

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

RICARDO ROCHA DA MATA

**REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: RETORNO AO MERCADO DE
TRABALHO E CONCLUSÃO DO PROGRAMA**

GOIÂNIA

2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

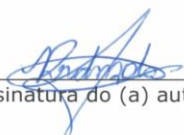
Nome completo do autor: Ricardo Rocha da Mata

Título do trabalho: Reabilitação Profissional: Retorno ao Mercado de Trabalho e Conclusão do Programa

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do (a) autor (a) ²

Data: 25 / 08 / 16

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

²A assinatura deve ser escaneada.

RICARDO ROCHA DA MATA

**REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: RETORNO AO MERCADO DE
TRABALHO E CONCLUSÃO DO PROGRAMA**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de sistemas e processos gerenciais nos serviços de saúde

Orientadora: Prof. Dra. Patrícia de Sá Barros

GOIÂNIA

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Mata, Ricardo Rocha da

Reabilitação Profissional [manuscrito] : Retorno ao Mercado de Trabalho e Conclusão do Programa / Ricardo Rocha da Mata. - 2016.
80 f.

Orientador: Profa. Dra. Patrícia de Sá Barros.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de tabelas.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Previdência Social. 3. Reabilitação Vocacional. I. Barros, Patrícia de Sá, orient. II. Título.

CDU 614



**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE COLETIVA**

Aos trinta dias do mês de outubro de 2015, às 14h e 00min, no CEAFI (Centro de Pós Graduações) Rua T-28, nº 1806, Setor Bueno CEP 74215-040 - Goiânia/GO, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Patrícia de Sá Barros - UFG (Presidente da Banca e Orientadora), Ms. Isabelle Rocha Arão (Membro Externo) e Dr. Ricardo Teixeira /UFG (Membro Efetivo Interno). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: "Reabilitação Profissional: Retorno ao Mercado de Trabalho e Conclusão do Programa", em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Ricardo Rocha da Mata**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Patrícia de Sá Barros, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou o candidato sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta do mestrando. Terminada a exposição do mestrando e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou o candidato Aprovado (Aprovado ou Reprovado). Cumprindo as formalidades de pauta, às 16:00 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Patrícia de Sá Barros

Profa. Dra. Patrícia de Sá Barros
Presidente e Orientadora / UFG

Isabelle R. Arão

Profa. Dra. Isabelle Rocha Arão
Membro Externo

Ricardo Teixeira

Prof. Dr. Ricardo Teixeira
Membro Efetivo Interno / UFG

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Larissa Josende Pivotto Rocha, minha esposa, companheira, amiga, meu exemplo. Uma pessoa incrível, insubstituível, que Deus colocou em meu caminho e que pretendo honrar tamanha generosidade Dele, amando-a até o fim dos meus dias.

Aos meus pais, Rosani e Aduino, que fizeram muitos sacrifícios dia após dia para que eu conseguisse estar onde estou hoje. Sou grato por sempre me apoiarem nas escolhas que tenho feito. Ao meu irmão, Eduardo, pela ajuda e apoio prestados.

AGRADECIMENTOS

À Deus por guiar meus passos na direção certa.

À Dra. Patrícia de Sá Barros pelos conhecimentos compartilhados, paciência e objetividade. Obrigado pela oportunidade de aprimoramento intelectual e científico.

Ao INSS que autorizou o trabalho na agência.

Aos docentes vinculados ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, pelas valiosas aulas, ensinamentos e estímulo no processo de ensino-aprendizagem.

E, por fim, para cada companheiro do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, turma IV, pelo conhecimento compartilhado que muito contribuiu para o meu crescimento profissional e pelos momentos de descontração em meio ao estudo intenso dos temas abordados em sala.

MATA, RR. **Reabilitação Profissional: Retorno ao mercado de trabalho e Conclusão do programa** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado de Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia, 2016.

RESUMO

O serviço de Reabilitação Profissional (RP) é uma importante política social pública assim como um serviço reparador do fundo da previdência social. O presente estudo tem por objetivo analisar o desfecho do Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) dos segurados desligados no período de julho de 2013 a dezembro de 2014 pela equipe de reabilitação profissional da Gerência Executiva de Sinop, Mato Grosso, Brasil. O desfecho do PRP do INSS dos segurados desligados demonstrou 45 registros no período de julho de 2013 a dezembro de 2014, sendo a maioria homens, de baixa escolaridade, procedentes de Sinop-MT, com baixa renda familiar. No diagnóstico do afastamento categorizado por Capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) houve predomínio de “Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas”. A “Perda ou restrição funcional dos membros superiores” foi a limitação mais comum. A ocupação dos segurados antes da incapacidade foi adversa, predominando “Alimentadores de linhas de produção”. O motivo mais frequente de desligamento do PRP foi “retorno à função diversa”. A ocupação dos segurados, após conclusão do PRP, demonstrou que a maioria não retornou à atividade exercida anteriormente. Após o levantamento do banco de dados do serviço da GEX-Sinop, conclui-se que baixa escolaridade e renda familiar são fatores limitativos ao processo de retorno ao trabalho. As lesões e consequências de causas externas assim como limitações de membros superiores são condições de afastamento frequentes que levam os segurados a ser alocados em postos de trabalho adversos a função prévia do afastamento.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador; Previdência Social; Reabilitação Vocacional.

MATA, RR. **Vocational Rehabilitation: Return to the labor market and completion of the program** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2016.

ABSTRACT

The Vocational Rehabilitation Service (VRS) is an important public social policy as well as a repairman service of the social security fund. This study aims to analyze the outcome of the Professional Rehabilitation Program (PRP) of the National Institute of Social Security (NISS) of off policyholders from July 2013 to December 2014 for vocational rehabilitation staff of the Executive Management of Sinop, Mato Grosso, Brazil. The NISS PRP outcome of policyholders showed off 45 records from July 2013 to December 2014, mostly men, with little schooling, coming from Sinop-MT, with low family income. In the diagnosis of categorized clearance by chapters of the International Classification of Diseases (ICD-10) there was a predominance of "Injury, poisoning and certain other consequences of external causes". The "Loss or functional restriction of the upper limbs" was the most common limitation. The occupation of the insured before the disability was adverse, predominating "feeders production lines." The most common reason of PRP shutdown was "return to different function." The occupation of the insured, after completion of PRP, showed that the majority did not return to the previously exercised activity. After surveying the service database of the GEX-Sinop, it is concluded that low education and family income are limiting factors to the return to work process. Injuries and external causes of consequences as well as limitations of the upper limbs are frequent removal of conditions that lead policyholders to be allocated in adverse jobs prior clearance function.

Key-words: Occupational Health; Social Security; Rehabilitation, Vocational.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características da idade e renda familiar dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014.....	39
Tabela 2: Características da escolaridade dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014.....	39
Tabela 3: Município de residência dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014.....	40
Tabela 4: Diagnóstico dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014.....	41
Tabela 5: Limitação dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014.....	42
Tabela 6: Ocupação, antes do afastamento do trabalho, dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014.....	43
Tabela 7: Ocupação, após a conclusão do PRP, dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014.....	45
Tabela 8: Comparação entre a atividade exercida pelo segurando antes do afastamento e após a conclusão do PRP dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEPS – Anuário Estatístico da Previdência Social

APS – Agência de Previdência Social

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CLT – Consolidação de Leis Trabalhistas

CNIS – Cadastro Nacional de Informações Nacionais

CPF – Cadastro da Pessoa Física

CRPs – Centros de Reabilitação Profissional

CRST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DIRSAT – Diretoria de Saúde do Trabalhador

DORT – Doença Ocupacional Relacionada ao Trabalho

ERP – Equipe de Reabilitação Profissional

ERPAPS – Equipe de Reabilitação Profissional nas Agências de Previdência Social

FAPL – Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo

GEX – Gerência Executiva

GI – Grupo Informativo

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

MT – Mato Grosso

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

MPS – Ministério da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NB – Número de Benefício

NIT – Número de Identificação do Trabalhador

NRPs – Núcleos de Reabilitação Profissional

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PM – Perito Médico

PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador

PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PRP – Programa de Reabilitação Profissional

PTC – Parecer Técnico Conclusivo

RG – Registro Geral

RGPS – Regime Geral da Previdência Social

ROP – Responsável pela Orientação Profissional

RP – Reabilitação Profissional

RPB – Recibo de Pagamento ao Beneficiário

RT – Responsável Técnico

SABI – Sistema de Acompanhamento de Benefício por Incapacidade

SESC – Serviço Social do Comércio

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SO – Saúde Ocupacional

SST – Seção de Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	11
2. INTRODUÇÃO	12
3. OBJETIVO	14
3.1 Objetivo Geral	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4. REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 Saúde do Trabalhador	15
4.2 Aspectos históricos e conceituais	17
4.3 Diretrizes e procedimentos do serviço de Reabilitação Profissional do INSS ..	19
4.4 Panorama da Reabilitação Profissional no Brasil	23
5. METODOLOGIA	34
5.1 Tipo de Estudo	34
5.2 Local do Estudo	34
5.3 Período do Estudo	34
5.4 Fonte de dados	35
5.5 Análise dos dados	36
5.6 Aspectos éticos	37
6. RESULTADOS	38
7. DISCUSSÃO	50
8. CONCLUSÃO	58
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	60
ANEXO A – Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo	68
ANEXO B – Folha de Evolução	74
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	75
APÊNDICE A – Ficha de coleta de dados	78

1. APRESENTAÇÃO

A minha formação em Fisioterapia se deu em 2012 na cidade de Goiânia – Goiás, na Universidade Estadual de Goiás. No período de março de 2013 a junho de 2014 atuei exclusivamente na área da fisioterapia junto a Prefeitura do Município de Palmeiras de Goiás – Goiás e neste período, fui instigado a buscar melhorias do meu conhecimento. Em agosto de 2013, ingressei no Mestrado Profissional em saúde coletiva da renomada Universidade Federal de Goiás. Por minha surpresa e busca incessante por melhorias na minha formação e atuação profissional, prestei um concurso público federal no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e fui aprovado em julho de 2014. O cargo destinado seria analista do seguro social, com formação em Fisioterapia. Rapidamente, mudei de estado e também de tema de pesquisa, a qual inicialmente era voltado para a promoção da saúde. Optei por um tema na minha atuação profissional, ou seja, com dados do INSS. Logo, fui instigado a avaliar o processo de Reabilitação profissional do Instituto, sendo parte da equipe responsável pela orientação profissional da Gerência Executiva de Sinop, lotado na Seção de Saúde do Trabalhador (SST), com atendimentos dos segurados das Agências da Previdência Social de Colniza, Juína, Juara, Nova Mutum, Lucas do Rio Verde, Sorriso, São Félix do Araguaia e Confresa. Preocupado em aprimorar a minha formação, ingressei também em um curso de pós-graduação lato-sensu em Fisioterapia Cardiorrespiratória e Terapia Intensiva, mas tive que abandonar devido a mudança de cidade. Sobre o mestrado, não abandonei, persisti, pois tenho certeza da contribuição deste estudo, em particular pela visão do serviço realizado pelo Estado, o qual trará contribuições fundamentais para a melhoria das ações voltadas a vigilância em saúde do trabalhador, e também, em particular, na satisfação de aprender cada vez mais.

2. INTRODUÇÃO

O Programa de Reabilitação Profissional (PRP) como coadjuvante no retorno ao mercado de trabalho deve ser visto como um direito a todo segurado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), aos seus dependentes e às pessoas com necessidades especiais. Direito este garantido por legislação, dentre elas a Convenção nº 159 da Organização Internacional do Trabalho, pela Lei 8.213 de 24 de julho de 1991 e Decreto 3.048 de 6 de maio de 1999. No entanto, a Reabilitação Profissional (RP), incluída na saúde do trabalhador, ainda é um direito a ser conquistado na prática. A inclusão de questões trabalhistas e sanitárias dos trabalhadores nas equações de sustentabilidade das políticas econômicas é de importância central para que se supere a situação de sobreposição ao bem-estar da população cujo ônus recai sobre o próprio Estado, seja no Sistema Único de Saúde (SUS), seja na Previdência Social ou mesmo na Assistência Social (MAENO; VILELA, 2010; FONSECA, 2011).

A RP é a oportunidade ofertada àqueles considerados parcialmente incapazes para as atividades laborativas necessitando ser capacitado para ingressar ou reingressar no mercado de trabalho em uma função que respeite as limitações adquiridas. É através do trabalho que o ser se humaniza, pois adquire a singularidade que o diferencia da natureza, ao mesmo tempo em que não se separa dela. O homem em “quaisquer que sejam as formas de sociedade” recorrerá ao trabalho, atividade mediadora entre ele e a natureza, para suprir sua sobrevivência. (TAKAHASHI; IGUTI, 2008; LARA, 2011).

Natividade e Coutinho (2012) descrevem que o trabalho está na base da sociedade, determina o ritmo do cotidiano, estabelece formas de relações entre os indivíduos, entre as classes sociais e entre o poder e a propriedade. As condições de vida da atual sociedade pós-industrial trazem consigo um novo analfabetismo e exclusão social, isto é, uma grande parte dos trabalhadores migrou ou migrará para o setor de serviços e uma parte considerável deles permanece ou ficará sem trabalho remunerado, na economia informal (MAHAYRI, 2004).

Ainda na infância, a sociedade, a escola e a família transmitem a ideia de que um dos sentidos da vida é dado pelo exercício de uma profissão. O emprego ou trabalho deve garantir a sobrevivência através da remuneração. Deve dar estabilidade, proporcionar crescimento, satisfação e uma adequada aposentadoria (CESTARI; CARLOTTO, 2012).

O indivíduo reabilitado, preparado e orientado na sua vocação, consciente do seu papel na sociedade, pode voltar a ser uma pessoa produtiva e realizada. As dificuldades deixam de existir quando o trabalhador encontra uma nova atividade ocupacional adequada a sua incapacidade, obtendo-se durante o processo de reabilitação, uma verdadeira consciência profissional, desfazendo-se a resistência daqueles que ignoram, as reais situações das pessoas reabilitadas e que não compreendem a transcendência do seu direito ao trabalho (MAHAYRI, 2004).

A literatura atual converge para pesquisas realizadas ainda no modelo antigo de reabilitação, baseado nos serviços conjuntos de reabilitação física e profissional, dificultando a comparação de dados com o presente estudo. E ainda, não foram encontrados estudos sobre RP realizados no estado de Mato Grosso.

O serviço de RP é uma importante política social pública assim como um serviço reparador do fundo da previdência social. É essencial entender como se dá esse retorno ao mercado de trabalho, se o programa tem considerado a experiência da atividade laboral anterior ao afastamento e qual a conclusão do programa. Essencial ainda conhecer o perfil sociodemográfico desta população que se utiliza do serviço para que ações possam ser propostas e melhorias promovidas no serviço, assim como no planejamento e execução das tomadas de decisões para que o PRP possa ser efetivo e satisfatório. Importante a obtenção desses dados para que possa se propor a reestruturação do serviço objetivando sanar as limitações persistentes no desenvolvimento e conclusão do PRP.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

- Analisar o desfecho do Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) dos segurados desligados.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos segurados desligados do PRP;
- Identificar as atividades desempenhadas pelos segurados antes do afastamento do trabalho;
- Identificar atividades advindas da conclusão do PRP;
- Relacionar as atividades desempenhadas anteriormente com a efetiva conclusão do PRP.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Saúde do Trabalhador

A Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) apresenta que cerca de 45% da população mundial e cerca de 58% da população acima de 10 anos de idade faz parte da força de trabalho. O trabalho desta população sustenta a base econômica e material das sociedades que por outro lado são dependentes da sua capacidade de trabalho. Desta forma, a saúde do trabalhador e a saúde ocupacional são pré-requisitos cruciais para a produtividade e são de suma importância para o desenvolvimento socioeconômico (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

No Brasil, de acordo com Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), a população economicamente ativa correspondia a 101.110.000, enquanto que no Centro-Oeste esse número era 7.643.000 (7,56%) e no Mato Grosso 1.664.000 (DIEESE, 2011). Entende-se por população economicamente ativa o potencial de mão-de-obra com que pode contar o setor produtivo, isto é, a população ocupada e a população desocupada, assim definidas: população ocupada – aquelas pessoas que, num determinado período de referência, trabalharam ou tinham trabalho mas não trabalharam (por exemplo, pessoas em férias); população desocupada – aquelas pessoas que não tinham trabalhado, num determinado período de referência, mas estavam dispostas a trabalhar, e que, para isso, tomaram alguma providência efetiva (consultando pessoas, jornais, dentre outras) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

No estado do Mato-Grosso, o agronegócio é o principal gerador de empregos diretos do estado, com participação de 23% diante de outros setores da economia. O número de empregos formais gerados pelo setor agropecuário é crescente, entre 2006 e 2010 aumentou em 37,6% (INSTITUTO MATO-GROSSENSE DE ECONOMIA AGROPECUÁRIA – IMEA, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os maiores desafios para a saúde do trabalhador atualmente e no futuro são os problemas de saúde ocupacional ligados com as novas tecnologias de informação e automação, novas substâncias químicas e energias físicas, riscos de saúde associados a novas

biotecnologias, transferência de tecnologias perigosas, envelhecimento da população trabalhadora, problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos), incluindo migrantes e desempregados, problemas relacionados com a crescente mobilidades dos trabalhadores e ocorrência de novas doenças ocupacionais de várias origens (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Em vigor desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) do Ministério da Saúde visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes, descritas na Portaria nº 1.125 de 6 de julho de 2005, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersectorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações (BRASIL, 2005).

Em 2012, a Portaria nº 1.823 de 23 de agosto, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que se alinha com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012b). A Saúde do Trabalhador tem por objetivo compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença (BRASIL, 2002).

Além disso, em esfera interinstitucional, o Ministério da Saúde desenvolve uma política de ação integrada com os ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, a Política Nacional sobre Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST), cujas diretrizes compreendem: ampliação das ações, visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde; harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador; precedência das ações de prevenção sobre as de reparação; estruturação de rede integrada de informações em Saúde do Trabalhador; reestruturação da formação em Saúde do Trabalhador e em segurança no trabalho e incentivo à capacitação e à educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da política; promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e Saúde do Trabalhador (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

A PNSST tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Previdência Social como integrante dessa Política possui responsabilidades específicas, dentre elas realizar ações de RP e avaliar a capacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários, realizadas pelo INSS (BRASIL, 2011b).

Em agosto de 2009, foi criada a Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) cuja política no que se refere às ações da RP, prevista na PNSST, especialmente na articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador, em consonância com a legislação (BRASIL, 2011b).

4.2 Aspectos históricos e conceituais

O Programa de Reabilitação Profissional (PRP) está presente na legislação brasileira desde 1943, na época dos Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs). Nas décadas de 1960 a 70, houve a criação dos Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) nos grandes centros urbanos e a rede de atendimentos se expandiu com a criação dos Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs) nas cidades polo do interior (BERNARDO, 2006).

Em 1997, em meio às reformas administrativas e previdenciárias no país, surgiria o Plano de Modernização da Reabilitação Profissional que propôs a desativação da estrutura remanescente dos CRPs e NRPs, e a reorganização dos serviços dentro das próprias APS (MAENO et al., 2006).

Somente em 2001 ocorreu a oficialização de um novo modelo de Programa de Reabilitação Profissional no INSS, denominado Reabilita, e que se encontra vigente até o presente. Segundo Cherem et al. (2009), as justificativas básicas para a implantação do novo modelo foram: a concentração do programa anterior nos grandes centros; a reduzida capilaridade para a prestação dos serviços; e a falta de articulação com a sociedade, ocasionando dificuldade na reinserção no trabalho. O

novo modelo determinou a criação de Equipes de Reabilitação Profissional (ERP) formadas por médicos peritos e orientadores profissionais dentro das APS. Dessa forma, a Previdência buscou descentralizar os serviços e envolver a comunidade no processo de reabilitação profissional, com o intuito de ampliar a rede de atendimento e facilitar a reintegração do indivíduo no mercado de trabalho.

A assistência (re)educativa e de (re)adaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visa proporcionar aos beneficiários, “incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho”, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas com deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem (BRASIL, 1999).

A RP do INSS é um serviço prestado aos segurados, dependentes e pessoas com deficiência, cujo objetivo primordial é reabilitar ou habilitar seus assegurados para retornar ou ingressar no mercado de trabalho (BRASIL, 2011b). De acordo com o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional entende-se por habilitação e readaptação profissional (BRASIL, 2011b, p. 14):

[...] Habilitação é a ação de capacitação do indivíduo para o desenvolvimento de atividades laborativas, observando as aptidões, interesses e experiências. A readaptação profissional procura tornar o indivíduo apto a retornar às atividades profissionais, proporcionando meios de adaptação à(s) função (ões) compatível (eis) com suas limitações.

Cabe ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) promover a prestação dos serviços de RP aos segurados, inclusive aposentados, e, de acordo com as possibilidades administrativas, técnicas, financeiras e as condições locais do órgão, aos seus dependentes, preferencialmente mediante a contratação de serviços especializados (BRASIL, 1999).

O INSS, autarquia federal, responsável pela operacionalização do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) tem como missão garantir a proteção ao trabalhador e sua família, por meio de sistema público de política previdenciária solidária, inclusiva e sustentável, com objetivo de promover o bem-estar social (BRASIL, 2014).

4.3 Diretrizes e procedimentos do serviço de Reabilitação Profissional do INSS

O processo de habilitação e de RP do beneficiário será desenvolvido por meio das funções básicas de: avaliação do potencial laborativo; orientação e acompanhamento da programação profissional; articulação com a comunidade, inclusive mediante a celebração de convênio para reabilitação física restrita a segurados que cumpriram os pressupostos de elegibilidade ao PRP, com vistas ao reingresso no mercado de trabalho; e acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho. A execução destas funções dar-se-á, preferencialmente, mediante o trabalho de equipe multiprofissional especializada em medicina, serviço social, psicologia, sociologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras afins ao processo, sempre que possível na localidade do domicílio do beneficiário, ressalvadas as situações excepcionais em que este terá direito à RP fora dela (BRASIL, 1999).

Quando indispensáveis ao desenvolvimento do processo de RP, o INSS fornecerá aos segurados, inclusive aposentados, em caráter obrigatório, prótese e órtese, seu reparo ou substituição, instrumentos de auxílio para locomoção, bem como equipamentos necessários à habilitação e à RP, transporte urbano e alimentação e, na medida das possibilidades do Instituto, aos seus dependentes (BRASIL, 1991; 1999).

A programação profissional é desenvolvida mediante cursos e/ou treinamentos, na comunidade, por meio de contratos, acordos e convênios com instituições e empresas públicas ou privadas. O treinamento do reabilitando, quando realizado em empresa, não estabelece qualquer vínculo empregatício ou funcional entre o reabilitando e a empresa, bem como entre estes e o INSS. Compete ao reabilitando, além de acatar e cumprir as normas estabelecidas nos contratos, acordos ou convênios, pautar-se no regulamento daquelas organizações (BRASIL, 1991; 1999; 2011b).

Concluído o processo de RP, o INSS emitirá certificado individual indicando a função para a qual o reabilitando foi capacitado profissionalmente, sem prejuízo do exercício de outra para a qual se julgue capacitado. 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 RP com a

emissão do certificado. Cabe à previdência social a articulação com a comunidade, com vistas ao levantamento da oferta do mercado de trabalho, ao direcionamento da programação profissional e à possibilidade de reingresso do reabilitando no mercado formal (BRASIL, 1999).

A empresa com cem ou mais empregados está obrigada a preencher de dois a cinco por cento de seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência, habilitadas, na seguinte proporção: até 200 empregados, dois por cento; de 201 a 500 empregados, três por cento; de 501 a 1.000 empregados, quatro por cento; ou mais 1.000 empregados, cinco por cento (BRASIL, 1991; 1999).

No atendimento do segurado é realizado o preenchimento do Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo (FAPL) (ANEXO A), pelo Perito Médico (PM). O atendimento administrativo dos segurados nas Gerências Executivas (GEX)/Agências da Previdência Social (APS) para o desenvolvimento do PRP deve contemplar os seguintes procedimentos: solicitar a documentação do segurado: CPF, Carteira de Trabalho, Número de Inscrição do Trabalhador – NIT, RG, comprovação de endereço residencial e de trabalho; cadastrar o beneficiário nos sistemas informatizados ou preencher a Ficha de Cadastro do Cliente; agendar o primeiro atendimento para o Responsável pela Orientação Profissional (ROP), o mais breve possível; preencher a Caderneta de Frequência informando o próximo atendimento; consultar a relação de vínculos no Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) ou Sistema de Acompanhamento de Benefício por Incapacidade (SABI); proceder à abertura de prontuário; encaminhar o prontuário ao ROP para atendimento ou providenciar o seu arquivamento, no caso de agendamento para outra data; agendar a reunião do Grupo Informativo (GI) com o ROP e PM, para os segurados elegíveis (BRASIL, 2011b).

O prontuário é um processo de natureza técnico-administrativa, de valor jurídico e histórico e se constitui em dossiê de todos os procedimentos de RP do beneficiário. Toda documentação do beneficiário, gerada durante o PRP faz parte e deve ser inserida no prontuário, por ordem cronológica de acontecimentos e numerada sequencialmente. Quando houver reabertura de prontuário, apensar o anterior ao atual. A Ficha de Cadastro do Cliente deve ser anexada ao novo prontuário com a devida numeração. A capa do prontuário deve conter: anotação legível e destacada do nome e número de benefício (NB) do segurado/beneficiário e a Agência da

Previdência Social (APS) de origem; aposição de carimbo conforme modelo, e preenchimento obrigatório dos campos correspondentes, informando se existe prontuário anterior (reabertura), para que o mesmo seja apensado ao novo, antes do primeiro atendimento; identificação dos nomes do ROP e do PM. A parte interna do prontuário é composta por: Ficha de Cadastro do Cliente ou ficha de cadastro dos sistemas informatizados; FAPL (ANEXO A), ou quaisquer outros documentos legais/normativos de encaminhamento; relação de vínculos extraída do CNIS ou SABI; folhas de evolução numeradas (ANEXO B), sequencialmente, conforme a evolução do caso (BRASIL, 2011b).

O FAPL é um documento preenchido pelo PM e pelo ROP, composto por seis páginas. O formulário é preenchido na primeira entrevista do segurado. A primeira página é preenchida pelo médico perito na qual é assinalado o diagnóstico, alterações anátomo-funcionais e limitações laborativas ao desempenho da função. As próximas duas páginas são preenchidas pelo ROP, com os seguintes tópicos: descrição de atividade exercida, histórico do afastamento do trabalho, experiência profissional, histórico profissional, escolaridade declarada, interesse profissional/motivação, composição familiar, renda familiar e prognóstico de retorno ao mercado de trabalho. A página seguinte é descrita a avaliação do processo de protetização caso o segurado necessite de prótese ortopédica. Nas duas últimas páginas são preenchidas pela equipe, Avaliação Conjunta, na qual avalia-se a elegibilidade do segurado para cumprir o programa e na última o Parecer Técnico Conclusivo (PTC), preenchida quando os segurados em programa recebem alta (BRASIL, 2011b).

Os segurados durante a conclusão da avaliação conjunta podem não ser considerados para a participação do PRP, sendo comumente o desligamento por ser inelegível temporário (não apresenta condições para início do programa, em razão de dependência de cirurgia, final de gravidez, doença infectocontagiosa, sequela não consolidada), inelegível permanente (não apresenta condições físicas, psíquicas e socioprofissionais definitivamente), retorno imediato ao trabalho (segurado capaz de exercer todas as atividades relativas a sua função de origem) e por recusa (segurado que manifeste ative ou passivamente total desinteresse e/ou resistência em cumprir o programa embora possua condições físicas, psíquicas e sócio-profissionais) (BRASIL, 2011b).

No desligamento do P RP, o segurado pode ser desvinculado pelo motivo de retorno à mesma função com atividade diversa (possui condições de retorno à mesma função após cumprir o PRP, necessitando de adequação das atividades e/ou do posto de trabalho), retorno à mesma função com todas as atividades (apresenta condições de exercer as mesmas funções com todas as atividades que exercia antes após cumprir o PRP), retorno à função diversa (habilitado para o exercício de função diversa da que exercia anteriormente), recusa e intercorrência médica (apresenta problemas de ordem médica que impeçam de cumprir o PRP e necessite de afastamento por mais de 30 dias) (BRASIL, 2011b).

Os servidores do INSS responsáveis pelo atendimento de orientação profissional devem encaminhar as prescrições de recursos materiais (transporte, alimentação e diárias, quando necessário) ao Responsável Técnico (RT) nas GEX; registrar o comparecimento do segurado na Caderneta de Frequência; arquivar e providenciar os devidos encaminhamentos das correspondências recebidas ou expedidas; preencher o Recibo de Pagamento a Beneficiário (RPB) em caso de concessão de auxílio-transporte, alimentação e diárias; registrar as marcações com os profissionais da Equipe de Reabilitação Profissional nas Agências da Previdência Social (ERPAPS) em agenda própria de controle dos atendimentos; preparar o prontuário e a documentação para as reuniões conjuntas ou retorno de segurados, e preencher os formulários solicitados pela equipe (BRASIL, 2011b).

Engloba-se o segurado sem necessidade de cumprir o PRP, retorno imediato ao trabalho, inelegível temporário ou permanente para o PRP. Deve-se digitar e anexar ao prontuário o PTC do FAPL (ANEXO A); encerrar o caso nos sistemas informatizados, anexando a ficha ao prontuário; registrar na capa a data e o código de desligamento; registrar no prontuário o próximo agendamento de atendimento e comunicar à recepção da APS/GEX, para incluir na agenda; arquivar o prontuário.

Em caso de necessidade de protetização deve-se encaminhar a prescrição ao RT nas GEX; agendar retornos, conforme a necessidade, para desenvolver as ações do PRP; digitar e anexar ao prontuário o PTC do FAPL (ANEXO A), ao final do processo; encerrar o caso nos sistemas informatizados e anexa à ficha ao prontuário; registrar na capa a data e o código de desligamento; arquivar o prontuário.

Aos segurados elegíveis para o PRP marca-se a data do próximo retorno para o ROP e agenda na Caderneta de Frequência.

Para a efetivação do desligamento do programa é necessário digitar e anexar ao prontuário o PTC do FAPL (ANEXO A); registrar o desligamento do programa nos sistemas informatizados e anexar a ficha ao prontuário; registrar na capa a data e o código de desligamento; arquivar o prontuário (BRASIL, 2011b).

Nos casos de recusa ou abandono encaminha-se memorando para o Serviço/Seção de Benefícios da APS, para o “Controle Operacional Administrativo do SABÍ”, incluir a suspensão no sistema. Caso o segurado retorne ao programa, deverá ser reavaliado pela equipe de RP que emitirá memorando para o Serviço/Seção de Benefícios, solicitando restabelecimento do pagamento do benefício, conforme o art. 77, do Decreto nº 3.048, de 06/05/99 e art.286, § § 1º e 2º, da Instrução Normativa nº 45 de 06/08/2010, ou outra que a suceda (BRASIL, 2011b).

4.4 Panorama da Reabilitação Profissional no Brasil

A maioria dos atendimentos da RP é equivalente a segurados em gozo de auxílio-doença previdenciário e acidentário. Segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) expedido pela Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV), evidenciou-se que a espécie mais concedida de benefício foi o auxílio-doença previdenciário com 43,5% do total. O valor total dos benefícios concedidos em 2012 atingiu R\$ 4,53 bilhões, valor que representou um acréscimo de 14% em relação ao ano anterior, ou seja, a incapacidade laborativa tem aumentado dentre os brasileiros gerando maiores déficits sociais, repercussão negativa na saúde dos trabalhadores devido os efeitos da ociosidade e custos elevados para a Previdência Social (BRASIL, 2012a).

No Brasil, em 2012, a quantidade de clientes registrados nos serviços de RP do INSS atingiu 52 mil pessoas. Dos clientes que tiveram avaliação inicial conclusiva, 31,4 mil (68,6%) foram considerados elegíveis para participar da reabilitação. Cerca de 17,4 mil clientes foram reabilitados, o que correspondeu a um decréscimo de 0,3%, quando comparado ao ano anterior. A média mensal de clientes em programa aumentou 10,6% no ano. Como os números apontam, a quantidade de segurados registrados em RP em relação ao ano anterior diminuiu em 0,14%, assim como o

número de reabilitados (0,26%), enquanto que o número de clientes em programa por mais de 240 dias aumentou em 10,21% (BRASIL, 2012a).

No ano decorrente, em 2013, a quantidade de clientes registrados na RP do INSS atingiu 53,8 mil pessoas, o que correspondeu a um aumento de 3,48% em relação ao ano anterior. Dos clientes que tiveram avaliação inicial conclusiva 69,12% foram considerados elegíveis para participar da reabilitação. Cerca de 16,7 mil clientes foram reabilitados, o que correspondeu a um decréscimo de 3,89%, quando comparado ao ano de 2012. A média mensal de clientes em programa aumentou 11,5% no ano e o valor dos recursos materiais dispendidos para o desenvolvimento do PRP aumentou 86,39% no período (BRASIL, 2013).

O PRP ofertado pelo INSS é bem estruturado e provém total suporte para a capacitação dos reabilitandos, porém a conformação destes clientes com a situação de incapacidade laboral se torna rotineira. A responsabilidade disso não é exclusiva desses indivíduos. O tempo entre a indicação do segurado para o programa feito pelo médico perito até o primeiro atendimento realizado pela equipe de RP pode perdurar por até um ano, isso contribui para que a ociosidade se torne natural no cotidiano dessa clientela. Além disso, outros fatores podem ser considerados, como por exemplo, o medo de não ser absorvido no mercado de trabalho (TOLDRA et al., 2010).

Neves e Nunes (2009) concluíram que a atenção à saúde dos trabalhadores tidos como inválidos para o trabalho precisa ser revista, com uma perspectiva holística de cuidado, de modo que se atente para a necessidade de restabelecimento da vida dos sujeitos integralmente utilizando-se de manejos mais positivos, ou seja, intervenções com bases dialógicas e que primam pela valorização da fala dos sujeitos acometidos.

Ao fundamentar-se numa lógica que articula reabilitação com prevenção, a RP estaria condicionando sempre à volta ao trabalho à melhoria de condições deste, o que viria a beneficiar a todos os trabalhadores, prevenindo a ocorrência de novos acidentes e patologias ocupacionais. O serviço de RP sofreu ajustes e reduções em sua atuação. As atividades deixaram de ser realizadas em equipe multiprofissional, o investimento passou a ser centrado na avaliação médica da capacidade laborativa dos acidentados e adoecidos, foram suprimidos os encaminhamentos às atividades reabilitatórias e a ênfase da atenção passou a ser dirigida essencialmente para a

volta ao trabalho (TAKAHASHI, 2000).

A RP brasileira é uma política exclusiva do Estado, uma resposta pública à questão da incapacidade associada aos acidentes de trabalho e às doenças profissionais. O objetivo de um PRP só é alcançado quando o seu resultado é a inserção da pessoa em um trabalho que permita sua integração social plena (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

No entanto, no mundo ocidental capitalista, a obrigatoriedade legal da prestação dos programas de RP está tradicionalmente vinculada aos sistemas de Previdência Social, uma vez que seus resultados positivos reduzem o tempo e, conseqüentemente, os custos de concessão dos benefícios previdenciários (TAKAHASHI; KATO; LEITE, 2010).

Sampaio et al. (2005) relatam que o trabalho é um importante fator de integração social e de que o trabalhador tem direito à reintegração no trabalho, em atividade compatível com seu estado de saúde, devendo o empregador empenhar-se para lhe oferecer essa oportunidade. A reintegração de trabalhadores parcialmente incapacitados é um processo complexo, em que o padrão de interação entre as várias figuras envolvidas é importante e deve permitir uma abordagem global e interdisciplinar do indivíduo.

A permanente iminência do “não-trabalho” ou do “bico”, que representa a ameaça da “precariedade objetiva”, pode levar o trabalhador, e junto com ele sua família, a uma situação de perda de poder aquisitivo, muitas vezes de grandes proporções, causando ruptura em suas vidas, perda de identidade profissional e isolamento social (SELIGMANN-SILVA et al., 2010). Tal processo pode ser ainda acompanhado de uma incerta assistência do Estado e de um futuro sombrio, considerando um mercado de trabalho para o qual a atividade anterior e os avanços da idade são com frequência fatores depreciativos e excludentes, especialmente quando a atividade for conhecida como geradora de adoecimentos, em particular do sistema musculoesquelético e os da esfera psíquica (MAENO; WÜNSCH FILHO, 2010). A ausência de uma política pública de RP e de reinserção no mercado de trabalho é o ingrediente final para a exclusão profissional e social (MAENO; VILELA, 2010).

No Brasil, as únicas estatísticas oficiais disponíveis em âmbito nacional são as da Previdência Social, que evidenciaram um aumento de 1157% de benefícios acidentários de 2006 para 2007, quando foi introduzido o critério epidemiológico para

estabelecimento de nexos causais entre um agravamento à saúde e o trabalho (BRASIL, 2006, 2007).

O mundo real, no entanto, é bem distinto destas idealizações: o trabalho e o ser humano são marcados pela variabilidade, pela complexidade e pela subjetividade. A RP, vista sob este ângulo, é entendida como parte do processo de intervenção que incide sobre o indivíduo, de modo articulado com a intervenção sobre o processo terapêutico e sobre as condições nocivas de trabalho, que geraram o agravamento e/ou acolherão novamente o trabalhador. Compreende-se, assim, que a atuação em qualquer nível do processo de produção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho ou no agravamento de suas consequências clínicas, familiares e sociais tem, direta ou indiretamente, sempre um caráter preventivo (MAENO; VILELA, 2010).

Para Seligmann-Silva et al. (2010), essa situação exige políticas públicas cuja construção requer uma ampla discussão e articulação de vários setores governamentais e instituições da sociedade civil para que ações de prevenção, assistência e RP estejam fundamentadas em mudanças estruturais e organizacionais do mercado de trabalho e das empresas, com superação das formas de gestão que as pesquisas têm evidenciado como adoecedoras.

Outro desafio evidenciado por Maeno e Vilela (2010) a ser vencido na construção de uma política pública de RP refere-se à integração real entre os setores da Saúde e da Previdência Social no tocante às concepções de saúde, incapacidade, reabilitação psicossocial e profissional, assim como a integração destes com o processo educacional dos indivíduos em RP.

O processo de reinserção profissional de um trabalhador acometido por restrições de cunho epidêmico é complexo e exige a mudança das condições de trabalho. Programas baseados na criação de setores destinados a esses trabalhadores não têm apresentado sucesso no processo de RP, estigmatizando-os mais ainda e dando espaço para humilhações e discriminações (MAENO, 2001). Também é importante ter-se em conta que o retorno ao trabalho não pressupõe o controle total da dor, e sim o alcance de um estado em que se conquista certa estabilidade no quadro clínico, com diminuição da intensidade e da frequência das crises álgicas. É preciso um espaço real para a manutenção de tratamento, seja físico ou psicológico, que exija saídas durante a jornada de trabalho. Para que isso seja possível, é

fundamental que haja uma relação de confiança entre o reabilitando, a equipe de RP e a empresa, além de uma relação trabalhista que inclua a estabilidade por tempo prolongado. Fácil compreender que, se as possibilidades de demissão forem grandes, a busca da aposentadoria por invalidez passa a ser uma alternativa, mesmo que inicialmente não desejada pelo trabalhador (MAENO; VILELA, 2010).

Schultz et al. (2007), em sua revisão de literatura, descreve dois modelos conceituais que foram mais presentes na sua pesquisa. Um traz uma definição simples que considera retorno ao trabalho como uma resposta para desfecho de episódio de acidente ou doença. Para essa definição, é considerado apenas o resultado (retornou ou não retornou ao trabalho). Outro modelo considera o retorno ao trabalho como processo que proporciona que um trabalhador com deficiência (causada ou não por agravos relacionados ao trabalho) volte ao trabalho. O processo de retorno ao trabalho pode ser considerado como a volta ao trabalho com o antigo empregador em tempo integral, retorno em nova função ou até em nova empresa.

É preciso que todas as partes assumam que a RP é um direito legal e não uma concessão caridosa por parte da empresa ou do INSS. Diante dos múltiplos aspectos a serem considerados, faz-se necessário analisar com cautela a afirmação de que a nova tendência é “não reabilitar pessoas com a finalidade de fazê-las retornar ao trabalho, mas fazê-las voltar ao trabalho para reabilitá-las” (SCHUBERT, 2009), podendo ser alcançado por meio de um trabalho sério, profundo, competente, técnico e voltado para a necessidade de fazer com que a pessoa com deficiência compreenda e aceite sua condição, sem sucumbir a ela (CESTARI; CARLOTTO, 2012). Essa ideia, sedutora à primeira vista, deve levar em conta sempre o contexto do trabalho, as suas características, a cultura organizacional e os direitos sociais para que não se promova um retorno precoce à atividade laboral, sem qualquer garantia de reinserção plena e cidadã (SCHUBERT, 2009). Dessa forma, é urgente que os órgãos da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social se articulem para o desenvolvimento de programas locais e regionais, colados às necessidades dos trabalhadores de sua jurisdição, em articulação com órgãos e instituições da sociedade.

A sociedade, com suas formas de organizar a produção e o trabalho, imprime nas relações sociais as atitudes de acolhimento ou discriminação e, nas relações

institucionais as ofertas de modelos de atenção pautados pela proteção social ou pela segmentação da desvantagem e da exclusão. As propostas exitosas, assim como as propostas de mudança, podem servir de referência para atuação dos profissionais de saúde e reabilitação, assim como subsidiar o planejamento de ações e o desenvolvimento de competências na gestão de políticas públicas da Saúde do Trabalhador, da Previdência Social e do Trabalho (SCHUBERT, 2009).

Se o entendimento e a integração entre as três áreas afins (trabalho, saúde, previdência) encontram dificuldades para se consolidarem, a desejada ação intersectorial mais ampla, envolvendo setores como a economia, as políticas industriais, o meio ambiente e a educação permanece muito distante da realidade. Para Maeno e Vilela (2010), na ausência desta ação transversal do Estado Brasileiro, as pastas responsáveis pelo atendimento dos pacientes com agravos gerados pelas decisões da política econômica e industrial “enxugam gelo”, pois é impossível estancar a geração de acidentados e doentes do trabalho sem modificar os processos decisórios dos quais decorre a produção dos riscos.

O país dispõe de órgãos com competências específicas para tratar dos assuntos relativos à saúde do trabalhador. No que diz respeito à RP, destacam-se o Ministério da Saúde (MS), o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e o Ministério da Previdência Social (MPS) (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde é o órgão responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. É sua função a proteção e recuperação da saúde da população, através de ações que reduzam as enfermidades, controlem as doenças endêmicas e parasitárias, e melhorem a vigilância à saúde, proporcionando mais qualidade de vida à população (BRASIL, 1988). Destaca-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que constitui o conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelos órgãos e instituições públicas, com o objetivo de identificação e divulgação de fatores condicionantes e determinantes da saúde; formulação de política de saúde; e assistência à população. Dentre as ações a serem executadas pelo sistema, encontra-se a saúde do trabalhador, que é compreendida como o “conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção, assim como à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores”. Assim, estão incluídas: a assistência ao trabalhador

vítima de acidente ou doença do trabalho; participação na pesquisa e controle dos riscos do ambiente de trabalho; participação na normatização, fiscalização e controle dos riscos à saúde do trabalhador; avaliação do impacto das tecnologias à saúde; informação sobre os riscos do ambiente de trabalho; participação nos serviços de saúde de instituições públicas e privadas; revisão periódica da listagem oficial de doenças do trabalho; e garantia aos sindicatos dos trabalhadores de interdição no ambiente de trabalho, quando houver risco à vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990).

O Ministério do Trabalho e Emprego está direcionada às seguintes áreas: formulação de políticas e diretrizes para a geração de emprego e renda, e para a modernização das relações do trabalho; fiscalização do trabalho; política salarial; formação e desenvolvimento profissional; segurança e saúde no trabalho; política de imigração; e cooperativismo e associativismo urbanos. Portanto, a elaboração de diretrizes para atuação na área de saúde e segurança do trabalhador, bem como a realização de inspeções nos ambientes de trabalho fazem parte de suas responsabilidades, cabendo a sua execução ao Departamento de Segurança e Saúde do Trabalho e às Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2004; 2008).

A Previdência Social administra o seguro social que garante a renda do contribuinte e de sua família, quando ele perde a capacidade para o trabalho, seja em caso de doença, acidente, invalidez, maternidade, idade avançada, reclusão e morte, ou mesmo desemprego involuntário. A estrutura da previdenciária nacional é constituída pelo MPS, responsável pela administração direta, e outras duas instituições vinculadas a ele que são o INSS, autarquia responsável pelo reconhecimento e concessão dos benefícios e serviços, e a DATAPREV, empresa pública de tecnologia que faz o processamento de todos os dados (BRASIL, 2008).

Entretanto, a atuação interinstitucional requerida pela RP ultrapassa os limites de atuação das três pastas, previdência, saúde e trabalho, necessitando de articulação com outros setores públicos, privados e a sociedade de uma forma geral.

O Ministério da Educação e Cultura é um bom exemplo desta necessidade de articulação. Através da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, tem dentre as suas atribuições a oferta de educação profissional, com vistas à atuação dos indivíduos nos diversos setores da economia local e regional.

Dessa forma, devem ser ministrados cursos de formação inicial e continuada aos trabalhadores, tendo como propósito a capacitação, aperfeiçoamento, especialização e atualização, em todos os níveis de escolaridade, nas áreas de educação profissional e tecnológica (BRASIL, 2008).

Outro exemplo pode ser dado pelo Ministério Público do Trabalho, um dos ramos do Ministério Público da União, que atua nas questões da esfera trabalhista, de forma independente aos demais poderes públicos. Em sua atuação jurídica, assume papel de defensor do regime democrático, dos interesses sociais e dos interesses individuais indisponíveis, em ações em curso na Justiça do Trabalho. A atuação extrajudicial envolve o recebimento de denúncias, instauração de processos investigatórios, inquéritos civis públicos e outras medidas, quando comprovada a irregularidade. A atuação diversificada do MPT também inclui o papel de mediador de conflitos entre trabalhadores e empresas ou os sindicatos que os representam; e a informação e orientação da comunidade por meio de audiências públicas e outros eventos semelhantes (BRASIL, 1988).

É fundamental a articulação dos setores relacionados e correlacionados à RP como coadjuvante no retorno ao trabalho, porém o serviço não se limita a essa ideia. Algumas concepções a respeito do processo de RP foram identificadas por Gravina, Nogueira e Rocha (2003): ser ou não beneficiário de seguridade social e nível de escolaridade foram considerados fatores relevantes de retorno ao trabalho. A severidade da doença não foi associada com o retorno ao trabalho. O relacionamento interpessoal foi considerado um fator de motivação para o retorno ao ambiente de trabalho.

Estudos de Cestari e Carlotto (2012) apontam que o trabalhador acidentado sofre dupla exclusão. A primeira é a econômica, uma vez que o indivíduo perde a sua condição de trabalhador produtivo. E a segunda, é a social, pois o trabalhador deixa de ser um sujeito autônomo, torna-se inválido, dependente e vítima de preconceitos.

O processo de retorno ao trabalho é uma situação bastante complexa que envolve o indivíduo, a empresa e a sociedade. Os aspectos que facilitam o retorno é a possibilidade de participação do trabalhador na reunião conjunta com a equipe de saúde e o supervisor que irá recebê-lo para definição das suas atividades; o papel que o trabalho desempenha na sociedade trazendo um sentimento de inclusão social; a existência de um grupo de atenção que permite a socialização do processo

de retorno e a disposição dos colegas em aceitarem este trabalhador nas suas equipes. Entre os aspectos que dificultaram este processo podem-se citar as características da organização do trabalho que gera elevadas exigências no trabalho que nem sempre podem ser acompanhadas pelos trabalhadores readaptados, e as dificuldades nas relações com as chefias (GRAVINA, NOGUEIRA; ROCHA, 2003).

O contexto laboral é, hoje, considerado elemento constitutivo e interativo nesse processo. A relação que o homem estabelece e a forma que pensa e interage com seu trabalho e contexto, bem como constrói sua vida ocupacional, são questões importantes para o entendimento e acompanhamento de seu processo de reinserção profissional (CESTARI; CARLOTTO, 2012).

Sete princípios para o sucesso no retorno ao trabalho são descritos por Frenche (2014): 1) as ações e investimentos em segurança do trabalhador no local de trabalho são medidas que influenciam positivamente o retorno ao trabalho; 2) adaptação do local de trabalho ou das funções conforme as limitações do trabalhador; 3) o plano deve apoiar o trabalhador a retornar ao trabalho sem desfavorecer os colegas e supervisores; 4) os gerentes e supervisores em segurança para torná-los participantes do processo de retorno ao trabalho; 5) Contato imediato dos empregadores com os trabalhadores com limitação; 6) ter um coordenador do processo de retorno ao trabalho; 7) articulação entre os empregadores e profissionais da saúde sobre as demandas do trabalho, com consentimento do trabalhador. Tais princípios direcionam para o efetivo retorno ao trabalho com foco nas empresas como atores fundamentais na RP (MAENO; VILELA, 2010).

Estudo realizado por Gussenhoven et al. (2012) com trabalhadores deficientes auditivos, cujo objetivo foi avaliar o custo-efetividade de protocolos de inserção desses indivíduos nos locais de trabalho, tais autores concluíram que independente do método utilizado, o diálogo entre o empregador e o empregado é o fator primordial para o sucesso.

A necessidade de intervenções baseadas no local de trabalho para a promoção do retorno ao trabalho tem sido iminente. A comunicação entre os funcionários, empregadores e de saúde tem sido destacada como especialmente importante para a concepção de medidas adequadas. Um fator central é a responsabilidades dos empregadores e os incentivos financeiros para a tomada de medidas ativas, e isso

varia de um país para outro. Por exemplo, empregadores suecos financiam as duas primeiras semanas de licença por doença de um indivíduo, enquanto os empregadores holandeses financiam dois anos. Em muitos países, os empregadores não têm qualquer responsabilidade formal para o processo de retorno ao trabalho (STÅHL et al., 2013).

Outro fator que pode influenciar os processos para o retorno ao trabalho é a disponibilidade de serviços de Saúde Ocupacional (SO). Na Finlândia, é obrigatório por lei para empregadores a ter uma afiliação na SO e o setor é apoiado por fundos do Estado, embora o uso desses serviços seja financiado principalmente pelos atores do mercado de trabalho. Nos Países Baixos, a todas as pessoas listadas como doentes é obrigatória a visita de médicos do trabalho para fins de reabilitação. Nos Estados Unidos, a SO é tipicamente usada tanto em conexão com as leis da compensação dos trabalhadores para fornecer serviços médicos para trabalhadores acidentados ou doentes, ou a prestação de serviços médicos gerais visando a segurança no trabalho e saúde geral do trabalhador. Na Suécia e na Noruega, a legislação estabelece que os serviços de SO devem estar disponíveis quando exigidos pelas condições de trabalho. Na prática sueca, o acesso a serviços de SO é baseado em contratos voluntários entre empregadores e prestadores de serviço, onde mais de 50% da população tem acesso a esses serviços (STÅHL et al., 2013).

Esses trabalhadores em RP poucas vezes retornam ao mercado de trabalho ou, quando o fazem, têm dificuldade de aí permanecer. No Brasil, a legislação previdenciária sobre os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) determina a obrigatoriedade do empregador admitir entre 2 e 5% de trabalhadores reabilitados, dependendo do porte da empresa (SAMPAIO et al., 2005).

Na prática, é comum essa lei não ser obedecida, sendo precária a fiscalização do cumprimento desse dispositivo legal. A reabilitação é pensada não apenas como uma alternativa de retorno ao trabalho, mas como um espaço para a reconstrução da identidade do trabalhador, recuperação de sua autoestima, confiança em si mesmo e no futuro. Muitas empresas reinserem o funcionário acidentado apenas para cumprir exigências legais e evitarem multas e indenizações. De um modo geral, não proporcionam ao funcionário a possibilidade de reorientação profissional e

recolocação em funções mais adequadas aos atuais limites e que atendam também ao desejo do trabalhador (ROSIN-PINOLA; SILVA; GARBULHO, 2004).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa. Esse tipo de estudo indica a possibilidade de existência de determinadas associações da doença ou condições que podem causar prejuízos à saúde, com as características temporais, espaciais ou pessoais (MARQUES; PECCIN, 2005). Detalha a realidade, não se destinando a explicá-la ou nela intervir, sendo uma ferramenta de gestão muito importante. O método exploratório descritivo permite coletar detalhes minuciosos de variáveis existentes, usando os dados para realizar uma avaliação crítica das condições e práticas, permitindo buscar informações precisas sobre a frequência de um fenômeno (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; LAKATOS; MARCONI, 2003; GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Dalfovo, Lana e Silveira (2008) apresentam que a pesquisa quantitativa se caracteriza pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se de técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança.

5.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada nos arquivos de desligamento da RP que se encontram na Agência da Previdência Social de Sinop, na Seção de Saúde do Trabalhador, no Serviço de Reabilitação Profissional, situada na Avenida das Figueiras, nº 1357, Setor Central, Sinop – Mato Grosso.

5.3 Período do Estudo

O período do estudo utilizou-se de dados dos prontuários de segurados desligados do PRP do INSS referente ao período de 01 de julho de 2013 e 31 de dezembro de 2014.

5.4 Fonte de dados

Foram utilizados dados secundários levantados nos prontuários dos segurados desligados do programa de RP do INSS desenvolvido pela Equipe de Reabilitação Profissional (ERP) da GEX de Sinop – Mato Grosso, que responde pelas seguintes APS: Colniza, Juína, Juara, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Sorriso, Confresa, São Félix do Araguaia, Alta Floresta, Colíder, Guarantã do Norte, Peixoto de Azevedo e Sinop. Os segurados vinculados à estas agências são encaminhados para a equipe de RP que exerce suas atividades na APS-Sinop.

Os critérios de inclusão foram todos os prontuários de segurados desligados pela ERP da GEX-Sinop entre julho de 2013 e dezembro de 2014. Foram excluídos os prontuários dos segurados que não cumpriram o programa de RP, ou seja, foram desligados do PRP antes da capacitação para retorno ao mercado de trabalho.

A caracterização do perfil sociodemográfico, as atividades desempenhadas pelos segurados antes e após o afastamento do trabalho, foram levantadas nos bancos de dados do INSS:

- ✓ **CNIS:** Nome, gênero, data de nascimento, município de Residência.
- ✓ **FAPL:** Diagnóstico e Limitação; Atividade exercida anteriormente à incapacidade laborativa; Escolaridade; Renda familiar; Motivo de desligamento do programa; Data de desligamento do programa.
- ✓ **Folha de Evolução:** Atividade capacitada para o desempenho; forma de capacitação (curso, treinamento, micro empreendedorismo).

As variáveis utilizadas para a caracterização do perfil sociodemográfico foram: nome, sexo, data de nascimento, escolaridade, renda família e município de residência. A data de desligamento foi utilizada para calcular a idade que o segurado tinha quando foi desvinculado do programa. Para descrever as atividades desempenhadas pelos segurados antes do afastamento do trabalho foram levantadas: diagnóstico e a limitação; atividade exercida anteriormente a incapacidade e o motivo do desligamento do programa. Para descrever as atividades capacitadas pelos segurados após o desligamento do PRP, utilizou-se a capacitação na conclusão do programa enquadradas de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) determinando as famílias. Estas informações foram transcritas para uma ficha de avaliação do estudo (Apêndice A).

O serviço de reabilitação do INSS possui um arquivo digital e outro físico. Ambos foram utilizados na delimitação do recorte. O primeiro é composto por uma planilha de acompanhamento, na qual foram registrados todos os segurados indicados para o programa e entraram em contato para agendar a primeira entrevista, assim como aqueles que estavam em fase de orientação profissional e também os desligados; outra planilha foi utilizada constando data do desligamento e o motivo do desligamento. O segundo arquivo é composto por prontuários individuais.

Para efetuar a coleta de dados primeiramente foi consultada a planilha de desligados do PRP por filtro e selecionou-se apenas aqueles desligados do mês de julho de 2013 a dezembro de 2014. Aplicando concomitantemente o filtro por motivo do desligamento “retorno a função diversa”, “retorno à mesma função com todas as atividades” e “retorno à mesma função com atividades diversas”.

Ao ingressar no PRP o segurado pode ser direcionamento para três caminhos diferentes, mas não independentes para sua capacitação. Primeiramente, contata-se a empresa de vínculo do segurado e a comunica de sua nova condição solicitando nova função que respeite suas limitações, caso a resposta seja positiva, o segurado é encaminhado para treinamento, caso negativa, encaminhado para a segunda opção.

Em segundo está a realização de cursos de capacitação gratuitos ofertados pelo terceiro setor (SENAI, SENAC, SECITEC) ou cursos pagos por meio de processo licitatório. E ainda, há o empreendedorismo, no entanto, este é mais restrito e exige um conjunto de fatores para torná-lo viável, como o perfil empreendedor, reserva de capital, estudo de viabilidade econômica e de mercado consumidor. Neste último caso, o INSS financia os insumos de caráter permanente, como máquinas e equipamentos. Tanto no caso do treinamento assim como no empreendedorismo podem ser ofertados cursos de capacitação.

5.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada utilizando-se os seguintes programas: Microsoft Excel 2013 e SPSS for Windows versão 21.0. Estatística descritiva foi utilizada para descrever as variáveis. Teste Qui quadrado foi usado para comparação dos gêneros. O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$.

5.6 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás, Protocolo número 1.024.513, em conformidade com a Resolução do CNS nº 466/2012 (Anexo C).

6. RESULTADOS

A avaliação do desfecho do PRP do INSS dos segurados desligados da GEX-SINOP, de 07/2013 a 12/2014 serão descritos na seguinte ordem: Caracterização do perfil sociodemográfico, atividades desempenhadas pelos segurados antes e após o afastamento do trabalho e a comparação entre as atividades desempenhadas anteriormente e após a conclusão do PRP.

O número de segurados que foram identificados no período proposto foi de 198. Destes, 47 registros efetivamente concluíram o PRP e foram certificados e desligados. A partir deste número, os prontuários foram pesquisados através do nome, não sendo encontrados 2 prontuários, os quais foram excluídos. Logo, somente 45 registros atenderam os critérios de inclusão, sendo 35 homens (77,8%) e 10 mulheres (22,2%).

As tabelas 1 e 2 demonstram as características sócio-demográficas da idade, renda familiar e escolaridade dos segurados no período do estudo. Observa-se predomínio de baixa escolaridade dos indivíduos, ausência de nível superior e menos de 5% da amostra apresenta nível tecnológico de ensino. A comparação entre os gêneros (masculino e feminino) para as variáveis idade, renda e escolaridade não demonstraram diferença significativa ($p=0,74$; $p=0,41$; $p=0,54$) demonstrando similaridade dos grupos quando comparados.

O município de residência dos segurados encontra-se detalhado na Tabela 3 e demonstra que a maioria reside em Sinop-MT.

Tabela 1: Características da idade e renda familiar dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014

Variáveis	Homens					Mulheres					Total				
	Mínimo	Máximo	Média	DP	IC	Mínimo	Máximo	Média	DP	IC	Mínimo	Máximo	Média	DP	IC
Idade (anos)	23,00	56,00	37,82	8,64	34,85-40,79	24,00	52,00	40,20	9,34	33,51-46,88	23,00	56,00	38,35	8,75	35,72-40,98
Renda familiar (reais)	545,00	4.213,00	1.237,34	746,59	980,88-1.493,81	622,00	1.924,00	1.140,70	482,48	795,55-1.485,85	545,00	4.213,00	1.215,87	692,80	1.007,72-1.424,01

DP: desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança.

Tabela 2: Características da escolaridade dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014

Escolaridade		Homens	Mulheres	Total
Ensino fundamental incompleto		16 (45,7%)	5(50,0%)	21 (46,7%)
Ensino fundamental completo		6 (17,1%)	0	6 (13,3%)
Ensino médio incompleto		4 (11,4%)	2 (20,0%)	6 (13,3%)
Ensino médio completo		8 (22,9%)	2 (20,0%)	10 (22,2%)
Ensino tecnológico completo		1(2,9%)	1 (10,0%)	2 (4,4%)

Tabela 3: Município de residência dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014

Municípios	Homens	Mulheres	Total
Alta Floresta	5 (14,3%)	1(10%)	6 (13,3%)
Aripuanã	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Claudia	0	1(10%)	1 (2,2%)
Colider	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Colniza	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Feliz Natal	1 (2,8%)	2 (20%)	3 (3,6%)
Guarantã Do Norte	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Juara	2 (5,6%)	0	2 (4,4%)
Juína	2 (5,6%)	1 (10,0%)	3 (3,6%)
Lucas Do Rio Verde	3 (8,6%)	1 (10,0%)	4 (8,8%)
Nova Monte Verde	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Nova Mutum	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Novo Horizonte Do Norte	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Peixoto Azevedo	0	1 (10,0%)	1 (2,2%)
Sinop	13 (37,14%)	3 (30,0%)	16 (35,6%)
Sorriso	2 (5,6%)	0	2 (4,4%)

As atividades desempenhadas pelos segurados antes do afastamento do trabalho foram levantadas pelas variáveis diagnóstico, limitação, atividade exercida anteriormente a incapacidade (ocupação) e o motivo do desligamento do programa.

O diagnóstico dos segurados, agrupados conforme os capítulos da CID-10, demonstraram predomínio das categorias “Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas” (55,5%) seguida por “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (24,4%) quando analisados de forma geral (total) e por gênero (Tabela 4).

Tabela 4: Diagnóstico dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014

Diagnóstico	Homens	Mulheres	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2 (5,7%)	1 (10,0%)	3 (6,6%)
Doenças do aparelho circulatório	3 (8,6%)	0	3 (6,6%)
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Doenças do sistema nervoso	0	1 (10,0%)	1 (2,2%)
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	8 (22,8%)	3 (30,0%)	11 (24,4%)
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	21 (60,0%)	4 (40,0%)	25 (55,5%)
Transtornos mentais e comportamentais	0	1 (10,0%)	1 (2,2%)

A limitação predominante dos segurados foi “Perda ou restrição funcional dos membros superiores” (40,0%) seguida de “Restrição de atividades que exijam esforço físico de modo geral” (28,8%) quando analisados de forma geral (total) e por gênero (Tabela 5).

Tabela 5: Limitação dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014

Limitação	Homens	Mulheres	Total
Perda ou restrição funcional da visão	2 (5,7%)	0	2 (4,4%)
Perda ou restrição funcional dos membros superiores	11 (31,4%)	7 (70,0%)	18 (40,0%)
Perda ou restrição funcional dos membros inferiores	9 (25,7%)	0	9 (20,0%)
Restrição de atividades que exijam esforço físico de modo geral	11 (31,4%)	2 (20,0%)	13 (28,8%)
Restrição de ambiente	0	1 (10,%)	1 (2,2%)
Restrição funcional auditiva	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Sem limitação	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)

A ocupação de cada segurado antes da incapacidade foi transcrita em um agrupamento denominado “Família” conforme a Classificação Brasileira de Ocupações. Resultou-se em 26 diferentes famílias, sendo a maioria “Alimentadores de linhas de produção” (13,33%) seguido de “Trabalhadores de tratamento e preparação da madeira” e “Trabalhadores dos serviços domésticos em geral” (8,89%, respectivamente) (Tabela 6).

Tabela 6: Ocupação, antes do afastamento do trabalho, dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014

Ocupação	Masculino	Feminino	Total
Ajudantes de obras civis	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Alimentadores de linhas de produção	4 (11,4%)	2 (20,0%)	6 (13,3%)
Extrativistas e reflorestadores de espécies produtoras de madeira	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Gerentes de produção e operações em empresa da indústria extrativa, de transformação e de serviços de utilidade pública	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Gesseiros	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Magarefes e afins	2 (5,7%)	0	2 (4,4%)
Mecânicos de manutenção de máquinas industriais	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Mecânicos de manutenção de máquinas pesadas e equipamentos agrícolas	2 (5,7%)	0	2 (4,4%)
Motoristas de ônibus urbanos, metropolitanos e rodoviários	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Motoristas de veículos de cargas em geral	3 (8,6%)	0	3 (6,7%)
Operadores de instalações e equipamentos de fabricação de materiais de construção	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Operadores de máquinas a vapor e utilidades	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Operadores de máquinas de aglomeração e prensagem de chapas	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Operadores de máquinas de desdobramento da madeira	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Operadores do comércio em lojas e mercados	2 (5,7%)	1 (10,0%)	3 (6,7%)
Supervisores na exploração agropecuária	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Técnicos de controle da produção	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Técnicos e auxiliares de enfermagem	0	1 (10,0%)	1 (2,2%)

Trabalhadores agropecuários em geral	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Trabalhadores da mecanização agrícola	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Trabalhadores de apoio à agricultura	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Trabalhadores de cargas e descargas de mercadorias	3 (8,6%)	0	3 (6,7%)
Trabalhadores de soldagem e corte de ligas metálicas	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Trabalhadores de tratamento e preparação da madeira	3 (8,6%)	1 (10,0%)	4 (8,9%)
Trabalhadores dos serviços domésticos em geral	0	4 (40,0%)	4 (8,9%)
Trabalhadores florestais polivalentes	0	1 (10,0%)	1 (2,2%)

A ocupação dos segurados, após conclusão do PRP, encontra-se detalhada na Tabela 7. Nota-se que após o agrupamento em “Família” segundo a CBO, 26 diferentes famílias foram identificadas, a saber: “Operadores do comércio em lojas e mercados” (13,33%), seguido de “Agentes, assistentes e auxiliares administrativos” (11,11%), “Alimentadores de linhas de produção” e “Operadores de equipamentos de movimentação de cargas” (6,67%, respectivamente).

Tabela 7: Ocupação, após a conclusão do PRP, dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014

Ocupação	Masculino	Feminino	Total
Agentes da saúde e do meio ambiente	2 (5,7%)	0	2 (4,4%)
Agentes, assistentes e auxiliares administrativos	4 (11,4%)	1 (10,0%)	5 (11,1%)
Alimentadores de linhas de produção	2 (5,7%)	1 (10,0%)	3 (6,7%)
Almoxarifes e armazenistas	2 (5,7%)	0	2 (4,4%)
Aplicadores de revestimentos cerâmicos, pastilhas, pedras e madeiras	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Caixas e bilheteiros	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Desenhistas técnicos da construção civil e arquitetura	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Eletricistas de manutenção eletroeletrônica	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Extrativistas e reflorestadores de espécies produtoras de madeira	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Montadores de equipamentos eletroeletrônicos	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Motoristas de veículos de cargas em geral	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Operadores de equipamentos de movimentação de cargas	3 (8,6%)	0	3 (6,7%)
Operadores de instalações de captação, tratamento e distribuição de água	0	1 (10,0%)	1 (2,2%)
Operadores de telemarketing	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Operadores do comércio em lojas e mercados	5 (14,3%)	1 (10,0%)	6 (13,3%)
Porteiros, vigias e afins	2 (5,7%)	0	2 (4,4%)
Supervisores de serviços financeiros, de câmbio e de controle	1 (2,8%)	1 (10,0%)	2 (4,4%)
Técnicos e auxiliares de enfermagem	0	1 (10,0%)	1 (2,2%)
Técnicos em operação e monitoração de computadores	2 (5,7%)	0	2 (4,4%)
Trabalhadores auxiliares nos serviços de alimentação	1 (2,8%)	1 (10,0%)	2 (4,4%)

Trabalhadores de apoio à agricultura	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Trabalhadores dos serviços domésticos em geral	0	1 (10,0%)	1 (2,2%)
Trabalhadores na operação de máquinas de terraplenagem e fundações	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)
Trabalhadores no atendimento em estabelecimentos de serviços de alimentação, bebidas e hotelaria	0	1 (10,0%)	1 (2,2%)
Trabalhadores nos serviços de embelezamento e higiene	0	1 (10,0%)	1 (2,2%)
Vigilantes e guardas de segurança	1 (2,8%)	0	1 (2,2%)

A conclusão do PRP se deu por meio de cursos de capacitação ou treinamento em empresas, sendo 73,33% destinados a cursos de capacitação e 26,67% treinamento nas empresas de vínculo dos segurados.

A comparação entre a atividade exercida pelo segurando antes do afastamento e após a conclusão do PRP encontra-se descrita na Tabela 8.

Tabela 8: Comparação entre a atividade exercida pelo segurado antes do afastamento e após a conclusão do PRP dos segurados do INSS da GEX-SINOP, 07/2013 a 12/2014

Atividade exercida pelo segurado antes do afastamento	Atividade exercida após a conclusão do PRP
Ajudantes de obras civis	Aplicadores de revestimentos cerâmicos, pastilhas, pedras e madeiras
	Alimentadores de linhas de produção* ▲
	Extrativistas e reflorestadores de espécies produtoras de madeira
Alimentadores de linhas de produção	Trabalhadores no atendimento em estabelecimentos de serviços de alimentação, bebidas e hotelaria
	Vigilantes e guardas de segurança
Extrativistas e reflorestadores de espécies produtoras de madeira	Almoxarifes e armazenistas
Gerentes de produção e operações em empresa da indústria extrativa, de transformação e de serviços de utilidade pública	Técnicos em operação e monitoração de computadores
Gesseiros	Agentes, assistentes e auxiliares administrativos
Magarefes e afins	Supervisores de serviços financeiros, de câmbio e de controle
	Técnicos em operação e monitoração de computadores
Mecânicos de manutenção de máquinas industriais	Operadores de equipamentos de movimentação de cargas
Mecânicos de manutenção de máquinas pesadas e equipamentos agrícolas	Almoxarifes e armazenistas
Motoristas de ônibus urbanos, metropolitanos e rodoviários	Operadores de equipamentos de movimentação de cargas
	Caixas e bilheteiros
	Motoristas de veículos de cargas em geral*
Motoristas de veículos de cargas em geral	Operadores de equipamentos de movimentação de cargas
	Operadores do comércio em lojas e mercados
Operadores de instalações e equipamentos de fabricação de materiais de construção	Trabalhadores na operação de máquinas de terraplenagem e fundações
Operadores de máquinas a vapor e utilidades	Porteiros, vigias e afins

Operadores de máquinas de aglomeração e prensagem de chapas	Desenhistas técnicos da construção civil e arquitetura
Operadores de máquinas de desdobramento da madeira	Operadores do comércio em lojas e mercados
Operadores do comércio em lojas e mercados	Agentes, assistentes e auxiliares administrativos
Supervisores na exploração agropecuária	Operadores de instalações de captação, tratamento e distribuição de água
Técnicos de controle da produção	Operadores do comércio em lojas e mercados*
Técnicos e auxiliares de enfermagem	Trabalhadores auxiliares nos serviços de alimentação
Trabalhadores agropecuários em geral	Eletricistas de manutenção eletroeletrônica
Trabalhadores da mecanização agrícola	Agentes, assistentes e auxiliares administrativos
Trabalhadores de apoio à agricultura	Montadores de equipamentos eletroeletrônicos
Trabalhadores de cargas e descargas de mercadorias	Agentes, assistentes e auxiliares administrativos
Trabalhadores de soldagem e corte de ligas metálicas	Trabalhadores de apoio à agricultura
Trabalhadores de tratamento e preparação da madeira	Agentes da saúde e do meio ambiente
	Operadores de telemarketing
	Operadores do comércio em lojas e mercados
	Agentes, assistentes e auxiliares administrativos
	Agentes da saúde e do meio ambiente
	Operadores do comércio em lojas e mercados
	Porteiros, vigias e afins
	Técnicos e auxiliares de enfermagem
Trabalhadores dos serviços domésticos em geral	Trabalhadores auxiliares nos serviços de alimentação
	Trabalhadores dos serviços domésticos em geral
	Trabalhadores nos serviços de embelezamento e higiene
Trabalhadores florestais polivalentes	Supervisores de serviços financeiros, de câmbio e de controle

*: Segurados que retornaram para a mesma atividade anterior (n=3); ▲: Segurados que retornaram a mesma função com atividade diversa (n=2).

Em relação ao motivo do desligamento do PRP, os segurados que efetivamente concluíram o programa (n=45) demonstraram predomínio de “retorno à função diversa” (n=40, 88,89%). Outros motivos foram “retorno à mesma função com todas as atividades” (n=3, 6,67%) e “retorno à mesma função com atividade diversa” (n=2, 4,44%), demonstrando baixo percentual de retorno às atividades prévias realizadas pelos segurados.

Dentre os 11,11% (n=5) que retornaram ao mercado de trabalho capacitados em função idêntica à exercida anteriormente correspondem a três homens e duas mulheres, apresentando média de idade de $42 \pm 10,3$ anos, sendo três segurados com ensino fundamental e dois com ensino médio, ambos incompletos, residentes em Juara, Feliz Natal e Peixoto de Azevedo e dois em Sinop. Quanto ao diagnóstico, três enquadraram-se no grupo da CID-10 “Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas”, um em “Doenças do sistema nervoso” e o outro em “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo”. As funções identificadas foram: “Operadores do comércio em lojas e mercados” (um), “Alimentadores de linhas de produção” (dois), “Trabalhadores dos serviços domésticos em geral” (um) e “Trabalhadores de apoio à agricultura” (um). Esse último foi o único destes segurados que retornou ao mercado de trabalho através de curso de capacitação, os outros quatro segurados retornaram mediante treinamento na empresa de vínculo, podendo ser o fator diferencial neste pequeno grupo.

7. DISCUSSÃO

O desfecho do PRP do INSS dos segurados desligados demonstrou 45 registros no período de julho de 2013 a dezembro de 2014, sendo a maioria homens, de baixa escolaridade, procedentes de Sinop-MT, com renda familiar em torno de R\$ 1.237,34 reais para homens e R\$ 1.140,70 reais para mulheres. Houve predomínio de “Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas” no diagnóstico do afastamento e “Perda ou restrição funcional dos membros superiores” como limitação. A ocupação dos segurados antes da incapacidade foi adversa, predominando “Alimentadores de linhas de produção”. O motivo mais frequente de desligamento do PRP foi “retorno à função diversa”. A ocupação dos segurados, após conclusão do PRP, demonstrou que a maioria não retornou à sua atividade exercida anteriormente.

O estudo foi realizado com base em dados secundários, estando sujeito a limitações, que podem, em maior ou menor grau, interferir nos resultados. Dentre essas, pode-se citar a pequena quantidade de segurados no período do estudo (amostra < 50) e dados registrados por diferentes profissionais podendo gerar erros de informação. Ainda, trabalhadores de uma região específica do centro oeste do país, cujas características de trabalho e organizações podem ser diferentes em outras regiões e contextos do país.

Alguns prontuários advêm da transferência da GEX Cuiabá, devido à criação da GEX Sinop em 2012. A partir de 01 de fevereiro de 2015, os segurados das APS de Confresa e São Félix do Araguaia foram transferidos para a GEX - Cuiabá.

Sobre o perfil sociodemográfico, estudos tem demonstrado que os trabalhadores costumam se afastar do trabalho por sofrer acidentes de trabalho ou outra doença incapacitante quando estão na fase de maior produtividade de sua vida (MATSUO, 1998; BAHIA et al., 2010; AMORIM et al., 2012; GIANCOTTI et al., 2014). A baixa escolaridade é uma condição frequente entre os trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho (MATSUO, 1998; GALVANI, 2001; MAHAYRI, 2004; ARAÚJO, 2008; GOMES, 2008; BARTILOTTI et al., 2009), o que interfere no desenvolvimento profissional da maioria dos acidentados e, principalmente, no que se refere à mudança de função. Dudeque (2006) enfatiza a “violência simbólica”, na forma de

aposentadoria precoce, de que são vítimas os trabalhadores que se tornam incapacitados para o trabalho e que, pelo seu baixo nível educacional, não são elegíveis para o PRP.

Sobre o gênero, o estudo de Bahia e colaboradores (2010), com madeireiros demonstraram o predomínio de homens, o que pode estar relacionado ao grande esforço físico exigido na realização da maioria das tarefas (transporte de toras de madeiras e o manuseio de máquinas e equipamentos pesados). Outro estudo, Lacerda et al. (2005) descrevem que em geral homens que exercem atividades típicas industriais são parte da clientela dos CRPs. Entretanto, mulheres com Lesões por Esforços Repetitivos (LER), na sua grande maioria, adoecem em um trabalho com pouco gasto energético, menos perigoso que exigem execução de movimentos repetitivos, em particular dos membros superiores (TAKAHASHI, 2000). Segundo o setor de Gestão de Pessoas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, 73,15% dos 5.722 funcionários da Instituição são mulheres (SOARES; WAGNER, 2012), as quais a maioria técnicas de enfermagem. Cabe salientar que o gênero dos trabalhadores depende da atividade exercida e também da região. No presente estudo, a maioria dos segurados são homens, o que pode ser justificado pelo tipo de tarefa executada (trabalhadores de máquinas/construção civil) e também pelo local do estudo. O estado de Mato Grosso, em particular, município de Sinop encontra-se em plena expansão e desenvolvimento, e, sobretudo, área de agronegócio, na qual exige grande esforço físico.

Outro quesito de extrema importância no perfil sociodemográfico refere-se a renda dos trabalhadores. Estudos demonstraram que a baixa renda impossibilita capacitação por um sistema educacional que permitisse a essas pessoas buscar trabalhos de melhor remuneração, oportunidades de emprego, sendo coagidos a buscar ocupações formais que não exigem a qualificação educacional e/ou trabalhos informais (MATSUO, 1998; WATANABE, 2004; ARAÚJO; 2008; IRIART et al., 2008; BAHIA et al. 2010).

Distinta questão inerente ao processo de RP refere-se ao diagnóstico obtido na avaliação realizada pelos peritos do INSS. Na década de 1990, ainda com os CRPs em funcionamento, testemunhou-se a ineficiência no atendimento à população de trabalhadores encaminhados pelas perícias do INSS. Os grandes incapacitados eram trabalhadores que sofriam dores e lesões musculoesqueléticas crônicas,

frequentemente não explicados pelas pobres evidências em exames complementares, acompanhadas de sofrimento psíquico importante (MAENO, 2001; LACERDA et al., 2005; ABREU; RIBEIRO, 2010; BAHIA et al., 2010; SOARES; WAGNER, 2012). Em 1991, o contingente de trabalhadores adoecidos por LER era tão expressivo e disseminado entre os mais diferentes ramos econômicos, que havia uma exigência de respostas urgentes do poder público (MATSUO, 1998). Diversos estudos mencionam segurados do INSS afastados por motivos de LER (MATSUO, 1998; FERREIRA, 2001; LACERDA et al., 2005; MAENO; WUNSCH FILHO, 2010). Doenças mentais, osteomusculares e cardiovasculares se configuram entre as três principais causas de afastamento do trabalho, por isso sugere a necessidade de melhor qualificação dos médicos peritos para avaliação de segurados acometidos com essas causas (ZILIOTO; BERTI, 2013).

No presente estudo, a maioria das limitações referem-se a perda ou diminuição da atividade funcional dos membros superiores, o que pode comprometer a atividade laboral do indivíduo, dados semelhantes aos estudos (MAENO, 2003; PEREIRA, 2003; SILVA; GUIMARÃES; RODRIGUES, 2007).

Outras patologias encontram-se descritas na literatura, tais como epilepsia (GOMES, 2009), esquizofrenia (BIO, 2010), doenças mentais (SILVA; FONSECA, 2002). Esses casos não implicam necessariamente em incapacidade laborativa, mas muitas vezes a própria medicação utilizada para o controle da doença acarreta déficits secundários, devendo-se analisar caso a caso a necessidade de afastamento do trabalho ou o benefício que o trabalhar pode significar na vida dos sujeitos.

Abordando as concepções sobre trabalho de dependentes químicos, Bonadio (2006) sugere que o modelo de intervenção em RP não deve ser focado na empregabilidade, mas sim na estruturação de projetos de vida, sendo norteado pelos princípios da Orientação Profissional, em sua abordagem psicossocial.

Do ponto de vista físico, as LER's e DORT's possuem vários fatores de risco diretos ou indiretos que interagem entre si e são relacionados a posturas, cargas, exposição a vibrações, frio ou pressão sobre determinadas regiões do corpo, repetitividade e até mesmo exigências cognitivas, entre outros. Segundo Maeno e colaboradores (2006) relatam que as queixas mais comuns são dor localizada, irradiada ou generalizada, desconforto, fadiga e sensação de peso, principalmente na região cervical

e nos membros superiores (MAENO, 2003; PEREIRA, 2003; SILVA; GUIMARÃES; RODRIGUES, 2007).

Estudos tem relacionado categorias profissionais específicas com incidência de acidentes ou doenças, tais como as amputações e fraturas de punho e mão realizada em Minas Gerais e Pará (CABRAL, 2007; BAHIA et al., 2010); beneficiários em RP no Maranhão com prevalência de lombalgia crônica (ABREU; RIBEIRO, 2010); a experiência de sucesso do PRP dos trabalhadores de frigoríficos de Santa Catarina (BARTILOTTI et al., 2009; SARDÁ JÚNIOR et al., 2009); e bancários com LER/DORT de Goiás (FERREIRA, 2001). No norte do Mato Grosso, o predomínio das ocupações refere-se a alimentadores de linhas de produção (frigorífico, madeireira e comércio varejista), dados que julgamos divergentes dos estudos mencionados acima, o que pode ser justificado pela região mato-grossense que está voltada para o agronegócio.

O estudo de Maeno (2001) avaliou o processo de reinserção no mercado de trabalho de trabalhadores desempregados, com LER, oriundos de uma empresa eletroeletrônica, após 2 e 7 anos de rompimento do vínculo empregatício. Entre os desligados da empresa, 195 trabalhadores, evidenciou-se que 13,4% procuraram reinserção na mesma função na qual adoeceram. Outras atividades mais frequentemente procuradas foram comércio (7,1%) e confecção (6,7%). Dentre as dificuldades alegadas para a reinserção no mercado de trabalho as mais citadas foram: sintomas nos braços e limitação funcional, estigma da doença e o fato de ser ex-trabalhador da empresa-caso. Foram analisados com maior profundidade aspectos referentes ao processo de adoecimento e desligamento da empresa, repercussões do adoecimento, percepção do estado de saúde, a busca por um novo emprego, estratégias de sobrevivência e perspectivas. No presente estudo, nota-se que a grande maioria não retornou a atividade laboral prévia ao afastamento, que nesta situação, não pode ser investigado pois trata-se de uma análise em banco de dados secundários. Ressalta-se a importância de estudos que avaliam o motivo dos trabalhadores não conseguirem voltar a sua atividade prévia, assim como a inserção desta informação nos prontuários do INSS para que ações possam ser tomadas visando melhorias no serviço.

Bartilotti e colaboradores (2009) descrevem que o programa oferece requalificação profissional através de cursos profissionalizantes que possibilitassem uma

reinserção no mercado de trabalho em uma função diferente da exercida. Os cursos oferecidos incluíam informática básica, telefonista, recepcionista, artesanato (pinturas em madeira, tecido e Etil Vinil Acetato), secretariado administrativo, marketing e vendas, montagem e desmontagem de computadores, eletrônica básica e operador de máquinas. Das 63 pessoas que participaram dos cursos, a minoria participou de quatro ou mais cursos. Estes achados nos remetem a pensar que todas as partes envolvidas na reabilitação — a Previdência Social, as empresas, com seus diretores, chefias e colegas de trabalho, bem como os próprios reabilitados — precisam rever suas ações para que a reabilitação tenha resultados positivos e concretos. Analisando este relato, cabe mencionar o seguinte: Será que os cursos ofertados pelo PRP são os mais adequados para os segurados? Atendem as expectativas do mercado? Quais as reais necessidades? As ações do serviço ultrapassam os limites da teoria? Após revisão da literatura e obtenção dos resultados deste estudo, julga-se que são insuficientes para alcançar os objetivos propostos na legislação.

Repensar a RP dentro de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, transversal e intersetorial, cujo objetivo principal deve ser o de combate às condições de trabalho precárias e adoecedoras, em uma perspectiva de que parcerias não representam igualdade de papéis e de responsabilidade dos parceiros, é de extrema importância. Ao Estado cabe sempre o papel de tomar o seu devido lugar de guardião das leis e de regulador legal e social em benefício do exercício da cidadania (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009). Maeno e Vilela (2010) concluem em seu estudo que a real inserção do segurado em um cargo ou função ultrapassa a competência da Previdência Social.

Toldrá e colaboradores (2010) em um PRP desenvolvido no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) de São Paulo, que utilizou a CIF na avaliação de trabalhadores com longo tempo de permanência no CRST sem resolutividade, a conclusão foi de que nos casos estudados, o PRP vigente demonstrou falta de efetividade, sem existir sequer a experiência de realização de cursos de (re)capacitação profissional e, tampouco, ocorreram negociações/intermediações do INSS com a empresa para a reintegração destes.

Bernardo (2006), na tentativa de compreender o significado e as expectativas dos beneficiários do INSS em RP sobre o trabalho e a vida futura, conduziu uma

pesquisa junto à APS de Belo Horizonte, onde concluiu que considerando o modo como são feitos a seleção dos cursos e o treinamento, pode-se dizer não haver intenção real de reabilitação no programa, pois em sua investigação os beneficiários tinham que escolher cursos dentro de um catálogo limitado oferecido por instituições da comunidade (SESC, SENAC e outras), os quais geralmente não eram do seu interesse ou eram incompatíveis com a sua limitação.

Portanto, diante de estudos em diversas regiões brasileiras (Minas Gerais, São Paulo, Mato Grosso), os resultados têm demonstrado que são ineficientes, incapazes de capacitar de forma adequada os trabalhadores para a sua atividade laboral.

A requalificação profissional por meio do oferecimento de curso tem se mostrado ser um aspecto importante do PRP, e tem sido a longa data enfatizada pelos profissionais ou centros reabilitadores de excelência (VOWLES; GROSS; SORREL, 2004; TAKAHASHI, 2006; BARTILOTTI et al., 2009). Entretanto, o nível de escolaridade do acidentado pode ser considerado um fator limitante para a solução dos problemas de retorno ao trabalho e da mudança de função, sendo necessário contar com o interesse e apoio dos empresários oferecendo condições para que os trabalhadores possam frequentar cursos e treinamentos (GRAVINA; NOGUEIRA; ROCHA, 2003). Neste estudo, o nível de escolaridade é um fator limitante para a qualificação dos segurados.

Importante destacar conforme Schubert (2009) que a nova tendência é não reabilitar pessoas com a finalidade de fazê-las retornar ao trabalho, mas fazê-las voltar ao trabalho para reabilitá-las. Considera ainda que reabilitar profissionalmente não é apenas preparar pessoas para voltarem ao mercado de trabalho. Reabilitar profissionalmente significa inserir o homem na vida da comunidade, garantindo sua sobrevivência através da remuneração, estabilidade, crescimento e satisfação de ser uma pessoa produtiva e realizada.

Watanabe (2004) descreve experiência de êxito em RP realizada na própria empresa por Convênio de Cooperação Técnica com o INSS. Os resultados mostraram avaliação positiva dos trabalhadores, que alegam ter obtido segurança na nova função pela aceitação dos colegas de trabalho e pelos responsáveis pelo acompanhamento do treinamento. Entretanto, esta não é uma forma comum na realidade do país. O que ocorre mais frequentemente é o desinteresse da empresa

com os PRP. Algumas empresas oferecem resistência para readaptar um funcionário ou receber um funcionário readaptado. Outras podem até deixar o trabalhador sem nenhuma função – eles batem o cartão e esperam sem nenhuma atividade até o encerramento do expediente – ou o colocam em uma função que não se relaciona com a qualificação do indivíduo reabilitado (MATSUO, 1998). Convênios de cooperação técnica com o INSS, parcerias com Instituições de ensino superior, modificações na oferta de cursos conforme demanda regional, dentre outras são algumas sugestões de ações identificadas neste estudo que poderia melhorar o serviço e ajudar a mudar os resultados.

Os programas desenvolvidos pelos serviços de reabilitação da Previdência podem ser vistos como ações pontuais e imediatas, sem considerar o futuro (VACARO; PEDROSO, 2011). Com a velocidade em que ocorrem as mudanças nas relações afetivas, produtivas, sociais e tecnológicas no mundo do trabalho, a reabilitação feita pode tornar-se obsoleta rapidamente (WATANABE, 2004). O tipo de formação é do estilo treinamento tradicional e está dependente da oferta de instituições da comunidade, o que limita o leque de opções para o segurado. Há referências recorrentes à falta de infraestrutura apropriada para a qualificação do trabalhador, resultando em ineficiência e ineficácia em responder à demanda real de reabilitar (MATSUO, 1998; WATANABE, 2004; MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009; VACARO; PEDROSO, 2011).

Apesar de estar previsto oficialmente o acompanhamento do segurado após o término da reabilitação, não há suporte adequado para acompanhamento do egresso da reabilitação.

Não são oferecidas condições para acompanhar aqueles que retornam ao trabalho nem daqueles que não se adaptam à nova função, ou que ficam à margem do mercado de trabalho (SAMPAIO, 2005). O possível sucesso do PRP acaba por ser atribuído aos relacionamentos sociais no âmbito da família e da empresa (MATSUO, 1998).

Ao concluir o PRP, o segurado recebe certificado emitido pelo INSS tornando apto ao desempenho da função capacitada. O empoderamento desse dispositivo normativo é explicitamente teórico, pois não preenche os critérios mínimos necessários para uma real reinserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, como parte de uma integração social efetiva. Os segurados sem vínculo não contam

com recursos para reinserção, valendo-se de redes precárias, baseadas em vínculos familiares, religiosos e de amizade, para em geral, adentrarem no mercado de trabalho precarizado (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009). Neste sentido, o certificado torna-se mais um documento que apenas atesta a conclusão do programa, perdendo seu real objetivo: retornar o segurado reabilitado e preparado ao mercado de trabalho.

A complexidade da concepção de incapacidade, sob a perspectiva do modelo social, se reflete na estruturação dos PRP, que devem compreender um conjunto de ações e serviços capaz de abordar as pessoas com incapacidade em seus diversos aspectos, com vistas à reintegração profissional e social. Para tal se faz necessária a atuação conjunta de setores da administração pública, como previdência social, trabalho e emprego, saúde, educação, moradia, transporte e afins, no sentido de superar a fragmentação institucional e atingir a resposta adequada às necessidades da sociedade (FONSECA, 2011).

8. CONCLUSÃO

Após o levantamento do banco de dados do serviço da GEX-Sinop, conclui-se que baixa escolaridade e renda familiar são fatores limitantes no processo de retorno ao trabalho. As lesões e consequências de causas externas assim como limitações de membros superiores são condições de afastamento frequentes que levam os segurados a ser alocados em postos de trabalho adversos a função prévia do afastamento. Estes achados demonstram uma fragilidade no processo de saúde do trabalhador. Sugere-se ações em busca da ampliação do acesso do trabalhador às políticas sociais (seja Previdência e/ou Assistência), mas também na superação do processo que gera o adoecimento e/ou acidente. Inegável é o esforço para promover o processo de reintegração ao mercado de trabalho da pessoa reabilitada, bem como proteger e incluí-lo no mercado de trabalho. Contudo, mesmo havendo uma farta legislação visando garantir os direitos destas pessoas, conclui-se que, na prática, estes ainda são insuficientes para alcançar o objetivo almejado.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, cujos objetivos foram atingidos, é grande a satisfação de conhecer os dados referentes ao PRP da GEX-Sinop, os quais demonstram fragilidades que podem ser modificadas e/ou sanadas. As limitações do estudo, dados secundários de uma certa região do interior do estado de MT e amostra pequena, podem afetar diretamente o conhecimento por parte de profissionais e gestores públicos sobre a temática. Diante do exposto, apesar do PRP estar implantado na região, demonstrou ser resolutivo na demanda de retorno ao trabalho, mas não na função antiga do segurado, desrespeitando a história dos indivíduos. É preciso, na atual conjuntura brasileira, que ações de políticas públicas sejam propostas e implementadas a fim de aprimorar e buscar melhorias no PRP, consequentemente, na saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ABREU, A.T.J.B.; RIBEIRO, C.A.B. Prevalência de lombalgia em trabalhadores submetidos ao programa de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), São Luís, MA. **Acta Fisiátrica**, vol. 17, n. 4, p. 148-152, 2010.

AMORIM, C.R.; et al. Acidentes de trabalho com mototaxistas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 15, n. 1, p. 25-37, 2012.

ARAÚJO, G.R. Consequências sociais de acidentes de trabalho: experiências, narrativas e reestruturação da vida cotidiana de trabalhadores informais que sofreram acidentes ocupacionais graves em Salvador, Bahia, Brasil. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

BAHIA, S.H.A, et al. Estudo epidemiológico do setor madeireiro atendido em uma unidade técnica de reabilitação profissional. *Revista Paraense de Medicina*, vol. 24, n. 1, 2010.

BARTILOTTI, C.B. et al. Programa de reabilitação ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional. **Acta Fisiátrica**, vol. 16, n. 2, p. 66-75, 2009.

BERNARDO, L.D. Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BIO, D. S. Reabilitação vocacional e suas implicações no funcionamento cognitivo de pacientes esquizofrênicos. **Dissertação de Mestrado**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

BONADIO, A. N. Reabilitação profissional de dependentes químicos: estudo descritivo utilizando abordagem qualitativa e quantitativa. **Dissertação de Mestrado**. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

_____. Lei n. 8080 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.

_____. Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991 – D.O.U de 14/08/1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213compilado.htm>. Acesso em: 26 de julho de 2015.

_____. Decreto nº 3.048 de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: 25 de julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 5. Saúde do Trabalhador. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf>. Acesso em: 25 de julho de 2015.

_____. Portaria Interministerial n. 153, de 13 de fevereiro de 2004. Constitui o Grupo de Trabalho Interministerial, composto por representantes dos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego.

_____. Portaria nº 1.125, de 06 de julho de 2005 – Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1125_06_07_2005.html>. Acesso em: 22 de julho de 2015.

_____. Lei nº 11.430, de 26 de dezembro de 2006. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e nº 9.796, de 5 de maio de 1999, aumenta o valor dos benefícios da previdência social; e revoga a Medida Provisória nº 316, de 11 de agosto de 2006; dispositivos das Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.444, de 20 de julho de 1992, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e a Lei nº 10.699, de 9 de julho de 2003. Diário Oficial da União, 27 fev. 2006.

_____. Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 13 fev. 2007, republicado em 23 fev. 2007.

_____. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE n. 152, de 13 de maio de 2008. Institui a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança do Trabalho.

_____. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 25 de julho de 2015. 2011a.

_____. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. DIRSAT. Diretoria de Saúde do Trabalhador. Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional, 2011b.

_____. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social – 2012. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/aeps-2012-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2012/aeps-2012-secao-iii-servicos-previdenciarios/>>. Acesso em: 14 de outubro de 2014. 2012a.

_____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 – Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 22 de julho de 2015. 2012b.

_____. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social - DATAPREV. Anuário Estatístico da Previdência Social 2013. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/aeps-2013-secao-iii-servicos-previdenciarios/>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2015.

_____. INSS – Previdência, histórico e missão. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/historico/missao/>>. Acesso em: 08 de setembro de 2014.

CABRAL, L. H. A. Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem quali-quantitativa. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

CESTARI, E.; CARLOTTO, M. S. Reabilitação profissional: o que pensa o trabalhador sobre sua reinserção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 1, p. 93-115, 2012.

CHEREM, A.J. et al. Perícia médica e reabilitação profissional: o atual modelo de perícia e uma proposta multidimensional aplicada em um projeto piloto em Santa Catarina. **Acta Fisiátrica**, vol.16, n. 2, p. 93-98, 2009.

DALFOVO, M.S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, vol. 2, n. 4, p. 01-13, 2008.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Anuário do Sistema Público de Emprego, Trabalho e Renda 2010/ 2011**: Mercado de Trabalho. 3 ed. São Paulo, 2011.

DUDEQUE, M.L. Educação de jovens e adultos e formação de professores: estudo histórico sob o referencial de violência simbólica. Dissertação de Mestrado. **Pontifícia Universidade Católica do Paraná**, 2006.

FERREIRA, M.C.P. Do trabalho que constrói ao que destrói identidades: o caso de bancários portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) no Estado de Goiás. **Dissertação de Mestrado**. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2001.

FONSECA, F. V. Modelo de Reabilitação Profissional: uma proposta de avaliação da eficácia. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FRENCH, R.L. Seven 'Principles' for Successful Return to Work. **Institute for Work & Health**, 2007, revisado em 2014.

GALVANI, R.C.D. Inserção do deficiente físico no mercado de trabalho: a ótica da instituição especializada e a ótica do egresso. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Estadual Paulista, 2001.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. (org). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

GIANCOTTI, G.M. et al. Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho com material biológico atendidas em um hospital público do Paraná. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 23, n. 2, p. 337-346, 2014.

GOMES, T.N. Reflexões sobre a representação social do indivíduo amputado no mundo do trabalho. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2008.

GOMES, M.M. Epilepsia e incapacidade laborativa. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, vol. 15, n. 3, p. 130-134, 2009.

GRAVINA, M.E R.; NOGUEIRA, D.P.; ROCHA, L.E. Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional**, vol. 14, n.1, p. 19-26, 2003.

GUSSENHOVEN, A.H.M. et al. Cost-effectiveness of a vocational enablement protocol for employees with hearing impairment; design of a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, vol. 12, n. 151, 2012.

INSTITUTO MATO-GROSSENSE DE ECONOMIA AGROPECUÁRIA (IMEA). **Análise do mercado de trabalho do agronegócio no estado de Mato Grosso e Brasil**. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Mensal de Emprego**. Notas Metodológicas. Disponível em :WWW.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pmemet2.shtm. Acesso: 16 de setembro de 2015.

IRIART, J.A.B. et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 13, n. 1, p. 165-174, 2008.

LACERDA, E.M. et al. Prevalence and associations of symptoms of upper extremities, repetitive strain injuries (RSI) and 'RSI-like condition'. A cross sectional study of bank workers in Northeast Brazil. **BMC Public Health**, vol. 5, n. 107, 2005.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª. ed., São Paulo: Atlas, 2003.

LARA, R. Saúde do Trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Revista Katál**, vol. 14, n.1, p. 78-85, 2011.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.

MAENO, M. Reinserção de trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos no mercado de trabalho. **Dissertação de Mestrado**. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2001.

_____. As lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). In: RUIZ (Org.). **Um mundo sem LER é possível**. Montevideo: Rel/UITA, 2003.

MAENO, M. et al. Lesões por esforços repetitivos (LER) Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) Dor relacionada ao trabalho. Protocolos de atenção integral à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_ler_dort.pdf>. Acesso em: 25 de julho de 2015.

MAENO, M.; TAKAHASHI, M.A.C.; LIMA, M.A.G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. **Acta Fisiátrica**, vol. 16, n. 2, p. 53-58, 2009.

MAENO, M.; VILELA, R.A.G. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol. 121, n. 35, p. 87-99, 2010.

MAENO, M.; WÜNSCH FILHO, V. Reinserção no mercado de trabalho de ex-trabalhadores com LER-DORT de uma empresa eletrônica na região metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol. 121, n.35, p. 53-63, 2010.

MAHAYRI, N. Desafios da reabilitação profissional para o século XXI; estudo dos fatores prognósticos para a reabilitação profissional de segurados incapacitados para o trabalho, com doenças crônicas da coluna vertebral, encaminhados pela Perícia Médica do INSS para programa de reabilitação profissional, por acidente do trabalho ou doença comum, no período de 1993 a 1997, em Campinas, SP / Nazira Mahayri. Campinas, SP. **Tese de Doutorado em Saúde Coletiva**, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

MARQUES, A.P.; PECCIN, M.S. Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. **Fisioterapia e Pesquisa**, vol. 11, n. 1, p. 43-48, 2005.

MATSUO, M. Acidentado do trabalho: reabilitação ou exclusão? **Dissertação de mestrado**. Universidade de São Paulo, 1998.

NATIVIDADE, M.R.; COUTINHO, M.C. O trabalho na sociedade contemporânea: os sentidos atribuídos pelas crianças. **Psicologia & Sociedade**, vol. 24, n. 2, p. 430-439, 2012.

NEVES, R.F.; NUNES, M. O. Incapacidade, cotidiano e subjetividade: a narrativa de trabalhadores com LER/DORT. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 13, n. 30, p. 55-66, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERINANA DA SAÚDE (OPAS). Saúde do trabalhador, 2011. Disponível em: <
http://www.paho.org/BRA/index.php?option=com_content&view=article&id=378:saud e-trabalhador&catid=990:bra-03-b-principal>. Acesso em 22 de julho de 2015.

PEREIRA, A.S. Viabilização de estações de trabalho adaptadas ergonomicamente para tetraplégicos. **Dissertação de Mestrado**. Universidade de Mogi das Cruzes, 2003.

ROSIN-PINOLA, A. R.; SILVA, C. P.; GARBULHO, N. F. Implicações psicossociais para o acidentado de trabalho reinserido no mercado de trabalho e desempregado. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, vol. 5, n. 2, p. 53-62, 2004.

SAMPAIO, R. F. et al. Implantação de serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. **Fisioterapia e Pesquisa**, vol. 12, n. 2, p. 28-34, 2005.

SARDÁ JUNIOR, J.J., et al. Preditores biopsicossociais de incapacidade física e depressão em trabalhadores do setor de frigoríficos atendidos em um programa de reabilitação profissional. **Acta Fisiátrica**, vol. 16, n. 2, p. 76-80, 2009.

SCHUBERT, B. Reabilitação profissional no mundo. **Revista da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social**, p.29-31. Edição especial, 2009.

SCHULTZ, I. Z. et al. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 17, n. 2, p. 327-352, 2007.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol. 122, n.35, p. 187-191, 2010.

SILVA, A.L.A; FONSECA, R.M.G.S.. Projeto copiadora do CAPS Luis Cerqueira: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 36, n. 4, p. 358-366, 2002.

SILVA, S.R.; GUIMARAES, E.V.; RODRIGUES, A.M.V.N. Aspectos relacionados ao processo de retorno ao trabalho de indivíduos com distúrbios musculoesqueléticos do membro superior: uma bibliografia comentada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, vol. 18, n. 1, p. 38-43, 2007.

SOARES, L.V.; WAGNER, L.C. Reabilitação profissional: vivências de funcionários com limitações físicas e psicossociais em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, vol. 10, n. 2, p. 49-55, 2012.

STÅHL, C. et al.: Promoting occupational health interventions in early return to work by implementing financial subsidies: a Swedish case study. **BMC Public Health**, vol. 13, n. 310, 2013.

TAKAHASHI, M.A.B.C. Avaliação em reabilitação profissional – Experiência de adoecer por LER e o resgate da autonomia: uma trajetória singular. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-graduação em saúde coletiva. Departamento de medicina preventiva e social. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000.

TAKAHASHI, M.A B C. Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990. **Tese de Doutorado**. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

TAKAHASHI, M.A.B.C.; IGUTI, A.M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Caderno de Saúde Pública**, vol. 24, n. 11, p. 2661-2670, 2008.

TAKAHASHI, M.A.B.C.; KATO, M.; LEITE, R.A.O. Incapacidade, reabilitação profissional e saúde do trabalhador: velhas questões, novas abordagens. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol. 35, n. 121, p. 07-09, 2010.

TOLDRÁ, R.C. et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador SP, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol. 35, n. 121, p. 10-22, 2010.

VACARO, J.E.; PEDROSO, S.F. Desempenho dos segurados no service de reabilitação do Instituto Nacional do Seguro Social. **Acta Fisiátrica**, vol. 18, n. 4, p. 200-205, 2011.

VOWLES, K.E.;GROSS, R.T.; SORRELL, J.T. Predicting work status following interdisciplinary treatment for chronic pain.**European Journal of Pain**, vol. 8, n. 4, p. 351-358, 2004.

WATANABE, M. A reabilitação profissional é possível: um estudo de caso de uma empresa de economia mista. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Estadual de Campinas, 2004.

ZILIOTO, D.M.; BERTI, A.R. Reabilitação profissional para trabalhadores com deficiência: reflexões a partir do estado da arte. *Revista Saúde e Sociedade*, vol. 22, n. 3, p. 736-750, 2013.

ANEXO A – Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO POTENCIAL LABORATIVO - FAPL

APS:	NB:	Espécie	DIB: / /	DCI: / /
Nome:				
Endereço residencial:				
CTPS/Série:	RG:	Órgão Expedidor:	Data de Nascimento: / /	Sexo: () M () F
Situação Funcional: 1 () Empregado 4 () Desempregado ____/____/____ 2 () Autônomo 5 () Rural 3 () Aposentado 6 () Outros			Ocupação: CBO:	
Grau de instrução:				
Diagnóstico:				CID:
Restrições para desempenho da função (informação do segurado):				
Tratamentos realizados: () Clínico () Clínico- Cirúrgico () Cirúrgico () Mental () Físico-Mental Dominância: () Destro () Sinistro () Ambidestro Descrição das alterações anátomo-funcionais:				
Descrição das limitações laborativas ao desempenho da função exercida (postura, movimento, força, ambiente físico, destreza manual, acuidade auditiva / visual e etc.):				
Data: ____/____/____			Assinatura do Perito Médico:	

**RESPONSÁVEL PELA ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL**

Descrição da Atividade Exercida:

Desvio de função? Sim () _____ Não () _____

Admissão: ____/____/____ Tempo na função atual: _____ Demissão: ____/____/____

Tempo de contribuição: _____ Valor do benefício R\$: _____

Histórico do Afastamento do Trabalho:



Previdência Social, patrimônio do trabalhador brasileiro.

Reabilitação Profissional- GEX-Sinop/MT - (66)3532-3626-
Avenida das Figueiras, 1357 – Centro – Sinop/MT – CEP: 78550-000

**Experiência Profissional (ocupação, nome da empresa e tempo de serviço):**

Histórico Profissional (cursos / treinamentos):

Escolaridade declarada: _____

Interesse profissional/Motivação:

Composição familiar (estado civil, número de filhos/dependentes do segurado):

Renda familiar do segurado/outros auxílios: _____

Prognóstico de retorno ao trabalho:

Outras observações:

Data: ____/____/____	Assinatura do Responsável pela Orientação Profissional
----------------------	--



Avaliação do Processo de Protetização:

Data: / /

Assinatura do Perito Médico:



Previdência Social, patrimônio do trabalhador brasileiro.

Reabilitação Profissional- GEX-Sinop/MT - (66)3532-3626-
Avenida das Figueiras, 1357 – Centro – Sinop/MT – CEP: 78550-000



Avaliação Conjunta:

Potencial Laborativo:

Solicitação de Procedimentos:

☐ Avaliação Fisioterápica	☐ Avaliação Psicológica	☐ Protetização
☐ Exame Especializado	☐ Análise de Função	☐ Vistoria Técnica

Conclusão da Avaliação do Potencial Laborativo:

O(A) Segurado(a) iniciou a **Avaliação do Potencial Laborativo** com equipe de Reabilitação Profissional em ____/____/____ e esta foi concluída em ____/____/____, de acordo com os seguintes códigos abaixo:

- | | |
|---|--|
| 3.10 () Inelegível Temporário | 3.80 () Manutenção de prótese |
| 3.20 () Inelegível Permanentemente | 3.90 () Homologação de Habilitação de PcD |
| 3.30 () Retorno Imediato ao Trabalho | 3.91 () Indeferimento de Homologação de PcD |
| 3.40 () Elegível | 3.95 () Homologação de Readaptação Profissional |
| 3.50 () Recusa | 3.96 () Indeferimento de Homologação de Readaptação |
| 3.51 () Abandono | 3.97 () Transferência |
| 3.60 () Instrução de processo judicial concluído | 3.98 () Não necessita de Programa de RP |
| 3.70 () Óbito | |

Assinatura do Perito Médico

Assinatura do Responsável pela Orientação Profissional



Previdência Social, patrimônio do trabalhador brasileiro.

Reabilitação Profissional- GEX-Sinop/MT - (66)3532-3626-
Avenida das Figueiras, 1357 – Centro – Sinop/MT – CEP: 78550-000



Parecer Técnico Conclusivo:

O(A) segurado(a) iniciou o **Programa de Reabilitação Profissional** em ____/____/____ e foi desligado(a) em ____/____/____.

- | | |
|--|--|
| 4.40 () Retorno à mesma função com atividades diversas | 4.44 () Abandono |
| 4.41 () Retorno à mesma função com as mesmas atividades | 4.45 () Intercorrência médica |
| 4.42 () Retorno à função diversa | 4.47 () Transferência |
| 4.43 () Recusa | 4.48 () Óbito |
| | 4.49 () Insuscetível de Reabilitação Profissional |
| | 4.50 () Impossibilidade Técnica |

Assinatura do Perito Médico

Assinatura do Responsável pela
Orientação Profissional



Previdência Social, patrimônio do trabalhador brasileiro.

Reabilitação Profissional- GEX-Sinop/MT - (66)3532-3626-
Avenida das Figueiras, 1357 – Centro – Sinop/MT – CEP: 78550-000

ANEXO B – Folha de Evolução



FOLHA DE EVOLUÇÃO

PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Nome do segurado(a): _____

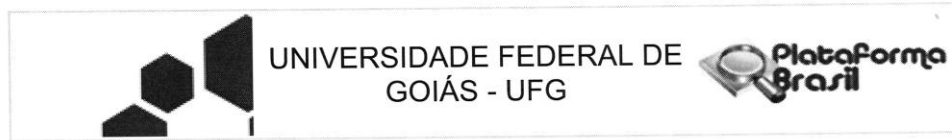
Nº Benefício/espécie: _____



Previdência Social, patrimônio do trabalhador brasileiro.

Reabilitação Profissional- GEX-Sinop/MT - (66)3532-3626-
Avenida das Figueiras, 1357 – Centro – Sinop/MT – CEP: 78550-000

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: RETORNO AO MERCADO DE TRABALHO E CONCLUSÃO DO PROGRAMA

Pesquisador: Ricardo Rocha da Mata

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42540815.0.0000.5083

Instituição Proponente: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.024.513

Data da Relatoria: 06/04/2015

Apresentação do Projeto:

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: RETORNO AO MERCADO DE TRABALHO E CONCLUSÃO DO PROGRAMA

*Pesquisador: Ricardo Rocha da Mata. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo com abordagem quantitativa, através da análise de prontuários dos segurados desligados do programa de Reabilitação Profissional (RP) do INSS desenvolvido pela Equipe de RP da Gerência Executiva de Sinop – Mato-Grosso. A pesquisa se propõe a verificar o perfil sociodemográfico dos segurados desligados do programa, Identificar as atividades desempenhadas pelos segurados antes do afastamento do trabalho; Identificar atividades advindas da conclusão do programa de RP; Relacionar as atividades desempenhadas anteriormente com a efetiva conclusão do programa de RP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o desfecho do programa de RP do INSS dos segurados desligados.

Objetivo Secundário: Descrever o perfil sociodemográfico dos segurados desligados do programa de RP; Identificar as atividades desempenhadas pelos segurados antes do afastamento do trabalho; Identificar atividades advindas da conclusão do programa de RP; Relacionar as atividades desempenhadas anteriormente com a efetiva conclusão do programa de RP.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.024.513

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos na realização da avaliação proposta, pois se trata de uma simples avaliação de dados coletados de prontuários. Os dados colhidos serão identificados de modo que não possam ser reconhecidos. Caso haja risco, este será na integridade física dos prontuários devido o manuseio. Através deste estudo espera-se dar melhor direcionamento para a construção do programa de RP e ainda possibilitando o conhecimento do perfil sociodemográfico da população atendida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, cuja a coleta de dados será dar através de análise de prontuários do INSS, portanto de baixo risco quanto a ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexado:

- folha de rosto; - ficha de avaliação da coleta de dados; - declaração ciência institucional; - termo de compromisso. Não sendo necessário anexar outros documentos para o início da pesquisa.

Recomendações:

Sugerimos que o pesquisador se atente para que os dados colhidos sejam identificados de modo que os participantes não possam ser reconhecidos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugerimos que o projeto seja aprovado, não havendo pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

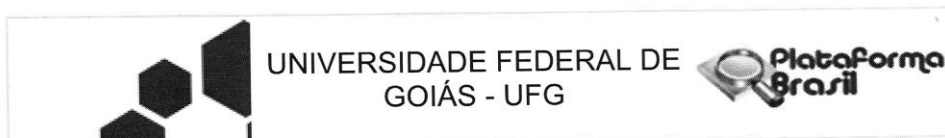
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS nº. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para 20/12/2015.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.024.513

GOIANIA, 15 de Abril de 2015

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

APÊNDICE A – Ficha de Coleta de Dados

FICHA PARA COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS

Número sequencial: _____

Nome: _____

Gênero: ()M ()F

Data de Nascimento: _____ Data de desligamento do PRP:

Idade: _____

Escolaridade: _____

Renda Familiar: _____

Município de residência: _____

Motivo de desligamento do programa:

Diagnóstico (CID 10): _____

Limitação:

Atividade exercida anteriormente a incapacidade laborativa:

Atividade capacitada para o desempenho:

Forma de Capacitação:
