Os demais são de pequeno porte demográfico, sendo que acima de 20.000 só há Altônia e Cruzeiro do Oeste e o menor deles é Esperança Nova com 1.732. A maioria dos municípios apresentou população total entre 4.000 e 15.000 habitantes.

Em relação à mensuração da desigualdade social, foi verificado por meio do Índice de Gini²⁷ que os municípios de Alto Paraíso, Umuarama e Xambrê são aqueles que apresentam maior desigualdade entre sua população e Pérola é o que tem menor desigualdade.

Em contrapartida o município de Umuarama apresenta o maior índice de IDHM²⁸, com 0,761, ficando na faixa considerada “média” de desenvolvimento humano, seguidos de Douradina e Altônia. Alto Paraíso que é o maior em desigualdade possui IDHM: 0,678, demonstrando pobreza e problemas com distribuição de renda entre a população.

Com o objetivo de verificar as matrículas da Educação de Jovens e Adultos (EJA) na região, apresentamos o Gráfico 1.

Gráfico 1- Matrículas no EJA no ano de 2017



Fonte: Elaborado pela autora com base nos Cadernos Municipais do IPARDES (2018).

²⁷ O coeficiente GINI é utilizado para medir a desigualdade social, é medido entre o número 0 e o número 1, sendo o número 1 considerado completa desigualdade e o número 0 completa igualdade.

²⁸ O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, é uma medida geral e sintética do desenvolvimento humano, engloba três pilares: educação, saúde e renda. O índice varia de 0 (zero) a 1 (um) e apresenta as seguintes faixas de desenvolvimento humano municipal: 0,000 a 0,499 - muito baixo; 0,500 a 0,599 - baixo; 0,600 a 0,699 - médio; 0,700 a 0,799 - alto e 0,800 e mais - muito alto. (IPARDES, 2019).

Foi possível verificar que o maior número de matrículas ocorreu nos municípios de Umuarama, Cruzeiro do Oeste e Douradina. Embora, Altônia tenha um contingente populacional considerável, sendo a segunda maior da região, ficou na 6ª posição em termos de taxa de matrículas, atrás de Alto Piquiri e Ivaté. Alguns municípios não tiveram nenhuma matrícula como é o caso de Xambrê e Esperança Nova, o que significa ausência de oferta de vagas nessa modalidade de ensino. Dos municípios avaliados três ofertaram somente o Ensino Fundamental: Nova Olímpia, São Jorge do Patrocínio e Brasilândia do Sul. Como o público do Programa de Reabilitação Profissional é na sua maioria de baixa escolaridade, a EJA é imprescindível para oportunizar trabalhadores a concluírem os estudos.

Outra informação que consideramos importante para essa análise é a empregabilidade e as atividades econômicas predominantes na região. Para isso, elaboramos o Quadro 3 e o Gráfico 2.

Quadro 3- Número de empregos segundo atividades econômicas no ano de 2017

Município	Indústria	Serviços	Comércio	Construção Civil	Agropecuária	Total de Empregos
Alto Paraíso	100	318	52	1	240	711
Alto Piquiri	137	532	272	11	132	1084
Altônia	1504	1027	714	7	170	3422
Brasilândia do Sul	0	302	177	0	55	534
Cafezal do Sul	174	282	79	0	76	611
Cruzeiro do Oeste	1775	1481	757	33	459	4505
Douradina	717	770	1091	23	184	2785
Esperança Nova	157	185	31	0	40	413
Icaraíma	117	503	308	33	276	1237
Iporã	691	855	618	14	163	2341
Ivaté	1484	422	140	2	55	2103
Maria Helena	151	313	81	6	277	828
Nova Olímpia	239	463	158	2	52	914
Perobal	312	359	147	52	98	968
Pérola	1588	627	404	20	50	2689
São J do Patrocínio	450	417	203	2	112	1184
Tapira	250	372	171	4	159	956
Umuarama	5910	12586	9051	1430	648	29625
Xambrê	244	318	109	2	88	761

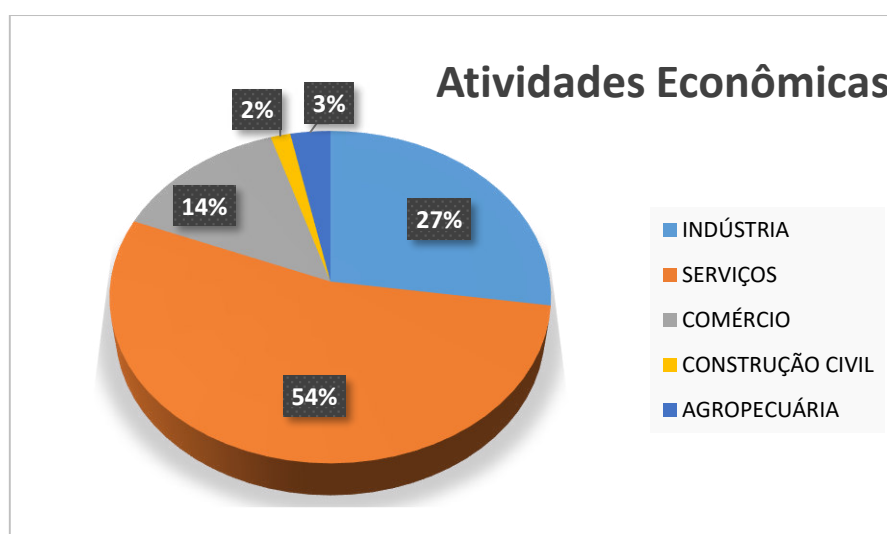
Fonte: Elaborado pela autora com base nos Cadernos Municipais do IPARDES (2018).

Legenda:

- 1ª atividade predominante no município

- 2ª atividade predominante no município

Gráfico 2 – Atividades econômicas de acordo com o número de empregos formais na Região de Umuarama no ano de 2017.



Fonte: Elaborado pela autora com base nos Cadernos Municipais do IPARDES (2018).

Como pode ser observado no Gráfico 2, o setor de serviços é o que mais emprega na região de Umuarama e dentro dos serviços a “Administração Pública Direta e Indireta” é a campeã em contratações. Os municípios de Alto Paraíso, Alto Piquiri, Brasilândia do Sul, Cafezal do Sul, Esperança Nova, Icaraíma, Nova Olímpia, Tapira e Xambrê são as que mais concentram empregos públicos em comparação as demais atividades econômicas. Verifica-se a ausência de dinamismo nesses municípios, visto que o setor privado não é capaz de gerar os empregos necessários, o que acaba sendo desfavorável para a população economicamente ativa que busca trabalho.

A segunda atividade que mais possui empregados formais é a Indústria, e com base nos subsetores detalhados nos Cadernos Municipais do IPARDES (2019), sendo distribuídos nas seguintes categorias: “têxtil, do vestuário e artefatos de tecidos” mais presentes nas cidades de Altônia, Cafezal do Sul, Esperança Nova, Iporã, Pérola, Perobal, Nova Olímpia, São Jorge do Patrocínio, Umuarama e Xambrê. Ressalta-se que na maioria dos casos, são empresas de pequeno e médio porte, como facções de costura não possuindo marca própria, que prestam serviços a empresas maiores. Outro subsetor é o de “produtos alimentícios, de bebida e álcool etílico” com as maiores indústrias localizadas nos municípios de Umuarama, Ivaté, Cruzeiro do Oeste e Iporã, como as usinas sucroalcooleiras, frigoríficos, laticínios e outras do ramo alimentício. Há também de “madeira e mobiliário” como maior número de empregos em Umuarama, Douradina e Tapira, onde há desde pequenas a grandes empresas

que fabricam estofados, colchões e móveis diversos. Somente o município de Brasilândia do Sul não houve registro de empregos na área da indústria.

Na terceira posição de atividades econômicas está o comércio, que pode ser dividido em “varejista” e “atacadista”. A maioria das cidades tem o comércio varejista como predominante em relação ao atacadista, com exceção de Brasilândia do Sul que emprega mais no setor atacadista. Em termos de número de empregos, destacam-se Douradina, Umuarama, Icaraíma e Alto Piquiri, sendo que Douradina é a única cidade da região que o setor do comércio contrata mais que os outros setores em sua localidade.

A agropecuária ocupa a quinta posição e conforme a Quadro 3, é possível verificar que Alto Paraíso e Maria Helena têm esse setor como o segundo que mais geram empregos e renda no município. Mesmo a agricultura sendo uma atividade importante para a geração de riqueza na região, a sua constante modernização (uso de máquinas, equipamentos e insumos com elevadas doses de tecnologia) tem reduzido o número de empregos no espaço rural, conforme mostram os dados apresentados.

E por fim, a construção civil com baixo índice de registros formais, entretanto, esses dados não expressam toda a realidade das pessoas ocupadas. De acordo com o IBGE (2017) a proporção da população ocupada no Brasil entre os anos de 2012 a 2016 era de 61,2% no mercado formal e 38,8% na informalidade.

A informalidade é uma característica histórica do mercado de trabalho brasileiro, sendo, portanto, um importante marcador de desigualdades que se reproduzem não apenas pelo território nacional – as desigualdades regionais –, como também entre os grupos populacionais específicos. Neste sentido, e conforme mencionado anteriormente, observa-se maior proporção de trabalhadores pretos ou pardos na informalidade quando comparado com os trabalhadores brancos (IBGE, 2017, p.37).

Segundo a pesquisa do IBGE (2017), as regiões norte e nordeste do Brasil são as que mais apresentam desigualdade e os grupos populacionais mais prejudicados são os trabalhadores pretos, pardos e mulheres em comparação aos homens e brancos. Entende-se que a informalidade significa além de menor renda, menor proteção social, por não assegurar os direitos básicos trabalhistas e de previdência social.

Diante dessa realidade analisada, buscamos compreender quem são os trabalhadores atendidos pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS de Umuarama, delineando o seu perfil no próximo tópico.

3.2. Quem são os trabalhadores: dados do perfil

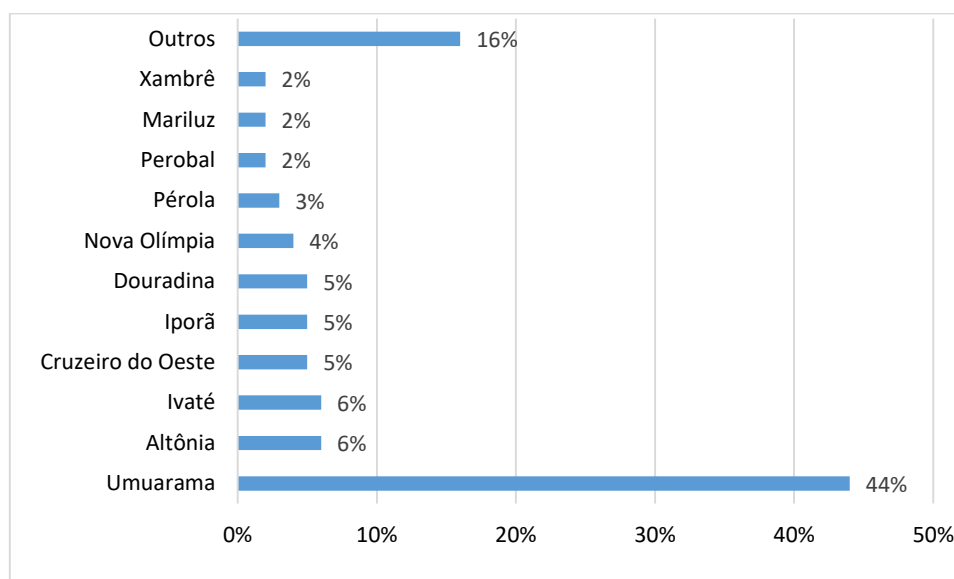
Para fins de análise estatística consideramos o público-alvo da pesquisa a soma dos 183 trabalhadores que foram encaminhados para o Programa no ano de 2017 com os 71 de demanda reprimida da fila de espera dos anos anteriores, ao todo foram 254 segurados que passaram pela fila de espera em 2017 da APS de Umuarama, sendo encaminhados pela perícia médica administrativa ou via judiciário. Ressalta-se que esse número se refere à quantidade de encaminhados, mas não necessariamente elegíveis²⁹ para Programa, pois esses segurados ainda dependiam da avaliação pericial para definição da elegibilidade.

Neste levantamento pretende-se analisar os seguintes aspectos: tipo de benefício e concessão, idade, escolaridade, município de residência, profissão, tipo de vínculo empregatício, sexo, renda e diagnóstico clínico. Para a coleta desses dados recorreremos às fontes primárias (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 159), ou seja, dados originais extraídos dos sistemas do INSS, como o SUB (Sistema Único de Benefícios), CNIS (Cadastro Nacional de Informações Sociais), SABI (Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade) e planilhas de registros de acompanhamento e atendimento de segurados em Programa de Reabilitação Profissional.

Em relação ao município de origem (Gráfico 3), a maioria dos trabalhadores atendidos era de Umuarama com 44%, seguidos de Altônia e Ivaté, com 6% cada um, e Cruzeiro do Oeste e Iporã empatados nos 5%. Observa-se que Mariluz, que pertence a área de abrangência da APS de Goioerê, teve 6 segurados que escolheram ser atendidos em Umuarama. Entre os motivos, está o fato de Mariluz fazer parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde Amerios/12ª Regional de Saúde (CISA) cuja sede está localizada nesta cidade, ou seja, há um fluxo maior para Umuarama em termos de transporte público e gratuito (da secretaria de saúde) do que para Goioerê.

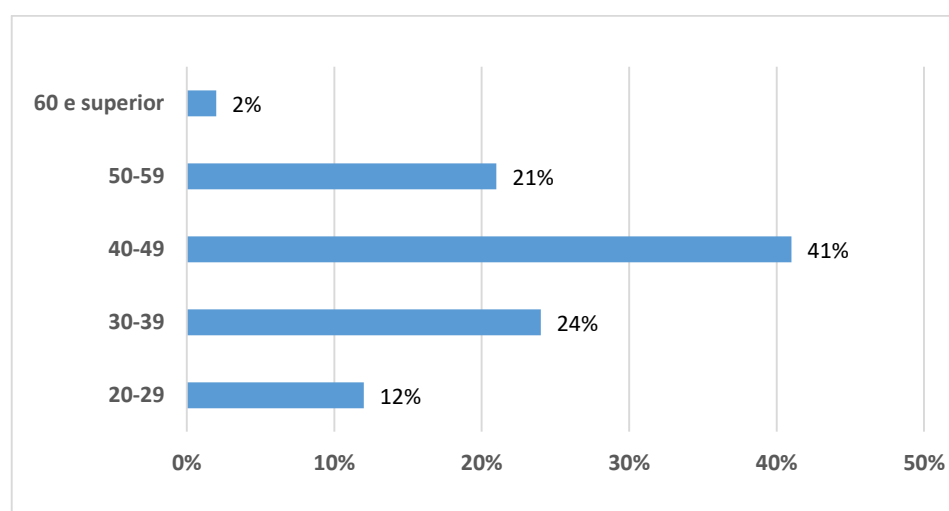
Ressalta-se que no item outros do Gráfico 3 há 41 pessoas (16% do total), que estão distribuídas em 11 municípios, dentro e fora da zona de abrangência da APS Umuarama (Tuneiras do Oeste, Cidade Gaúcha, Tapejara e Assis Chateaubriand). Mas por serem em menor quantidade, não foram detalhados neste trabalho. Todos os segurados são orientados a manter o seu benefício na Agência do INSS mais próxima de sua residência, com exceção dos locais onde não há equipes técnicas de reabilitação profissional, porém, não caracterizando como obrigatória a transferência do seu benefício.

²⁹ Elegíveis entendidos como segurados que apresentam condições físicas, psíquicas e socioprofissionais para desenvolver a RP.

Gráfico 3 – Município de residência dos segurados atendidos no PRP da APS Umuarama

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

No que tange à faixa etária foram constatados níveis diversos desde 20 até 60 anos, porém a predominância foi na faixa de 40 a 49 anos com 41% dos pesquisados. Os segurados de 20 a 39 anos compuseram uma parcela de 36% e acima dos 50 anos somaram 23%. Considerando que a maior parcela está acima dos 40 anos, infere-se que o tempo de exercício da profissão pode influenciar no interesse em participar do Programa, pois sujeitos que há muitos anos executam a mesma função criam uma identidade profissional com ela e a proposta de mudança pode ser algo muito penoso (BREGALDA; LOPES, 2011).

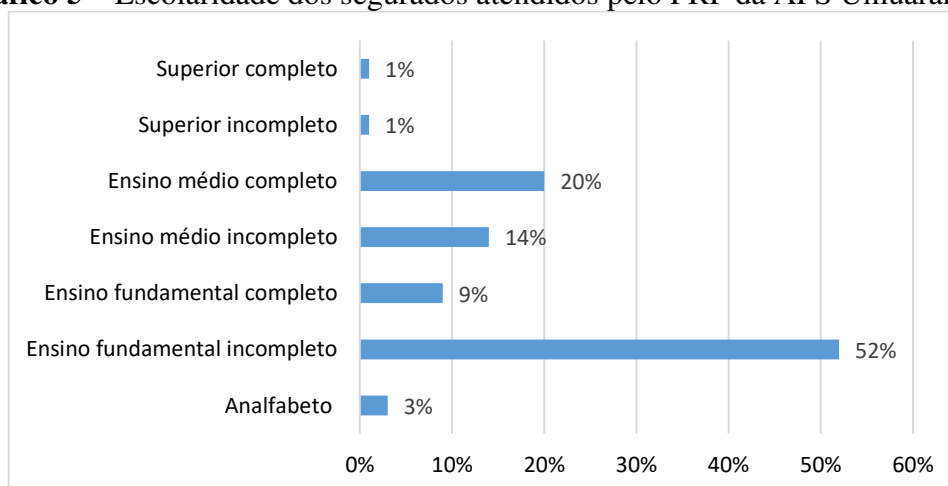
Gráfico 4 – Faixa etária dos segurados atendidos pelo PRP da APS Umuarama

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Quanto à escolaridade (Gráfico 5), 52% dos trabalhadores têm o ensino fundamental incompleto, 9% o fundamental completo, 14% o ensino médio incompleto e 20% o médio completo. Os de nível superior somam 2% e analfabetos aparecem com 3%. Os dados revelaram que 75% dos trabalhadores não possuem o ensino médio completo. A baixa escolaridade é um dos maiores motivos da inegibilidade ao Programa, pela dificuldade de encaminhamentos em cursos de qualificação.

A inelegibilidade se torna um problema quando o direito em participar da reabilitação profissional é cerceado e ocorre a cessação do benefício antes mesmo de haver uma tentativa (SANTOS; LOPES, 2015). Dessa forma, o incentivo a escolarização dos trabalhadores deve ocorrer em todos os meios, tanto pela empresa, comunidade e poder público, e dentro do INSS não é diferente, durante o PRP deve haver oportunidade de elevação de escolaridade.

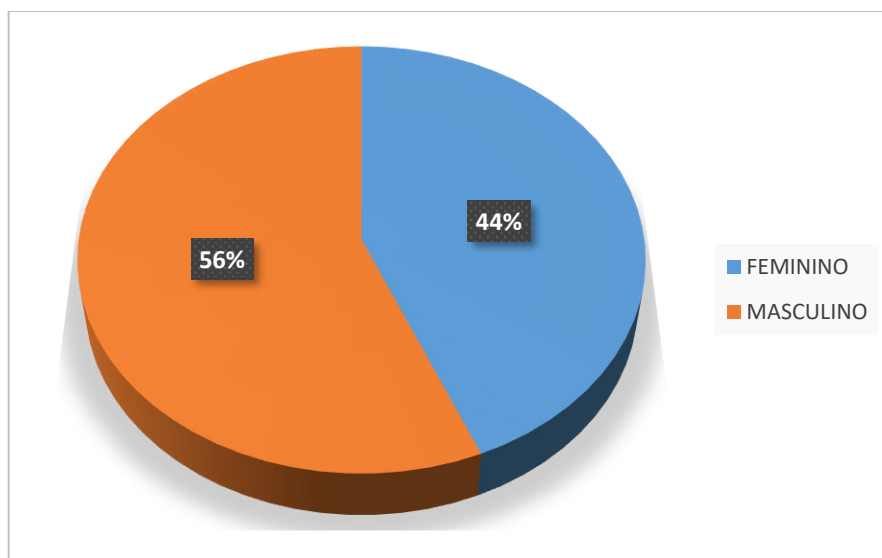
Gráfico 5 – Escolaridade dos segurados atendidos pelo PRP da APS Umuarama



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Entre os segurados atendidos verificou-se a predominância de homens, que somaram 56% em relação às mulheres, com 44% (Gráfico 6). Além de serem em menor número, as trabalhadoras têm valor do benefício inferior ao dos homens, como pode ser observado no Gráfico 7, indicando que 74% delas ganham o salário-mínimo, contra 33% do público masculino, entretanto, os valores para ambos os casos dificilmente ultrapassam dois salários-mínimos (somente 5% dos pesquisados). O cálculo da renda mensal do benefício é baseado nas contribuições que o segurado realizou enquanto estava trabalhando, por isso a desigualdade de gênero que ocorre no mercado de trabalho reflete também na Previdência Social.

Gráfico 6 – Em relação ao sexo dos segurados atendidos pelo PRP da APS Umuarama

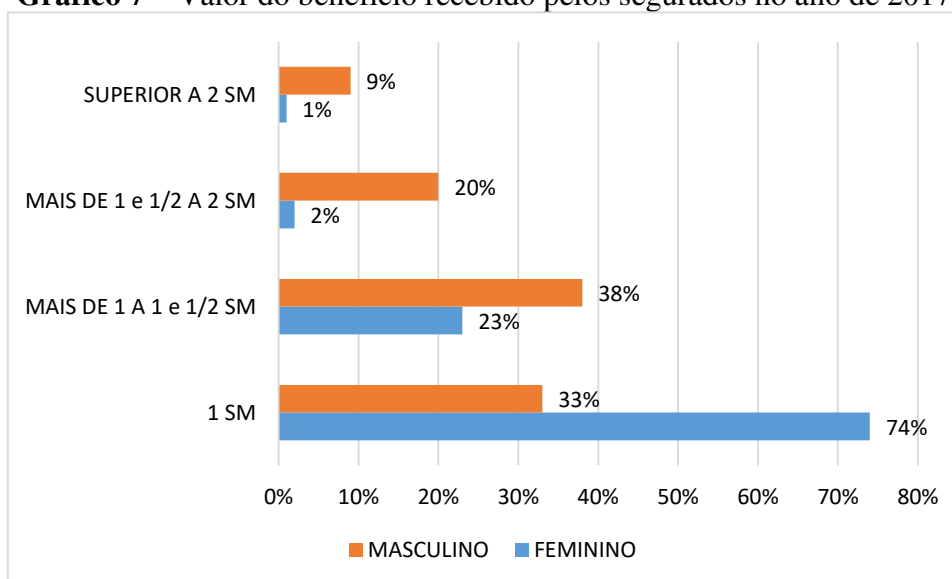


Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Segundo o IBGE (2017), a desigualdade entre os gêneros ocorre tanto no mercado formal quanto no informal, sendo mais predominante neste último:

Em 2016, nos trabalhos formais as mulheres ocupadas ganhavam 76,0% do rendimento dos homens, proporção que cresceu levemente desde 2012, quando foi de 73,0%. Entre os trabalhadores informais, a razão chegou a 63,5%, uma queda em relação a 2015, muito provavelmente em função dos efeitos da crise econômica, que tendem a ser mais fortes sobre o mercado informal (IBGE, 2017, p.37).

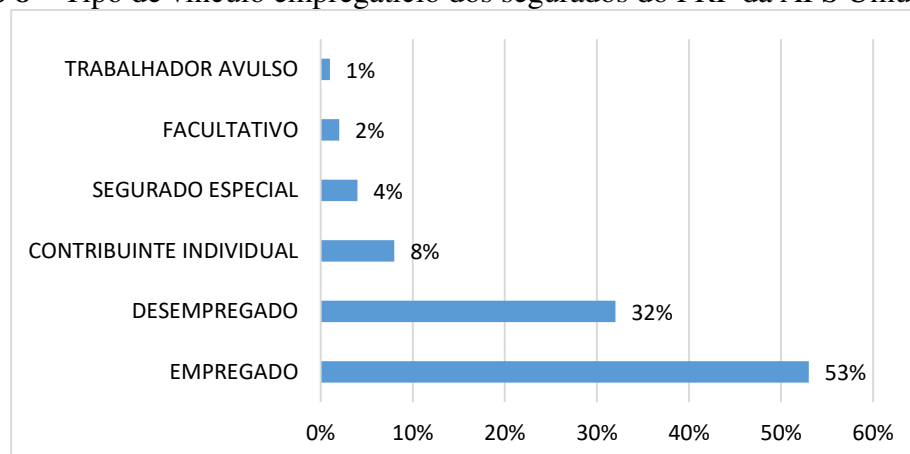
Gráfico 7 – Valor do benefício recebido pelos segurados no ano de 2017.



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

No Gráfico 8 é possível visualizar que 53% estão empregados³⁰, 32% desempregados³¹, 8% são contribuintes individuais³², 4% segurados especiais³³, 2% estavam contribuindo para a INSS como facultativos³⁴, e 1% era trabalhador avulso³⁵. Uma questão a ser ponderada é o alto número de desempregados, que no período de qualidade de segurado buscou o INSS para receber o auxílio-doença. Será que já estavam adoecidos quando foram demitidos ou pediram demissão, pois não eram mais produtivos na visão da empresa? Essa questão pode ser analisada nas entrevistas com os segurados nesta pesquisa. É necessário garantir ações de prevenção dentro das empresas para evitar adoecimento de seus trabalhadores ou uma dispensa injusta.

Gráfico 8 – Tipo de vínculo empregatício dos segurados do PRP da APS Umuarama



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Este gráfico mostra também os vários desafios que o PRP teria para a recolocação no mercado de trabalho do seu público, desde uma aproximação estreita com as empresas de vínculo nos casos dos empregados para troca de função até a reinserção dos trabalhadores sem vínculo, que ao serem desligados do benefício não terão garantia de renda, a não ser pela via do trabalho. No entanto, o Instituto não se responsabiliza pela (re)inclusão ao mercado formal

³⁰ Trabalhadores com carteira assinada, incluso os de contrato temporário, mandato eletivo e empregados domésticos.

³¹ Trabalhador que não estava mais contribuindo com a previdência social por motivo de desemprego, mas que na data que requereu o benefício ainda mantinha a “qualidade de segurado”, ou seja, trata-se de um “período de graça” garantido por lei aos segurados que interromperam suas contribuições, podendo acessar os benefícios desde que atendam os demais critérios como, por exemplo, carência.

³² São segurados obrigatórios que não mantêm vínculo empregatício, trabalham por conta própria ou autônoma.

³³ São pessoas físicas que trabalham individualmente ou em regime de economia familiar. Nesse caso, todos os segurados pesquisados eram produtores rurais.

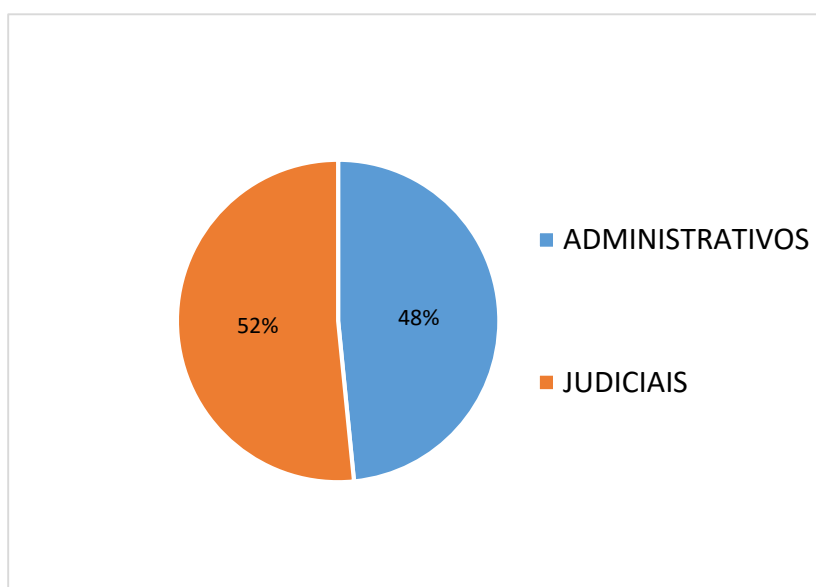
³⁴ Pessoas que estão filiadas à previdência social como facultativas, ou seja, contribuem mesmo não exercendo atividade remunerada. No caso pesquisado, tratava-se de donas de casa encaminhadas por via judicial.

³⁵ Trabalhadores avulsos são aqueles que prestam serviços a várias empresas, intermediados por sindicatos e órgãos gestores de mão de obra. No PRP da APS Umuarama, os poucos casos atendidos são de trabalhadores que fazem carregamento de mercadorias.

conforme o Decreto nº 3.048 de 1999, art. 140 § 1º: “Não constitui obrigação da previdência social a manutenção do segurado no mesmo emprego ou a sua colocação em outro para o qual foi reabilitado, cessando o processo de reabilitação profissional com a emissão do certificado a que se refere o caput”. Por isso, a maioria dos segurados concluem o PRP com bastante insegurança de não conseguirem manter a subsistência após a cessação do benefício.

Observou-se neste levantamento de 2017, que muitos segurados tiveram dificuldade de acessar o benefício previdenciário, pois mais da metade (52%) só conseguiram receber o benefício por decisão judicial, isso ocorre quando o segurado não tem reconhecido o seu direito na esfera administrativa e acaba recorrendo aos órgãos da Justiça (Gráfico 9).

Gráfico 9 -Tipo de concessão dos benefícios recebidos pelos segurados do PRP.



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

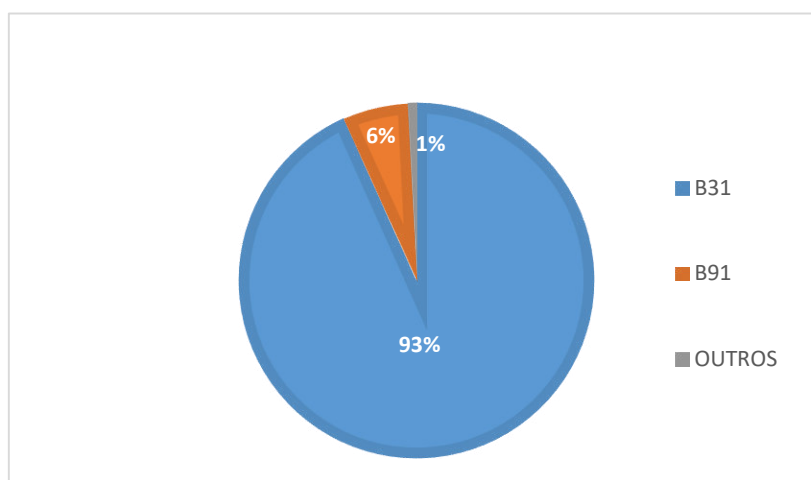
A questão da judicialização dos benefícios concedidos pelo INSS tem sido tema debatido pelo Tribunal de Contas da União (TCU). Segundo levantamento de auditoria do TCU de 2017, verificou-se que naquele ano foram pagos R\$ 92 bilhões em benefícios previdenciários, mantidos por decisões judiciais, o que representa 11,1% na folha de pagamento de autarquia (3,8 milhões de benefícios). Há também os gastos com a operacionalização, que envolve o aparelho estatal federal, na análise dos processos a cargo dos servidores do INSS, procuradores federais, magistrados e servidores da Justiça Federal, estima-se que a despesa anual seja de R\$ 4,6 bilhões.³⁶

³⁶ Relatório de levantamento TC 022.354/2017-4. Relator: André Luís de Carvalho. Notícia veiculada no *site* do TCU em 12.11.2018. Disponível em <<https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/audiencia-publica-no-tcu-tratada-judicializacao-dos-beneficios-do-inss.htm>> Acesso em 12/01/2019.

Para compreender essa problemática que surge com a divergência de entendimentos entre o INSS e o Poder Judiciário, o TCU realizou audiência pública no dia 26 de setembro de 2018, convidando as instituições envolvidas e sociedade em geral, com a justificativa de minimizar os impactos da judicialização, pois os custos vão para toda a sociedade, além das já mencionadas, há despesas com perícias judiciais, multas aplicadas ao INSS e o trabalhador que paga por meio do seu benefício os honorários advocatícios do processo.

Quando se trata de auxílio-doença, há duas espécies de benefícios: B31 e B91. O primeiro é chamado de auxílio-doença comum ou previdenciário e o segundo é o auxílio-doença acidentário, cuja concessão ocorre quando o afastamento é decorrente de acidente de trabalho ou doença ocupacional. O perito do INSS é o responsável em conceder a espécie adequada a situação do segurado, utilizando-se de documentos comprobatórios (laudos, exames médico, Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver) ou análise do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) para verificar o nexo causal entre a doença e o trabalho. Como pode ser visto no Gráfico 10, a maioria (93%) dos trabalhadores em PRP do INSS Umuarama é beneficiária de B31.

Gráfico 10 – Espécie de benefício recebido pelos segurados em PRP da APS Umuarama

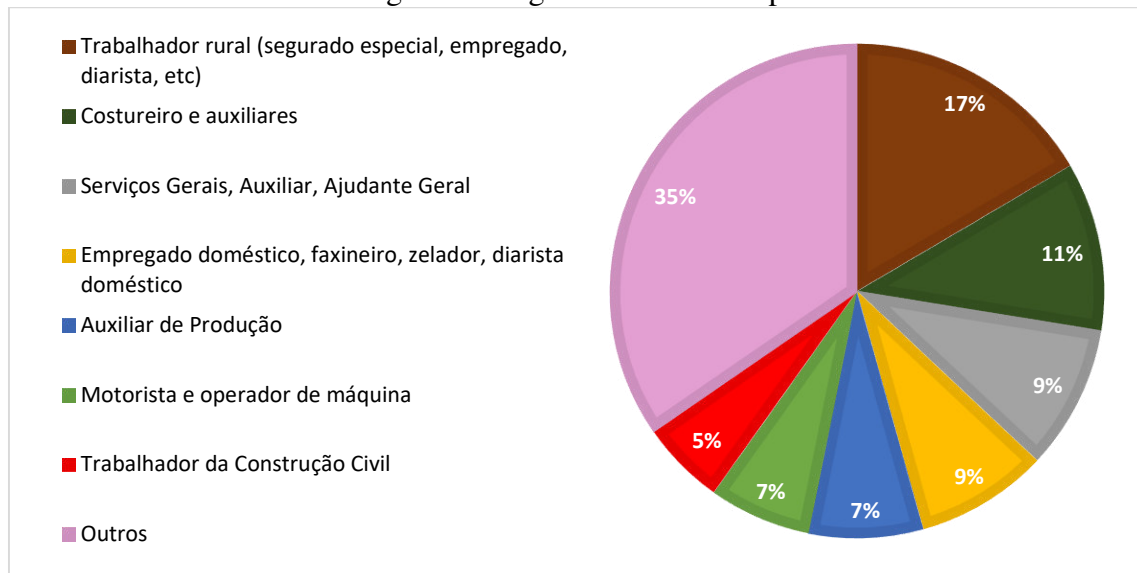


Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Em relação à profissão de origem (Gráfico 11) verificou-se que 17% eram trabalhadores rurais (segurado especial, empregado e diarista rurais); 11% costureiros e seus auxiliares; 9% serviços gerais, auxiliar, ajudante geral; 9% trabalhavam com limpeza, como faxineiro, zelador, empregado doméstico e diarista em residências; 7% auxiliares de produção em indústrias e fábricas, principalmente nas áreas moveleira, sucroalcooleira e alimentícia; 7% motoristas e operadores de máquinas agrícolas, 6% trabalhadores da construção civil e 35% estão em categorias diversas. Constatou-se que a maioria dos que são encaminhados para o

PRP é proveniente de atividades braçais de esforço físico intenso a moderado e alguns casos com movimentos repetitivos.

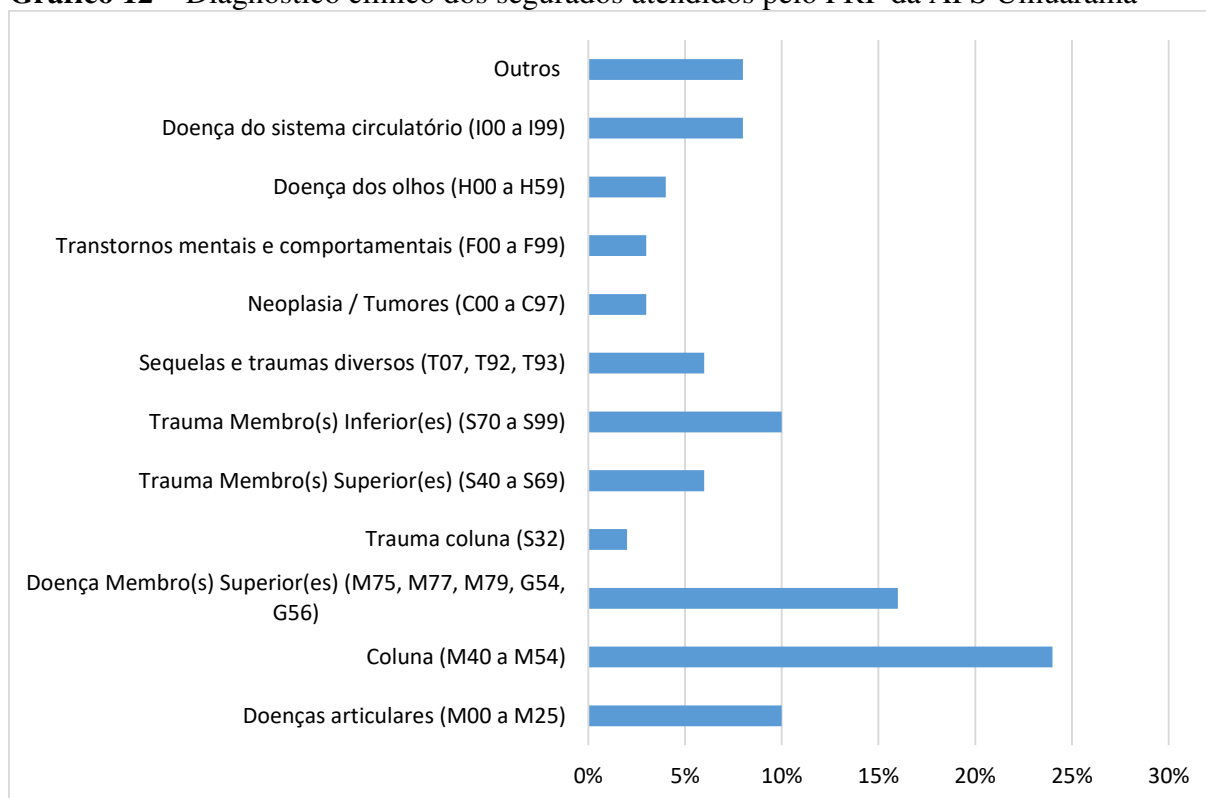
Gráfico 11 – Profissão de origem dos segurados atendidos pelo PRP da APS Umuarama.



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Quanto ao diagnóstico clínico (Gráfico 12) dos segurados atendidos pelo PRP da APS Umuarama, realizamos um levantamento utilizando o manual da CID10 (Classificação Internacional de Doenças) e de acordo com informações da perícia médica registradas no sistema SABI, verificou-se que a coluna é a parte mais atingida com 26% de prevalência, sendo 24% de doença e 2% de trauma na coluna. Já as doenças dos membros superiores foram de 16% dos pesquisados. Em seguida, aparecem empatados: doença articular e trauma de membros inferiores com 10% cada um.

É possível verificar que a maioria dos afastamentos é decorrente dos grupos M (doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo), S e T (lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas), especialmente traumas decorrentes de acidentes, num total de 74%. Apesar de somente 6% dos segurados receberem auxílio-doença acidentário (B91), se forem considerar as atividades braçais que a maioria desenvolvia antes do afastamento é questionável se continua prevalecendo a subnotificação de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais nas avaliações de perícias médicas, o que historicamente acontece no INSS (BUSSACOS, *et al.*, 2017).

Gráfico 12 – Diagnóstico clínico dos segurados atendidos pelo PRP da APS Umuarama

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Com esta pesquisa foi possível verificar que se trata de cidadãos que dependem de serviços públicos gratuitos disponíveis na região onde reside, pois o seu poder de compra de bens e serviços é dificultado pela baixa renda. Todos foram encaminhados para o PRP porque apresentam doenças e sequelas que os incapacitam permanentemente para a atividade na profissão de origem, e necessitam do Estado para retornar ao mercado de trabalho. Numa perspectiva de intersetorialidade, no próximo tópico pretende-se avaliar o grau de acessibilidade nas políticas públicas, identificar e analisar as principais barreiras enfrentadas por eles.

3.3. Aplicação da CIF com os entrevistados

Para esta parte da pesquisa foi aplicada entrevista semiestruturada ³⁷, com instrumento³⁸ construído a partir dos conceitos da CIF aos segurados elegíveis do Programa

³⁷ Entrevista semiestruturada é realizada através de um roteiro preestabelecido e flexível, tem como objetivo estimular o sujeito a falar sobre determinado assunto. Nesta abordagem é possível que o pesquisador mantenha um contato mais estreito com o entrevistado, sendo possível aprofundar e pedir esclarecimentos de fatos relatados (SANTOS; OSTERNE; ALMEIDA, 2014, p. 37)

de Reabilitação Profissional do INSS de Umuarama. Quanto à seleção da amostra, foi do tipo não probabilística, de acordo com critério de intencionalidade. Ao total foram 10 entrevistados, baseado em certas características identificadas como relevantes (GIL, 2002, p. 145).

Para garantir a representatividade foram selecionados indivíduos com perfil que se destacaram no levantamento prévio, por ser em maior número, que são os: trabalhadores com escolaridade incompleta (não concluíram o ensino fundamental ou médio), renda de no máximo 1,5 salário-mínimo, proveniente de atividades braçais e com limitação osteomuscular; de diferentes municípios. Dessa forma, é possível compará-los, verificar padrões e diferenças entre as localidades na questão do acesso às políticas sociais, bem como questionar se houve maior ou menor inclusão nos serviços públicos depois que começaram a participar do Programa de Reabilitação Profissional.

O componente da CIF escolhido para a entrevista foi “fatores ambientais”, entendendo como: ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida, e dentro deste, focamos nos “serviços, sistemas e políticas”, a partir da identificação da necessidade de avaliar o acesso às políticas sociais que deveriam compor a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral, de acordo com a legislação, que são as áreas de Previdência Social, Assistência Social, Saúde, Educação e Trabalho.

Na sequência do texto, apresentamos a codificação, a definição de cada uma delas de acordo com a CIF, e de forma resumida, o que se pretendeu desvelar dentro de cada política.

e570 – Serviços, sistemas e políticas da previdência social: voltados para o fornecimento do suporte econômico às pessoas que, por causa de idade, pobreza, desemprego, condição de saúde ou incapacidade, requerem assistência pública financiada pela receita tributária ou por esquemas de contribuição (CIF, 2015, p. 241). Neste item, verificou-se se o segurado teve dificuldade de acesso ao benefício previdenciário; se necessitou recorrer à Justiça; buscou intermediários ou advogados; se o valor do seu benefício é compatível com o valor que recebia enquanto estava trabalhando; se esperou muitos anos em auxílio-doença até ser encaminhado para o programa de RP.

e598 Serviços, sistemas e políticas de assistência social: o conjunto integrado de programas, serviços e benefícios de iniciativas pública estatal e da sociedade para garantir proteção social às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, tais como, ações

³⁸ Apêndice A.

socioassistenciais promovidas pelo PAIF, CRAS, CREAS³⁹ e outros, disponíveis para suprir as necessidades (BRASIL, 2015). Neste item, os segurados foram questionados se chegaram a acessar os equipamentos de Assistência Social do município de residência; se são beneficiários de algum programa assistencial ou se foram incluídos em algum serviço da rede socioassistencial.

e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde: que diz respeito à prevenção, tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável (CIF, 2015, p. 243). Pretendeu-se desvelar neste item o tempo de espera para consulta, cirurgia, exames médicos; se tem acesso ao tratamento terapêutico como remédios, fisioterapia, psicoterapia, entre outros que são fundamentais para a recuperação de sua saúde.

e585 Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento: para a aquisição, manutenção e aperfeiçoamento do conhecimento, experiências e habilidades vocacionais ou artísticas (CIF, 2015, p. 244). Neste quesito, foi avaliado qual é o nível de acesso aos serviços educacionais públicos como a Educação de Jovens e Adultos (EJA) no município de residência e qualificação profissional que o INSS oferece; se de fato atende as expectativas do segurado em sua formação.

e590 Serviços, sistemas e políticas de trabalho e o emprego: relacionadas a encontrar um trabalho adequado para as pessoas que estão desempregados ou em busca de um trabalho diferente, ou para dar suporte a indivíduos já empregados que buscam uma promoção (CIF, 2015, p. 245). Foi questionado se a empresa para qual está vinculado ofereceu readaptação de função; qual é a percepção sobre as oportunidades de emprego na localidade onde reside; se há fiscalização e inspeção por parte dos órgãos do Trabalho para garantir o meio ambiente seguro nos locais onde são desenvolvidas as atividades laborais.

A pesquisa ocorreu entre janeiro e maio de 2019, na Agência da Previdência Social em Umuarama. Foram entrevistados dez segurados atendidos pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS, sendo 5 homens e 5 mulheres, na faixa etária entre 29 e 47 anos. Moradores das cidades de Altônia, Brasilândia do Sul, Cruzeiro do Oeste, Iporã, Ivaté, Nova Olímpia, Pérola, São Jorge do Patrocínio, Tapira e Umuarama. A renda mensal do benefício varia entre R\$ 998 (salário-mínimo vigente) e R\$ 1.192,93, importante ressaltar que 80% dos

³⁹ PAIF: Proteção e Atendimento Integral à Família – trabalho social continuado com finalidade de fortalecer a função protetiva da família. CRAS: Centro de Referência de Assistência Social. CREAS: Centro de Referência Especializada de Assistência Social.

entrevistados recebem o mínimo. Todos eles não têm o ensino fundamental e/ou médio concluídos

Quanto à data do afastamento, a pessoa que está há mais tempo em benefício, está desde 19/05/2004, o que corresponde a 15 anos sem trabalhar. A que está há menos tempo, teve o afastamento em 15/08/2016 ou seja, quase 3 anos. Quanto à data do início no Programa, a que está mais tempo na reabilitação profissional entrou em 08/08/2014, cerca de 5 anos atrás e a pessoa mais recente no Programa entrou em 28/06/2018.

Foram entrevistados 4 trabalhadores rurais, 2 serviços gerais, 1 auxiliar de produção (estofados), 1 costureiro, 1 auxiliar de limpeza e 1 pintor residencial. Quanto à forma de filiação à previdência social: 4 estão empregados, 4 desempregados, 1 é segurado especial e 1 era contribuinte individual (autônomo).

Nove recebem auxílio-doença previdenciário e um é aposentado por invalidez. Todos os entrevistados possuíam diagnóstico de alguma doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID10 M00 a M99) ou traumatismos de ombro e do braço (CID10 S40-S49).

Para conhecer cada um deles, obtivemos por meio do prontuário de reabilitação profissional algumas informações adicionais, além daquelas obtidas na entrevista, e colocamos aqui de forma breve a sua história de afastamento laboral, identificando-os por nomes fictícios.

1) ELEONOR

Tem 46 anos, sempre foi trabalhadora rural e atualmente encontra-se sem vínculo empregatício. O tempo que está em auxílio-doença é de 15 anos, porém, nesse período teve três altas periciais, todas elas revertidas judicialmente, pela constatação da sua incapacidade para o desempenho da função de origem. Ela tem síndrome do manguito rotador no ombro direito (CID10 M75), o que a impede de forma permanente a exercer atividades que exijam esforço físico e/ou movimentos repetitivos com esse braço.

No seu último litígio, em 2017, foi determinado a obrigatoriedade do INSS reabilitá-la. Até então, Eleonor não tinha conhecimento que existia o PRP, foi convocada pelo INSS e passou a ser acompanhada pela equipe em março de 2018. Como não tinha escolaridade, precisou se matricular no Programa Paraná Alfabetizado para adquirir o conhecimento da leitura e escrita. Esse ano já está frequentando a Educação de Jovens e Adultos (EJA) no nível do Ensino Fundamental Fase I, que equivale de 1ª a 4ª série na rede pública do seu município.

Ela ainda não realizou nenhum curso pelo PRP, pois o seu grau de escolaridade é inferior ao exigido pela maioria das escolas de qualificação profissional.

Eleonor é solteira, tem dois filhos que eram crianças quando ela ficou incapaz para o trabalho. Atualmente, os filhos estão com 23 e 25 anos e são casados. A entrevistada reside sozinha e sobrevive com um salário-mínimo do benefício previdenciário.

2) ELISA

Sua idade é de 39 anos, é empregada como auxiliar de produção numa fábrica de estofados de Umuarama desde março de 2012, mas precisou se afastar do trabalho em julho de 2013, os diagnósticos verificados em seus laudos periciais ao longo desses anos apontam bursite do ombro, artrose primária, fibromialgia (CID10 M75.5, M19.0, M79.7). Refere que caiu em cima do seu braço, após uma queda no ambiente de trabalho. Apesar disso, o seu benefício é de espécie 31, porque não houve comunicação do acidente de trabalho ao INSS.

Elisa recebeu o benefício de auxílio-doença de forma administrativa até que na terceira perícia para a prorrogação teve o benefício cessado. Ela recorreu judicialmente, o que lhe garantiu o retorno do recebimento do auxílio e o seu encaminhamento para o PRP. Sua limitação impede de realizar esforço físico e/ou movimentos repetitivos com o braço dominante. Quando entrou no Programa em janeiro de 2018 tinha o Ensino Fundamental Completo e atualmente, está cursando o Ensino Médio pelo EJA.

Apesar do vínculo empregatício, a empresa não ofereceu oportunidade de readaptação solicitado pelo INSS. Ela então optou por fazer cursos, já realizou de Uso Básico do Micro com Internet; Planejamento, Programação e Controle de Produção; Preparo de Tortas Doces e Salgadas e está frequentando de Confeitaria Fina. Elisa é solteira, tem dois filhos de 17 e 21 anos, somente o filho mais novo ainda mora com ela. Ela recebe o benefício no valor de R\$ 1.095.

3) ELIAS

Tem 29 anos, reside num município de pequeno porte (5.698 habitantes), já foi trabalhador rural, auxiliar de costura e por último trabalhou como costureiro numa facção de roupas. Relata que pediu demissão porque não estava mais conseguindo exercer a função. Ele tem escoliose (M41.9) desde a infância e com o tempo houve o agravamento do quadro clínico, refere dores ao ficar longos períodos na mesma posição, está impedido de carregar peso e movimentar a coluna.

Requeru o auxílio-doença em janeiro de 2016 e em agosto de 2017, foi encaminhado para o PRP. Elias tinha vontade de voltar os estudos, porém em seu município não há turmas abertas de EJA Ensino Médio, pois segundo a Secretaria Municipal de Educação a demanda é insuficiente para abrir uma turma. Então, ele decidiu se matricular no ensino regular, atualmente está frequentando o 1º ano do Ensino Médio. Até o momento, fez somente o curso Uso Básico do Micro com Internet e pretende fazer outros pelo INSS, mas ainda não se decidiu.

Elias reside com a esposa, que é dona-de-casa, dois filhos (8 e 10 anos) e o sogro. Moram os cinco em casa alugada, somente o entrevistado e seu sogro possuem renda, no valor de salário mínimo cada um.

4) ERIC

Tem 39 anos e está afastado do trabalho há 9 anos, devido grave problema na coluna. Realizou três artrodeses de coluna nesse período, todos pelo SUS, e atualmente tem diagnóstico de lumbago com ciática, transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia, dor crônica (CID10 M54.4, M51.1, R52.2). Possui impedimento de realizar esforço físico e carregar peso, além da queixa de dor constante.

Eric trabalhava como auxiliar de limpeza em frigorífico de suínos em sua cidade, a empresa de vínculo ofereceu readaptação como auxiliar de montagem de caixas de papelão, ele então foi encaminhado para o treinamento por intermediação do PRP em abril de 2013, para ser avaliado quanto à possibilidade de retornar nessa nova atividade. Porém, após três dias de treinamento interrompeu a reabilitação para realizar mais uma cirurgia da coluna, mantendo o seu auxílio-doença. Em 2015, numa perícia para prorrogação do auxílio, teve o benefício cessado para retorno ao trabalho, sem oportunidade de nova tentativa de RP. A empresa não aceitou a sua volta e Eric recorreu à Justiça Federal, tendo o seu benefício previdenciário restabelecido por determinação judicial. Ele foi convocado novamente para o PRP em julho de 2017.

Como a sua escolaridade era de 6ª série do fundamental, foi orientado a retornar aos estudos. Atualmente frequenta o EJA Fundamental Fase II. Não realizou nenhum curso, devido quadro clínico ainda não estabilizado e queixas de saúde frequentes, o que dificulta a sua participação em cursos na cidade de Umuarama, pois na localidade onde mora, Iporã, não há escolas de qualificação conveniadas ao INSS. Não foi possível nova tentativa de readaptação, pois a empresa, na qual está vinculado, fechou. Eric reside em casa própria com

esposa e duas filhas, 18 e 19 anos, todas trabalham. Ele recebe um salário mínimo de auxílio-doença.

5) ELZIRA

Tem 47 anos, relata que foi trabalhadora rural desde a infância, atualmente encontra-se registrada como empregada rural numa usina de açúcar e álcool, localizada na cidade vizinha da sua. Em março de 2013, precisou se afastar das atividades braçais devido lesões do nervo cubital (CID10 G56.2), em seus laudos periciais há diagnósticos também de epicondilite lateral, cervicalgia e outras artroses (M77.1, M54.2, M19.0).

Em agosto de 2014 foi encaminhada para o PRP, a equipe tentou troca de função na empresa de vínculo, mas não houve nenhum interesse desta em readaptá-la, mesmo sendo um estabelecimento que pelo seu porte deve cumprir a Lei de Cotas para contratação de PCD e reabilitados. Elzira iniciou o PRP com a 4ª série do fundamental e imediatamente após orientações do programa, retornou aos estudos. Ela fez o curso de Uso Básico do Micro com Internet e por questões burocráticas de contratação da autoescola, Elzira não conseguiu ainda realizar o curso de formação de condutor para carro e moto que pleiteou ao INSS em 2017.

Atualmente está concluindo o Ensino Médio pelo EJA e aguarda o início do curso de Técnicas em Vendas e Assistente Administrativo no SENAC. Ela reside com o seu esposo, que está empregado e um filho de 18 anos, que é estudante. O seu benefício é de um salário-mínimo.

6) EVANDRO

Sua idade é de 30 anos, era diarista rural, está aposentado por invalidez desde outubro de 2009. Naquele ano, foi atropelado por um carro e as sequelas foram fratura da extremidade superior do úmero, traumatismo do tendão do manguito rotador, traumatismo intracraniano (CID10 S46.0, S42.2, T90.5).

Relata que deu entrada no benefício de auxílio-doença, mas foi negado pelo INSS por falta de comprovação de qualidade de segurado. Então, ao recorrer judicialmente, foi reconhecido sua filiação junto à Previdência Social como segurado especial e seu benefício foi concedido por ordem judicial, na espécie de aposentadoria por invalidez (B32). Em junho de 2018, ele foi convocado pelo INSS para revisão pericial e o médico que o atendeu encaminhou para o PRP.

Evandro possui 6ª série do fundamental, relata que depois do acidente sente dificuldade de aprendizagem em virtude do traumatismo craniano, mesmo assim, retornou aos

estudos e está matriculado no EJA Fundamental Fase II na sua cidade. Ele ainda não realizou nenhum curso de qualificação, pois permanece na fila de espera com outras 111 pessoas, enquanto isso, é acompanhado em sua elevação de escolaridade. Evandro é solteiro, mora com o pai, que é diarista rural e a mãe, dona-de-casa. A residência é alugada. O seu benefício de um salário-mínimo é a única renda fixa da família.

7) EURICO

Tem 45 anos, o seu último registro foi como serviços gerais numa marcenaria em 2015, relata que começou a ter dificuldade de movimentos com o braço esquerdo, sequela de um acidente antigo, e por isso pediu demissão do emprego. Ele tem diagnóstico de fratura do ombro e braço esquerdo (CID10 S42), realizou cirurgia para colocação de prótese.

Em fevereiro de 2016 requereu no INSS o auxílio-doença, o qual foi concedido, havendo encaminhamento imediato para o PRP. No mesmo ano, Eurico já retornou aos estudos e atualmente está matriculado no EJA Fundamental Fase II. Ele fez curso de Uso Básico do Micro com Internet, Planejamento, Programação e Controle de Produção- PPCP , e agora está frequentando o curso de Barbeiro no SENAC de Umuarama.

Eurico mora com a companheira, que trabalha como doméstica, tem dois filhos pequenos e também cuida da sua mãe que é aposentada. Ele recebe benefício de 1 salário-mínimo.

8) EUCLIDES

Tem 48 anos, sua escolaridade é de 4ª série do fundamental, trabalhava como pintor residencial antes de se afastar, relata que além disso, já foi serviços gerais, açougueiro e tratorista. Por último, contribuía com a previdência social como autônomo (contribuinte individual), até que precisou interromper suas atividades laborativas em 2014, devido lumbago com ciática, compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornos dos discos intervertebrais, transtorno de ansiedade (CID10 M54.4, G55.1, F41).

Estava recebendo auxílio-doença, até que numa perícia em 2016 teve o benefício cessado. Como não tinha condições de retornar ao trabalho, contratou um advogado e recorreu da decisão, o seu benefício foi restabelecido por ordem judicial. No ano seguinte, foi encaminhado para o PRP, tendo iniciado o acompanhamento com a equipe em outubro de 2017. Nesse mesmo período, sua esposa foi diagnosticada com cardiopatia e depois com câncer de mama, seu tratamento ocorre em Umuarama, numa distância de 68 km da cidade onde moram. Ele é quem a acompanha no tratamento.

Euclides pretende fazer o curso de Mecânico de Motos no SENAI, porém teria que cursar em Maringá, pois em Umuarama não há oferta desse curso na rede conveniada do INSS. A questão é que ele não pode deixar sua esposa sozinha na cidade, por isso, não realizou nenhum curso ainda. Ele reside com a esposa em casa própria. Ela se aposentou por invalidez por via judicial e o entrevistado recebe auxílio-doença no valor de R\$ 1.192,93. O casal tem somente um filho, que é independente deles.

9) EDNA

Tem 42 anos, empregada rural de usina de açúcar e álcool desde 2001. Teve afastamento do trabalho em março de 2015 devido transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia (M51.1), foi submetida à artrodese da coluna, colocou parafusos, e isso a impede de realizar esforço físico, carregar peso e flexionar a coluna.

Em 2016, recebeu alta do benefício e sem condições de voltar para a mesma atividade como plantadora de cana-de-açúcar, recorreu da decisão na Justiça Federal e teve o seu direito reconhecido. O auxílio-doença foi restabelecido em fevereiro de 2016 e no ano seguinte, em outubro de 2017, foi atendida pelo PRP. Mesmo com a intermediação do INSS, a usina não ofereceu função adequada para a sua readaptação. Ela está estudando o Ensino Médio no EJA, fez curso de Preparo de Tortas Doces e Salgada; Salgados para Confeitaria e está frequentando de Confeitaria Fina, pretende atuar na área de culinária.

Edna é solteira, tem três filhos: um com 19 anos, outro com 17 e o menor com 6 anos, somente a filha mais nova mora com ela. Vivem somente com o valor de um salário-mínimo, proveniente do auxílio-doença.

10) EMÍLIA

Sua idade é de 35 anos, trabalhou em seu último emprego como serviços gerais numa creche terceirizada da prefeitura. Relata que depois que foi demitida em 2009, tentou vários trabalhos, porém sem sucesso por causa da sua limitação física. Segundo o laudo pericial, ela foi vítima de fratura do úmero esquerdo na infância, apresenta consolidação viciosa, deformidade óssea e artrose secundária, dor interna e limitação aos movimentos e aos esforços (CID10 M19, M75, S920), a sequela instalada é definitiva e irreversível.

Emília ficou no período de 2009 a 2011 desempregada, sobrevivendo somente com o benefício assistencial Bolsa Família. Por orientação de conhecidos, solicitou o auxílio-doença no INSS em 2011, o qual foi negado. Ela recorreu judicialmente e obteve decisão favorável

para a sua concessão. Somente em janeiro de 2017 foi encaminhada para o PRP. Recebeu as orientações de retornar aos estudos, matriculou-se no EJA Ensino Médio. Emília fez curso de Uso Básico do Micro com Internet e decidiu recentemente que pretende trabalhar na área de estética. Já está inscrita nos cursos de Básico de Manicure e Pedicure, Básico em Maquiagem, só está aguardando o início das aulas no SENAC de Umuarama.

Emília é solteira, tem dois filhos 16 e 5 anos. Moram em Ercilândia, distrito de Brasilândia do Sul (2.719 habitantes) em casa alugada. A família vive somente com o benefício de 1 salário-mínimo da entrevistada e a pensão alimentícia das crianças.

3.4. O que eles têm a dizer de cada política

3.4.1 Previdência Social

a) Garantia do benefício previdenciário sem a necessidade de judicialização do pleito e/ou contratar intermediários/ advogados.

Em relação à judicialização do pleito do benefício por incapacidade, 70% dos segurados entrevistados relataram que precisaram recorrer à Justiça, destes 20% tiveram o requerimento inicial negado por falta de comprovação de qualidade de segurado e 50% tiveram alta pericial de forma inesperada, mas, como não tinham condições de retornar ao trabalho, buscaram reaver o benefício por via judicial.

Eleonor, que precisou acionar a Justiça por três vezes e em todas teve sentença favorável, relatou sobre o transtorno que a cessação do benefício gerou para ela, que é chefe de família:

Foi um período bem difícil, tive que pedir ajuda para minha família. Fiquei devendo em muitas lojas, com contas, tinha que comprar o material para os filhos, eu não tinha a pensão do pai deles. Foi difícil pra mim, eu tive que cortar muitas coisas, comprar só o necessário, a comida, pra falar a verdade (Eleonor).

Assim como ela, os outros trabalhadores também relataram a necessidade de recorrer à comunidade e familiares para obter auxílio material e financeiro no período em que o benefício foi cessado e aguardavam a decisão judicial. A média de espera para a conclusão do processo foi de seis meses, segundo os entrevistados. Isso representa um grande prejuízo na vida desses trabalhadores, que apesar de conseguirem receber o valor retroativo

posteriormente, tiveram que pagar os honorários advocatícios, descontando na sua renda mensal até quitar a dívida com o advogado contratado.

Como já relatado nesta dissertação, além do transtorno para o trabalhador, a judicialização causa impacto nas contas públicas, na medida que gera custos processuais, pagamento de juros, demandam servidores para análise, recursos materiais, entre outros gastos. Nesse contexto em que 50% receberam alta da perícia médica é de se questionar se a análise pericial tivesse sido mais completa desde o início, não evitaria a cessação indevida e o problema da judicialização? Entendemos que, para os casos de doenças e sequelas permanentes, e até mesmo de afastamentos de longa duração ou prognóstico desfavorável para retorno o trabalho, deveriam passar por uma avaliação com uma equipe interdisciplinar instrumentalizada pela CIF, no intuito de intervir e decidir sobre a melhor conduta a ser tomada. O perito médico que possui poucos minutos para tomar a decisão sozinho, certamente, utilizará do conhecimento restrito à sua formação para concluir sobre o caso, sem possuir a capacidade de verificar os outros elementos que envolvem a incapacidade para aquele sujeito em específico.

A análise realizada apenas pelo médico, unidimensional, contraria as recomendações feitas pelos organismos internacionais (OMS e ONU) no que tange à análise biopsicossocial, o que evidencia o distanciamento da prática institucional conservadora em relação os avanços das discussões em nível global.

Outro exemplo de alta inesperada, foi o caso do Eric, que por ser empregado voltou à empresa de vínculo após a cessação do auxílio-doença, porém, no exame médico de retorno ao trabalho foi considerado inapto: “[...] daí a médica do trabalho do escritório falou ‘nós não temos nada a ver com o senhor porque quem tem a ver com isso é o INSS’ daí eu fui direto no advogado, falaram desse jeito pra mim, você tem valor pra eles quando você trabalha” (Eric). Essa situação é um exemplo comum do “limbo jurídico”, em que o trabalhador não consegue acessar o seu direito trabalhista, nem previdenciário. A resolução desse impasse, de acordo com Massoni (2012):

Privado, indevidamente de seu benefício previdenciário, o trabalhador – ainda incapacitado e sem satisfatória reabilitação profissional – encontrará novas dificuldades de reingresso no mercado de trabalho, inclusive quando do retorno ao seu antigo emprego, ficando em uma espécie de “limbo jurídico”.

A tendência da jurisprudência trabalhista, em tais situações, é condenar as empresas ao pagamento de salários enquanto não resolvido o impasse entre o trabalhador e o INSS, havendo inclusive condenações por danos morais (MASSONI, 2012, p. 19).

O trabalhador teria direito ao salário no período em que não for resolvida a sua situação junto à previdência social. Embora, a jurisprudência seja favorável ao trabalhador, seria melhor que não chegasse a esse impasse, como ocorreu com o Eric, que lhe foi cerceado três direitos: à reabilitação profissional do INSS, ao auxílio-doença e ao salário pelo empregador. A ausência de intersectorialidade entre as políticas sociais comumente propicia essas lacunas, em que o trabalhador arca financeiramente por sua resolução por meio de contratação de um advogado.

Os benefícios concedidos sem intervenção judicial foram de 30%. Entretanto, Elzira queixou-se da falta de informação dentro do INSS, relata que precisou do CRAS do município para compreender o porquê seu benefício havia cessado, e com as orientações da assistência social conseguiu restabelecer o seu auxílio, sem necessitar de judicializar.

Percebe-se pelas respostas dos entrevistados, que a maioria se deparou com barreiras para ter o direito ao auxílio-doença reconhecido, sendo que a metade foi pelo fato de não conseguir comprovar a incapacidade laborativa na perícia médica.

b) Manutenção do padrão de vida antes e depois do afastamento: o valor do benefício é compatível com o que recebia de remuneração quando estava trabalhando.

No que diz respeito à manutenção do padrão de vida, 50% dos entrevistados consideraram que o valor recebido atualmente é muito inferior em relação ao rendimento que tinha quando estava trabalhando, isso causou um prejuízo grande para a família. O caso mais emblemático é de Euclides, que relatou o drama de sua esposa ficar doente na mesma época em que ele se afastou do trabalho. Somente este ano, ela conseguiu se aposentar por invalidez pela via judicial:

Eu não fiz mais nada, né. Eu fui vendendo o que eu tinha, fui vendendo gado, vendendo carro, minha esposa foi vendendo as datas que ela tinha também, porque ela ficou doente também [...] Ela vendeu dois terrenos e meio que ela tinha, sem contar a criação de gado que eu tinha, fui vendendo [...] Quem acabou ajudando praticamente em casa foi o meu filho, que trabalhava no posto de gasolina (Euclides).

Por sua vez, 30% dos entrevistados disseram que a renda melhorou com o benefício. Edna e Elzira relataram que como o contrato de trabalho delas era de empregada rural na diária, estavam com dificuldade de fechar um salário-mínimo no final do mês. Por causa dos problemas osteomusculares a produção delas foi reduzindo com o passar do tempo. Já Emília contou que, antes de receber o auxílio-doença estava desempregada, sobrevivendo somente do

Programa Bolsa Família do Governo Federal. Portanto, para elas, o auxílio-doença é a garantia de uma vida digna: “Ajudou muito, e ajuda até hoje... ajudou bastante, a gente pode ter uma vida melhor, né, mais digna” (Emília).

Somente 20% dos entrevistados manifestaram que o valor atual é praticamente o mesmo que recebia antes de se afastar, com a vantagem de não ter que se submeter aos trabalhos que agravavam o quadro clínico: “É tirando essa parte aí, tipo assim, quando eu trabalhava passava dor, essas coisas... agora eu tô mais, agora que encostei né, agora tô mais melhor um pouco” (Elias).

Quando os legisladores elaboraram a normativa referente ao valor do benefício de auxílio-doença, tiveram a intencionalidade de evitar que a renda obtida da previdência social desestimulasse os segurados a permanecer afastado do trabalho por longo período, por isso, o seu valor deverá ser inferior em comparação à remuneração que obteria pelo trabalho⁴⁰, desse modo, o beneficiário não recebe 100%, mas, 91% do salário de benefício⁴¹. Após março de 2015, é realizada também a média dos últimos doze meses do salário-de-contribuição para se comparar com o cálculo feito dos 91%. Entre os dois resultados, a renda mensal inicial (RMI) do benefício por incapacidade será aquela que tiver o menor valor, ressaltando que nunca poderá ser inferior a um salário-mínimo⁴².

Com a aprovação da Emenda Constitucional 103 de 12 de novembro de 2019, também denominada Reforma da Previdência, o valor do cálculo modificou, com isso o segurado que precisou acessar qualquer benefício do INSS, após essa data, receberá menos. Apesar de o discurso ser no sentido de manter o equilíbrio financeiro e atuarial da previdência, na prática, o trabalhador com incapacidade laborativa é bastante prejudicado, porque no momento em que ele mais precisa de recursos financeiros para custear o seu tratamento de saúde, seu ganho será inferior.

O trabalhador que possui somente sua força de trabalho como mercadoria, ao ter o adoecimento do corpo, fica despossuído da sua única fonte de renda. O caso de Euclides chama a atenção pelo problema que ele e sua esposa tiveram ao adoecerem na mesma época, a ponto de precisarem vender os seus bens para pagar às dívidas com tratamento de saúde. Diante disso, a recuperação clínica se torna mais difícil quanto menor à condição financeira

⁴⁰ O cálculo da renda mensal inicial (RMI) para o benefício de auxílio-doença está normatizado pela Lei Federal 8.213/1991 do art. 29, §10, incluído pela Lei 13.135/15, aos afastamentos que ocorreram a partir de 01/03/2015.

⁴¹ Em resumo, depois da Emenda Constitucional 103 de 2019, o salário de benefício é a média aritmética simples de todas as contribuições existentes do segurado desde julho de 1994. Para o auxílio-doença é aplicado a alíquota de 91%.

⁴² Princípio da Previdência Social “VI – valor da renda mensal dos benefícios substitutos do salário-de-contribuição ou do rendimento do trabalho do segurado não inferior ao do salário mínimo” Lei 8.213/91 art. 2º.

para custear o tratamento. Sendo que a falta de tratamento médico impacta diretamente na duração do benefício, elevando o tempo de afastamento do trabalho.

Para os entrevistados desta pesquisa, 50% consideraram o valor do benefício como favorável. Ressalta-se que estes recebem um salário-mínimo do INSS, e antes de se afastar, desenvolviam trabalho precarizado (mal remunerado) ou estava desempregado ou trabalhava doente, por isso, o benefício representa um mínimo de dignidade que eles poderiam ter. Nessa perspectiva, somente agora com a previdência estes trabalhadores conseguem ter uma segurança social, que antes não se alcançava em virtude da ausência de outras políticas sociais, especialmente a garantia do direito ao trabalho em ambiente seguro e processos produtivos saudáveis. Portanto, a renda obtida na previdência social é fundamental para a sobrevivência destes indivíduos e suas famílias.

c) Tempo de espera adequado para ser encaminhado para o Programa de Reabilitação Profissional e assim iniciar o quanto antes o acompanhamento, receber orientações a fim de garantir uma melhor preparação para o retorno ao mercado de trabalho.

Quanto ao tempo de espera para ser encaminhado ao Programa de Reabilitação Profissional, que se trata do período entre a data do afastamento até a data do primeiro atendimento de RP com a profissional de referência, logo após a indicação feita na última perícia médica do segurado. A média de espera dos dez entrevistados foi de 56,9 meses, que equivale a 4,74 anos, o que significa quase cinco anos em benefício até ser encaminhado para o PRP. Apesar do longo tempo, 60% deles consideraram que a espera foi favorável e o seu início em tempo adequado.

O recebimento do benefício é a garantia de uma renda certa, na contramão do problema do desemprego:

Posso falar a verdade? Enquanto eu estiver recebendo pra mim está bom, eu tenho os meus filhos pra criar né, porque emprego está difícil. A gente vê gente lá com faculdade, em Brasília está parado. Tem mulher lá que tem faculdade e não tem emprego (Emília).

Outro motivo é a questão clínica, estar bem de saúde para participar do PRP é fundamental para os entrevistados, como relata Evandro que está aposentado por invalidez e foi encaminhado para o PRP após 8 anos de benefício: “Ah, foi num tempo bom que chamou, porque logo no começo assim, o cara fica meio atordoado ainda, com a sequela do acidente. Se fosse no começo, eu não conseguia não”.

Elzira que está há mais tempo no PRP, cerca de 5 anos, vê como favorável, essa permanência longa.

Eu acho que está sendo favorável porque eu não tinha estudos antes. Olha o estudo que eu tinha, hoje, graças à reabilitação, já estou terminando o meu estudo, tá certo que não é fácil [...] e a firma também não é fácil, mas é bom porque você evita de cair numa depressão, olha o estudo que tenho hoje, então pra mim foi favorável (Elzira).

Já Eurico foi o único a ser encaminhado na primeira perícia, em menos de dois meses de benefício já estava sendo atendido pelo PRP: “Antes de receber a primeira parcela, eu já vim encaminhado pra cá pra reabilitação. Foi bom, porque eu tive mais orientações através de vocês [...] a gente aprende coisas novas, fazendo cursos, esses cursos que eu não faria se eu não estivesse na reabilitação”.

No entanto, 20% dos segurados consideraram desfavorável essa espera. A entrevistada que está há 15 anos em benefício e foi encaminhada para o PRP somente em 2018, acha que foi prejudicada pela indicação tardia ao Programa:

Eu acho que precisava ser bem no início, já ajudaria, passou muito tempo, desde 2004 olha quanto tempo [...]. Sim, pra mim seria bom, talvez eu já tivesse terminado os estudos, às vezes estaria capacitada em algum serviço que eu pudesse fazer, não brutal pelo esforço do braço, mas algo mais leve que eu pudesse fazer [...] passou 15 anos (Eleonor).

Os outros 20% dos entrevistados acham que é muito cedo realizar reabilitação profissional ou não teriam indicação de cumprir o PRP, por questões de saúde. Eric relata dores crônicas na coluna e está estudando somente por obrigação: “No momento não, e desde o dia que foi [encaminhado] e até agora não estou preparado para fazer reabilitação, eu estou fazendo porque não posso perder o meu benefício, porque como eu vou pagar as minhas contas?”.

Alguns relatos demonstram que nem todos os trabalhadores veem o Programa como oportunidade para o retorno ao trabalho, e sim a única possibilidade de ter uma renda fixa, enquanto realiza tratamento médico.

O tempo em reabilitação profissional é um elemento bastante controverso. No geral, o longo período em benefício é visto como uma barreira para o retorno ao trabalho. Um dos motivos é que o afastamento longo no histórico de vida do trabalhador pode gerar discriminação pelos recrutadores durante a seleção a uma vaga de emprego, reduzindo as chances da empregabilidade.

De acordo com a pesquisa de Vacaro e Pedroso (2011, p. 204), eles chegaram a conclusão de que o: “tempo em que [o segurado] permaneceu em benefício, até ser encaminhado ao programa ou até durante o mesmo, mostrou-se ser inversamente proporcional ao sucesso, ou seja, quanto maior o tempo em benefício, menor o sucesso”. Nesse mesmo estudo, eles verificaram também um outro elemento que auxiliou no sucesso da reabilitação em menor tempo: a condição de empregados, readaptados pela empresa de vínculo logo que iniciaram o Programa. Em contrapartida, os segurados desempregados e os empregados que não foram aceitos para readaptação pelo empregador tiveram uma taxa maior de insucesso de retorno ao trabalho.

Ressalta-se que no universo da nossa pesquisa 60% não têm vínculo empregatício e 40% que são empregados não tiveram oportunidade de readaptação dentro da empresa. Todos entraram no PRP com escolaridade incompleta e foram encaminhados para o EJA e cursos de qualificação profissional. Apesar das críticas em relação ao tempo, é necessário compreender como esses trabalhadores chegam no PRP e qual é o nível de inclusão nas políticas de trabalho/ emprego, educação, saúde e previdência social, pois, a ausência de uma delas interfere nas outras, como pode ser visto nos relatos dos entrevistados que ainda têm comprometimentos de saúde e baixa escolaridade.

Em vista disso, é correto afirmar que não se trata apenas do tempo, que deveria ser levado em consideração, mas a qualidade e a intensidade dos serviços oferecidos nesse período de afastamento. Logo nas primeiras semanas do diagnóstico da doença ou da ocorrência do acidente, é possível ter um prognóstico da condição deste trabalhador, devendo ele já receber os atendimentos e orientações necessárias para a recuperação da sua capacidade laborativa. Portanto, a reabilitação integral deveria iniciar antes mesmo do encaminhamento ao PRP do INSS.

3.4.2 Assistência Social

a) Inclusão nos serviços de Assistência Social do município, como programas de transferência de renda, oficinas socioeducativas, tarifa social de água e luz, programa habitacional, cursos de capacitação e qualificação profissional gratuitos, entre outros, se for o caso.

Todos os entrevistados relataram que já dependeram ou ainda dependem da política da assistência Social do município, sendo que 80% declararam ter recebido Bolsa Família do

Governo Federal alguma vez, o qual foi cortado quando já não estavam mais dentro dos critérios de inclusão, seja por causa da renda familiar que aumentou ou os filhos que atingiram a maioridade.

O dado apresentado provoca algumas reflexões sobre a relação da assistência social e o trabalho, que historicamente são colocadas em oposição, como forças contrárias, de tensão e contradição. Isso ocorre porque as pessoas que são consideradas vulneráveis socialmente e incapazes de desenvolver uma atividade laborativa, acabam recorrendo ao benefício assistencial (BPC). Mas, além deste público, há também um grande contingente de trabalhadores produtivos, que não conseguem uma colocação no mercado de trabalho por causa do desemprego estrutural, o que os leva a depender da assistência para sobreviver (SITCOVSKY, 2012).

Sitcovsky (2012) realizou uma análise da relação do Programa Bolsa Família com o trabalho precário. A sua pesquisa sobre o perfil do beneficiário evidenciou que a maioria dos usuários do Bolsa Família eram desempregados (51%), seguidos de trabalhadores rurais (15%), aposentados e pensionistas (4%) e cerca de 3% estavam empregados. Ressalta-se que no ano de 2019 o critério de renda para o acesso ao benefício é de R\$ 170 per capita, ou seja, até mesmo aqueles que são assalariados fazem parte da força de trabalho superexplorada do país, pois o salário é insuficiente para se manter e manter sua família. Os trabalhadores rurais que no período de entressafra não têm serviço e os desempregados que exercem atividade na informalidade ou os chamados “bicos”, por não conseguirem se incluir no mercado formal, acabam aceitando trabalhos precários, sem direitos trabalhistas e sem proteção previdenciária.

Nessa perspectiva, vê-se que os 80% dos entrevistados de nossa pesquisa vivenciaram ou ainda vivenciam situação de pobreza. Apesar de nenhum deles receber Bolsa Família atualmente, é provável que já tiveram experiência de trabalho precário. Isso nos permite concluir que há uma linha tênue entre estar na assistência ou na previdência social, mas que a qualquer momento, este trabalhador poderá voltar a ser beneficiário do Bolsa Família, caso não consiga se incluir no mercado de trabalho após a finalização do PRP.

A previdência e a assistência social deveriam fazer parte de uma rede intersetorial denominada seguridade social, no entanto essa rede não existe de fato, tanto é que Elisa relatou a dificuldade que vivenciou quando o seu Bolsa Família foi cessado, na época da concessão do benefício previdenciário, porém, logo em seguida o perito lhe deu alta, com isso ela ficou seis meses sem nenhuma renda:

Fiquei seis meses sem receber, nisso aí já me cortaram disseram que não pode ficar com dois benefícios do governo. Eu precisava receber ajuda, eles

falaram que iam me dar uma cesta. [...] Deu nada, falou que ia levar lá em casa, eu cheguei ir lá no CRAS, imagina você desempregada, dois filhos, os meus filhos não trabalhavam nesta época, [...], eu fui lá implorar, sabe o que é pedir ajuda? (Elisa).

A assistência social que é uma política pública que deveria garantir direitos sociais, em alguns casos ainda é vista como favor, benesse, e o cidadão precisa “mendigar” para ter um benefício. Outro relato é de Euclides que não está satisfeito com o atendimento no seu município, mas prefere não confrontar: “Infelizmente lá é assim, você tem que ficar quietinho, bonzinho, não pode ser mal, se não eles castigam”.

Esse estigma moralista da assistência social de ajuda aos pobres, que só teria acesso as pessoas de boa índole, não vagabundas, possui suas raízes na Lei dos Pobres, mencionada no início deste trabalho. Percebe-se que esse entendimento perdura até hoje no imaginário da população, o que obscurece a compreensão de que são sujeitos de direitos, e as conquistas legais vieram por meio de luta e não de caridade.

[...] é necessário romper com a ideia do direito como favor ou ajuda emergencial prestada sem regularidade e através de um processo de centralismo decisório; romper também com a lógica de que a assistência social sobrevive apenas com os recursos residuais do investimento público (serviços pobres para pobres!) e ainda: romper com o uso dos recursos sociais de maneira *clientelista* e *patrimonialista* (YAZBEK, 2008, p. 102).

A persistência desta visão distorcida da assistência social se deve muitas vezes às práticas clientelistas dos próprios governantes, além do baixo investimento nesses serviços, tornando-os bastante focalistas e seletivos, a ponto de nem sempre proporcionar a dignidade humana e a emancipação dos seus usuários conforme se propõe. Mesmo assim, a política é fundamental, na medida que possibilita o acesso a bens e serviços para melhoria da condição de vida da população mais pobre.

Do total dos entrevistados, 30%, relataram que ainda são beneficiários da assistência social por meio do Programa Leite das Crianças⁴³ do Governo do Paraná, Programa Luz Fraterna⁴⁴ e Passe Livre⁴⁵ interestadual e intermunicipal.

Edna relatou que foi contemplada pelo Programa Habitacional Minha Casa Minha Vida, sendo ela chefe de família e mãe de três filhos, conseguiu adquirir a casa própria, utilizando-se do valor que tinha do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Percebe-se que a assistência social é essencial para esse público específico, que sobrevive com um

⁴³ Programa estadual de combate a desnutrição infantil direcionado a crianças de 6 a 36 meses, provenientes de famílias pobres. A concessão é de um litro de leite diário.

⁴⁴ Também denominada de Tarifa Social de Energia Elétrica, que garante a conta de energia com valor reduzido ou até mesmo zerado, de acordo com os critérios da Lei Estadual nº 17.639 de 31/07/2013.

⁴⁵ Programa de gratuidade nas passagens rodoviárias por ser pessoa com deficiência de baixa renda.

salário mínimo ou um pouco mais, sendo uma forma do Estado tentar compensar o baixo rendimento ao complementar a sua renda ou fornecer produtos e serviços de forma gratuita, porém não propiciando ao seu beneficiário a superação da pobreza.

b) Apoio à pessoa com deficiência, orientação sobre direitos e benefícios, a forma de acessá-los nos âmbitos: municipal, estadual e federal; e encaminhamento para as entidades que prestam esse atendimento especializado no município.

Somente o entrevistado Evandro relatou que buscou a assistência social para atendimento relacionado aos direitos da pessoa com deficiência. Ele conseguiu o passe livre intermunicipal e interestadual pelo CRAS. Os demais referiram desconhecerem terem direito como pessoa com deficiência, por isso, nunca buscaram orientação na assistência social sobre este assunto.

A dificuldade de definição do que é ser “pessoa com deficiência” se esbarra na falta de instrumental para avaliação biopsicossocial, a qual deverá ser realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, de acordo com o Estatuto da Pessoa com Deficiência em art. 2º. Portanto, essa ausência no Poder Executivo acaba sendo uma grave barreira para o acesso de pessoas com deficiência aos serviços especializados.

3.4.3 Saúde

a) Acessibilidade ao acompanhamento médico especialista, clínico geral ou outros profissionais, garantindo o retorno nos períodos estabelecidos.

Em relação ao acesso ao acompanhamento com médicos e outros profissionais pelo SUS, 70% dos entrevistados relataram dificuldade para agendar consulta em prazo razoável, variando de seis meses a mais de três anos. Elisa relatou sua indignação por estar aguardando o retorno com reumatologista há três anos, sem previsão de agendamento:

[...] porque ele dá receita pra você pra três meses ou só pra aquele dia, pra você conseguir outra receita de novo, você tem que consultar tudo de novo, porque só vale para aquele período a sua receita, aí já atrasa todo o tratamento [...] Bom, aí você vai lá e falam a mesma coisa “espera, aguarda, que a gente vai ligar”. Aguarda, aguarda até quando? Faz mais de três anos que estou esperando essa consulta com ela (Elisa).

Outra questão levantada por Elisa é a indispensabilidade de comprovar periodicamente a manutenção da incapacidade por meio de atestados e laudos médicos, sob o risco de ter o benefício cessado na perícia do INSS.

[...] eu tinha que passar pelo médico, precisava trazer um atestado aqui no INSS, ele vale 6 meses, se eu não conseguir consulta até 6 meses ou até o dia da perícia, não tem como, porque eles não aceitam exames antigos, mais de 6 meses eles não aceitam, o INSS não aceita também não, porque eu já vim aqui, e disseram ‘esse daqui não serve’, e já pedem até no papel pra fazer novos exames (Elisa).

Como relatado por ela, quando há demora para conseguir uma vaga de retorno com o médico especialista, os exames médicos por ele solicitados se tornam “antigos”, perdendo a sua validade. Outra consequência disso é o risco de ter o benefício de auxílio-doença indeferido, pois, a condicionalidade para sua manutenção está atrelada a apresentação de documentos médicos recentes, nem sempre obtidos em tempo hábil no SUS. A necessidade de se comprovar periodicamente a incapacidade laborativa da forma como é exigida pelo INSS, é uma espécie de “*via crucis*” para o trabalhador:

O tratamento também é individualizado e marcado pela suspeição. O próprio conceito de perícia implica que algo deve ser periciado, testado, verificado para atestar a verdade, a qual não é reconhecida pela palavra trabalhador e do médico que o acompanha. A já citada “*via crucis*” do trabalhador na via institucional-legal, a qual o trabalhador é obrigado a percorrer após adoecer ou acidentarse no trabalho, evidencia um caráter punitivo da prática de atenção à saúde do trabalhador dentro da perspectiva da Medicina do Trabalho (NARDI, 1999, p. 107).

Diferente do que se preconiza na Saúde do Trabalhador, a lógica Medicina do Trabalho que rege o exercício da função do perito médico do INSS, demonstra a racionalidade positivista na sua busca por um culpado, desse modo, a culpa acaba recaindo ao próprio trabalhador (NARDI, 1999). A visão moralista de que o trabalhador não se cuidou, não adotou as medidas necessárias para a prevenção do acidente/ adoecimento, e que sua recuperação depende somente dele, são algumas concepções de caráter positivista que desconsideram o sujeito e sua relação com os processos produtivos e meio ambiente que está inserido, eximindo da responsabilidade de outros partícipes desse sistema, como o Estado e o empregador, por exemplo.

Outra questão levantada pelos entrevistados foi a corrupção na administração pública, Eleonor relatou que isso afetou o pagamento dos profissionais do SUS: “Olha estava tendo [médicos especialistas], mas, no momento disseram que tinha parado, porque na nossa cidade

teve uns desfalques e desvio de dinheiro, aí os médicos já não estavam atendendo mais por falta de pagamento”. Uma das consequências disso é que o seu município, Cruzeiro do Oeste, por inadimplência foi retirado do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISA/ Amerios) da 12ª Regional de Saúde, prejudicando sobremaneira a população mais pobre, que dependia do Consórcio para consultas médicas de diversas especialidades.

Já Euclides reclamou do favorecimento de alguns em detrimento de outros: “Se chega uma pessoa que tem um poderzinho mais um pouco, que agrada eles, eles atendem. É desse jeito lá, a gente tem que chegar, ficar quietinho, na humildade”. Esses relatos demonstram problemas na gestão dos serviços públicos, quando o poder econômico está acima dos interesses coletivos, e também, como a questão da desigualdade social afeta a saúde da população.

Para corroborar com essa tese, reproduzimos o relato de Elias, que elogiou o serviço de saúde do seu município, porém, ao ser questionado se sempre foi assim, ele relatou que por possuir escoliose congênita, precisou de um colete ortopédico quando criança: “Daí na época, quando eu era pequeno, era pra usar colete, mas era muito caro e assim, ninguém ajudava, aí ficou. Daí foi agravando, agravando com o crescimento [...]”. Concluiu que não há mais o que ser feito atualmente, pois, a cirurgia seria de grande risco segundo o seu médico. Frequentemente, o tratamento médico precoce reduz as chances de agravamento de diversas patologias, porém no caso dele, não houve essa oportunidade por questões econômicas.

A médica epidemiologista Rita Barradas Barata (2009), em seu livro “Por que a desigualdade social faz mal a saúde”, expõe as principais teorias sociais que explicam o problema da desigualdade social e sua relação com a saúde da população. Dentre as quatro citadas por ela, destacamos duas: a teoria estruturalista ou materialista, identificada como a mais antiga, que correlaciona o montante de riqueza de países ou grupos sociais como determinantes do estado de saúde, ou seja, “a falta ou insuficiência dos recursos materiais para enfrentar de modo adequado os estressores ao longo da vida acaba por produzir a doença e diminuir a saúde” (BARATA, 2009, p.16). A outra teoria utilizada na América Latina é a da determinação social do processo saúde-doença:

Essa teoria analisa a constituição do próprio sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades, dando maior ênfase aos mecanismos de acumulação do capital e à distribuição de poder, prestígio e bens materiais deles decorrentes. A posição de classe e a reprodução social passam a ser vistas como os principais determinantes do perfil da saúde e doença (BARATA, 2009, p. 18).

O Brasil está em 9ª posição no ranking dos países mais desiguais do mundo, segundo informação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)⁴⁶ e isso está relacionado com o acúmulo de riqueza, concentração de poder, má distribuição de renda e desemprego em grande escala, que atinge uma parcela significativa da população. Os entrevistados vivenciam as desvantagens de pertencerem a classes sociais mais baixas, porém, não importa o quanto o país consiga crescer economicamente, se não houver a promoção da equidade na oferta dos serviços públicos, dedicando-se de modo especial a aqueles que mais necessitam do Estado, a reprodução de desigualdade persistirá.

b) Disponibilidade de medicamentos de uso contínuo ou controlados e outras terapêuticas.

Quanto à disponibilidade de medicamentos gratuitos, 50% referiram que conseguem todos ou a maioria pela rede pública de saúde e os outros 50% não tem acesso fácil ou precisam comprar os mais caros, recebendo somente os de menor custo. Isto significa, que metade dos entrevistados relataram que utilizam o seu benefício para adquirir medicamentos de alto custo, entretanto, a renda do benefício deles varia entre 1 a 1,5 salário-mínimo, o que se deduz que, o tratamento medicamentoso impacta de modo significativo no orçamento familiar. Além disso, 30% declararam pagar plano de assistência familiar e funerária, para conseguir desconto em consultas médica e remédios, utilizando o plano quando o SUS não atende às suas necessidades. Nenhum deles tem plano de saúde.

Nessa perspectiva, se presumirmos que remédios de gerações mais avançadas, mais eficazes e com menos efeitos colaterais têm custos mais altos, dificilmente serão acessíveis às classes mais baixas, portanto, a mesma patologia em uma pessoa de maior poder aquisitivo será tratada de modo diferente e sua recuperação clínica poderá ser mais efetiva. Novamente, a questão da desigualdade de poder e renda tende a aprofundar as desvantagens sociais dos mais pobres.

c) Tempo de espera para a realização do procedimento cirúrgico ou exames médicos essenciais para o tratamento de saúde.

⁴⁶ Brasil mantém tendência de avanço no desenvolvimento humano, mas desigualdades persistem (postado em 14 de setembro de 2018). Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2018/brasil-mantem-tendencia-de-avanco-no-desenvolvimento-humano--mas.html>> Acesso em: 16 set. 2019.

No que diz respeito ao tempo de espera para a realização do procedimento cirúrgico ou exames médicos essenciais para o tratamento de saúde, 70% reclamaram da demora, 20% consideraram rápida a espera e 10% não soube informar.

Foi relatado por Elisa que o exame de eletroneuromiografia que o seu ortopedista solicitou não tem pela rede pública do seu município. Ela foi orientada pelo próprio médico a entrar com pedido via Ministério Público Estadual. Há casos em que os profissionais do SUS se veem impedidos de prescrever exames ou cirurgias que não são oferecidos pelo poder público, mesmo assim, pela necessidade do paciente, eles o orientam a recorrer judicialmente. Da mesma forma como ocorre com a previdência social, muitas vezes a judicialização é o único caminho para o acesso ao serviço de saúde.

Para conseguir uma ressonância magnética de forma mais rápida, 20% dos entrevistados tiveram que pagar para a prefeitura: “Demorou um monte [...] chegou a quatro meses por aí. Aí eles ajudaram, mas eu tive que pagar com um pouquinho também, entrar com mais cento e pouquinho[...] Não, não foi cem por cento gratuito não” (Euclides). Outro relato de pagamento foi de Edna para o mesmo exame, porém em outro município:

[...] a tomografia consegui pelo SUS, mas a ressonância eu não consegui marcar tão logo. Aí eu peguei e paguei a metade, daí falei assim: se eu pagar metade, marca logo? Aí marcou com doze dias, aí eu paguei quatrocentos e cinquenta reais. Uma ressonância é novecentos reais, eu paguei quatrocentos e cinquenta e o SUS quatrocentos e cinquenta (Edna).

Os casos apresentados revelam irregularidades dentro do SUS no âmbito municipal, que nem sempre é denunciado pela população, que vê a cobrança como “oportunidade” para resolver a sua situação de forma mais ágil. Alguns tiram proveito próprio das falhas do sistema, mas, há de se questionar onde estão as raízes dessas falhas na universalização de acesso?

Segundo a Constituição Federal de 1988 no art. 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, e Lei 8.080/90⁴⁷ art. 7º, as ações e serviços públicos de saúde devem obedecer o princípio da universalidade em todos os níveis de assistência, portanto, o Estado deve oferecer o serviço de saúde gratuitamente, sendo proibida a cobrança de qualquer espécie. Entretanto, a universalização na prática possui profundas contradições:

Ao não se consolidar como sistema universal, o SUS não rompe com a histórica linha divisória que o segmenta entre os que podem e os que não podem pagar pelo acesso à saúde, seus princípios não são completamente

⁴⁷ Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União em 20.09.1990.

concretizados. Mesmo com a garantia legal, se o acesso não é instituído, então o que predomina é a negação do direito de todos (SOUSA, 2014, p. 233).

O SUS não consegue se efetivar enquanto sistema para todos e por isso, frequentemente é demandado que suas ações sejam focalizadas no sentido de garantir atendimento aos mais pobres e necessitados, o que é uma contradição, pois ser focalista é contrário de ser universal. Sousa (2014) aponta que organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) sob a orientação neoliberal, impuseram ao Brasil medidas econômicas ao longo dos últimos vinte anos com o objetivo de restringir os recursos e precarizar o SUS, por meio de um “processo de desregulamentação da economia e do mercado de trabalho, bem como a minimização do Estado com um processo de enxugamento”, inviabilizando assim a concretização da universalidade do SUS. Ao mesmo tempo que, potencializa a ampliação do segmento privado na saúde, concorrendo como sistema público.

Destarte, o objetivo do Estado Neoliberal é a privatização dos serviços de saúde, e o processo de enfraquecimento do SUS é um problema que atinge a coletividade, uma vez que, num país como o nosso, de grande desigualdade social, o processo de saúde-doença está atrelado às condições sociais e econômicas que vive a população.

Em suma, percebe-se que não há intersetorialidade entre as três políticas que compõe a seguridade social: previdência, assistência social e saúde, e muitas vezes, além da falta de interação entre elas, há conflitos nos serviços e várias lacunas, demonstrando não ser um sistema integrado e distante de ser universal.

3.4.4 Educação

a) Inclusão na Educação de Jovens e Adulto (EJA) das escolas públicas, com qualidade no ensino, adaptações, apoio de professores e colegas, transporte público disponível, que atendam às necessidades das pessoas com deficiência e aos reabilitandos do INSS.

Dos entrevistados, 80% estão frequentando a escola. Esses segurados relataram estar bastante satisfeitos com a inclusão escolar e apoio que recebem da equipe pedagógica: “São bem atenciosos, os professores são excelentes, os coordenadores da escola, tudo, diretor [...]” (Eurico). Nesse quesito, Elisa contou o incentivo que recebeu do seu professor:

[...] falei assim: ah o meu sonho é ser professora pra dar aula pra criança, aí ele falou assim “porque você não tenta, continua estudando é bom, você não vai se arrepender, uma coisa que você vai levar para o resto da sua vida, ninguém tira de você”. É verdade, é uma coisa que não vão tirar de mim é o que você aprendeu (Elisa).

Eleonor também elogiou sua escola: “Muito boa, só tenho o que falar de bom da minha escola, da professora, muito paciente, muito dedicada não só pra mim, mas pra todos os alunos, ela é boa demais. E o atendimento lá é muito bom, a alimentação boa, é merenda, sou bem tratada, tem ônibus escolar. É de qualidade”.

No entanto, 30% dos segurados relataram sofrer discriminação pelos colegas ou sentir vergonha devido à condição de saúde e pela obrigatoriedade imposta pelo INSS de frequentar as aulas. Eric relatou que os colegas não entendem porque ele está lá, precisando comprovar com documentação a sua frequência junto ao INSS “Ah porque uns ficam tirando sarro, né [...] alguns falam que a gente tem alguma coisa com a Justiça, porque é obrigado, ninguém é obrigado né, eles falam assim, já falaram várias vezes”. Elisa diz que alguns colegas não entendem sua limitação física no braço “Na escola, você ouve buxixo: sei não, isso é manha, não quer escrever”.

No caso do Elias, o problema é que não há oferta de EJA Ensino Médio no seu município, portanto, precisou se matricular no ensino regular com os adolescentes:

É difícil, porque você está vendo ali aquelas pessoas mais novas e a gente mais velho dentro de uma sala de aula, passa alguém fica olhando [...] porque só vê crianças no caso, quem está no primeiro ano é criança, e a gente lá quase de idade, estudando de novo, né. [...] Mas é bem chatinho de frequentar a escola assim (Elias).

Ao ser questionado se o estudo é apenas uma imposição do INSS ou se existe por parte dele a vontade de concluir o ensino médio, ele respondeu: “Não, eu vou terminar, porque ... ah, eu não vou mentir, porque é a metade, tipo assim, eu estou fazendo a minha parte e no caso o INSS está fazendo a parte dele. Então, no caso, eu estou me ajudando e o INSS também está dando uma oportunidade pra mim” (Elias).

A despeito da discriminação dos colegas e dos problemas estruturais da política educacional, os relatos demonstram a importância dada aos estudos pelos entrevistados, sendo que a elevação de escolaridade no período em que está em benefício é visto como uma oportunidade de melhoria de sua condição de vida.

Em contrapartida, os 20% dos entrevistados que não estão matriculados explicaram a dificuldade de estar na escola. Emília não tinha com quem deixar o seu filho de 5 anos: “[...] eu levava o meu molequinho na escola, né, sempre [...]. Eles estavam querendo que eu não

levasse mais ele não, era só duas vezes na semana. ‘Ah, se for pra trazer, você tem que parar de estudar’ falou desse jeito pra mim” (Emília). Ela conseguiu frequentar a EJA por algum tempo, mas sentiu um grande alívio de poder deixar de estudar para frequentar os cursos de qualificação do PRP. A elevação de escolaridade garante a manutenção do benefício enquanto a pessoa ainda não está fazendo cursos, por isso, é uma opção quase que obrigatória para aqueles que precisam se manter no Programa e continuar recebendo o benefício.

Esse caso evidencia a falta de apoio às trabalhadoras que são mães e não têm com que deixar os seus filhos para frequentar as aulas. Principalmente, as mulheres mais pobres, acabam sendo excluídas do sistema escolar.

Euclides relata que a escola não entende a sua condição de saúde e não promoveu nenhum apoio para a sua inclusão: “Aí eu chego lá, pra explicar tudo, parece que eles ficam assim, fazendo mal gosto para me entender [...]. É, a gente se sente humilhado, maltratado”. Além da doença ortopédica, ele apresenta transtorno psiquiátrico associado. Refere muita dificuldade de permanecer na sala de aula, gostaria de estudar, mas a escola não tem interesse em se adaptar às suas necessidades atuais.

Nos relatos foi possível identificar que a escola nem sempre consegue ser inclusiva, conforme preconiza a Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) em seu capítulo IV, sobre o direito à educação. O problema da discriminação ainda é uma das barreiras atitudinais que dificulta a permanência escolar das pessoas que possuem limitações sejam elas de natureza física, mental ou sensorial.

b) Conclusão do Ensino Fundamental e Ensino Médio na EJA em tempo satisfatório para o aluno: ofertas frequentes de disciplinas para melhor aproveitamento nos estudos

No que se refere à conclusão do Ensino Fundamental e Ensino Médio na EJA em tempo satisfatório para o aluno, 60% dos entrevistados não estão satisfeitos com o tempo, consideram muito demorado. Entre os principais problemas é a baixa oferta de disciplinas, porque não há alunos suficientes para abrir uma turma ou não há professores para lecionar.

Eric reclamou: “Demora hein, ano passado passamos inteirinho pra fazer duas matérias” Ele está frequentando o Ensino Fundamental, que é composto atualmente por 8 disciplinas. Nesse ritmo de duas matérias por ano, ele terminaria em 4 anos. Edna tem pressa em terminar o ensino médio e se sente incomodada de ficar dois dias em casa sem estudar, ela também faz cursos de qualificação durante o dia:

Eu queria é terminar tudo agora, no meio do ano. Só que a questão é que não tem professores, o que eles podem fazer pela gente eles fazem. [...] Sim, eu só tô com três dias de aula, dois dias ficam perdidos, fico parada em casa, porque não tem professor pra dar aula (Edna).

Uma das possibilidades de concluir mais rápido é a participação nos chamados “provões” tanto do Estado do Paraná (EJA *Online*), quanto do Governo Federal (ENCCEJA). Esses exames permitem que o candidato elimine as disciplinas, nas quais obteve nota acima do critério mínimo determinado pela banca examinadora. Com isso, o aluno pode reduzir o tempo de conclusão da fase escolar que está cursando, sem precisar se matricular nas matérias eliminadas nos exames. O problema ocorre quando o candidato consegue a certificação por mera “sorte”, considerando que as questões são objetivas, de múltipla escolha, com exceção da redação, e mesmo em posse do diploma, o aluno não se sente apto para prosseguir nos estudos, seja num curso técnico ou graduação. Outra crítica é quanto a qualidade da EJA, que certifica todos os alunos que frequentam as aulas regularmente, sem haver uma avaliação criteriosa do desempenho de cada um.

Contraditoriamente, todos os segurados que estão no PRP são incentivados a fazer esses exames de certificação anualmente, por causa da cobrança institucional, que não permite que fiquem longo tempo somente só em elevação de escolaridade, mas concluam o Programa em menor prazo possível.

Há um interesse do Estado em elevar o nível de escolaridade da sua população, no sentido de ostentar internacionalmente os índices e estatísticas brasileiros, porém, a quantidade de anos estudados nem sempre vêm acompanhado de qualidade de aprendizagem. A questão posta é se de fato os estudantes estão conseguindo ter acesso ao ensino de qualidade, uma vez que se observa o sucateamento da política educacional, com redução gradativa de investimentos e falta de recursos humanos para atender toda a demanda proposta?

c) Participação em cursos de qualificação profissional em instituições conveniadas ao INSS ou órgãos parceiros, possibilitando qualidade, diversidade para escolhas, de acordo com as expectativas, interesses e habilidades do reabilitando.

Em relação às barreiras para a participação em cursos de qualificação oferecidos pelo INSS, por meio da rede conveniada (SENAC, SENAI e outros), 50% dos entrevistados demonstraram motivados e satisfeitos com os cursos ofertados pela instituição. Elias vê como uma oportunidade a qualificação, já que sua renda nunca permitiu que pudesse fazê-la ao

longo da sua vida: “Porque que nem diz o outro, a gente já ganha pouco, a gente pra pagar um curso, vai tirar do salário e vai comer o quê? Então, agora que eu estou vendo que tem essa ajuda, aí está sendo mais fácil” (Elias). Essa é uma realidade da maioria dos segurados, que vivendo com um salário-mínimo, dificilmente conseguiria custear uma qualificação profissional, sabendo-se que não é frequente a oferta de cursos gratuitos e quando há, concentram-se mais em municípios de médio e grande porte. Ressalta-se que nenhum dos entrevistados havia realizado cursos anteriores a sua entrada na reabilitação profissional.

Elzira também considerou importante o curso de informática básica que fez pelo PRP: “É bom, porque tem coisas que você às vezes tem dúvida no computador, pelo menos você já sabe ligar e desligar, já sabe entrar em alguma coisa. Então eu achei bom”.

A realidade da maioria dos entrevistados é a exclusão digital, que não tende a se resolver somente com um curso de computação de 54 horas promovido pelo SENAC, é imprescindível o contato frequente com equipamentos de informática como notebook ou computador para se manter atualizado diante das rápidas mudanças que ocorrem no mundo digital. Novamente, a baixa renda surge como uma barreira para a aquisição de produtos, nesse caso, de natureza tecnológica, que auxiliaria na verdadeira inclusão digital, e de certa forma favoreceria à empregabilidade destes trabalhadores.

Os outros 50% dos segurados visualizam barreiras, como o exemplo de Elisa, que está realizando o quarto curso, mas se sente angustiada por não ver de que forma todo esse aprendizado poderá se transformar em possibilidade de trabalho:

Achei que deveria ter coisa a mais, ainda mais na nossa área pra gente trabalhar, entendeu? [...] você trabalhando você se diverte, conhece pessoas diferentes [...] como fala? Você não está se sentindo inválida. Ah, tem dia que você pensa assim, não vou poder fazer nada, meu deus? Eu queria estar trabalhando, como a gente era acostumada, eu acordava todo dia 5 horas da manhã, eu não ligava não, eu trabalhava contente no meu serviço, sério mesmo(Elisa).

Elisa representa muitos trabalhadores em reabilitação profissional que gostariam de voltar para a mesma profissão, portanto, realizam cursos, com os quais não se identificam, gerando grande frustração por não visualizar alternativas de retorno ao trabalho.

Ainda com relação às barreiras, 20% dos entrevistados não foram encaminhados para nenhum curso ainda devido à baixa escolaridade, por isso não puderam opinar nesta questão e os outros 20% relataram que o que dificulta a participação é a condição desfavorável de sua saúde: “Problema de fazer curso? Não tem problema nenhum, o problema é a dificuldade da

pessoa [...] no caso é o problema da enfermidade, né. Problema é só isso, os cursos ainda é bom” (Eric).

Sobre a questão da capacitação dos trabalhadores é importante ponderar alguns aspectos que permeiam as falas dos entrevistados. Em primeiro lugar, o investimento financeiro em qualificação pelo Estado é uma forma de beneficiar o próprio mercado, quando ele contribui para a gestão da mão-de-obra, qualificando os recursos humanos para ampliar a produtividade das empresas (FALEIROS, 2000, p. 47). Portanto, o pagamento de cursos segue a lógica de favorecimento do mercado, prioritariamente, e não o fator desenvolvimento humano do trabalhador, que busca a realização pessoal e profissional por meio da aquisição de novos conhecimentos. Por isso, a visão dicotômica da qualificação profissional, que de um lado é vista como oportunidade de crescimento individual e de outra barreira, pois a realização de cursos não garante necessariamente inclusão, uma vez que as regras impostas pelo mercado exigem na realidade a produtividade em menor tempo e menor custo.

De acordo com Antunes (2009), com o advento do modo de produção toyotista, em substituição ao taylorismo e fordismo, o mercado passou a demandar trabalhadores qualificados e ao mesmo tempo polivalentes e multifuncionais:

Ele deve ser mais “polivalente” e “multifuncional”, algo diverso do trabalhador que se desenvolveu na empresa taylorista e fordista. O trabalho que as empresas buscam cada vez mais não é mais aquele fundamentado na especialização *taylorista* e *fordista*, mas o que floresceu na fase da “despecialização multifuncional”, do “trabalho multifuncional”, que em verdade expressa a enorme *intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalho* (ANTUNES, 2009, p. 249).

Diante das rápidas transformações nos processos produtivos, a classe trabalhadora nem sempre consegue se adequar às exigências do mercado, gerando sofrimento psíquico e sentimento de inutilidade, como é o caso de Elisa. Além disso, outro problema visualizado na reabilitação profissional é que as patologias impõem limites para o corpo físico, o trabalhador não se vê plenamente capaz de desenvolver atividades em ritmos intensos e com alta produtividade como realizava antes do adoecimento. No entanto, isto não significa que o trabalho deixa de ter sentido para os entrevistados, ao contrário, a vontade de ser “produtivos” manifesta-se em seus depoimentos, principalmente no próximo tópico.

3.4.5 Trabalho

a) Apoio ao trabalhador no período de afastamento, oportunidade para readaptação funcional e treinamento pela empresa de vínculo.

Do total de entrevistados, apenas 40% estão empregados, e destes, somente a metade foi oferecida nova função pela empresa de vínculo. No entanto, no caso de Edna, a atividade proposta de trabalhar na capina química, utilizando-se de uma bomba costal com agrotóxico é totalmente incompatível com o seu quadro clínico, considerando os transtornos dos discos lombares, que a impedem de carregar peso. A própria perícia do INSS não aprovou essa função:

Eu acho assim, que eles deveriam oferecer outra coisa melhor pra gente, porque eu machuquei trabalhando, eu não caí lá na roça de um dia para o outro, então, foi devido o serviço que fui fazendo, e eu fiquei muitos anos num serviço só. Eu tenho quinze anos só no plantio, plantando cana. E eu pedi muita oportunidade pra eles pra mudar de serviço. E eles não me deram oportunidade [...]. A função que eles ofereceram é passar veneno, é mesmo que estiver no plantio, plantando cana. Porque é uma máquina nas costas o dia inteiro, e anda trinta a quarenta quilômetros por dia tem vez. É de um lado a outro, como é que eu vou? Às vezes eu estou de pé, estou travando (Edna).

Edna e Elzira são empregadas da mesma Usina, porém, em unidades diferentes, apesar desta empresa não estar cumprindo a Lei de Cotas (pelo número de pessoas com deficiência e reabilitados em seu quadro funcional ser inferior ao estabelecido legalmente), ela não se dispôs minimamente a readaptar suas funcionárias, demonstrando o desinteresse em promover a inclusão social.

O segundo entrevistado que teve oportunidade de readaptação foi Eric, a ele foi oferecida a função de montador de caixas de papelão. Porém, quando estava em fase de treinamento pelo INSS, ele precisou interrompê-lo para realizar uma nova cirurgia na coluna, ao todo passou por três cirurgias nesse período de afastamento laboral. Ele relata que já tinha um problema na coluna enquanto trabalhava, mas que se agravou após a queda sofrida no ambiente de trabalho:

Caí na empresa, daí acabou de machucar o resto [...]. Não teve CAT, caí lá jogando água nas esteiras, aí assim foi até comprovado, passei pelo juiz da Justiça Federal, da Justiça do Trabalho, aí levei uns caras lá e mais eu e eles levaram umas turmas lá. E está na Justiça até hoje. [*Entrevistadora: O que você está requerendo?*] Indenização, mas fechou, faliu, né (Eric).

A referida empresa encerrou suas atividades em decorrência da Operação Carne Fraca da Polícia Federal em 2017, após constatação de diversas irregularidades, não havendo mais possibilidade do entrevistado ser readaptado lá.

Um outro fator que obstrui a volta ao trabalho na empresa de vínculo é o preconceito. Segundo Elisa, o temor é real:

Acho que não vai ser a mesma coisa, acho que não vai ser o mesmo tratamento, vai ter muita discriminação, não pelos patrões, pelos funcionários [...]. Vão falar pra você que você está com manha, que você não tem nada, está pagando médico pra ficar em casa, está comprando o médico do INSS, nossa, se você ver cada coisa que eu ouvi ali, que no começo fiquei com depressão (Elisa).

Diante disso, a questão que fica é: o que esperar do poder público frente à situação de negligência por parte das empresas? Inference-se que para a reabilitação ser integral deveria contar com parcerias, visitas técnicas nas empresas, verificação de postos de trabalho e suas devidas adaptações, promover sensibilização dentro dos setores que receberão de volta o reabilitado, entre outras medidas.

A empresa que tendo possibilidade de oferecer readaptação por seu porte, e mesmo assim se recusa a oferecer nova atividade ao seu funcionário, não sofre nenhum tipo de penalidade, porque na prática o INSS, apesar de ser um órgão federal, não tem poder de obrigá-las a isso. Por esse motivo, o sucesso da reabilitação está intimamente atrelada à receptividade dos empregadores e dos recursos humanos e também da forma como é conduzida esta difícil negociação, visto que o Estado possui pouco poder em relação ao mercado, pois ele também se submete às suas regras quando aprova leis que beneficiam este ou se isenta de fiscalizar aquelas que favoreceriam os trabalhadores de alguma forma, como é o caso da Lei de Cotas e as relacionadas às inspeções nos ambientes de trabalho.

b) Inclusão das pessoas com deficiência (PCD) e reabilitados ao mercado de trabalho nas vagas de cotas, conforme Lei 8.213 de 1991, art. 93, em local mais próximo da residência e/ou acessível com disponibilidade de transporte coletivo ou particular.

Quando questionados se conheciam pessoas com deficiência inseridos pelas vagas de cotas de PCD nas empresas ou órgãos públicos de seu município, 80% relataram desconhecerem, portanto, a questão da inclusão profissional na condição de reabilitados

parece ser algo distante da realidade dos entrevistados. Os motivos são variados, começando pela questão do desemprego nas cidades pequenas:

Ó, o que tem lá é usina, o povo está tudo empregado na usina. E o que tem lá depois é mercado, tem o banco, só comércio. Fábrica, não tem fábrica de nada. O povo que está desempregado da usina [...] mandou acho que quinhentas pessoas embora e vai mandar mais. Então, muitos vêm aqui pra Umuarama, [buscar] serviço pra trabalhar, [...] às vezes vai carpir mandioca, trabalhar de pedreiro, porque não tem onde empregar (Edna).

A referida usina entrou em recuperação judicial em 2019, por esse motivo, a demissão em grande escala informada pela entrevistada tem levado muitos trabalhadores a buscarem serviços informais na cidade de Umuarama, que é a maior da região.

A migração de trabalhadores ocorre também no sentido inverso, segundo Eurico, por causa da terceirização, os moradores de sua cidade estão perdendo postos de trabalho para os de Umuarama:

[...] lá na Prefeitura foi tudo terceirizado para empresas de fora. Tem uma empresa catadora de lixo, dessas coisas e tudo, que a turma vai daqui, sendo que podia ter emprego para as pessoas de lá, e o emprego é a firma daqui de Umuarama, que vai com os funcionários daqui, para fazer isso. Emprega gente daqui sendo que podia pegar gente de lá (Eurico).

Ainda sobre a terceirização, Eurico vê um outro problema na nossa região, a crescente expansão de facções de roupas, que terceirizam a produção de grandes empresas, no entanto, os direitos trabalhistas de seus funcionários nem sempre são assegurados: “É tudo terceirizado [...] Ah é ruim, hein. Tem gente que trabalha na confecção, e se a Oppnus atrasa o pagamento pra confecção ali, o pagamento dos salários é tudo atrasado. Tem [facção de] acabamentos ali, que já tem dois meses que não recebe, porque diz que não recebeu da Oppnus”. Segundo Eurico, a sua cidade gira em torno desta fábrica de jeans “quem manda ali é a Oppnus e ela andou cortando bastante gente, agora tem bastante pessoas desempregadas”.

Elias também comentou o problema da falta de pagamento de salários pelas empresas terceirizadas de sua cidade, quando perguntado sobre a empregabilidade em São Jorge do Patrocínio: “Não sei dizer, porque lá está muito fraco nas coisas, na verdade quem contratava mesmo eram as fábricas de confecção. Mas agora do jeito que está lá, o povo está saindo porque não estão pagando o salário, não estão pagando o povo”.

A questão da terceirização está associada à precarização do trabalho, de acordo com o estudo realizado pelo DIEESE (2017), o qual revelou que as condições de trabalho e remuneração nas atividades tipicamente terceirizadas eram inferiores às verificadas nas

atividades tipicamente contratantes. Foi verificado também que a taxa de rotatividade era duas vezes maior nas terceirizadas, o percentual de afastamento por acidentes de trabalho típicos foi maior nas atividades tipicamente contratantes, e a diferença salarial era em média 23,4% menor nas terceirizadas. A pesquisa foi feita com dados de 2014.

Neste mesmo ano foi aprovada a Lei nº 13.429 de 2017⁴⁸, que regulamentou a prática da terceirização, ampliando essa modalidade de contratações de forma irrestrita. No entanto, o DIEESE por meio da nota técnica 172 de 2017, ponderou sobre os problemas que isso possa gerar para os trabalhadores e para o crescimento econômico do país.

A adoção da terceirização de forma indiscriminada, no Brasil e no mundo, tem sido olhada de forma crítica. Em alguns casos, o processo tem sido até mesmo revertido por algumas empresas, por afetar a qualidade dos produtos e serviços e fragmentar excessivamente os processos produtivos, levando, inclusive, à queda na produtividade. Portanto, a regulamentação irrestrita da terceirização, baseada somente numa visão de curto prazo, não apenas penaliza o trabalhador, como também pode comprometer o desempenho das empresas, em longo prazo (DIEESE, 2017, p. 24).

A terceirização é uma forma de reduzir custos para o grande empresário, o qual designa parte da produção a empresas menores, porém, isso tem gerado insegurança aos empregados, como nos casos relatados pelos dois entrevistados, em que as facções de suas cidades têm deixado de pagar o salário de seus funcionários, impactando de forma negativa também na economia local.

Outra pergunta feita aos entrevistados foi sobre a experiência da busca de trabalho na condição de pessoa com deficiência ou com limitação física, dentro ou não das vagas de cotas. Emília relatou que buscou emprego numa cooperativa que fica localizada em outra cidade, já que onde mora, Brasilândia do Sul, não há empresas grandes:

Eu fui na [empresa] fazia entrevista e passava, fazia todos os exames, três vezes eu fui, só que fui embora chorando. Chegava o exame do braço, eles mandavam erguer, pegar peso, não passava [...] Eles não me pegaram, daí eu desisti. Ai, o meu sonho era entrar na C. Vale pra trabalhar. Nossa senhora, eu sonhava estar lá dentro, mas não me pegaram (Emília).

Euclides relatou que na sua cidade não há nenhuma empresa com mais de cem funcionários. Ele já buscou emprego, mas não teve sucesso: “[...] antes quando perdi o benefício, fui em vários lugares, como a cidade é pequena todo mundo já sabe que eu tenho problema na coluna, eu não consegui serviço em lugar nenhum”.

⁴⁸ Lei nº 13.429 de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 6.109, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros.

Sobre a contratação de pessoas com deficiência e reabilitados deve se ter claro, primeiramente, qual seria a finalidade de uma empresa privada? Segundo Rosa (2016) é gerar o máximo de lucro, por meio da exploração dos trabalhadores e o Estado burguês tem como atribuição principal proteger a propriedade privada, por isso, ambos estão juntos nas práticas excludentes sobre o trabalho das pessoas com deficiência. A contradição reside na ação do Estado, que age em defesa dos interesses dos capitalistas, mas ao mesmo tempo para garantir a reprodução metabólica do capital, deve atender parte das reivindicações da classe trabalhadora no que tange os seus direitos sociais, civis, econômicos e políticos.

Ainda de acordo com Rosa (2016), a maior prova de que não há interesse tanto do setor privado quanto do Estado em contratar pessoas com deficiência é que foi necessário criar uma lei específica para obrigá-las a isso, e mesmo assim ainda é descumprida. Outra prova dessa resistência é que as empresas só buscam esses trabalhadores quando assinam o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) após autuação do Ministério Público do Trabalho, ou seja, somente quando há força coercitiva da lei na eminência de pagarem multas. Nesse sentido, há uma busca incessante por parte do empresariado em flexibilizar ou bular a lei, sendo que o próprio Estado, muitas vezes, descumpra a lei não realizando a reserva de vagas em seus editais de concursos públicos.

Esses são alguns obstáculos para a contratação de PCD, entre vários elencados pelo autor, porém em um deles, Rosa (2016) foi enfático: a rejeição dos trabalhadores com deficiência não ocorre somente pelo empresário, mas também pelos próprios trabalhadores sem deficiência, que segue a mesma lógica do empregador, por considerar que o colega com deficiência por possuir menos mobilidade dentro das empresas, exercerão menos atribuições e com isso sobrecarregarão os demais.

Nessa perspectiva de análise, percebe-se o interesse dos entrevistados em voltar à vida laborativa, no entanto, há uma preocupação genuína de como serão vistos e aceitos pelo empregador e pelos colegas de profissão, já que existe uma limitação real em seus corpos:

Na verdade não vai ficar bom, porque não tem mais jeito, vou ficar do jeito que eu estou, não tem mais volta, e tem que ser um serviço leve e ainda bem conversado, porque tem vez que eu nem aguento levantar da cama, aí a gente arruma um serviço aí, dependendo não pode faltar nenhum dia, se levar um atestado o patrão já fica de cara, peguei essa pessoa e a pessoa já está faltando, mas não é isso (Elias).

Na realidade, percebe-se que não basta garantir a vaga de emprego e acreditar que a reabilitação terminará por aí. Quando se trata de pessoas com comprometimentos de saúde deficiência ou restrição de participação, a compreensão deve ser de que a funcionalidade se

modifica ao longo da vida especialmente com o avançar da idade, nesta lógica a reabilitação integral para este público em específico deve ser permanente. O cuidado com a saúde, (re) adaptações no dia-a-dia e no trabalho, o acesso aos bens e serviços devem ser garantidos, não somente no período que a trabalhador é atendido pela reabilitação profissional do INSS, do contrário, inevitavelmente a incapacidade laborativa voltará. Por isso, é importante o acompanhamento deste trabalhador na lógica da CIF, especialmente nos serviços de saúde, que garanta a manutenção de sua funcionalidade ao longo da vida.

c) Fiscalização e inspeção do Trabalho regulares no município e região, de modo a garantir o meio ambiente do trabalho seguro, prevenindo acidentes e doenças ocupacionais.

Quando questionados se já observaram fiscalização do trabalho na sua cidade, 90% declararam nunca terem presenciado no ambiente de trabalho. Isso se torna um problema quando percebe-se que ainda há irregularidades, que precisam ser corrigidas para prevenir acidentes e doenças ocupacionais. Dos entrevistados, 30% acreditam que a sua doença é decorrente do trabalho, de atividades repetitivas realizadas por longo período e 20% relataram ter sofrido acidente de trabalho sem a devida notificação através da CAT. Elisa foi uma delas:

Foi acidente de trabalho eu caí na empresa [...] não emitiram a CAT, eu pedi, mas falaram que não precisava. [...] Eu pedi, falei assim: Vocês não pagam pra mim a consulta e depois desconta do meu salário [...] sabe o que eles responderam pra mim? A gente só ajuda depois que manda embora. Aí falei assim: aí não interessa, pra quê então? Eu tô precisando é agora. Aí foi que eu trabalhei e eles viram que o negócio era sério, aí eu trabalhei, paguei a consulta e o médico já me deu 15 dias. Ah mas esse foi um tombinho de nada, esse tombinho de nada que fez isso com o meu braço (Elisa).

Esse relato demonstra a fragilidade da fiscalização pelos órgãos competentes, como Ministério Público do Trabalho, Vigilância em Saúde do Trabalhador e auditores fiscais do trabalho, que muitas vezes estão com falta de recursos humanos, por ausência de investimento público, de maneira proposital, pois a intervenção do Estado nos processos produtivos é visto como um problema para o sistema neoliberal, ao considerar essas ações obstáculos para o crescimento econômico.

De forma parecida, Euclides acredita que a fiscalização não ocorre justamente para evitar o fechamento das empresas da cidade:

Os equipamentos até o pessoal procurar ter, mas não tem toda aquela assistência toda, eu nunca vejo ninguém checar lá e dar uma aula de segurança. Eu acho que tem, serviços perigosos que tem lá e vejo em vários lugares que não têm segurança nenhuma, e se baixar o pessoal da segurança lá, fecham todas as empresas, é pior, acho que já tem até alguma coisa por isso já (Euclides).

Edna que sempre foi trabalhadora rural, acredita que a fiscalização não chega até a lavoura, porque os fiscais são driblados antes ou a empresa encontra um jeito de tirar os funcionários da roça. “O Ministério do Trabalho mesmo nunca foi no meio da roça, eles sempre cortaram, né. Quando via que vinha Ministério do Trabalho, tiravam o povo rapidinho do meio da roça pra não ver aquilo que eles estavam fazendo”. Segundo ela, isso acontecia porque o serviço era mal remunerado, e por isso ela se sentia como uma escrava: “às vezes não era trabalho, era escravidão, trabalhava que nem um camelo”. Ao ser questionada o porquê, ela respondeu: “Porque trabalhava demais [...] e pra ganhar o quê? Treze reais, catorze reais a diária, que eles pagavam, agora a diária deve estar trinta reais, se tiver, lá pela empresa” (Edna).

Percebe-se que a ausência do poder público é prejudicial para a saúde e vida dos trabalhadores, por aumentar os riscos de acidentes de trabalho em ambientes inseguros e doenças ocupacionais. Esta lógica de enriquecimento a todo custo é uma fábrica de incapacidades, de trabalhadores que perdem sua saúde e depois são descartados pelo próprio sistema. Feita análise das entrevistas, passamos para as considerações finais do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta parte final do trabalho, retomamos para a pergunta que norteou toda a pesquisa: como é o acesso dos segurados do Programa de Reabilitação Profissional do INSS de Umuarama às políticas sociais preconizadas pelo Decreto 8.725/2016 que institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral?

Após análise das entrevistas, foi possível observar as diversas barreiras vivenciadas pelos trabalhadores afastados da região de Umuarama, conforme síntese do Quadro 4:

Quadro 4 – Resumo das barreiras identificadas

Previdência Social	
Judicialização do benefício	70% judicializaram o pleito: 50% não tiveram o reconhecimento da incapacidade em algum momento do processo de auxílio-doença, ou seja, houve indeferimento da perícia médica. 20% teve o benefício indeferido pelo não reconhecimento da qualidade de segurado
Valor do benefício	50% declaram que o benefício é inferior ao valor que recebia de remuneração, quando trabalhavam. 30% declaram que o benefício é superior, pois a doença já era impedimento para ser produtivo no trabalho, impactando na remuneração recebida. 20% recebiam um salário mínimo quando trabalhavam e atualmente o benefício também é o mínimo.
Tempo de espera até ser encaminhado para o PRP	Média de espera dos entrevistados foi de 56,9 meses, o que equivale a quase 5 anos aguardando o encaminhamento para o PRP. 60% consideraram o tempo positivo, 20% viram como desfavorável e 20% discorda que esteja preparado para realizar PRP, considera cedo, devido o quadro clínico não estabilizado.
Assistência Social	
Inclusão nos serviços da Assistência Social	100% dos entrevistados relataram já terem sido atendidos ou ainda são atendidos por algum programa ou serviço da assistência social do seu município. 80% já foram beneficiários do Programa Bolsa Família. Queixas quanto à dificuldade de receber auxílio do CRAS quando o benefício previdenciário foi cessado e o trabalhador não tinha condição de voltar ao trabalho. A assistência social é ainda vista como ajuda, bem-estar e não direito.
Recebimento de apoio e orientação como PCD	Somente um dos entrevistados buscou o CRAS para receber orientações sobre benefícios sociais e direitos garantidos à PCD. Os outros não se veem como pessoas com deficiência, embora reconheçam que convivem com restrição de participação, principalmente para o trabalho.
Saúde	
Acesso às consultas médicas e com especialistas	70% relataram dificuldade para agendar consulta, a espera é de seis meses a três anos. Faltam especialistas para atender a grande demanda dos municípios. Recursos financeiros insuficientes para pagar os médicos. Relato de favorecimento de alguns em detrimento de outros, para ser atendido com mais urgência, dependendo do <i>status</i> da pessoa.
Tempo de espera para cirurgia e	70% reclamaram da demora para realizar exames ou procedimento cirúrgico. 20% relataram ter pago à prefeitura para liberar o exame de ressonância magnética em menor tempo.

exames	Relato da necessidade de entrar via Ministério Público Estadual para garantir a realização de exames que não são liberados no município
Disponibilidade de remédios do SUS	50% não conseguem a maioria dos remédios ou precisam comprar os medicamentos de maior custo. 30% têm plano privado de assistência familiar e funerário e usam para conseguir desconto nos medicamentos e consulta médicas, que não são obtidos pelo SUS.

Educação	
Inclusão no EJA	80% frequentam a escola. 30% sofrem discriminação pelos colegas devido à situação de saúde, por receber o benefício e até mesmo pela obrigatoriedade de cumprir essa exigência de escolarização imposta pelo INSS. 10% estudam no ensino regular, porque não há turmas de EJA no seu município. 10% deixaram de estudar porque não tem onde deixar o filho pequeno.
Tempo para concluir o EJA	60% consideram que o tempo para concluir o EJA é muito demorado. As queixas principais é a baixa oferta de disciplinas, pois nem sempre há alunos suficiente para abrir novas turmas e faltam professores.
Participação de cursos de qualificação no PRP	50% relataram dificuldades para participar de cursos oferecidos pelo INSS. Entre eles está a não identificação com as qualificações profissionais existentes; preferência em conseguir trabalho a fazer cursos; imposição do INSS em estudar mesmo quando a situação de saúde é desfavorável; baixa escolaridade.

Trabalho	
Apoio da empresa ao trabalhador empregado	40% dos entrevistados têm vínculo empregatício, porém para metade deles não foi oferecida função para readaptação, para uma foi oferecida função totalmente incompatível com o quadro clínico, e para outro, houve treinamento em nova atividade mas não teve sucesso, relata que com isso a doença se agravou. Ou seja, nenhum dos entrevistados empregados perceberam interesse por parte do empregador em readaptá-los para que consigam retornar na empresa.
Inclusão profissional da PCD e reabilitado pela Cota Legal	80% relataram não conhecerem PCD ou reabilitados no mercado de trabalho pelas vagas de cotas. As dificuldades são: preconceito e discriminação do empregador, colegas de trabalho e comunidade em geral, problemas de saúde (crônicos e incuráveis), não há empresas com mais de cem funcionários onde moram, fenômeno da terceirização, alta taxa de desemprego, empresas que fecharam, falta de oportunidade em cidades pequenas.
Fiscalização e inspeção nos ambientes de trabalho	90% declararam nunca terem visto fiscalização no ambiente de trabalho onde moram. Relatam que veem muitas irregularidades, mas algumas empresas dão um jeito para que o fiscal não chegue até esses locais. 20% relataram ter sofrido acidente de trabalho, mas não houve a emissão da CAT. 30% acreditam que a doença desenvolvida está relacionada ao trabalho braçal que desenvolvia, mas para nenhum dos casos foi feito onexo causal de doença ocupacional ou acidente de trabalho.

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Algumas considerações podem ser feitas a partir desses resultados. A primeira é que o roteiro de perguntas elaborado para as entrevistas, baseado na CIF, permitiu abrir os horizontes sobre a vivência e as experiências do sujeito atendido pelo Programa de Reabilitação Profissional. Obter esses dados sobre as barreiras dentro dos fatores ambientais, compreendendo que essas restringem a participação social, produzindo e reproduzindo incapacidades é uma informação relevante que deveria ser considerada pelos profissionais que

acompanham este trabalhador. Com isso, seria possível desenvolver estratégias de intervenção e prevenção no contexto micro do serviço prestado, e também em nível macro, por meio da elaboração de políticas públicas.

O modelo biopsicossocial da CIF é fruto de estudos e anseio de pesquisadores, que diante de uma realidade bastante complexa, propõe uma intervenção multiprofissional e interdisciplinar com um novo olhar para o ser humano, que por muito tempo de maneira cartesiana, foi concebido de forma fragmentada e dividida. A primeira exigência para todas as áreas que lidam com seres humanos, inclusive as políticas sociais, deveria ser olhar o indivíduo na sua totalidade e não simplesmente a soma de suas partes.

Foi possível verificar nesta pesquisa, que apesar da CIF ter sido instituída há 19 anos, no Brasil ela ainda está engatinhando. A experiência concreta da CIF nas políticas públicas brasileiras, em termos de reconhecimento de direito para benefícios, não tem se mostrado de grande sucesso. Isso se deve à dificuldade dos profissionais mudarem o paradigma do modelo biomédico para o biopsicossocial e de aceitarem atuar de modo interdisciplinar.

Nessa perspectiva, entende-se que a CIF ainda está em construção, por ser pouco aplicada, verifica-se muitas dificuldades no seu uso, dúvidas e receios por parte dos profissionais. Mas, é necessário que sua utilização seja intensificada para que os erros e inconsistências possam ser analisados e corrigidos, no intuito de ser aperfeiçoada, assim como as outras classificações na área de saúde foram revistas e melhoradas ao longo do tempo. Só assim conseguiremos avançar na mudança de paradigma da incapacidade e funcionalidade. Dessa forma, entendemos ser imprescindível a inclusão da CIF na reabilitação profissional.

Outra consideração a ser feita é que a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral não foi criada em lei por qualquer motivo e da mesma forma, o descaso para sua implementação também não foi por acaso. Percebemos com a identificação das barreiras, a grande importância das outras políticas sociais envolvidas, cada uma que se ausenta da sua função prejudica todo o processo de reabilitação do trabalhador. Então, os gestores ao elaborar esta lei tinham a intenção clara de corrigir as falhas que já se observava dentro do Programa.

Mas, o que tem impedido que essa rede seja formada, é um problema do próprio sistema capitalista, que segundo Netto (2001):

[...] Enquanto intervenção do Estado burguês no capitalismo monopolista, a política social deve constituir-se necessariamente em *políticas sociais*: as sequelas da “questão social” são recortadas como problemáticas *particulares* (*o* desemprego, *a* fome, *a* carência habitacional, *o* acidente de trabalho, *a* falta de escolas, *a* incapacidade física etc.) e assim enfrentadas. [...] Assim, a “questão social” é atacada nas suas *refrações*, nas suas sequelas apreendidas

como problemáticas cuja natureza totalizante, se assumida consequentemente, impediria a intervenção (NETTO, 2001, p. 32).

Desse modo, as políticas sociais só podem ser vistas fragmentadas pelo Estado burguês, porque se fosse vista na sua totalidade, impossibilitaria a intervenção, considerando a natureza contraditória do sistema capitalista, que utiliza as políticas sociais para reprodução da força de trabalho e não para superar a desigualdade social, que ele mesmo cria.

Portanto, verificamos nesta pesquisa o desinteresse do Estado em efetuar uma reabilitação profissional de qualidade, pois é conduzida por um viés altamente economicista de contenção de gastos. Ao final do Programa de Reabilitação Profissional o trabalhador é considerado reabilitado, mesmo não estando qualificado suficientemente ou sem emprego garantido, recebe alta do benefício previdenciário. Uma vez que ele é considerado reabilitado, o Estado se exime da responsabilidade de proporcionar empregabilidade, sob o argumento que isso cabe ao mercado de trabalho. Ao mesmo tempo usa como pretexto o Programa para justificar a não concessão da aposentadoria por invalidez, pois o trabalhador agora possui qualificação, não é um inválido.

Outra constatação é que a reabilitação profissional é muito vantajosa para o mercado em termos financeiros. Havendo inclusive disputa pela gestão dos recursos do Seguro Acidente de Trabalho (SAT), que um dia poderá deixar de ser estatal e passar para a iniciativa privada, com isso, a reabilitação deixaria de ser pública. E como em qualquer empresa privada, o lucro estaria acima de tudo, inclusive dos trabalhadores atendidos. O risco de se perder a reabilitação profissional pública é alta neste contexto neoliberal.

Apesar das fortes críticas a ela apontadas nesta dissertação, contraditoriamente, reconhecemos a sua indispensabilidade para a grande parcela da população que veem no trabalho um sentido para as suas vidas, na construção da identidade, oportunidade de sociabilidade, inclusão social e não somente como uma fonte de renda. Desta forma, um serviço público que se propõe reabilitar efetivamente o trabalhador é o mínimo que o Estado deve fazer para atender esse contingente de pessoas que consideram o trabalho fundamental para as suas vidas.

Nesse sentido, defendemos a reabilitação integral, pública e de qualidade para os trabalhadores. Mesmo tendo conhecimento de que enquanto o Estado for mínimo para as políticas sociais, o mercado continuará livre para intensificar a exploração da força de trabalho, e numa perspectiva neoliberal, os ciclos de adoecimento e exclusão dos trabalhadores persistirão.

A constituição desta rede passa a ser um grande desafio, que começa pelo básico: a recomposição das equipes, investimento em infraestrutura e recursos tecnológicos, formação humana e capacitação dos profissionais dentro dos serviços, e mobilização popular. É importante que os diversos atores sociais aprendam a atuar de modo interdisciplinar e intersetorial, incluindo a participação da população por meio do controle social.

Resumindo, almejamos romper esse ciclo perverso de adoecimento (físico e mental) e de exploração da força de trabalho que persiste no país. Apesar de não ser uma tarefa fácil, considerando o momento histórico e conjuntura econômica atual, esse objetivo deveria nortear nossas escolhas, enquanto projeto societário, em busca da construção de um Estado democrático e justo, que seja capaz de promover o desenvolvimento humano em todas as suas dimensões.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Hélio Gustavo. **Habilitação e reabilitação profissional: obrigação do empregador ou da Previdência Social?** - 2.ed. atualizado com a IN n. 77/2015. São Paulo: LTr, 2016.
- ALVARENGA, Augusta Thereza de *et al.* Histórico, fundamentos filosóficos e teórico-metodológicos da interdisciplinaridade. In: PHILIPPI JR., A.; SILVA NETO, A. J. (Orgs.). **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia & inovação**. Barueri: Manole, 2011, p. 3-67.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.
- ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.
- _____. **Adeus ao trabalho?** Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- AMARO Rogério Roque. **Desenvolvimento - um conceito ultrapassado ou em renovação?: da teoria à prática e da prática à teoria**. Lisboa: ISCTE, 2004.
- ARAUJO, Demetrio Praxedes. Organização Internacional do Trabalho – OIT. Pró-Reabilitação, 2011. Disponível em: <<https://www.proreabilitacao.com.br/papo-cafezinho/demetrio-praxedes-araujo/organizacao-internacional-do-trabalho-oit>>. Acesso em: 06 out. 2018.
- ARAÚJO, Eduardo Santana de. CIF: uma discussão sobre linearidade do modelo biopsicossocial. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 6-13, 2013. Disponível em: <<http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/313>>. Acesso em: 24 jun. 2018.
- BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Temas em Saúde collection. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2019.
- BARROS, Ellen Bemonte. **Reabilitação profissional: investigando a resiliência em trabalhadores acidentados**. 74f. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicossociais), Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015. Disponível em: <<https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/4721>>. Acesso em: 05 out. 2018.
- BASTOS, Ailine dos Santos. **Percepções e condutas do cotidiano laboral sob a ótica de trabalhadores reabilitados profissionalmente**. 139f. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/311790>>. Acesso em: 05 out. 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BERNARDO, LÍlian. **Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual**. 72f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br>>. Acesso em: 04 out. 2018.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social e projeto ético-político do serviço social: que direitos para qual cidadania? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 79, p. 108 – 132, 2004.

_____. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. **Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: UnB/CFESS, 2009.

BRASIL. **Lei n. 8.213 de 24 de Julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 25 jul. 1991.

_____. **Decreto 3.048 de 6 de maio de 1999**. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 06 mai. 1999.

_____. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 26 ago. 2009.

_____. Ministério da Previdência Social. **Portaria nº 296, de 09 de novembro de 2009**. Aprova o Regimento Interno do Instituto Nacional do Seguro. Diário Oficial da União, 10 nov. 2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: Instituto Nacional do Seguro Social. **Portaria Conjunta MDS/ INSS n °2, de 30 de março de 2015**. Dispõe sobre critérios, procedimentos e instrumentos para avaliação social e médica da pessoa com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 9 abr. 2015a.

_____. **Lei 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 7 jul. 2015b.

_____. **Decreto 8.725 de 27 de abril de 2016**. Institui a rede intersetorial de reabilitação integral e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 28 abr. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Portaria nº 414 de 28 de setembro de 2017**. Fica aprovado o Regimento Interno do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 29 set. 2017.

BIM, Miriam Cláudia Spada; CARVALHO, Manoela de; MUROFUSE, Neide Tiemi. Análise dos modelos de avaliação de requerentes ao benefício de prestação continuada: 2006 a 2012. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 22-31, Junho 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802015000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abril 2019.

BREGALDA, Marília Meyer; LOPES, Roseli Esquerdo. O Programa de Reabilitação Profissional do INSS: apontamentos iniciais a partir de uma experiência. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 19, n. 2, p. 249-261, mai./ago., 2011.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BUSSACOS, Marco Antônio *et al.* Acidentes de trabalho no Brasil em 2013: Comparação entre dados selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do IBGE, e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), do Ministério da Previdência Social. **Boletim de Estatísticas Públicas**, Goiânia, n. 13, p. 19-26, 2017.

CALLIGA, Magda Constance Nunes dos Santos. **Retorno ao trabalho por indivíduos com paraplegia traumática: fatores que interferem na reabilitação profissional**. 134f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2015. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2445473>. Acesso em: 05 out. 2018.

CANNALONGA, Leila Silva. **Projeto de revitalização da reabilitação profissional**. Pró-reabilitação, 2009. Disponível em: <<https://www.proreabilitacao.com.br/papocafezinho/leila-silva-cannalonga/projeto-de-revitalizacao-da-reabilitacao-profissional>>. Acesso em: 07 out. 2018.

CARVALHO, Flávia Xavier. **As alterações no Programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS): garantia ou supressão de direitos**. 315f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas), Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018. Disponível em: <<http://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/2534>>. Acesso em: 06 set. 2018.

CASTANEDA, Luciana; GUIMARÃES, Fernanda; CASTRO, Shamyry Sulyvan. O panorama de utilização da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) no contexto da reabilitação e do cuidado em saúde – onde estamos? In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina Pedro (Orgs.). **Implantando a CIF: o que acontece na prática?** Rio de Janeiro: Wak Editora, 2017. p. 157-176.

CASTRO, Janete Lima de; GERMANO, José Willington. A Difusão da Medicina Social no Brasil: o Protagonismo de Juan César Garcia e da OPAS. **Revista Cronos**, v. 11, n. 1, p. 219 - 233, out. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/1697>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

CIF, **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**/ [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações

Internacionais em Português, org.: coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla] – 1. ed., 2 reimpr. atual. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.

DIEESE, **Anuário da saúde do trabalhador** / Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. São Paulo, 2016.

_____. Nota Técnica 172. Terceirização e precarização das condições de trabalho. Condições de trabalho e remuneração em atividades tipicamente terceirizadas e contratantes. Março, 2017. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/notatecnica/2017/notaTec172Terceirizacao.pdf>>. Acesso em: set. 2019.

DISRSAT. Diretoria de Saúde do Trabalhador. Instituto Nacional do Seguro Social. **Resolução nº 160, de 17 de outubro de 2011**. Aprova o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional. v. 01. Brasília, DF: 2011.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. **Despacho Decisório nº 02, de 12 de maio de 2016**. Aprova o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional. v. 01. Brasília, DF: 2016.

_____. **Reabilitação Profissional: Articulando Ações em Saúde do Trabalhador e Construindo a Reabilitação Integral**. Brasília, DF, 2013. Disponível em <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/Projeto-Reabilita%C3%A7%C3%A3o-Profissional-do-INSS-Texto-para-Constru%C3%A7%C3%A3o-Coletiva.pdf>> Acesso em: 16 jan. 2018.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. **Despacho Decisório nº 34, de 11 de janeiro de 2017**. Altera e atualiza o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional – Volume I, de 12/05/2016, atualizado pelos Despachos Decisórios nº 02/DIRSAT/INSS, de 24/11/2011, nº 1/DIRSAT/INSS, de 19/04/2016 e nº 2, DIRSAT/INSS, de 12/05/2016. Brasília, DF: 2017.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827, out/dez. 2005.

DOMINGUES, Ivan. Disciplinaridade, multi, inter e transdisciplinaridade - onde estamos? **Instituto de Estudos Avançados Transdisciplinares**, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/ieat/2012/03/disciplinaridade-multi-inter-e-transdisciplinaridade-%E2%80%93-onde-estamos/>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, set. 1991.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado Capitalista**. 8. ed. rev. São Paulo: Cortez, 2000.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, Junho

2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2018.

FELÃO, João Gabriel de Oliveira Lima. **Reabilitação Profissional: dificuldades para a efetivação de normas constitucionais**. 97f. Dissertação (Mestrado), Centro Universitário de Bauru. Núcleo de Pós graduação mantido pela Instituição Toledo de Ensino, Bauru, 2016. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3894170>. Acesso em: 05 out. 2018.

FERNANDES, Miguel de Castro. **Asma relacionada ao trabalho e silicose: avaliação pericial no INSS de casos diagnosticados em ambulatório especializado entre 2005 e 2015**. 63f. Dissertação (Mestrado em Trabalho, Saúde e Ambiente), Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - Fundacentro, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/biblioteca/biblioteca-digital/acervodigital/detalhe/2017/7/asma-relacionada-ao-trabalho-e-silicose-avaliacao-pericial-no-inss-de-casos-diagnosticados-em>>. Acesso em: 05 out. 2018.

FERNANDES, Susi Mary de Souza. **Tradução, adaptação cultural e análise da confiabilidade da versão brasileira do Questionário de Reabilitação para o Trabalho – WORQ**. 127f. Tese (Doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento), Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/3345>>. Acesso em: 05 out. 2018.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 79, p. 257-272, 2002.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 01 out. 2018.

GERSCHMAN, Silvia. Democracia, políticas sociais e globalização: relações em revisão. In: GERSCHMAN, S., VIANNA, MLW (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 53-64. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8fmv5/pdf/gerschman-9788575413975-05.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Altas, 2002.

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

GÓIS, Cláudia Cristina. **Reabilitação/ readaptação profissional – da prática à teoria, atuação do Serviço Social**. 194f. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/20862>>. Acesso em: 05 out. 2018.

HAESBAERT, Rogério. Território de Multiterritorialidade: Um debate. **GEOgraphia**, Niterói, v. 9, nº 17, p. 19 – 45, 2007.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz; SEVERO, Denise Osário. Participação Social em Saúde do Trabalhador: avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. **Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 4, p. 119-138, 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1062/970>>. Acesso em 03 mar. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira de 2017**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

ISQUIERDO, Ana Maria Correa. **Saúde mental e proteção social: a (in)capacidade laboral e a (re)inserção no mercado de trabalho**. 130f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2016. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=4705701>. Acesso em: 05 out. 2018.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar./abr., 1998.

_____. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico de Município**. Curitiba, 2018. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30>. Acesso em: 06 jan. 2019.

JUNIOR, Afrânio Gomes Pinto; BRAGA, Ana Maria Cheble Bahia; ROSELLI-CRUZ, Amadeu. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, p. 2841-2849, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000031>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, USP, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan-abr, 2004. Disponível em: <www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/7105/8577>. Acesso em: 09 set. 2018.

KREIN, José Dari. O capitalismo contemporâneo e a saúde do trabalhador. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 38, n.128, p. 194-196, jul-dez, 2013.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Trabalho e saúde em tempos de globalização. In: MACÊDO, Kátia Barbosa; *et al.* (Orgs.) **Organização do trabalho e adoecimento – uma visão interdisciplinar**. Goiânia: Ed. PUC Goiás, 2016, p. 41-63.

LACERDA, Lorena Novais Farage. **Serviço de reabilitação profissional concedido pela Agência da Previdência Social do Município de Linhares/ES: Uma análise do ano de 2014**.

81f. Dissertação (Mestrado), Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2015. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3201787>. Acesso em: 05 out. 2018.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LÖWY, Michael. **As aventuras de Karl Marx contra Barão de Münchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento**; [Tradução Juarez Guimarães e Suzanne Felicie Léwy] – 7. ed – São Paulo: Cortez, 2000.

MAENO, Maria; TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti; LIMA, Mônica Angelim Gomes de. Reabilitação Profissional como Política de Inclusão Social. **Acta fisiátrica**, São Paulo, v. 2, n. 16, p. 53-58, 2009. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=108>. Acesso em: 06 out. 2018.

MAENO, Maria; VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para construção de uma política pública. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 87-99, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n121/10.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2018.

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

MANASSERO, Waldemar **A Concepção do Atleta de Futebol B2/B3 sobre A Lei de Cotas**. 71f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento). Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3620613>. Acesso em: 05 out. 2018.

MANGINI, Fernanda Nunes da Rosa; MIOTO, Regina Célia Tamoso. A interdisciplinaridade na sua interface com o mundo do trabalho. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v.12, n. 2, p. 207-215, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802009000200010>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

MARCELINO, Miguel Abud. A aplicação da CIF na avaliação das pessoas com deficiência para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina Pedro (Orgs.). **Implantando a CIF: o que acontece na prática?** Rio de Janeiro: Wak Editora, 2017. p. 215-232.

MARTINO, Gustavo Figueiredo de. **Análise do perfil dos segurados com lombalgia crônica submetidos à reabilitação profissional do Instituto de Seguridade Social da Gerência de Jundiaí**. 53f. Dissertação (Mestrado), Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5950570>. Acesso em 05 out. 2018.

MASSONI, Túlio de Oliveira. Os desafios do trabalhador em face da (indevida) alta previdenciária. **Revista Brasileira de Previdência**, São Paulo, v.1, p. 1-25, 2012. Disponível

em: <<https://periodicos.unifesp.br/index.php/previdencia/article/view/9346>> Acesso em: 24 ago. 2019.

MATA, Ricardo Rocha da **Reabilitação Profissional: Retorno ao mercado de trabalho e Conclusão do programa**. 81f. Dissertação (Mestrado Profissional). Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado de Saúde (UFG/NESC/SES), Goiânia, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/6036>>. Acesso 05 out. 2018.

MENICUCCI, T; GOMES, S. **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO-GOMEZ, Carlos. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 23-33.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em 21 set. 2018.

MPS. Ministério da Previdência Social. **Resolução INSS/PRES nº118 de 04.11.2010**. Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e Acordos de Cooperação Técnica e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 08 nov. 2010.

MIRANDA, Cristiano Barreto de. Aspectos do cenário atual da reabilitação profissional no Brasil: avanços e retrocessos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-14, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00218717.pdf>>. Acesso em 27 dez. 2018.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. **Ciência com consciência**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90** - 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico; relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho**. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 3. ed ampliada. São Paulo, Cortez, 2001.

NEVES, Raquel Cristina Silva das. **O direito ao trabalho no caso dos trabalhadores doentes – as limitações ao poder de dispensar e a reabilitação previdenciária**. 121f.

Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica), Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Jacarezinho/ PR, 2016. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3715573>. Acesso em: 05 out. 2018.

NOBRE, Letícia Coelho da Costa. A política do possível ou a política da utopia. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 38, n.128, p. 186-194, jul-dez, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS, 2013.

_____. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde**. Disponível em: <<https://www.bulas.med.br/cid-10/>>. Acesso em: 17 set. 2018.

_____. **Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF**. Genebra, 2002. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Guia-para-principiantes-CIF-CBCD.pdf>>. Acesso em 13 jan. 2018.

PAPE, Fernanda. **A travessia do trabalho profissional do assistente social no Serviço de Reabilitação Profissional da Previdência Social na Gerência Executiva de Cascavel – Paraná**. 202 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo-PR, 2018. Disponível em: <<http://tede.unioeste.br/handle/tede/4011>> Acesso em 23 dez. 2018.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p. 23-39.

PEREIRA, Éverton Luís; BARBOSA, Livia. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 21, n. 10, p. 3017-3026, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.18352016>>. Acesso em 28 jul. 2019.

RAYNAUT, Claude. Os desafios contemporâneos da produção do conhecimento: o apelo para interdisciplinaridade. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 1-22, jun. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2014v11n1p1>>. Acesso em 19 jan. 2018.

REIS, Adriana de Paula. **Percursos no Sistema Único de Saúde (SUS): a Saúde Mental relacionada ao Trabalho a partir da Atenção Primária à Saúde**. 259f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <

<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUBD-AQNFDB>>. Acesso em: 05 out. 2018.

RODRIGUEZ, Tatiana de Andrade Jardim. **Restrição Laboral**: um conceito em construção na designação e vivência da incapacidade no trabalho. 264f. Tese (Doutorado), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/USP_ccddd293dd6f7751dfddf536c90eae7d>. Acesso em 05 out. 2018.

ROSA, Enio Rodrigues da. **Deficiência e trabalho**: a luta pelo direito de ser explorado [livro eletrônico]. Curitiba: Editora AR Design, 2016.

SALVADOR, Evilasio da Silva. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010.

SANTOS, Geovana de Souza Henrique. **Programa de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social e a reinserção do trabalhador no mercado de trabalho**: um estudo de caso. 189f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos –SP, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6896?show=full>>. Acesso em 05 out. 2018.

SANTOS, Geovana de Souza Henrique dos; LOPES, Roseli Esquerdo. A (in)elegibilidade de trabalhadores encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS. **Revista katálysis [online]**, Florianópolis/SC, vol.18, n.2, p.151-161, jul./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802015000200151&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 09 out. 2018.

SANTOS, João Bosco Feitosa dos; OSTERNE, Maria do Socorro Ferreira; ALMEIDA, Rosemary de Oliveira. A entrevista como técnica de pesquisa no mundo do trabalho. IN: ALVES, G.; SANTOS, J. B. F. (Orgs.). **Metódos e Técnicas de Pesquisa Sobre o Mundo do Trabalho**. Bauru: Canal 6 Editora, 2014. p. 29-52.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização do pensamento único à consciência universal**. 14. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

SANTOS, Sandra Regina Trevisan Gonçalves dos. **Readaptação ao trabalho**: percepção de gestores e reabilitados reintegrados à empresa. 147f. Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino- FAE. São João da Boa Vista/ SP, 2017. Disponível em: <http://www.fae.br/mestrado/dissertacoes/2017/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Final_Sandra_Trevisan.pdf>. Acesso em 05 out. 2018.

SANTOS, Wederson. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3007-3015. Outubro, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 jul. 2019.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, Jeanete Liasch Martins de Sá (Org.). **Serviço Social e**

interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 7.ed. – São Paulo, Cortez; 2008. p. 11-21.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da seguridade brasileira:** entre política pública e o mercado. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, Ana Beatriz Ribeiro Barros. **O desgaste e a recuperação dos corpos para o capital:** acidentes de trabalho, precarização e reabilitação profissional durante a ditadura militar brasileira (1964-1985). 424f. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife/PE, 2016. Disponível em: < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-04112016-162449/publico/TatianadeAndradeJardimRodriguez.pdf>>. Acesso em 05 out. 2018.

SILVA, Elaine Cristina da. **Contradições e conflitos na atuação de empresas e do INSS no processo de retorno ao trabalho de trabalhadores afastados por LER/ DORT.** 231f. Tese (Doutorado), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos/SP, 2016. Disponível em: < <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/8839>>. Acesso em 05 out. 2018.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Previdência Social no Brasil:** (des)estruturação e condições para sua universalização. São Paulo: Cortez, 2012.

SIMIONATTO, Ivete; LUZA, Edinaura. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreformas: lógica perversa para as políticas sociais. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.10, n.2 p. 215-226, ago./dez. 2011. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/27221816.pdf>>. Acesso 04 out. 2018.

SIMONELLI, Angela Paula *et al.* Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 64 -73, 2010.

SITCOVSKY, Marcelo. Reconciliação entre assistência social e trabalho: o impacto do Bolsa Família. I n: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia:** crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Rev. katálysis**, Florianópolis , v. 17, n. 2, p. 227-234, Dez. 2014 .

SOUSA, Valéria Moraes da Silveira. **Reabilitação profissional e saúde mental:** o caminho de volta do trabalhador reabilitado. 114f. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2017. Disponível em: <<http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/3038>>. Acesso em: 05 out. 2018.

SOUZA, Andréa Domingues da Silva. **A organização do trabalho: um estudo dos trabalhadores em Reabilitação Profissional do INSS.** 98f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Santos, 2016. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/baixada_santista_teses/041_bx_dissertacao_andrea_souza.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018.

SOUZA, Bruna Ferreira Esteves de. **Reabilitação Profissional e reinserção ao trabalho:** um estudo sobre o programa de reabilitação profissional da previdência social na região

metropolitana de Belém (RMB)- Pará. 175f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Pará –UFPA, Belém, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/9655>>. Acesso em 05 out. 2018.

SOUZA, Raphel Pires de. **Reabilitação profissional no contexto de precarização do mundo do trabalho**: um estudo de caso da formação profissional no Programa Reabilitado INSS. 162f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/22082>>. Acesso em: 05 out. 2018.

SPIELMANN, Christiane Karla. **Retorno e permanência após programa de Reabilitação Profissional**: a realidade dos egressos da APS de Campo Mourão. 147f. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual do Paraná, Campo Mourão/PR, 2018. Disponível em: <<http://ppgsed.unespar.edu.br/menu-principal/dissertacoes/2016>>. Acesso em: 05 out. 2018.

TAKAHASHI, Maria Alice Batista Conti. **Incapacidade e Previdência Social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990. 2006**. 279 fls. Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

TAKAHASHI, Maria Alice Batista Conti; IGUTI, Aparecida Mari. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da previdência social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/21.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2018.

TAKAHASHI, Maria Alice Batista Conti; CANESQUI, Ana Maria. Pesquisa Avaliativa em Reabilitação Profissional: A Efetividade de um Serviço em Desconstrução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1473-1483, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2003.v19n5/1473-1483/>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

TAKASU, Cristiane Midori. **Reabilitação profissional em trabalhadores de um complexo hospitalar terciário**. 88f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2018. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/FMRP_b69f485956e738d26bfb2b2126b2d093>. Acesso em 23 dez. 2018.

TOLDRA, Rosé Colom *et al.* Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador - SP, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2018.

VACARO, Jerri Estevan; PEDROSO, Fleming Salvador. Desempenho dos segurados no serviço de reabilitação do Instituto Nacional de Seguridade Social. **Acta Fisiátr**, São Paulo, v.18, n. 4, p. 200-205, dez. 2011. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103666>> Acesso em: 18 set. 2019.

VARGAS, Luiz Alberto de. **Direito à reabilitação profissional**: fundamentalidade e conteúdo jurídico. 165f. Dissertação (Mestrado), Uniritter Laureate International Universities, Porto Alegre/RS, 2016. Disponível em: <

https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3941529>. Acesso em: 05 out. 2018.

_____. **Direito à reabilitação profissional:** fundamentalidade e conteúdo jurídico. São Paulo: LTr, 2017.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado.** 421 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Tese_desenvolvimento_sustentavel.pdf>. Acesso em: 01 set. 2018.

VEIGA-NETO, Alfredo. Olhares... In: COSTA, Marisa Vorraber Costa (Org.). **Caminhos investigativos:** novos olhares na pesquisa em educação– 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social.** 3.ed – São Paulo: Cortez, 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita. Estado, políticas sociais e implementação do Suas. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. **SUAS: configurando os eixos de mudança.** Capacita Suas. Brasília: MDS, 2008. v. 1.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MODELO DE ENTREVISTA COM OS SEGURADOS EM REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Dados socioeconômicos do entrevistado:

Idade:	Escolaridade:	Município:
Renda:	Sexo:	Data do afastamento:
CID:	Data início de RP:	
Profissão:		
Vínculo empregatício:		

Quais são as barreiras que o trabalhador se depara para o acesso aos serviços, sistemas e políticas especificadas:

- 1. Serviços, sistemas e políticas da previdência social: voltados para o fornecimento do suporte econômico às pessoas que, por causa de idade, pobreza, desemprego, condição de saúde ou incapacidade, requerem assistência pública financiada pela receita tributária ou por esquemas de contribuição - e570.**

AVALIAR:

- 1.1 Garantia do benefício previdenciário sem a necessidade de judicialização do pleito e/ou contratar intermediários/ advogados.** (Perguntas: Conseguiu o benefício de forma administrativa ou judicial? Teve o benefício cessado ou suspenso de modo inesperado? Recebeu as orientações necessárias dentro do INSS ou pelo 135; ou precisou contratar intermediário para resolver qualquer problema que teve com a previdência social?)
- 1.2 Manutenção do padrão de vida antes e depois do afastamento: o valor do benefício é compatível com o que recebia de remuneração quando estava trabalhando.** (Perguntas: Quanto recebia antes de se afastar? Qual é o valor que recebe agora? Mudou muito o padrão de vida, como por exemplo: aumentou os gastos com tratamento de saúde; teve que mudar de cidade ou de residência para reduzir gastos; cortou custos com bens e serviços, exemplos: telefonia, plano de saúde, educação dos filhos, etc.)?
- 1.3 Tempo de espera adequado para ser encaminhado para o Programa de Reabilitação Profissional e assim iniciar o quanto antes o acompanhamento, receber orientações a fim de garantir uma melhor preparação para o retorno ao mercado de trabalho.** (Perguntas: quanto tempo aguardou para ser atendido pelo Programa de Reabilitação Profissional? Considera que deveria ter sido encaminhado antes, depois ou foi no tempo certo? Se deveria ser antes o que acha que perdeu com o atraso? Se deveria ser depois porque considera ainda não estar preparado para iniciar o programa?)
- 1.4 Outras barreiras não especificadas.** (Pergunta: quais outras barreiras que você identifica no acesso à política previdenciária)

2. Serviços, sistemas e políticas de saúde: que diz respeito à prevenção, tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável – e580.

AVALIAR:

2.1 Acessibilidade ao acompanhamento médico especialista, clínico geral ou outros profissionais, garantindo o retorno nos períodos estabelecidos. (Perguntas: Paga plano de saúde, consultas particulares ou depende integralmente do SUS? Tem dificuldade para agendar com os médicos e outros profissionais de saúde, como por exemplo: se depara com fila de espera longa; não tem o especialista pela rede pública; necessita viajar para outra cidade e tem o transporte oferecido pela Secretaria de Saúde; se tiver que pagar por uma consulta particular o custo é alto e o acompanhamento é frequente? Está conseguindo realizar os retornos regulares conforme indicação médica?)

2.2 Tempo de espera para a realização do procedimento cirúrgico ou exames médicos essenciais para o tratamento de saúde. (Perguntas: Está aguardando a realização de cirurgia? Se sim há quanto tempo? Tem algum exame médico que ainda não conseguiu fazer? Por quê?)

2.3 Disponibilidade de medicamentos de uso contínuo ou controlados. (Perguntas: Necessita fazer uso de remédios contínuos ou controlados? Consegue o remédio todos os meses? Se não, quais são as dificuldades?)

2.4 Outras barreiras não especificadas: (Pergunta: quais outras barreiras que você identifica no acesso à política de saúde)

3. Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento: para a aquisição, manutenção e aperfeiçoamento do conhecimento, experiências e habilidades vocacionais ou artísticas- e585.

AVALIAR:

3.1 Inclusão na Educação de Jovens e Adulto (EJA) das escolas públicas, com qualidade no ensino, adaptações, apoio de professores e colegas, transporte público disponível, que atendam às necessidades das pessoas com deficiência e aos reabilitandos do INSS. (Perguntas: Conseguiu se matricular no EJA de sua cidade? Tem ou teve dificuldade para frequentar a escola, se sim qual? A equipe pedagógica auxiliou na adaptação do ambiente (cadeira, carteira, escolha da sala adequada, etc) e materiais/ tecnologias assistivas para que conseguisse participar das aulas em igualdade com os demais alunos? Há apoio dos colegas ou há discriminação? Se reside distante, necessita de transporte público? Teve o auxílio da prefeitura? Considera o ensino de qualidade?)

3.2 Conclusão do Ensino Fundamental e Ensino Médio na EJA em tempo satisfatório para o aluno: ofertas frequentes de disciplinas para melhor aproveitamento nos estudos. (Perguntas: Demorou quanto tempo para concluir o ensino fundamental pelo EJA? Teve garantida a participação nos provões: EJA Online e ENCCEJA para eliminação de matérias? Na sua escola demora para formar turmas em novas disciplinas? Se sim, quais as opções que a escola oferece, por exemplo: turmas individuais; opção de matrícula em outra escola com garantia de transporte; ou nenhuma opção?)

3.3 Participação em cursos de qualificação profissional em instituições conveniadas ao INSS ou órgãos parceiros, possibilitando qualidade, diversidade para escolhas, de acordo com as expectativas, interesses e habilidades do reabilitando. (Perguntas: O curso que deseja realizar é oferecido pelo INSS? Realizou algum curso pela RP? Se sim, considera que foi satisfatório ou precisa melhorar, e por quê?)

3.4 Outras barreiras não especificadas: (Pergunta: quais outras barreiras que você identifica no acesso aos serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento?)

4. Serviços, sistemas e políticas de trabalho e o emprego: relacionadas a encontrar um trabalho adequado para as pessoas que estão desempregados ou em busca de um trabalho diferente, ou para dar suporte a indivíduos já empregados que buscam uma promoção. e590

AVALIAR:

4.1 Apoio ao trabalhador no período de afastamento, oportunidade para readaptação funcional e treinamento pela empresa de vínculo. (Perguntas: Qual era a sua situação trabalhista quando adoeceu: era empregado, desempregado, autônomo ou segurado especial? Se estava empregado foi demitido por motivo da incapacidade? Se continua empregado a empresa ofereceu readaptação ou treinamento? Você gostaria de voltar a trabalhar lá, por quê?)

4.2 Inclusão das pessoas com deficiência (PCD) e reabilitados ao mercado de trabalho nas vagas de cotas, conforme Lei 8.213 de 1991, art. 93, em local mais próximo da residência e/ou acessível com disponibilidade de transporte coletivo ou particular. (Perguntas: Na sua cidade ou em localidades próximas há empresas com mais de cem funcionários? Quantas empresas? Tem conhecimento se há contratação de PCD e reabilitados? Já buscou ou está buscando emprego na condição de PCD, quais as dificuldades reais que constatou?)

4.3 Fiscalização e inspeção do Trabalho regulares no município e região, de modo a garantir o meio ambiente do trabalho seguro, e prevenir acidentes e doenças ocupacionais. (Perguntas: Já sofreu acidente de trabalho? Se sim, o que foi feito? Foi preenchida a Comunicação de Acidente de Trabalho/CAT? Tem conhecimento se há fiscalização ou inspeção por parte do Ministério do Trabalho, Ministério Público do Trabalho ou Vigilância em Saúde do Trabalhador nas empresas de sua cidade, principalmente nas que você já trabalhou?)

4.4 Outras barreiras não especificadas (Pergunta: quais outras barreiras que você identifica no acesso à política de trabalho e emprego)

5. Serviços, sistemas e políticas de assistência social: o conjunto integrado de programas, serviços e benefícios de iniciativas pública estatal e da sociedade para garantir proteção social às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social para suprir suas necessidades- e598.

AVALIAR:

5.1 Inclusão nos serviços de Assistência Social do município, como programas de transferência de renda, oficinas socioeducativas, tarifa social de água e luz, programa habitacional, cursos de capacitação e qualificação profissional gratuitos, entre outros, se for o caso. (Perguntas: Está sendo acompanhado por algum órgão da assistência social do municípios: CRAS, CREAS, CRAM, etc? Recebe algum auxílio da política de assistência social? Se sim, qual? Se não, considera que deveria receber? Recebeu visita da equipe da assistência social em casa? Já foi convidado para participar das atividades de algum desses órgãos?)

5.2 Apoio à pessoa com deficiência, orientação sobre direitos e benefícios, a forma de acessá-los nos âmbitos: municipal, estadual e federal; e encaminhamento para as entidades que prestam esse atendimento especializado no município. (Perguntas: Tem conhecimento dos direitos da pessoa com deficiência, tais como passe livre; isenção de impostos em alguns casos; facilidade de empréstimos em bancos, entre outros? Já foi atendido em instituições e associações de pessoas com deficiência? Recebe ou recebeu apoio para a efetivação de seus direitos? Já sofreu violação de direitos por ser pessoa com deficiência, e teve orientação e suporte para fazer a denúncia?)

5.3 Outras barreiras não especificadas (Pergunta: quais outras barreiras que você identifica no acesso aos serviços, sistemas e políticas de assistência social)

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Nome da Pesquisa: O Acesso às Políticas Sociais de Atendimento ao Trabalhador na Perspectiva da Reabilitação Integral.

Pesquisador(es): Keity Ayumi Akimura

Objetivos da Pesquisa: Analisar as barreiras para o acesso dos segurados do programa de reabilitação profissional do INSS de Umuarama às políticas sociais estabelecidas pela legislação em vigor.

Prezado (a) participante da pesquisa,

Participação na pesquisa: Você foi escolhido para participar desta pesquisa de dissertação de Mestrado, que curso na Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR – Campo Mourão), por você estar em programa de reabilitação profissional do INSS e ser usuário das políticas sociais locais. Se aceitar, você será entrevistado por mim, de forma individual e sigilosa, sendo que a entrevista será gravada para garantir a integridade das informações repassadas, protegendo também o seu anonimato. As perguntas são relacionadas ao seu acesso aos serviços públicos, como Saúde, Educação, Previdência Social, Trabalho e Assistência Social, para identificarmos quais as dificuldades que os segurados da reabilitação profissional têm para serem incluídos nas políticas públicas, e conseqüentemente mensurarmos o grau dessas barreiras e seu impacto no desenvolvimento de uma reabilitação plena. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a pesquisa sem nenhum prejuízo para você.

Riscos e desconfortos: Os procedimentos utilizados: entrevista e leitura de prontuário de reabilitação profissional poderão trazer algum desconforto como demanda de tempo para responder. Para evitar qualquer constrangimento a entrevista será realizada no próprio INSS, em sala com porta fechada, sem a presença de outras pessoas no ambiente, com agendamento prévio no melhor dia e horário escolhido por você. Mantendo o sigilo e a confidencialidade das informações, sendo utilizadas somente aquelas que forem autorizadas pelo entrevistado, respeitando o direito de não responder as questões que não se sentir confortável ou seguro para opinar

Benefícios: O benefício principal é poder dar voz ao trabalhador em reabilitação profissional, que frequentemente se depara com diversas barreiras no acesso aos serviços públicos básicos e não tendo recursos financeiros para custear por conta própria, não vê solução para a sua situação. Nesse sentido, com essa pesquisa será possível dar visibilidade às dificuldades que esse reabilitando vivencia, de modo a discutir sobre a verdadeira reabilitação integral. Possibilitando também o conhecimento dessa realidade nos diversos espaços científicos e acadêmicos por meio de artigos, trabalhos, etc, para que mais pesquisadores se aprofundem nesta problemática em busca de uma solução.

Formas de assistência: Não se aplica.

Confidencialidade: Todas as informações que o (a) Sr. (a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus dados e respostas ficarão em segredo e seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos questionários nem quando os resultados forem apresentados.

Esclarecimentos: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Keity Ayumi Akimura

Endereço: Rua Inajá, 3610 – Zona 1

Telefone para contato: (44) 3355-1760

Horário de atendimento: Segunda à sexta-feira das 8h às 14h

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Paranaense (UNIPAR).

Praça Mascarenhas de Moraes, s/n.º - Cx Postal 224 – Umuarama – Paraná – CEP: 87.502-210

Fone / Fax: (44) 3621.2849 – Ramal 1219 e-mail: cepeh@unipar.br

Ressarcimento das despesas: Caso o (a) Sr. (a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

Concordância na participação: Se o (a) Sr. (a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, que não será identificado e estará mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

- 1- Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- 2- Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de permitir minha participação ou de qualquer indivíduo sob minha responsabilidade do estudo;

3- Não será identificado e será mantido o caráter confidencial das informações relacionada à privacidade.

Umuarama, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante/Representante legal

Assinatura do Pesquisador