



Melina Trento Vendrameto Tessarro^a
 <https://orcid.org/0000-0002-8431-5792>

Marco Antonio Pereira Querol^b
 <https://orcid.org/0000-0003-3815-1835>

Ildeberto Muniz de Almeida^a
 <https://orcid.org/0000-0002-8475-3805>

^aUniversidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública. Botucatu, SP, Brasil.

^bUniversidade Federal de Sergipe (UFS), Departamento de Engenharia Agrônômica. Aracaju, SE, Brasil.

Contato:

Ildeberto Muniz de Almeida

E-mail:

ildeberto.almeida@unesp.br

Este estudo é baseado na dissertação de mestrado de Melina Trento Vendrameto Tessarro intitulada "Reabilitação Profissional do INSS: uma análise à luz do Laboratório de Mudanças", apresentada em 2019 no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Campus de Botucatu.

Os autores informam que os dados iniciais do estudo foram apresentados no 15º Congresso Paulista de Saúde Pública e na 2ª Mostra de Atenção Básica de Botucatu, realizados em 2017.

Os autores declaram que a pesquisa de mestrado originária deste estudo foi um subprojeto integrado à Pesquisa Temática intitulada "Acidente de trabalho: da análise sociotécnica à construção social de mudanças", que recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP - Proc. 2012/04721-1 e que não há conflitos de interesses.

Recebido: 12/08/2020

Revisado: 19/01/2021

Aprovado: 01/03/2021

Desafios da reabilitação profissional desenvolvida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS): uma perspectiva histórico-cultural

Challenges of the vocational rehabilitation developed by the Brazilian Social Security Institute (INSS): a cultural-historical approach

Resumo

Introdução: transformações ocorridas na prestação do serviço de Reabilitação Profissional (RP) pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) fizeram emergir contradições entre seus resultados e o que se espera de uma política pública de inclusão social. **Objetivo:** compreender como tais transformações afetaram a atividade de trabalho e como o serviço de RP está lidando com as mudanças e problemas decorrentes. **Métodos:** realizada análise histórica das contradições entre elementos do sistema de atividade da RP em serviço do INSS localizado no interior do estado de São Paulo. Foram utilizados dados etnográficos e discursivos de intervenção baseada no método Laboratório de Mudança. **Resultados:** evidenciou-se que o objeto da RP foi historicamente reduzido à orientação e capacitação profissional. Foram identificadas dificuldades do sistema de atividade da RP em lidar com determinações judiciais, além da diminuição da capacidade instalada e acúmulo de tarefas que impactam no atendimento aos trabalhadores. **Conclusão:** a redução administrativa do objeto da RP, bem como o sistema de atividades apoiado em ações de atores externos à Previdência Social, sem articulação institucional e protocolos de cooperação entre os serviços, demonstra o descompasso entre o desmonte histórico da RP no INSS e a demanda social dos trabalhadores com incapacidades para o trabalho. **Palavras-chave:** reabilitação profissional; previdência social; intervenção formativa; laboratório de mudanças; saúde do trabalhador.

Abstract

Introduction: changes in the Vocational Rehabilitation (VR) service provided by the Brazilian Social Security Institute (INSS) led to contradictions between their results and what is expected from a social inclusion policy. **Objective:** to investigate how these changes affected work activity and how the VR service is facing the consequent issues. **Methods:** we conducted a historical analysis of the contradictions between the VR system elements based on the provision of this service by an INSS agency in the state of São Paulo. **Ethnographic and discursive data** were collected using the Change Laboratory method. **Results:** we evidenced that the VR service was historically reduced to vocational guidance and professional training. We identified the VR system had difficulties in addressing judicial orders, as well as there was a diminished installed capacity and task accumulation that hinder a proper assistance to workers. **Conclusion:** administrative reduction of the VR service, and the system of activities supported by social actors outside Social Security, without institutional articulation and cooperation protocols between services, demonstrates there is a gap between the VR historical dismantling and the disable workers' social demands.

Keywords: rehabilitation, vocational; social security; formative intervention; change laboratory; occupational health.

Introdução

O mundo do trabalho sofreu grandes mudanças na década de 1980, com a introdução de novas tecnologias e formas de organização trabalhista. Flexibilização produtiva, desregulamentações, terceirizações e novas formas de gestão trouxeram consequências à “classe-que-vive-do-trabalho”¹ (p.23), originando novos processos de adoecimento e dificuldades para reabilitação, retorno e permanência dos trabalhadores adoecidos e acidentados no trabalho^{1,2}.

Várias publicações trouxeram análises sobre a comparação entre os modelos de reabilitação profissional (RP) nacional desenvolvidos nas décadas de 1980-90 e o atual, com críticas ao modelo em vigência, considerado reducionista, compensatório e desarticulado de outras políticas públicas, como saúde e trabalho³⁻⁶. Tais estudos mostram que a atividade é influenciada por duas forças contraditórias: uma em direção ao valor de uso da atividade de produzir serviço de qualidade e eficaz; a outra, no valor de troca, expressada na constante pressão para redução de custos deste serviço.

Esta dualidade do Brasil é também uma realidade internacional, como demonstrou estudo⁷ que analisou sistemas de RP de 32 países europeus, destacando duas tendências nas políticas e sistemas: para alguns, o foco é a “antidiscriminação e igualdade nas políticas de emprego” (tradução livre dos autores, p.7), visando principalmente as pessoas com deficiência; para outros, o foco é a “sustentabilidade dos sistemas de seguridade social e redução do impacto econômico da doença por meio da gestão precoce do absenteísmo e prevenção da exclusão do mercado de trabalho dos trabalhadores com incapacidades” (tradução livre dos autores, p.7).

Por um lado, a RP tem a finalidade de diminuir o tempo de concessão de benefícios, por outro, impacta na superação das desvantagens produzidas pelas incapacidades⁸. Em 2011, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) considerou a Reabilitação Profissional como um de seus princípios estruturantes, porém “sem possibilitar, na prática, mecanismos e investimentos que promovessem impactos significativos na melhoria do serviço”⁶ (p.4), já que o retorno ao trabalho sem assistência adequada, na mesma condição anterior, pode levar a piora dos sintomas e a novos afastamentos². Muitas são as dificuldades encontradas pelos trabalhadores com limitações no retorno ao trabalho, o que torna a execução da política nacional de reabilitação profissional extremamente relevante, tanto pela dimensão econômica de redução dos custos previdenciários com benefícios, quanto pela dimensão social de resgatar o potencial laborativo de trabalhadores com sequelas e limitações decorrentes de doenças ou acidentes relacionados ou não ao trabalho⁹.

O sistema de proteção social no Brasil, longe de ser universalista, é seletivo e meritocrático, insuficiente e precário numa lógica de benemerência¹⁰⁻¹².

Maeno e Vilela⁵ afirmam que há dificuldade crônica de articulação entre as políticas de Saúde e de Previdência Social “no tocante às concepções de saúde, incapacidade, reabilitação psicossocial e profissional” (p.93), e que, nesta última, ainda predomina a lógica de seguradora, de redução de despesas e diminuição das filas de espera de benefícios, sem prevalecer a garantia dos direitos sociais constitucionais. O modelo previdenciário de seguro social segue “diretrizes macropolíticas e macroeconômicas neoliberais de redução de políticas públicas”¹⁴ (p.2667).

As mudanças vigentes na prestação da reabilitação profissional responsabilizam o trabalhador individualmente por suas incapacidades, cabendo a ele, de posse de certificado de reabilitação, encontrar função compatível com o seu potencial laborativo¹⁴, em consonância com o ideário de uma “educação para o empreendedorismo”, ocultando as desvantagens sociais travestidas em “desafios a serem superados por meio do esforço, iniciativa e proatividade individuais, despolitizando as relações sociais”¹⁵ (p.71).

Para Matsuo³, “instituições de reabilitação são fundamentais para o processo de readaptação profissional e social do acidentado” (p.271) e outros aspectos da vida do reabilitado, como saúde, família e demais esferas de participação social. No entanto, decisões periciais são baseadas em avaliação parcial da incapacidade, desconsiderando a interação entre a disfunção adquirida, os atributos da pessoa e o contexto ambiental e de trabalho em que está inserida¹⁶.

A maior parte da crítica se refere ao nível técnico-político da RP na Previdência Social, permanecendo escassos na literatura estudos voltados para a atividade de trabalho dos profissionais da área, no cotidiano de seus atendimentos, com os desafios impostos pelo descompasso entre a falta de investimentos, regras administrativas de redução do modelo de atenção e necessidades sociais dos trabalhadores com incapacidades para o trabalho.

Neste estudo, argumentamos que a contradição entre valor de uso e valor de troca¹⁷ impacta no serviço de RP, manifestando-se no cotidiano dos profissionais do INSS como distúrbios e conflitos. O reconhecimento da origem das contradições pode ajudá-los a construir estratégias de enfrentamento. Por meio de abordagem teórica e metodológica da Teoria Histórico-Cultural da Atividade¹⁸, foram formuladas hipóteses das contradições históricas que levaram aos distúrbios identificados em serviço de reabilitação profissional de uma Agência do INSS, localizada no interior do Estado de São Paulo, que atende a 11 municípios de pequeno porte.

A pesquisa buscou compreender como as transformações políticas no sistema de atividade da RP, a partir da década de 90, envolvendo mudanças na legislação, nas normas técnicas internas e na organização do trabalho, afetaram a atividade de trabalho e como os serviços estão lidando com tais mudanças e os problemas decorrentes delas. O estudo procurou responder às seguintes questões: Qual é a estrutura e funcionamento do atual sistema de atividade (SA) da RP? Como o SA se desenvolveu no âmbito do serviço selecionado? Quais as contradições atuais do SA estudado e suas repercussões na efetividade da reabilitação profissional dos trabalhadores com incapacidades?

Métodos

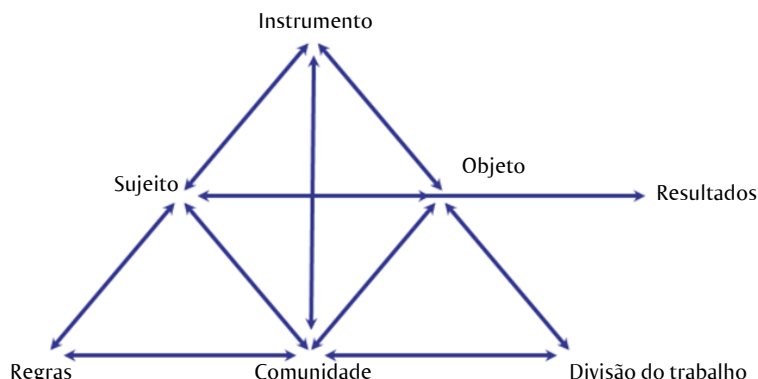
Na abordagem da Teoria Histórico-Cultural da Atividade¹⁸ utilizada neste estudo, a unidade mínima de análise é uma representação da estrutura de uma atividade humana. O sistema de atividade (SA), apresentado na **Figura 1**, é composto pelo sujeito, que pode ser um indivíduo ou um grupo, cuja posição e ponto de vista são escolhidos como perspectiva da análise. O objeto é o propósito, a motivação de uma atividade, e sempre está relacionado a uma necessidade social, direcionando as ações dos indivíduos. O objeto tem natureza essencialmente dual: é dado e construído, é material e cognitivo, é composto por aspectos do presente e orientado ao futuro. Ele pode ser uma matéria-prima que é transformada em algo que pode atender necessidades sociais ou uma situação-problema que precisa ser resolvida¹⁹.

A relação entre sujeito e objeto é mediada por mediadores técnicos (ferramentas e sinais) e sociais (concepções). A atividade é composta por uma

comunidade de indivíduos e grupos que compartilham o mesmo objeto e conduzem tarefas formando uma divisão de trabalho e regras, tais como regulamentos, normas, convenções e padrões¹⁸.

O desenvolvimento de um sistema de atividade é representado pelo ciclo de aprendizagem expansiva, quando há a resolução das contradições, dentro e entre elementos do SA. As contradições internas da atividade humana advêm de sua existência dual como a produção social total e uma produção específica. Toda atividade é independente de ou subordinada à produção social total¹⁹. No capitalismo, essa contradição adquire a forma geral de mercadoria, que é um objeto que possui valor (ou seja, valor de troca) e valor de uso. O valor da mercadoria é basicamente determinado pela média de quantidade de trabalho social necessária para sua produção, e o valor de uso pela sua utilidade. Essa natureza dupla afeta todos os elementos do sistema de atividade¹⁷.

As contradições são forças opostas entre os elementos do SA que criam distúrbios, conflitos e anomalias na atividade de trabalho. Elas podem ser compreendidas através de análise histórica das mudanças na estrutura do sistema de atividade^{22,23}. Segundo Engeström²¹, as contradições se subdividem em quatro níveis: *primárias*, decorrentes do valor de uso e valor de troca das mercadorias, intrínsecos ao sistema capitalista, resolvidas temporariamente pela criação de inovações; *secundárias*, decorrentes das tensões internas entre os elementos do SA; *terciárias*, quando ocorrem entre o objeto da atividade anterior e novo objeto expandido, “o novo que se impõe e o velho que resiste”; e *quaternárias*, entre a atividade central e as que integram a comunidade, impondo outras regras, outros sujeitos participantes ou novos instrumentos.



Fonte: Engeström^{20,21}

Figura 1 A estrutura do sistema de atividade humana

O Laboratório de Mudança (LM) é uma técnica de intervenção formativa, composta por conceitos e princípios metodológicos utilizados como ferramenta de transformação de atividades de trabalho. É usado para analisar a estrutura, funcionamento e contradições históricas em atividades humanas, ajudando a compreender as contradições e tensões surgidas no processo de desenvolvimento da atividade, pela realização de sessões sucessivas com pesquisadores/interventores e profissionais que estejam envolvidos diretamente no SA^{18,24}.

Os dados deste estudo foram coletados em 2017 e 2018, antes e durante a execução da intervenção formativa LM²² conduzida em uma agência de previdência social do INSS no interior do estado de SP, selecionada para ser a atividade de trabalho deste estudo, instigado pelas tentativas sem sucesso do serviço em resolver problemas do represamento em fila de espera na reabilitação profissional. Tal demanda reprimida, aumentada pelos casos encaminhados por determinação judicial, levava à intensificação das tarefas de avaliações socioprofissionais e reavaliações médico-periciais dos trabalhadores, por meio de mutirões, inclusive com o deslocamento de servidores de outras localidades.

A análise histórica identifica a evolução do objeto e demais elementos do SA. Os dados foram coletados de documentos, entrevistas sobre o histórico da atividade e das sessões do LM. A análise documental apreciou a legislação da RP no Brasil sobre benefícios da previdência social, manuais técnicos e instrumentos administrativos do INSS, como despachos, instruções normativas e boletins estatísticos. Também foram analisados estudos sobre a reabilitação profissional, buscados nas bases de dados Scielo, Web of Science e PubMed, com as palavras-chave *reabilitação profissional* e *previdência social*.

As entrevistas foram conduzidas com oito profissionais da RP atuantes na unidade de análise ou em cidades da abrangência da gerência regional do INSS, sendo quatro médicos peritos, três assistentes sociais (uma aposentada) e uma terapeuta ocupacional, além de um trabalhador em programa de RP e cinco profissionais de Recursos Humanos de três empresas que recebem os reabilitados. Os participantes foram escolhidos de forma intencional, com roteiro de perguntas abertas, elaborados pelos autores. Foram utilizados dados discursivos de quatro sessões do LM, com presença de oito participantes e duração máxima de duas horas, que foram gravadas.

Os dados foram analisados pelos seus eventos históricos, ou seja, aqueles que mudam a estrutura do SA²⁵, e classificados em ordem cronológica, formando narrativa utilizada como conceito analítico

para demonstrar mudanças sistêmicas. Situações de incompatibilidade entre os elementos do sistema de atividade de RP foram interpretados como contradições secundárias.

Por fazer parte de Projeto Temático intitulado “Acidente de trabalho: Da análise sociotécnica à construção social de mudanças” - FAPESP (Processo 2012/04721-1), este estudo foi submetido ao mesmo CEP-USP para análise, sob o CAAE nº 85915918.2.0000.5421, recebendo a aprovação através do parecer nº 2.832.241, fazendo uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

É importante ressaltar que se trata de pesquisa implicada, visto que uma das autoras atua no serviço em análise. Nessa questão, a matriz de análise proposta pelo LM auxilia o pesquisador implicado a criar distanciamento da realidade estudada, visto que a dinâmica do processo de aprendizagem expansiva surgida nas sessões acontece no movimento dialético de se envolver emocionalmente com a atividade em estudo e se distanciar para analisá-la intelectualmente¹⁸.

Resultados

A análise da literatura^{3-6,26} mostra três períodos distintos na forma de oferta do serviço: (i) a assistência dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões (IAPs e CAPs); (ii) a unificação em Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e a criação dos Centros de Reabilitação Profissional (CRP) e Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP), entre 1960 e 2000, e (iii) o Programa Reabilita, normatizado em 2001, ainda em vigência (**Quadro 1**).

Comparando os três modelos históricos de reabilitação, observa-se retração do objeto e mudanças qualitativas de redução nos demais elementos do SA. De 1960 a 2000, o objeto era a assistência terapêutica e profissional aos acidentados ou adoecidos do trabalho. A partir de 2001, foi reduzido à orientação e capacitação profissional, sem obrigatoriedade do emprego. Há, portanto, contração no objeto pela eliminação da atenção em reabilitação física e psicossocial aos trabalhadores com incapacidades. A política, na lógica do seguro social, tem como foco a orientação profissional, através da análise de compatibilidade de funções oferecidas pela empresa de vínculo e/ou cursos de (re)capacitação profissional. A reinserção passa a ser de responsabilidade do trabalhador, que, certificado, receberá alta do benefício, muitas vezes precoce, reduzindo os custos da previdência.

Quadro 1 Evolução histórica do sistema de atividade da reabilitação profissional

<i>Elementos do SA</i>	<i>De 1943 a 1960 (CAPs^a e IAPs^b)</i>	<i>De 1960 a 2000 (CRPs^c e NRPs^d)</i>	<i>A partir de 2001 (Programa Reabilita e atualizações)</i>
Objeto	Assistência aos incapacitados para o trabalho e aposentados por invalidez das categorias profissionais das CAPs ^a e IAPs ^b	Reabilitação Profissional aos segurados do INPS ^e /INSS ^f incapacitados para o trabalho	Retorno ao trabalho para segurados do INSS ^f incapacitados para o trabalho
Objetivo	Oferecer assistência médico-farmacêutica aos trabalhadores e reduzir efeitos precários das condições de trabalho, restituindo a capacidade laborativa do empregado.	Oferecer assistência terapêutica e profissional aos segurados do INPS com incapacidade para o trabalho, com ênfase nos acidentados ou adoecidos pelo trabalho	Capacitação profissional para retorno do segurado com incapacidades ao trabalho sem obrigatoriedade da recolocação efetiva
Sujeitos	Profissionais das áreas médicas, de fisioterapia e farmacêutica (próprios e contratados como serviços privados), além do corpo administrativo.	Equipe multiprofissional, formada por pessoal técnico especializado.	Médico Perito e profissional de referência.
Instrumentos	Assistência médica (ortopedia clínica e cirurgia ortopédica); fisioterapia e assistência farmacêutica. Encaminhamento pelos médicos legistas designados pelo Estado.	Recursos terapêuticos disponibilizados no interior dos próprios centros, além de oficinas, cursos de qualificação profissional, ensino básico, treinamentos e visitas às empresas.	Avaliação do potencial laborativo; encaminhamento para cursos na comunidade e treinamentos em empresas; e Grupos Informativos.
Regras	CAPs ^a – administradas por colegiado bipartite- empresa e representantes dos empregados, sem participação do Estado, com recolhimento sobre o faturamento da empresa. IAPs ^b – administradas por colegiado tripartite – empresa, empregados e Estado, com recolhimento sobre a folha de salários. SAT ^g – administrado por diferentes seguradoras privadas.	Unificação das CAPs ^a e IAPs ^b em INPS ^e (Lei Orgânica da Previdência Social de 1960. Uniformização dos benefícios. Estatização do SAT ^g em 1967. Criação do 1º CRP ^c em 1960, em São Paulo, e expansão para capitais e cidades de grande porte de outros estados. Criação de NRPs ⁱ em cidades de pequeno porte.	Extinção das equipes multiprofissionais e da reabilitação profissional como unidade gestora, tornando-se um subprograma da perícia médica. Manuais Técnicos, legislação previdenciária, incluindo Lei de Cotas.
Comunidade	Empresas, ligas operárias e empresas privadas contratadas.	Empresas, escolas; sindicatos e programas de Saúde do Trabalhador, municipais e estaduais, em algumas localidades.	Empresas, escolas, Poder Judiciário, sindicatos e CERESTs ^h em algumas localidades
Divisão do trabalho (divisão de tarefas e de pessoas)	Administrativos – concessão de benefícios, dentre eles a reabilitação profissional. Terapêuticos – serviços do Estado e contratados (não articulados).	Apoio administrativo (compra de órteses, próteses e instrumentos de trabalho) e logístico (deslocamento de segurados de diferentes localidades). Atendimento terapêutico e de retorno ao trabalho por profissionais de reabilitação física e psicossocial, contratados por categoria profissional, ex.: assistente social, sociólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, pedagogo etc. Equipes multiprofissionais compostas por diferentes especialidades, com decisões técnicas em consenso.	Extinção dos CRPs ^c e NRPs ^d . Descentralização da reabilitação profissional para a Atenção Primária à Saúde (regionais). Profissionais acumulando funções de Serviço Social nas agências e Reabilitação Profissional. Médico Perito exercendo atividades de reabilitação profissional. Contratação dos profissionais homogeneizada como analistas previdenciários.

Notas:

- a) CAP: Caixa de Aposentadorias e Pensões
- b) IAP: Institutos de Aposentadorias e Pensões
- c) CRP: Centro de Reabilitação Profissional
- d) NRP: Núcleo de Reabilitação Profissional
- e) INPS: Instituto Nacional da Previdência Social
- f) INSS: Instituto Nacional do Seguro Social
- g) SAT: Seguro do Acidente de Trabalho
- h) CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

A lógica de redução de custos afeta outros elementos do sistema. Equipes multiprofissionais dos CRP(s) e NRP(s), constituídas por médico ortopedista ou fisiatra, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais e sociólogos^c que desenvolviam trabalho interdisciplinar¹³, foram extintas e substituídas por pequenas equipes formadas por médicos peritos e assistentes sociais, fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais^d, que deixaram de atuar na especificidade da sua formação acadêmica para serem profissionais de referência em orientação profissional. Do ponto de vista social, o papel do Estado na RP foi reduzido. No território estudado, a formação oferecida aos trabalhadores depende de escolas e instituições de ensino desarticuladas das práticas da equipe. Trata-se de escolha política que abdica da defesa do valor de uso da reabilitação compreendida como oferta do cuidado de saúde e reinserção do trabalhador no mercado de trabalho.

Tais alterações nos sujeitos e na divisão do trabalho contribuíram para os distúrbios entre esses elementos do sistema de atividade e o seu objeto, de modo que a redução da equipe e o acúmulo de tarefas intensificaram a demanda reprimida. Estas contradições entre sujeito-objeto e divisão do trabalho-objeto estão representadas na **Figura 2**, com os números 1 e 2, respectivamente.

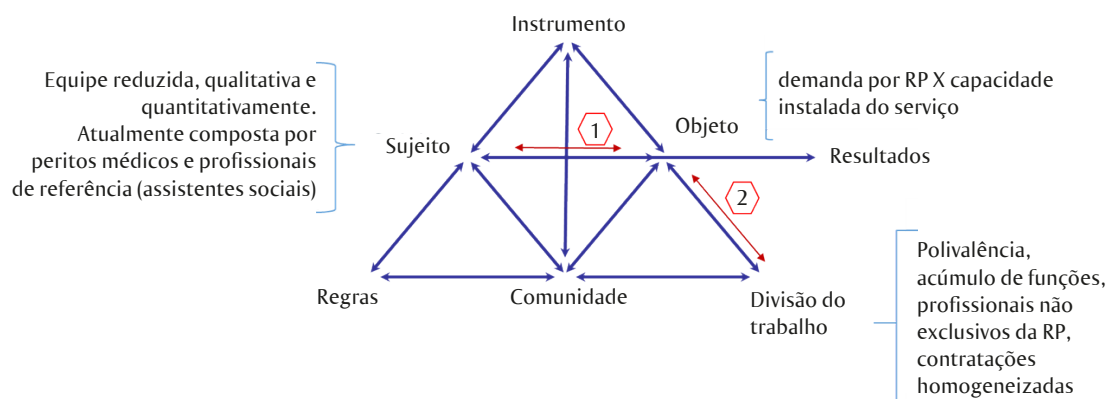
Com a redução do objeto e de profissionais, a Previdência Social passou a depender de outras instituições para cumprir as diferentes etapas do

programa de RP, isto é, dos serviços de saúde pública, empresas e escolas para qualificação profissional.

No modelo técnico em vigência, a eficácia da reabilitação profissional é apoiada nestes serviços externos à previdência social, sem que haja articulação intersetorial entre as diferentes políticas públicas que fazem interface com a questão - os CEREST(s) - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, o Ministério do Trabalho e sindicatos da categoria.

Para (re)capacitação profissional, a RP depende da disponibilidade de oferta de cursos gratuitos na comunidade ou da compra destes pelo INSS, por meio de licitações e pregões, submetida a uma burocracia complexa e lenta, o que, aliado à baixa oferta de cursos na localidade estudada, é de grande impacto na qualidade de programas individualizados. A relação com as empresas demonstra ausência de ações coordenadas entre elas, Previdência Social e órgãos de fiscalização do trabalho, com vistas à definição de responsabilidades na reinserção de trabalhadores reabilitados no trabalho.

A partir de 2001, o objeto da RP passa a focar no aspecto profissional, porém, os instrumentos da atividade mostram-se incompatíveis com as propostas técnicas dos programas, o que validou hipótese inicial de que a mudança histórica no objeto resultou em contradição entre si e os instrumentos do SA. Essa contradição está representada na **Figura 3**.

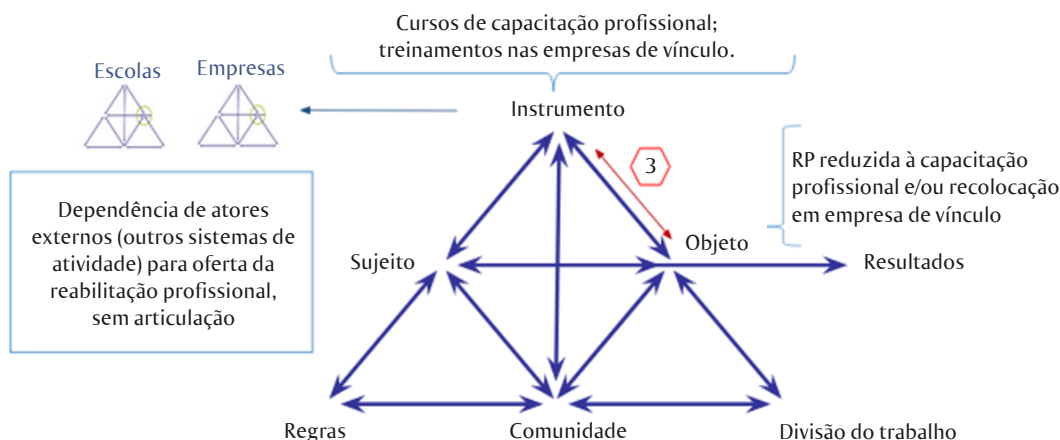


Fonte: elaborada pelos autores

Figura 2 Representação das contradições entre sujeito-objeto e divisão do trabalho-objeto no sistema de atividade da Reabilitação Profissional (RP) na unidade de estudo

c em alguns serviços, a depender das casuísticas atendidas, integravam-se às equipes fonoaudiólogos e pedagogos⁴;

d Em algumas Agências do INSS, contudo, o predomínio é da categoria de assistentes sociais.



Fonte: elaborada pelos autores

Figura 3 Representação no sistema de atividade da contradição entre objeto e instrumentos no sistema de atividade da Reabilitação Profissional (RP) na unidade de estudo

Por fim, outra contradição, fortemente apontada nas discussões do LM, também originária da contração do objeto, se expressa na dificuldade que o sistema tem em lidar com trabalhadores com incapacidades, encaminhados por determinação judicial. Para a Perícia Médica, o distúrbio seria a decisão adotada pela justiça, que deveria reafirmar os critérios administrativos de (in)elegibilidade da Previdência Social, demonstrado nas verbalizações que se seguem:

E nosso grande problema são os judiciais, que encaminham muito e sem critérios. É isso que me deixa chateada. A gente fica empacado, né, entre aspas, né. (...) Eu acho que foi uma brecha que os juízes acharam pra não dar o benefício ou para não aposentar, então vai para a reabilitação. É um terceiro caminho que eles arrumaram. (...) às vezes o juiz encaminha porque ele não sabe como foi a evolução (...), eles não têm conhecimento de como funciona a reabilitação (entrevistado 5; equipe de RP).

A gente acha que deveria haver diálogo maior, porque muitas vezes são casos que não têm os mesmos critérios que o nosso. Então acaba vindo e travancando o processo de outras pessoas que estão em andamento, aumentando muito a demanda. (entrevistado 3; equipe de RP).

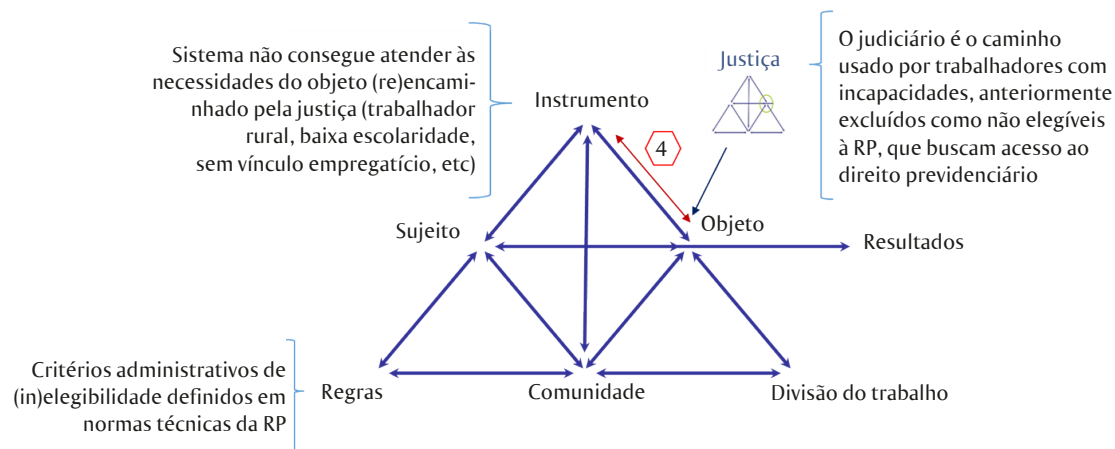
Uma análise mais crítica mostra que se trata de trabalhadores adoecidos ou acidentados, anteriormente excluídos do sistema por processos apoiados em critérios restritivos de (in)elegibilidade, mas que retornam à RP via acionamento da justiça, como caminho de acesso a direitos que lhes foram negados. Esses critérios, advindos de instruções, portarias e manuais (regras do SA), são contraditórios à amplitude da legislação da Seguridade Social, pelo reconhecimento da justiça do acesso ao benefício previdenciário e à RP como direito legal, o que pode ser analisado como

expressão da contradição primária entre valor de uso (necessidade social) da atividade e seus critérios de seleção ancorados no valor de troca, já que visam limitar o acesso dos trabalhadores, ensejando a judicialização das políticas sociais²⁷.

Os critérios de (in)elegibilidade do programa de RP – baixa escolaridade, idade avançada, repertório de trabalho restrito (principalmente ao trabalho braçal), afastamentos de longa duração²⁸ – são características de vulnerabilidade social da população trabalhadora, que restringem reingresso no mercado de trabalho, mas que ao serem acatados pela equipe, distanciam a atividade de trabalho das suas reais finalidades de existência.

A defesa de políticas públicas ancoradas em critérios cada vez mais rigorosos, restritivos e limitados corrobora para o aumento das desigualdades sociais diante da dificuldade de acesso de direitos²⁷. A exclusão social é assumida como política pública, com o agravante de saber que trabalhadores com esse perfil, além dos desempregados e autônomos, estão presentes em grande quantidade na região estudada, marcada pela agroindústria e confecção calçadista.

Porém, ao mesmo tempo que o serviço precisa cumprir a ordem judicial de reabilitação profissional, não desenvolveu novos meios para lidar com os encaminhados por força judicial. Assim sendo, como instrumentos e regras do SA não respondem às necessidades dos (re)encaminhados pela justiça, também não atendem às necessidades sociais dos trabalhadores, ou seja, do seu objeto. Esta incompatibilidade do objeto com os instrumentos está representada na **Figura 4**.



Fonte: elaborada pelos autores

Figura 4 Representação da contradição entre objeto, determinado pela justiça, e instrumentos no sistema de atividade da Reabilitação Profissional (RP) na unidade de estudo

À medida que o sistema absorve a parcela de trabalhadores imposta pela justiça, sem deter instrumentos adequados para recebê-la, os desfechos do processo de reabilitação profissional tendem a ser excludentes, tais como a conclusão precoce pelo retorno ao trabalho ou a recusa ao programa, responsabilizando as vítimas pelo insucesso do modelo, com justificativas padronizadas, como falta de adesão, desmotivação, acomodação pelo benefício etc..

Discussão

A análise mostrou que o serviço de RP tem sistema de atividade que passou por redução de efetivo, desmonte de instrumentos, reformulação de regras e mudanças na sua divisão de trabalho que levaram à progressiva diminuição da atuação direta do Estado na oferta de programas de Reabilitação Profissional, ao mesmo tempo que propôs a implementação de atividades educativas que supostamente capacitariam os reabilitados a sobreviver, individualmente, no mercado de trabalho hostil e altamente seletivo. A mesma proposta é assumida como solução, inclusive, para trabalhadores inicialmente excluídos do sistema por serem considerados inelegíveis, e que retornam ao sistema por força de decisão judicial.

O sistema de atividade de RP da região estudada se ressentia da forte dependência das ofertas de práticas por organizações parceiras, sem articulação, coordenação e mecanismos de monitoramento ágil da adesão e continuidade dos usuários às práticas recomendadas. Também não havia adequada checagem das respostas dos parceiros acionados e do desenvolvimento das atividades, de modo que

o sistema passou a não só apresentar gargalos na entrada de usuários em novos programas, como também na saída dos programas iniciados.

Como exemplo de desenvolvimento da atividade de reabilitação, o Programa de Reabilitação Profissional desenvolvido pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Piracicaba²⁹ apresentou ações conjuntas com o INSS, empresas, sindicatos e trabalhadores acidentados e adocidos pelo trabalho. O método empregado foi fundamentado no modelo social da incapacidade, valorizando a atenção terapêutica multidisciplinar, com equipe formada por médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e sociólogo. O público-alvo era composto por trabalhadores afastados do trabalho, com diagnóstico e nexos causais de LER/DORT (lesão por esforço repetitivo/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho), e com vínculo empregatício (ou último emprego) em empresas com grande número de pessoas afetadas por esse mesmo tipo de lesão.

As ações envolviam espaços terapêuticos grupais com os trabalhadores, visitas às empresas, análise ergonômica do trabalho, reuniões técnicas regulares com discussões internas de casos com as empresas e o INSS. Uma das soluções implementadas foi a decisão compartilhada sobre a definição da capacidade residual do trabalhador e elaboração de plano individual de reabilitação profissional, com o consentimento do trabalhador, construindo caminhos compartilhados de retorno ao trabalho ou aposentadoria, ainda que a decisão final continuasse, mesmo que não de forma exclusiva, da competência da Previdência Social²⁹.

Outro aspecto desse programa do CEREST, que inclusive repercutiu na redução da fila de espera, foi

a realização de atendimento coletivo, por empresa, em que, os programas terapêuticos e de retorno ao trabalho foram elaborados para o conjunto dos casos, e não de forma individual e pontual, como desenvolvido na localidade em estudo. Esta medida, além de reforçar epidemiologicamente a relação causal entre a doença e o trabalho, fortaleceu a RP como política pública no município, integrando as ações de assistência e vigilância, responsabilizando as empresas pelo estudo e oferta de funções compatíveis aos trabalhadores reabilitados²⁹.

Visto que o serviço de RP oferecido nacionalmente pela autarquia federal não detinha a capacidade de oferta da reabilitação, diante da redução histórica do seu objeto e sistema em si, em Piracicaba, por exemplo, a atividade foi modificada com a ampliação dos sujeitos e um objeto compartilhado entre INSS, saúde (CEREST), empresas, trabalhadores e seus sindicatos²⁹.

Outro exemplo de desenvolvimento da atividade de reabilitação profissional é o Programa de Retorno ao Trabalho, desenvolvido pela Seção Técnica de Saúde da Universidade Estadual Paulista – UNESP de Botucatu³⁰, que constitui como população-alvo os trabalhadores estatutários da instituição. É operacionalizado por equipe profissional composta por médicos peritos e do trabalho, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, técnicos de segurança e engenheiros do trabalho.

O processo de preparação do retorno ao trabalho envolve mapeamento dos postos de trabalho mais adequados ao caso, visitas domiciliares aos servidores afastados, grupo de apoio psicossocial ao trabalhador e preparação de chefias e equipes que receberão trabalhadores readaptados. O processo de decisão envolve, além da equipe de profissionais, representantes da instituição (recursos humanos e diretoria administrativa da unidade) e o trabalhador, constituindo Comitê de Apoio ao Servidor. Segundo Braga e Fantazia³⁰, “o objetivo é articular as necessidades do trabalhador aos interesses da instituição, definindo uma proposta de retorno” (p.7). Ressalta-se que neste exemplo também houve inclusão de aspectos psicológicos e sociais na definição da capacidade colaborativa, fundamentando-se nos preceitos do modelo social da incapacidade.

Os programas exemplos reafirmam dimensão importante da atividade de RP que diz respeito à ampliação qualitativa do seu objeto, pela operacionalização do modelo social da incapacidade. Como apontam Verbrugge e Jette³¹, a incapacidade não

deve ser entendida somente sob os aspectos médicos, pois há fatores sociais, psicológicos e ambientais que interagem em seu estabelecimento. Apesar de estudos sobre a questão da incapacidade defenderem que o modelo biomédico não é suficiente e nem adequado para ações voltadas à superação desta questão no trabalho, visto seus diversos determinantes^{2, 32, e}, ainda é este o modelo que vigora na Previdência Social.

Embora tenha havido tentativa de introdução do modelo social da incapacidade com a publicação do Manual de Procedimentos Técnicos da RP, em 2016³³, os conceitos mais ampliados ficaram no papel e não houve mudanças práticas, ao contrário, as ações reforçaram a ótica do seguro social e do modelo biomédico, retrocedendo nas discussões sobre o modelo⁶. Na contramão dos programas destacados, fatores ambientais, pessoais e de participação social permaneceram desconsiderados na definição e desenvolvimento dos programas de RP do INSS.

Diante do exposto, o desafio para o desenvolvimento da atividade de reabilitação profissional na agência do INSS estudada está na ampliação do objeto de trabalho para os sujeitos do sistema em estudo, no reconhecimento de que todos os trabalhadores com incapacidades representam demanda social legítima, inserida no processo saúde-doença do modelo capitalista vigente e que, portanto, deve ser dividido com outras instituições de políticas públicas que compartilham do mesmo objeto – trabalhadores com incapacidades para o trabalho – articulando-se políticas de saúde e vigilância, bem como de trabalho e emprego, responsáveis pela fiscalização no cumprimento de medidas protetivas e antidiscriminatórias, como a reserva de vagas para pessoas com deficiência e reabilitados.

A construção de novos instrumentos, conceituais e práticos, integra o desafio e deve ser também compartilhada com outros atores, incluindo os profissionais das empresas, os sindicatos e os trabalhadores acometidos. A participação de todos os sujeitos responsáveis nos processos de decisão sobre o retorno ao trabalho também se mostra como fator importante para o desenvolvimento da atividade.

Outro desafio diz respeito a lidar com o objeto não elegível segundo critérios estabelecidos (baixa escolaridade, desempregado, com experiências restritas ao trabalho rural), mas que é determinado judicialmente como público-alvo obrigatório do serviço. Visto que

e Costa-Black KM. Reabilitação profissional e prevenção da incapacidade laboral: uma síntese de textos que apresentam conceitos essenciais para um diálogo ético e científico aprofundando. [Apresentado na Oficina sobre Programas de Reabilitação Profissional da FUNDACENTRO; 2013; São Paulo, Brasil].

a realidade local é marcada pelo trabalho braçal e de baixa escolaridade, instrumentos como cursos de capacitação profissional a serem ofertados por agentes externos à RP (auxiliar administrativo, atendimento ao cliente, técnicas de vendas, e cursos técnicos, por exemplo) não atendem a necessidade do objeto para reabilitação profissional.

Somado a isso, considerando que, historicamente, o atendimento terapêutico de pessoas com incapacidade ficou a cargo do sistema de saúde, bem como as fiscalizações dos postos de trabalho e do cumprimento da legislação de reserva de vagas, para pessoas com deficiência e reabilitados, ficou a cargo da política de trabalho e emprego, a articulação interinstitucional com as instituições executoras dessas políticas torna-se condição essencial para a efetivação da política pública de reabilitação profissional.

Como apontam Virkkunen e Newnham¹⁸, a mudança nos elementos mediadores, conceituada como remediação, deve se basear em sequência de soluções e estratégias compartilhadas para superar as contradições centrais do sistema de atividade e construir novas formas de trabalho que atendam verdadeiramente às necessidades sociais.

Conclusão

A principal contribuição deste estudo diz respeito à identificação de hipóteses de contradições na atividade de reabilitação profissional como caminho inicial para a construção de propostas de melhoria

Contribuições de autoria

Tessarro MTV, Querol MAP e Almeida IM contribuíram substancialmente na concepção do estudo, no levantamento, na análise e interpretação dos dados, na elaboração, nas revisões críticas do manuscrito e na aprovação da versão final publicada e assumem responsabilidade pública integral pelo trabalho realizado e o conteúdo aqui publicado.

Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração de Mara Alice Batista Conti Takahashi neste trabalho.

Referências

1. Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 15a ed. São Paulo: Cortez; 2011.
2. Toldrá RC, Daldon MTB, Santos MC, Lancman S. 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. 2010; 35(121):10-22.
3. Matsuo M. Acidentado do trabalho: reabilitação ou exclusão? São Paulo: Fundacentro; 2002.

em suas práticas de trabalho. A técnica participativa possibilitou o uso de ferramentas que incentivaram os profissionais a pensar sobre seu sistema de atividade, com foco em seu objeto, estimulando análise e discussão de dificuldades e conflitos vivenciados sob a ótica sistêmica, com origens em interações surgidas no desenvolvimento histórico da política neoliberal de desmonte da atuação direta do Estado na atividade.

O trabalho propiciou identificar que regras (critérios de elegibilidade ao programa de RP) e instrumentos disponíveis (focados na capacitação profissional e apoiados em sistemas externos ao INSS) deixaram de atender às necessidades do objeto de atividade da RP em localidade marcada pelo trabalho braçal e baixa escolaridade. A emergência histórica de decisões judiciais para inclusão, em programas de RP, de trabalhadores anteriormente excluídos do serviço deu tonalidades dramáticas a dificuldades operacionais e técnicas, estabelecendo a principal contradição da atividade de reabilitação profissional do INSS: o entendimento do objeto pela gestão da instituição não corresponde às necessidades sociais dos trabalhadores acidentados e adoecidos pelo trabalho.

A permanência das contradições na atividade de reabilitação profissional na localidade estudada indica a relevância do processo de análise e as propostas de desenvolvimento para a atividade estudada. Baseando-se no ciclo da aprendizagem expansiva, sugere-se testar e enriquecer hipóteses de contradições junto aos gestores da instituição, para assim avançar na modelagem e implementação de nova proposta para a RP, construída com a participação dos diversos atores do sistema de atividade em estudo.

4. Takahashi MABC. Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990 [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.
5. Maeno M, Vilela RAG. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2010;35(121):87-99.
6. Miranda CB. Aspectos do cenário atual da reabilitação profissional no Brasil: avanços e retrocessos. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(8):e00218717.
7. Belin A, Dupont C, Oulès L, Kuipers Y, Fries-Tersch E. Rehabilitation and return to work: analysis report on EU policies, strategies and programmes. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work; 2016.
8. Momm W, Geicker O. Disability: Concepts and Definitions. In: Moon W, Ransom R. Disability and Work. *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety.* Geneva: International Labor Office; 1998. p. 4.
9. Ziliotto DM, Berti AR. Reabilitação profissional para trabalhadores com deficiência: reflexões a partir do estado da arte. *Saude soc.* 2013;22(3):736-50.
10. Takahashi MABC, Canesqui AM. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cad. Saude Publica.* 2003;19(5):1473-83.
11. Yazbek MC. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. *Serv Soc Soc [Internet].* 2012 [citado em 23 nov 2018];(110):288-322. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/X7pK7y7RFsC8wnxB36MDbyx/?lang=pt>
12. Esping-Andersen G. As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova.* 1991;(24):85-116.
13. Takahashi MAB C, Iguti AM. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cad Saude Publica.* 2008;24(11):2661-70.
14. Maeno M, Takahashi, MABC, Lima MAG. Reabilitação Profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiatr.* 2009;16(2):53-8.
15. Facas, EP. Sociedade da performance e a falácia da liberdade no discurso neoliberal. In: Souza-Duarte F, Mendes AM, Facas EP, organizadores. *Psicopolítica e Psicopatologia do Trabalho.* Porto alegre: Editora Fi; 2020.p. 63-75
16. Simonelli AP, Camarotto JA, Bravo, ES, Vilela, RADG. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Rev bras saude ocup.* 2010;35(121):64-73.
17. Marx, Karl. *O Capital: Livro 1 - O processo de produção do capital.* 35a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1998.
18. Virkkunen J, Newnham DS. O Laboratório de Mudança: Uma Ferramenta de Desenvolvimento Colaborativo para o Trabalho e a Educação. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2015.
19. Miettinen R. Object of activity and individual motivation. *Mind, Culture, and Activity.* 2005;12(1):52-69.
20. Engeström Y. Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki, Finland: Orienta-Konsultit; 1987.
21. Engeström Y. *Aprendizagem Expansiva.* Campinas: Pontes; 2016.
22. Pereira Querol MA. Learning challenges in biogas production for sustainability: An activity theoretical study of a network from a swine industry chain [dissertation]. Helsinki: University of Helsinki; 2011.
23. Pereira-Querol MA, Seppänen L. Finding disturbances in on-farm biogas production. *Work.* 2012;41:81-8.
24. Vilela RAG, Querol MAP, Seppänen L, Lima FPA, Mendes RWB, Lopes MGR, et al. Work Ergonomic Analysis and Change Laboratory: Similarities and Complementarities Between Interventionist Methods. In: Proceedings of the 5th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics AHFE; 19-23 July 2014; Kraków, Poland. Kraków: Poznań University of Technology; 2014. p. 3921-32.
25. Sewell WH Jr. Historical events as transformation of structures: inventing revolution at the Bastille. *Theory and Society.* 1996;25(6):841-81.
26. Soares LBT. *Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?* São Paulo: Hucitec; 1991.
27. Peixoto ML, Barroso HC. Judicialização e seguridade social: restrição ou efetivação de direitos sociais? *Rev. katalysis.* 2019;22(1):90-9.
28. Santos GSH, Lopes RE. A (in)elegibilidade de trabalhadores encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS. *Rev. katalysis.* 2015;18(2):151-61.
29. Takahashi MABC, Simonelli AP, Sousa HP, Mendes RWB, Alvarenga MVA. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. *Rev bras saude ocup.* 2010;35(121):100-11.
30. Braga LC, Fantazia MM. Readaptação Profissional - A Experiência de Uma Empresa Pública na Promoção Humanizada do Retorno ao Trabalho. In: Barbosa WF, Schmidt MLG, Bertolote JM, organizadores. *Perícia Médica Administrativa: aspectos conceituais, técnicos e éticos.* São Paulo: LTR; 2016. p.153-66.
31. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med.* 1994;38(1):1-14.
32. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, Tulder M van, et al. Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. *J Occup Rehabil [cited:11*

dez 2018]. 2005;15(4):507-24. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16254752/>
33. Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social. Manual
Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação

Profissional – Volume 1. Alterado pelos Despachos
Decisórios nº 2/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: DIRSAT; 2016.