



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

KELEN CLEMENTE SILVA

**A POLÍTICA PÚBLICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL E A
SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DE
PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO:
REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E PERÍCIA MÉDICA DO
INSS ENTRE 2011 E 2018**

Londrina
2020

KELEN CLEMENTE SILVA

**A POLÍTICA PÚBLICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL E A
SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DE
PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO:
REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E PERÍCIA MÉDICA DO
INSS ENTRE 2011 E 2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Doutor. Fernando Kulaitis

Londrina
2020

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

S586p Silva, Kelen Clemente

A Política Pública de Previdência Social e a Saúde do Trabalhador no contexto de precarização do trabalho : Reabilitação Profissional e Perícia Médica do INSS entre 2011 e 2018 / Kelen Clemente Silva. - Londrina, 2020.116 f.

Orientador: Fernando Kulaitis.

Coorientador: Fabio Lanza.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Letras e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2020.

Inclui bibliografia.

1. Previdência Social - Tese. 2. Precarização do trabalho - Tese. 3. Saúde do trabalhador - Tese. 4. Reabilitação Profissional - Tese. I. Kulaitis, Fernando . II. Lanza, Fabio. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Letras e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. IV. Título.

CDU 3

KELEN CLEMENTE SILVA

**A POLÍTICA PÚBLICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL E A SAÚDE DO
TRABALHADOR NO CONTEXTO DE PRECARIZAÇÃO DO
TRABALHO:
REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E PERÍCIA MÉDICA DO INSS ENTRE
2011 E 2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Ciências Sociais.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Fernando Kulaitis
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Evelyn Secco Faquin
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr Simone Wolf
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 25 de março de 2020.

SILVA, Kelen Clemente. **A política pública de previdência social e a saúde do trabalhador no contexto de precarização do trabalho: reabilitação profissional e perícia médica do INSS entre 2011 e 2018.** 2020. 116 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar as mudanças na política pública de Previdência Social como proteção social à saúde do trabalhador através do Programa de Reabilitação Profissional, tendo como referência o processo de precarização do trabalho no Brasil. Numa perspectiva descritivo-analítica, questiona-se como, ao longo do tempo, o processo de precarização do trabalho influenciou a dinâmica de ações do INSS e da Política Pública de Previdência Social - política pública integrante do tripé da Seguridade Social e concretizada com a Constituição Federal de 1988 – e, por outro lado, como aquele processo foi influenciado por essa política pública. A partir do problema da pesquisa - quais são as relações estabelecidas entre as ações do Instituto Nacional do Seguro Social através da Política Pública de Previdência Social e o processo de precarização do trabalho no Brasil e quais os impactos dessa relação no que se refere à saúde do trabalhador - elegeu-se o serviço de Reabilitação Profissional da Política de Previdência Social para pesquisa, através de seus Manuais Técnicos de Procedimentos entre 2011 e 2018, pois este é que tem ações voltadas especificamente para a Saúde do Trabalhador. São objetivos específicos: conhecer como a Política Pública de Previdência Social foi construída e se constituiu como política de proteção social com destaque para questões da saúde do trabalhador; identificar a evolução da proteção à saúde do trabalhador até o estabelecimento do conceito do campo de Saúde do trabalhador e como a Política de Previdência Social desempenhou seu papel através do Programa de Reabilitação Profissional no trato com a saúde do trabalhador. A primeira hipótese é de que as mudanças históricas do INSS acompanharam o processo de precarização do trabalho de forma que, ao invés de desempenhar seu papel protetivo de seguridade social, contribuiu para o processo de precarização do trabalho. A segunda hipótese é de que, dentre as alterações ocorridas na Política Pública de Previdência Social, as questões voltadas para a saúde do trabalhador, como a Seção de Saúde do Trabalhador, passaram a ter maior relevância no período em que houve reorganização e maior intensificação do trabalho no Brasil. O desmonte da política pública de Previdência Social, evidenciado através da desestruturação do Programa de Reabilitação Profissional, caracteriza a desproteção social e desamparo aos trabalhadores num processo atrelado à precarização do trabalho no Brasil.

Palavras-chave: Precarização do Trabalho. Saúde do Trabalhador. Previdência Social. Reabilitação Profissional. Perícia Médica.

SILVA, Kelen Clemente. **The public policy on social security and worker health in the context of work preparation: professional rehabilitation and medical expertise from INSS between 2011 and 2018.** 116 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

ABSTRACT

This work aims to analyze the changes in the public policy of Social Security as a social protection to the health of the worker through the Professional Rehabilitation Program, having as reference the precarious work process in Brazil. From a descriptive analytical perspective, it is questioned how, over time, the process of precarious work influenced the dynamics of INSS actions and the Social Security Public Policy - a public policy that is part of the Social Security tripod and implemented with the Federal Constitution 1988 - and, on the other hand, how that process was influenced by this public policy. Based on the research problem in which are the relationships established between the actions of the National Institute of Social Security through the Public Social Security Policy and the process of precarious work in Brazil and what are the impacts of this relationship with regard to the health of the worker, the Professional Rehabilitation service of the Social Security Policy was chosen for research, through its Technical Procedural Manuals between 2011 and 2018, as this is the one that has actions aimed specifically at Occupational Health. As specific objectives, it is established to know how the Public Social Security Policy was constructed and constituted itself as a social protection policy with emphasis on issues related to workers' health, to identify the evolution of protection for workers' health until the establishment of the concept of the field of work. Occupational health and how the Social Security Policy played its role through the Professional Rehabilitation Program in dealing with occupational health. The first hypothesis is that the historical changes of the INSS accompanied the process of precarious work in a way that, instead of playing its protective role of social security, contributed to the process of precarious work. The second hypothesis is that, among the changes that occurred in the Public Social Security Policy, issues related to workers' health, such as the Workers' Health Section, became more relevant in the period in which there was a reorganization and greater intensification of work in Brazil. The dismantling of the public social security policy evidenced through the restructuring of the Professional Rehabilitation Program, characterizes the social lack of protection and helplessness for workers in a process linked to the precariousness of work in Brazil.

Keywords: Precarious Work. Worker's Health. Social Security. Professional. Rehabilitation. Medical Expertise.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
SST	Seção de Saúde do Trabalhador
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
CNT	Conselho Nacional do Trabalho
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PRORURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
SUS	Sistema Único de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência médica e previdenciária
IAPAS	Instituto da Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
DATAPREV	Processamento de Dados da Previdência Social
CEME	Central de Medicamentos
CRP	Centro de Reabilitação Profissional
NRP	Núcleo de Reabilitação Profissional
OIT	Organização Internacional do Trabalho
EPI	Equipamentos de proteção individual
CLT	Consolidação de Leis do Trabalho
LOS	Lei Orgânica de Saúde
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
SST	Seção de Saúde do Trabalhador
DIRSAT	Diretoria de Saúde do Trabalhador
DIRBEN	Diretoria de benefícios
DIRAT	Diretoria de atendimento
PM	Perícia Médica

RP	Reabilitação Profissional
SS	Serviço Social
PDRE	Plano Diretor de Reforma do Estado
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
DOR	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
UERP	Unidade Executiva de Reabilitação Profissional
SABI	Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
GBENIN	Gerenciamento de Benefício por incapacidade
GEX	Gerência Executiva
APS	Agência da Previdência Social
PR	Profissional de Referência
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
PPP	Perfil Profissiográfico Previdenciário
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
NIT	Número de Identificação do Trabalhador
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
FAPL	Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo
FASP	Formulário de Avaliação Socioprofissional
FARP	Formulário de Avaliação de Reabilitação Profissional.
RET	Representante Técnico de Reabilitação Profissional
RT	Responsável Técnico de Reabilitação profissional
CRER	Comunicação de decisão da Reabilitação Profissional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	A POLÍTICA PÚBLICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, A PERÍCIA MÉDICA E A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL EM SUA HISTORICIDADE	14
2.1	A OPERACIONALIZAÇÃO DA MEDICINA PREVIDENCIÁRIA.....	18
2.1.1	O Surgimento dos Centros de Reabilitação Profissional	20
2.2	DA MEDICINA DO TRABALHO À SAÚDE OCUPACIONAL: O SURGIMENTO DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO.....	21
2.2.1	A Seção de Saúde do Trabalhador (SST) no Instituto Nacional do Seguro Social	28
3	A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR	32
3.1	A SEGURIDADE SOCIAL, A POLÍTICA PÚBLICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL E A SAÚDE DO TRABALHADOR NO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	40
3.2	A PERÍCIA MÉDICA DO INSS, SUA ATUAÇÃO E RELAÇÃO COM O TRABALHO ...	49
3.3	OS SEGURADOS E OS BENEFÍCIOS DA POLÍTICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	53
3.4	O BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE AUXÍLIO-DOENÇA E AFASTAMENTO DO TRABALHO.....	56
3.5	O TRABALHO PRECÁRIO NUMA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA.....	58
4	A SAÚDE DO TRABALHADOR NA POLÍTICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL: ANÁLISE DOS MANUAIS TÉCNICOS DE PROCEDIMENTOS DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS DE 2011 A 2018 E A PERÍCIA MÉDICA: CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR	64
4.1	EMBASAMENTO TEÓRICO PARA PRÁTICA EM REABILITAÇÃO PROFISSIONAL....	68

4.2	ESTRUTURA DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL A PARTIR DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.....	69
4.3	A COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E AS ATRIBUIÇÕES DE CADA PROFISSIONAL	72
4.3.1	ATRIBUIÇÕES DO ANALISTA DO SEGURO SOCIAL COM FORMAÇÃO EM NÍVEL SUPERIOR-PROFISSIONAL E REFERÊNCIA	74
4.3.2	ATRIBUIÇÕES DO PERITO MÉDICO NA EQUIPE DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	77
4.4	O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	79
4.4.1	O ENCAMINHAMENTO	79
4.4.2	O PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.....	81
4.4.3	O ENCERRAMENTO E DESLIGAMENTO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	84
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS.....	93
	ANEXOS	101
	ANEXO 1 Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo FAPL.....	102
	ANEXO 2 Formulário de Avaliação Socioprofissional FASP	109
	ANEXO 3 Formulário de Prescrição/Proposta de Recursos Materiais.....	111
	ANEXO 4 Formulário de Conclusão da Reabilitação Profissional FCRP	112
	ANEXO 5 Formulário de Conclusão da Reabilitação Profissional FCRP	113
	ANEXO 6 Certificado de Reabilitação Profissional.....	114
	ANEXO 7 Certificado de Reabilitação Profissional.....	115
	ANEXO 8 Comunicação de Decisão da Reabilitação Profissional	116

1 INTRODUÇÃO

A Seguridade Social brasileira instituída com a Constituição de 1988 é fruto das lutas e conquistas de diversos grupos e movimentos populares, sendo composta pelas políticas de previdência, saúde e assistência social. Embora preconize um sistema amplo de proteção social, a Seguridade Social estabeleceu direitos previdenciários que são originários e intrínsecos ao trabalho, os direitos de caráter universal como a saúde e os direitos seletivos com a assistência social. Nesse sentido, a Constituição brasileira de 1988 restringiu a previdência social aos trabalhadores contribuintes mantendo renda mensal em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho, sob a lógica contratual do seguro que sustenta os direitos da previdência social brasileira. Nessa lógica, a política pública de previdência social se destina a garantir proteção social aos trabalhadores, e sua família, que estão inseridos no mercado de trabalho ou que contribuem mensalmente. Ou seja, a Política Pública de Previdência se destina a quem está inserido em relações formais de trabalho.

Responsável pela proteção social aos riscos sociais à categoria de trabalhadores e suas famílias, a Política Pública de Previdência Social é encarregada pelo pagamento de benefícios, pensões, aposentadorias, salário maternidade, auxílio reclusão. Dentre os riscos sociais decorrentes da ausência de trabalho, está o trabalhador incapacitado para o trabalho e afastado das atividades que lhe proporcionavam sustento, passando a receber o benefício auxílio doença em substituição de seu salário durante todo o período que permanecer impossibilitado de desempenhar suas atividades laborativas.

Inicialmente, a proposta a esta pesquisa, consoante com a prática profissional como Analista do Seguro Social com formação em serviço social e atuante no Programa de Reabilitação Profissional do INSS, estava direcionada para o afastamento do trabalho e a saúde mental, fundamentado na observação diária da quantidade de trabalhadores de *call centers* afastados do trabalho em razão de sua saúde mental, resultado concreto da precarização do mundo do trabalho. A proximidade com esses afastamentos levou ao questionamento em qual seriam as relações estabelecidas no ambiente de trabalho assim que findado o benefício auxílio doença, pois este trabalhador retorna ao mesmo ambiente adoecedor, já que a intervenção para melhorias nas condições de trabalho é insuficiente quando não inexistente.

Entretanto, após orientações e disciplinas cursadas no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UEL, somadas à prática profissional no INSS e a vivência das transformações acontecidas no Programa de Reabilitação Profissional que afetaram o serviço e, conseqüentemente, a saúde dos trabalhadores, optou-se por pesquisar como foi a atuação do Estado em relação à saúde do trabalhador através da Política Pública de Previdência Social, que, por sua vez, acontece por meio do serviço de Reabilitação Profissional. O problema da pesquisa foi elaborado da seguinte forma: quais as relações estabelecidas entre as ações do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) através da Política Pública de Previdência Social e o processo de precarização do trabalho no Brasil? E quais foram os impactos dessa relação no que se refere à saúde do trabalhador?

Como objetivo geral foi estipulado analisar as mudanças na Política Pública de Previdência Social como proteção social à saúde do trabalhador através do Programa de Reabilitação Profissional (RP), tendo como referência o processo de precarização do trabalho no Brasil. Como em todo o processo de RP está presente o papel do médico perito, não é possível discorrer sobre o processo de reabilitação profissional sem citar a perícia médica que nele atua. Os objetivos específicos são: conhecer como a Política Pública de Previdência Social foi construída e constituiu-se política de proteção social com destaque para questões da saúde do trabalhador; identificar a evolução da proteção à saúde do trabalhador até o estabelecimento do conceito do campo de Saúde do trabalhador e como a Política de Previdência Social desempenhou seu papel através do Programa de Reabilitação Profissional no trato com a saúde do trabalhador.

A primeira hipótese é de que as mudanças históricas do INSS acompanharam o processo de precarização do trabalho de forma que, ao invés de desempenhar seu papel protetivo de seguridade social, contribuiu para o processo de precarização do trabalho. A segunda hipótese é de que, dentre as alterações ocorridas na Política Pública de Previdência Social, as questões, voltadas para a saúde do trabalhador, como a Seção de Saúde do Trabalhador, passaram a ter maior relevância no período em que houve reorganização e maior intensificação do trabalho no Brasil.

Para atingir ao proposto, foi realizada revisão bibliográfica para construção do campo teórico da Saúde do Trabalhador, diretamente relacionada ao contexto de precarização do trabalho, que, por sua vez, orientou a análise documental das edições dos Manuais Técnicos de Procedimentos do serviço de Reabilitação Profissional dos

anos 2011, 2016 e 2018. Estes documentos foram analisados tendo como critério a organização de cada etapa e dos procedimentos do Programa de Reabilitação Profissional, permitindo identificar as alterações entre as edições e, conseqüentemente, como essas alterações afetaram o serviço prestado. Claramente, se o Programa de Reabilitação Profissional é afetado, conseqüentemente, os encaminhamentos institucionais relativos à saúde do trabalhador também serão afetados.

O Programa de Reabilitação é composto pelas etapas de Encaminhamento, o processo de reabilitação profissional e o desligamento. Cada etapa é composta por determinados procedimentos e, para os fins desta pesquisa, foram selecionadas as etapas e procedimentos que sofreram modificações, atingindo diretamente a atuação profissional dos Analistas do Seguro Social que compõem a Equipe de Reabilitação Profissional junto ao profissional médico. O destaque para a atuação do perito médico, em todo o processo de reabilitação profissional, em razão da sua importância no que diz respeito à Saúde do Trabalhador no INSS, foi fundamental, por ser a figura principal dos momentos de transformações do Programa e práticas profissionais, tanto quanto aos impactos causados no trabalhador e sua saúde.

Para atingir ao proposto na pesquisa, no primeiro momento foi abordada a historicidade da Política Pública de Previdência Social e sua construção no que concerne à proteção social aos riscos sociais, até compor o tripé da Seguridade Social com a Constituição Federal de 1988. A historicidade da Reabilitação Profissional foi abordada desde a construção de um atendimento integral ao trabalhador na década de 1960 até o desmantelamento do Estado em meados dos anos 1990 e, por consequência, das políticas públicas e a desestruturação dos Centros de Reabilitação Profissional, impulsionando a reorganização do Programa de Reabilitação Profissional nas Agências da Previdência Social. A perícia médica foi citada desde sua inserção no ramo da Medicina Legal, passando pelos serviços médicos terceirizados, prestados à Política Pública de Previdência até a criação da carreira de perito médico previdenciário no ano de 2004 com a Lei nº 10.876, de 2 de junho de 2004, e sua extinção do quadro de servidores da Autarquia e surgimento da Perícia Médica Federal, com a Lei nº 13.846 de 2019. No que se refere à Saúde do Trabalhador, esta foi debatida no campo da Saúde Coletiva, como consequência da evolução de atendimento à saúde do trabalhador, nos formatos da medicina no trabalho e da saúde ocupacional e qual a atribuição da Política de Previdência Social conforme a Política

Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), oficializada pelo Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, até a criação da Seção de Saúde do trabalhador no INSS, composta pelos serviços de reabilitação profissional, perícia médica e serviço social.

No segundo item, os apontamentos são sobre as mudanças que aconteceram nas formas de organização e gestão do trabalho no decorrer do tempo, mas que não significaram melhorias nas condições de trabalho e de saúde aos trabalhadores. Tais mudanças têm provocado, cada vez mais, incidências de afastamentos do trabalho, em razão da condição física ou mental dos trabalhadores, num espaço de trabalho precarizado, com aumento de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. A discussão movimenta-se pela criação do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que passa a operacionalizar a Política Pública de Previdência Social, e pelas discussões em torno da “crise do Estado”, em substituição aos direitos sociais e do Estado de bem-estar social na década neoliberal de 1990 e da reestruturação produtiva, ocasionando o desmantelamento dos serviços de reabilitação profissional. Na década de 2000 houve a total desativação dos Centros de Reabilitação Profissional e dos Núcleos de Reabilitação Profissional, substituído por Equipes de Reabilitação Profissional, atuando nas Agências da Previdência Social, alterando o modelo técnico de atendimento e dando início a uma nova estrutura funcional ao Programa de Reabilitação Profissional. Em seguida, é destacada a relação da Perícia Médica do INSS com o trabalho, sendo este o profissional responsável pela avaliação da incapacidade laborativa sobretudo para concessão de benefícios por incapacidade. São apresentados os segurados, suas formas de vínculo e os benefícios concedidos pela Política Pública de Previdência Social com destaque para o benefício por incapacidade auxílio-doença e o trabalho precário numa perspectiva sociológica.

Na terceira parte, a pesquisa documental se ateve na Análise dos Manuais Técnicos de Procedimentos de Reabilitação Profissional editados nos anos de 2011, 2016 e 2016, com ênfase nas etapas e procedimentos que foram modificados, alterando a operacionalização do serviço com impacto na proteção social ao trabalhador. No decorrer da pesquisa e análise, a ênfase nas atribuições da Perícia Médica, na figura do perito médico, fez-se importante e necessária, uma vez que este participa de todo o processo de reabilitação profissional com decisões fundamentais no que se refere à saúde do trabalhador.

Dessa forma, a desconstrução da proteção estatal à saúde do trabalhador, via Política de Previdência social através do Programa de Reabilitação Profissional, é evidenciada mediante ao retrocesso das etapas e procedimentos analisados, com a retomada de avaliação do potencial laborativo nos modelos biomédicos, afastando a proposta do campo da Saúde do trabalhador como sujeito coletivo, no resgate do social, em que seu campo de práticas aborda o sofrer, o adoecer e o morrer do trabalhador inserido nos processos produtivos marcados pela precarização do trabalho. Portanto a Previdência social, com sua responsabilidade ao trabalhador, devendo acompanhar todos os processos de mudança do mundo do trabalho, não supera a medicina do trabalho e a saúde ocupacional atendendo aos princípios e propostas da Saúde do trabalhador.

2 A POLÍTICA PÚBLICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, A PERÍCIA MÉDICA E A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL EM SUA HISTORICIDADE

Ao discorrer o contexto histórico da Política Pública de Previdência Social no Brasil e a evolução como proteção social aos seus segurados, que, em sua grande maioria, são trabalhadores, é essencial dar ênfase ao contexto histórico em que ela emerge até chegar na Constituição de 1988, Carta Magna que transformou o sistema de proteção social brasileiro. O fator contributivo é particularidade e singularidade da Política de Previdência Social e está presente em todo seu contexto histórico e acompanha os períodos de transformações, diferenciando-a das demais políticas públicas.

Num Estado liberal, quanto às legislações trabalhista e social, é que emerge a Previdência Social no Brasil. Dessa forma, da República Velha até o início dos anos 1920, com princípios de um liberalismo econômico, o Estado era omissivo no que compete ao mercado da força de trabalho e à proteção contra os riscos sociais.

Sem sombra de dúvidas, à nascente e frágil burguesia industrial brasileira do início do século era fundamental a permanência do estatuto liberal, que lhe garantia condições 'selvagens' de exploração da força de trabalho. Mesmo mais adiante, nos anos 20, quando essa forma de ordenação da sociedade começa a ser rompida, ouvir-se-á intensamente a grita do empresariado industrial contra a legislação trabalhista e social que começava a surgir (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p. 37).

Com o início da industrialização em cidades como o Rio de Janeiro e São Paulo, no início do século XX, em razão dos acidentes que aconteciam em consequência das condições de trabalho, culminou no Decreto Legislativo nº 3727, de 15 de janeiro de 1919. Ao tratar da proteção aos acidentes de trabalho, o pagamento de indenização por parte dos empregadores a seus empregados em decorrência de acidentes de trabalho passava a ser obrigatório.

Greve, como a de 1917 em São Paulo, em que os trabalhadores reivindicavam melhores condições de trabalho e aumento de salários, pode ser considerada um dos exemplos da crise do liberalismo. Segundo Oliveira e Teixeira (1989), existia uma organização crescente entre os trabalhadores, e o que parece ter ocorrido é que a intensificação das pressões operárias marcou o começo do fim do liberalismo no que tange à problemática trabalhista e social nas áreas urbanas. Em 1921, a criação da Inspeção do Trabalho é considerada primórdio da Medicina do Trabalho no Brasil, e no ano de 1923 tem-se a criação do Conselho Nacional do Trabalho.

Ampliando os modos de proteção social, em decorrência da industrialização emergente, houve a edição da Lei Eloy Chaves com o Decreto Legislativo nº 4682, de 24 de janeiro de 1923. Considerado um período de grande evolução para a Política de Previdência Social, por seu caráter contributivo, tal Decreto determinava a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os ferroviários por se tratar de uma categoria de trabalhadores capaz de iniciar greves e por estar ligada ao processo de expansão econômica, induzida pelas exportações de café, um dos setores mais dinâmicos da economia à época. Concedendo aposentadorias por invalidez, pensão por morte e assistência médica como proteção social aos trabalhadores, as CAPs eram administradas por empresas privadas e não pelo Estado, pois este não participava do custeio e nem realizava nenhuma interferência. O recolhimento ficava a cargo dos salários dos trabalhadores (3%) e dos usuários dos transportes (1,5%).

Em dezembro de 1926, o Decreto nº 5.109 ampliou o sistema de CAPs, estendendo-o aos portuários e marítimos, considerando a mesma importância do contexto histórico e econômico. Mesmo com a ampliação de CAPs a outros ramos de atividade, uma quantidade considerável de trabalhadores permanecia à margem da proteção previdenciária por não ocuparem postos de trabalho em empresas protegidas. Sendo assim, nem todos os trabalhadores eram beneficiados e abrangidos pelo seguro social, caracterizando as desigualdades iniciais do processo de proteção trabalhista. Os trabalhadores ferroviários, portuários e marítimos foram beneficiados por estarem ligados aos setores mais dinâmicos da economia, ligados ao processo de expansão econômica induzida pelas exportações de café.

Em seu artigo 27, o Decreto nº 5.109 de 1926, ao ampliar as características de abrangência do Decreto de 1923, obrigava as Caixas de Aposentadorias e Pensões a arcarem com a assistência aos acidentados no trabalho que “nos casos de acidente do trabalho, terminada a responsabilidade do patrão, de acordo com as disposições da lei respectiva, a assistência, qualquer que ela seja, passará às Caixas de Aposentadorias e Pensões” (BRASIL, 1926).

No mesmo ano, o artigo 34 da Emenda Constitucional, no inciso nº 28, ao enunciar o fortalecimento do Congresso Nacional, o Estado passa a legislar sobre o trabalho, citando que “compete privativamente ao Congresso Nacional: legislar sobre o trabalho” (BRASIL, 1926).

Com o aumento da população urbana e demandas sociais emergentes, gradativamente as CAPs deixaram de ser criadas, passando ao momento de criação

dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) que eram Institutos especializados em função da atividade profissional e não mais por empresas. Em 1930 houve a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, responsável pela administração das CAPs até então existentes, e, em 1932, foi criada a Carteira Profissional.

Com a Constituição de 1934, com regime de contribuição na forma tripartite (Estado, empregados e empregadores) o Estado passa a dar maior atenção aos trabalhadores urbanos e à questão previdenciária. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões passam a ser submissos ao controle financeiro, administrativo e diretivo do Estado e, com eles, formavam-se grandes grupos de beneficiários, agrupados por categorias profissionais de abrangência nacional. Importante destacar que tanto as Caixas de Aposentadorias e Pensões quanto os Institutos de Aposentadoria e Pensão não tinham normas uniformes sobre a previdência social, com disposições discordantes e conflitantes.

Voltada à saúde do trabalhador no decorrer do processo de industrialização brasileira e ampliação da proteção social, o Decreto-lei nº 7.036 de 10 de novembro de 1944, ao tratar da reforma da Lei de Acidentes de Trabalho no Capítulo XIV, cita a Adaptação Profissional e o reaproveitamento do Empregado Acidentado.

Art. 90. A readaptação profissional, que é devida a todo incapacitado do trabalho, tem por objeto restituir-lhe, no todo ou em parte a capacidade na primitiva profissão ou em outra compatível com as suas novas condições físicas.

Art. 91. A readaptação profissional para o trabalho será realizada através do serviço de readaptação profissional, que funcionarão na forma determinada em regulamento, e efetuar-se-á não só mediante a prática da fisioterapia, da cirurgia ortopédica e separadora, mas ainda do ensino conveniente em escolas profissionais especiais (BRASIL, 1944).

O termo “Reabilitação profissional”, entretanto, só foi institucionalmente consolidado em 1960, com o Decreto-lei nº 48.959, que aprovou o Regulamento Geral da Previdência Social.

Art. 170. A assistência reeducativa e de readaptação profissional, sob a denominação genérica de "reabilitação profissional", visa a proporcionar aos beneficiários da previdência social, quando doentes, inválidos ou de algum modo física ou mentalmente deficitários, com a amplitude que as possibilidades administrativas, técnicas e financeiras e as condições locais permitirem, os meios de reeducação ou readaptação profissional indicados para que possam trabalhar em condições normais (BRASIL, 1960).

Após um longo período com iniciativas governamentais e com prerrogativas para uniformizar as regras do sistema previdenciário, ao ser editada a Lei nº 3.087 de 26 de agosto de 1960, criou-se a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), unificando a legislação e a administração dos sistemas previdenciários e prevendo a proteção social a toda a população.

Com a LOPS, ao criar a categoria de segurados diferentemente das categorias profissionais existentes com os IAPs, promove-se a igualdade de tratamento entre os trabalhadores ao igualar regras e benefícios de todos os Institutos, diminuindo assim as desigualdades entre as várias categorias profissionais. Com a Lei Orgânica da Previdência Social não houve extinção dos IAPs, mas a unificação dos planos diferentes que regulamentavam os Institutos das diversas categorias profissionais, instituindo o mesmo regime de benefícios para todos os trabalhadores regulados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Através da LOPS, o governo definiu sua contribuição no sistema tripartite (Estado, empregadores e empregados) que anteriormente era sistematicamente descumprida, passando o Estado a assumir o custeio dos gastos com administração e pessoal, e também redefiniu as formas de prestação dos serviços de reabilitação profissional, através de centros especializados, denominados Centros de Reabilitação Profissional (CRP(s)), institucionalizando-os em um único sistema estatal de previdência social no Brasil, ainda que constantes das diversas instituições previdenciárias existentes. O primeiro Centro de Reabilitação Profissional foi criado no mesmo ano, na cidade de São Paulo (TAKAHASHI, 2006, p.123).

A unificação de fato, porém, concretizou-se com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pelo Decreto nº 72 de 21 de novembro de 1966, em que todos os IAPs foram fundidos, reformulando o sistema previdenciário e abrangendo todos os trabalhadores do setor privado. O trabalhador rural foi contemplado somente em 1º de maio de 1969 pelo Decreto-lei nº 564 com os benefícios previdenciários, os empregados domésticos ganharam a condição de segurados somente em 1972 com a Lei nº 5859 de 11 de dezembro, e, em junho de 1973, por meio da Lei nº 5890, ocorre a regulamentação do trabalhador autônomo. Em 1971, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), a Previdência social é efetivamente ampliada aos trabalhadores rurais.

Com a Lei Orgânica de Previdência Social que instituiu os benefícios assegurados pela Previdência, já era assinalado que a concessão de auxílio-doença

deveria obrigatoriamente ser precedida de exame médico no Capítulo II, Art 24, inciso 2º:

A concessão de auxílio-doença será obrigatoriamente precedida de exame médico, a cargo da previdência social, e será requerida pelo segurado ou, em nome deste pela empresa ou pela entidade sindical, ou, ainda, promovida "ex-officio", pela instituição de previdência social, sempre que houver ciência da incapacidade do segurado (BRASIL, 1960).

Verifica-se em toda a história da Previdência Social que o perito médico é o profissional capacitado para a avaliação da incapacidade laboral do trabalhador, sendo que seu saber e o seu conhecimento o capacitam para tal avaliação. Observa-se que, no decorrer da Política de Previdência Social, o método de avaliação da incapacidade laborativa não é modificada.

2.1 A Operacionalização da Medicina Previdenciária

A medicina previdenciária, no início da década de 1960, era discutida no âmbito da Medicina Legal. Em 18 de abril de 1962 foi fundada a Ordem dos Peritos Médicos do Brasil com a finalidade de congregar os profissionais da área, em que discutiram sobre formação acadêmica da especialidade da Medicina legal com um programa a ser lecionado nas faculdades de medicina e outro programa para as faculdades de direito. Na formação médica deveriam tratar de questões cíveis e criminais de deontologia, identidade, traumatologia, tanatologia e sexologia, a seguridade social com perícias previdenciárias e administrativas, a Criminologia e a Psicopatologia, além da Medicina Social que incluía perícias trabalhistas e de acidentes do trabalho. Em 20 de outubro de 1967 é fundada a Sociedade Brasileira de Medicina Legal que veio substituir a Ordem dos Peritos Médicos do Brasil.

O “serviço médico do Instituto Nacional da Previdência Social”, a quem caberia a avaliação para a continuidade do processo do auxílio-doença e da aposentadoria por invalidez, aparece na Lei Orgânica de Previdência Social em 1960, tanto quanto na Lei nº 5.890 de 08 de junho de 1973.

O período que se inaugura em 1964, e se consolida em 1966 através da criação do INPS, vai acrescentar novas diretrizes à política de assistência médica, que, em nome de uma racionalidade necessária e viabilizadora da expansão da cobertura, dá prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social. Essa

orientação toma como argumento básico a crise financeira dos IAPs e, por conseguinte, a necessidade de adoção de novas formas de regulação das instituições e de prestação de serviços. É importante ressaltar que, para além da problemática financeira, configura-se um novo quadro político que gera as novas orientações. Neste sentido, resta salientar que as crises da Previdência Social sempre aparecem e são “resolvidas” como se fossem crises financeiras, encobrendo assim o seu conteúdo político (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p. 210).

O credenciamento de médicos particulares, a partir da década de 1970, para prestação de serviços ao governo federal, também envolveu a Previdência Social. O mesmo ocorreu com a assistência médica nos anos 1980, condição determinante para o Movimento Sanitário Brasileiro¹ e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na década de 1990, a contratação de médicos particulares para avaliação e concessão de benefícios previdenciários promoveu a criação da carreira de peritos médicos previdenciários no ano de 2004 que será mais detalhada adiante.

A atividade de perícia médica previdenciária, apesar de existir no Brasil desde a primeira metade do século XX, foi reconhecida formalmente somente em 1998, quando se publicou a lei que criou a carreira de perícia médica da Previdência Social (BRASIL, 1998).

A Medicina do Trabalho caminhou ao lado da perícia médica previdenciária durante muitos anos, enquanto os campos ainda estavam se articulando e as atribuições de cada agente não eram nítidas. Mesmo após a contratação desses novos servidores da carreira de supervisor médico-pericial, em 1998, o INSS manteve a dependência dos serviços prestados pelos médicos credenciados – essa dependência somente foi sanada parcialmente em 2004, com a criação da carreira de perito médico previdenciário, e definitivamente em 2006 quando os benefícios concedidos por terceiros sanaram (BISCAIA, 2016, p. 163).

Em 1977, com o objetivo de integrar as atividades da Previdência Social, Assistência médica, Assistência Social, gestão administrativa, financeira e patrimonial, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) com a incorporação de várias entidades vinculadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social como: Instituto Nacional de Assistência médica e previdenciária

1 O Movimento Sanitário Brasileiro foi um projeto de transformação dos serviços de saúde, afirmando a saúde como um direito universal relacionado com as lutas pela democratização do país que culminou com a realização em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde com diretrizes e princípios de uma reforma sanitária sendo a Constituição de 1988 a marca da construção do direito à saúde no Brasil. Impulsionada por movimentos sociais e foi a base para o Capítulo de Saúde da Constituição de 1988, diretamente relacionada com as concepções de saúde coletiva, campo de múltiplos saberes com a compreensão da determinação social no processo saúde e doença contrapondo o paradigma biomédico. Para mais detalhes, consultar Souto e Oliveira, 2016.

(INAMPS), Instituto da Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Legião Brasileira de Assistência (LBA), a empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e a Central de Medicamentos (CEME). Dentre as especialidades de cada órgão, a manutenção e concessão de benefícios da Previdência Social, incluindo os serviços de reabilitação profissional, ficou a cargo do INPS e a empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), empresa existente até os dias atuais.

2.1.1 O Surgimento dos Centros de Reabilitação Profissional

Com a criação do SINPAS, a Previdência Social, com grandes recursos financeiros, promoveu a implantação de Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) em quase todos os estados brasileiros.

Nas décadas de 1970 e 1980, a área de reabilitação profissional expandiu-se sendo executada por meio dos Centros de Reabilitação Profissional (CRP), unidades de maior porte, providas de várias equipes multiprofissionais e dos Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP), unidades de menor porte, com uma ou duas equipes multiprofissionais. Essas unidades possuíam capacidade administrativa, técnica e financeira para cumprir as atribuições determinadas na legislação em um modelo hospitalocêntrico, no qual se baseava a assistência médica previdenciária da época. Disponham de setores assistenciais-terapêuticos, de oficinas para o ensino e treinamento profissionalizante, de pesquisas de mercado, com recursos materiais e humanos dentro dos serviços. Havia profissionais de diversas formações, entre as quais médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professores de nível secundário e superior, e de diversos ofícios atuando nas diversas atribuições, o que implicava instalações em grandes áreas físicas e alto custo (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009, p. 53).

A avaliação, prescrição e aquisição de órteses e próteses também ficavam a cargo dos Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) e Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs), concedidas a trabalhadores amputados por acidentes de trabalho.

Em 1980 ocorreu a expansão da rede nacional para todas as capitais dos estados e também para algumas cidades de grande porte, tendo como critérios principais de implantação a magnitude dos acidentados de trabalho com concessão de benefícios e a existência de recursos universitários formadores de pessoal técnico. Os serviços tinham abrangência regional, e seus usuários ficavam, em média, 240 dias no programa. As despesas com transporte, alimentação, hospedagem, documentação, medicamentos, cursos profissionalizantes e instrumentos de trabalho eram custeadas pela Previdência Social (TAKAHASHI; IGUTI, 2008, p.2662).

Ainda no decorrer da década de 1980, devido à falta de investimento do governo, os CRPs e NRPs tiveram suas instalações físicas sucateadas, com uma relevante carência de recursos humanos. Em 1990, a precarização foi intensificada, sobretudo pela adesão dos profissionais aos planos de aposentadoria proporcional e pelos incentivos do governo à demissão. Em levantamento realizado no ano de 1993, havia no Brasil 46 serviços de reabilitação profissional, sendo 21 CRPs e 25 NRPs. Em 1994, a rede nacional contava apenas com 2.122 profissionais, sendo 848 de nível médio e 1.274 de nível superior (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

Quadro 1 – A Previdência social e seus principais acontecimentos entre os anos de 1930 a 1990.

1930-1940	1960 - 1980	1980 - 1990
Fiscalização Estatal nas relações de trabalho; participação do Estado na contribuição previdenciária com custeio na forma tripartite; controle financeiro, administrativo e diretivo das CAPs e IAPs	Longo período de iniciativas governamentais; igualdade de tratamento entre os trabalhadores da CLT; surgimento da categoria de segurados; criação do INPS; diminuição das desigualdades entre as categorias profissionais com a unificação dos IAPs; proteção Previdenciária aos trabalhadores rurais, domésticos e autônomos; prestação de serviços previdenciários por médicos credenciados; criação dos CRPs; criação do SINPAS com aumento de recursos e expansão dos CRPs.	Diminuição de investimentos estatais; precarização intensificada do serviço de Reabilitação Profissional; contratação de médicos particulares para avaliação e concessão de benefícios previdenciários.

Fonte: o autor

2.2 Da Medicina do Trabalho à Saúde Ocupacional: O Surgimento do Campo da Saúde do Trabalhador no Contexto de Precarização do Trabalho

A medicina do trabalho surge nos países centrais concomitante ao processo de industrialização, acelerado de produção e impacto excessivo do consumo da força de trabalho. Na figura do médico centrava-se a responsabilidade de medidas preventivas

do impacto do trabalho sobre os operários no que corresponde à proteção de sua saúde e de suas condições físicas, sendo este profissional de inteira confiança do empregador. Na mesma forma, com a transnacionalização da economia, a medicina do trabalho surge no Brasil.

Nesse cenário, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) aprova em 1959 a Recomendação nº 112 sob o título Recomendação para serviços de saúde ocupacional, cujos serviços médicos tornam-se obrigatórios nas empresas e se estabelecem as funções da medicina do trabalho e as atribuições referentes aos médicos.

Em contraponto à rigidez da era fordismo e taylorismo, processo de trabalho que predominou no decorrer do século XX e seus elementos constitutivos básicos, como produção em massa com linhas de montagem e produtos homogêneos, controle do tempo e movimentos através do cronômetro taylorista e produção em série fordista, separação entre elaboração e execução no processo de trabalho, trabalho parcelar e fragmentação das funções, do trabalhador coletivo fabril, entre outros elementos, a reorganização do trabalho no modo flexível, foi um confronto direto com sua rigidez.

A profunda recessão de 1973, exacerbada pelo choque do petróleo, evidentemente retirou o mundo capitalista do sufocante torpor da “estagflação” (estagnação da produção de bens e alta inflação de preços) e pôs em movimento um conjunto de processos que solaparam o compromisso fordista. Em consequência, as décadas de 70 e 80 foram um conturbado período de reestruturação econômica e reajustamento social e político. No espaço social criado por todas essas oscilações e incertezas, uma série de novas experiências nos domínios da organização industrial e da vida social e política começou a tomar forma. Essas experiências podem representar os primeiros ímpetus de passagem para um regime de acumulação inteiramente novo, associado com um sistema de regulamentação política e social bem distinta (HARVEY, 1993, p. 140).

Com o desenvolvimento dos processos industriais e ineficácia da medicina do trabalho que gerou insatisfação, tanto em trabalhadores como em empregadores, estes pelos custos desprendidos com a saúde de seus trabalhadores e aqueles por ainda serem tratados como objetos e sem nenhuma participação ou preocupação com qualidade de vida, surge a saúde ocupacional em sua lógica ambiental.

A Saúde Ocupacional, com sua proposta interdisciplinar, relacionou o ambiente de trabalho ao corpo do trabalhador ao incorporar a teoria da multicausalidade, caracterizada por um conjunto de fatores de risco na produção de doenças. A saúde ocupacional, para as autoras Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), considera a

multicausalidade, ou seja, a contribuição de um conjunto de fatores de risco na produção da doença, como os indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Os riscos à saúde são assumidos como inerentes ao trabalho sem considerar o contexto que determina sua existência. As ações são pontuais sobre os agentes mais evidentes, reproduzindo assim as limitações da Medicina do Trabalho. É preconizada a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) em detrimento da proteção coletiva e são normatizadas formas de trabalhar consideradas seguras.

A 'Saúde Ocupacional' surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na higiene "industrial", refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países "industrializados" (MENDES; DIAS, 1991, p. 343 – GRIFOS DO AUTOR).

Com a necessidade e a busca de mais mercados consumidores, as empresas começam a se reestruturar, fazendo surgir uma nova lógica organizacional com fundamento não apenas nas novas tecnologias, informatização e robotização, mas também com a introdução de novas técnicas gerenciais do processo de trabalho impactando. Trata-se da reestruturação produtiva, ou a nova lógica organizacional, com impacto imediato nas formas de organização do trabalho. É com base nesse contexto que autores como Antunes (2009, 2015) e Alves (2009, 2013) analisam o processo de precarização do trabalho.

O capitalismo global é o capitalismo da mundialização do capital e do complexo da reestruturação produtiva, com a nova divisão internacional do trabalho e o poder global das corporações transnacionais. O capitalismo global é o novo capitalismo flexível, em que se dissemina o espírito do toyotismo como uma nova ideologia orgânica da produção de mercadorias. Difunde-se o novo e precário mundo do trabalho (ALVES, 2011 apud ALVES, 2013, p. 39).

Configura-se, assim, o capital contemporâneo nas últimas décadas. Nesse contexto, o padrão produtivo taylorista e fordista foi crescentemente substituído ou alterado pelas formas produtivas flexibilizadas. Para enfrentar o acirramento da competição, grandes corporações investiram maciçamente em tecnologia, reduzindo drasticamente os postos de trabalho e permitindo a diversificação de produtos. Somente com a diversificação de produtos e redução dos custos de produção,

incluindo a diminuição da força de trabalho e a implementação de tecnologias inovadoras, era possível se manter no mercado internacional altamente competitivo.

O mercado de trabalho, por exemplo, passou por uma radical reestruturação. Diante da forte volatilidade do mercado, do aumento da competição e do estreitamento das margens de lucro, os patrões tiraram proveito do enfraquecimento do poder sindical e da grande quantidade de mão-de-obra excedente (desempregados ou subempregados) para impor regimes e contratos de trabalho mais flexíveis. É difícil esboçar um quadro geral mais claro, visto que o propósito dessa flexibilidade é satisfazer as necessidades com frequência muito específicas de cada empresa (HARVEY, 1993, p. 143).

Nessa conjuntura de mudanças do processo de trabalho com a introdução de novas tecnologias como a automação e a informatização, que trouxeram consigo outras determinações de doenças relacionadas à nova organização do trabalho, é que a Saúde Ocupacional se torna ineficiente. A incorporação de novos elementos técnicos e o aporte de novos conhecimentos trazidos por outras disciplinas passaram a compor o campo da saúde ocupacional, buscando-se o aprimoramento de respostas condizentes com as exigências técnicas de normativas contratuais, ampliadas sobre as relações de trabalho-saúde que as mudanças no mundo do trabalho exigiam (VASCONCELLOS, 2011).

À medida que a organização do trabalho amplia sua importância na relação trabalho/saúde, requerem-se novas estratégias para a modificação das condições de trabalho, que "atropelam" a Saúde Ocupacional (até então trabalhando na lógica ambiental. A utilização de novas tecnologias - em especial as que introduzem a automação e a informatização nos processos de trabalho - embora possa contribuir para o melhoramento das condições de trabalho, acabam introduzindo novos riscos à saúde, quase sempre decorrentes da organização do trabalho, e portanto de difícil "medicalização" (MENDES; DIAS, 1991, p. 346)

Tanto a medicina do trabalho como a Saúde Ocupacional, com a interpretação da produção de doenças como causa e efeito numa perspectiva positivista, adaptando o trabalhador ao ambiente e às condições de trabalho, priorizando o diagnóstico e o tratamento dos problemas físicos trazidos pela clínica, impossibilitam a compreensão das formas de adoecimentos do trabalho pós industrialização. Essas limitações com reducionismo e simplismo favoreceram o desenvolvimento do campo da Saúde do trabalhador. Essa nova concepção surge da compreensão do caráter social do processo saúde e doença, desfazendo-se dos parâmetros de compreensão dos modos de produzir doenças anteriores.

Para Daldon e Lancman (2013), desde o início, na saúde do trabalhador, novas formas de intervenção nos ambientes de trabalho têm buscado superar tanto o enfoque reducionista de causa-efeito como o conceito de determinação social do processo saúde e doença, valorizando a subjetividade e o saber dos trabalhadores como mecanismo de transformação articulado ao contexto social.

A saúde ocupacional tem como objetivo a garantia de produção e a produtividade da empresa, e, nessa lógica, priorizava-se manter a capacidade do trabalhador para poder continuar ou não trabalhando e evitar que ele adoecesse de modo a garantir a produção. Já a saúde do trabalhador não se limita a prevenir ou enfrentar os problemas que impedem ou dificultam o trabalhador no trabalho, mas busca promover saúde, empoderando o trabalhador para assegurar melhores condições de trabalho e integralidade do cuidado da saúde. A saúde do trabalhador, em sua abordagem, busca superar a saúde ocupacional e a medicina do trabalho. Engloba diferentes disciplinas, a epidemiologia, o planejamento em saúde, as ciências sociais em saúde, e entende-se que o processo saúde doença dos trabalhadores tem relação direta com seu trabalho e não deve ser reduzido a uma relação monocausal entre doença e um agente específico ou multicausal entre doença e um grupo de fatores de riscos físicos, químicos, biológicos e mecânicos, presentes no ambiente de trabalho.

A saúde do trabalhador, desse modo, foi se construindo e se materializando historicamente através da legislação até sua concretização e surgimento como campo da Saúde do trabalhador. Os termos Segurança e Medicina no trabalho foram citados na Consolidação da Lei Trabalhista (CLT), em primeiro de maio de 1943, no Capítulo V, nos artigos 154 a 201, capítulo posteriormente alterado pela Lei nº 6.514 de 22 de dezembro de 1977. Ainda relativos à Segurança e Medicina do trabalho, foram aprovadas as Normas Regulamentadoras em junho de 1978 com a Portaria nº 3.214, mas é possível afirmar que a Constituição da República de 1988 foi o marco principal da introdução da saúde do trabalhador no ordenamento jurídico nacional.

Somente a partir da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1988), e ainda da Lei Orgânica de Saúde – LOS (BRASIL, 1990) é que o setor de saúde do Estado passou a coordenar as ações de saúde do trabalhador, intervindo nos espaços de trabalho. Para Daldon e Lancman (2013) por mais de 50 anos no Brasil, intervir no espaço do trabalho era papel do então Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, com ações limitadas às normas da

Higiene e Segurança do Trabalho, e com sanções exclusivamente vinculadas a essas leis e normas.

A proposta de saúde do trabalhador, após ser incorporada definitivamente na Constituição de 1988 como questão de saúde pública e atribuições explícitas no SUS, rompeu com a tradição brasileira de atrelar a proteção trabalhista e a assistência médica aos trabalhadores ao vínculo formal de trabalho e à contribuição para Previdência Social.

Conforme a Lei Orgânica de Saúde (LOS),

entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Em 22 de maio de 1991, com o Decreto nº 127, é promulgada a Convenção nº 161/85 da Organização Internacional do Trabalho, relativa aos Serviços de Saúde no Trabalho que valoriza, de uma maneira geral, a qualidade de vida e a participação dos trabalhadores. A partir dessa Convenção, é estabelecida a adoção de uma Política Nacional de Saúde no Trabalho em que todo país-membro deveria se comprometer a instituir progressivamente serviços de saúde no trabalho para todos os trabalhadores, em todas as empresas e qualquer ramo de atividade econômica, inclusive em cooperativas e no setor público.

Os serviços deveriam ser multidisciplinares, desempenhando suas funções em colaboração com outros serviços da empresa, e prestar assessoria quanto ao planejamento e à organização do trabalho. Além de colaborar com a difusão da informação, na formação e na educação que compete às áreas de saúde e higiene do trabalho e de ergonomia, todos os trabalhadores deveriam ser informados dos riscos para saúde inerentes ao seu trabalho.

Em 1998 é publicada a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) pela Portaria nº 3.908 e, ainda no mesmo ano, pela Portaria nº 3.120 é aprovada a Instrução Normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). A partir das ações da VISAT, mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho deveriam ser desenvolvidos. Assim, o trabalhador surge como sujeito coletivo, deixando de ser objeto individual de ações como acontecia na medicina do trabalho e saúde ocupacional. Nesse formato, a saúde do trabalhador

carrega em si as contradições concebidas na relação capital e trabalho, e foi através das legislações que a proteção social da saúde do trabalhador representa a estruturação de um conjunto de políticas sociais que se efetivaram a partir da intervenção do Estado.

A Saúde Coletiva², inserida na temática da saúde, tem categoria analítica o social e utiliza como ferramenta as possibilidades em produzir saúde, enfermidade e intervenção. Com o objetivo de prevenir a disseminação de patologias, o método utilizado converge com os perfis sanitários de cada cultura e a urgência de cada região. Assim a Saúde do trabalhador, que emerge da Saúde Coletiva, tem em sua proposta o resgate do social que, em seu campo de práticas e conhecimentos, aborda o sofrer, o adoecer e o morrer do trabalhador inserido nos processos produtivos.

Oportuno ressaltar que a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), oficializada pelo Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, ao estabelecer as responsabilidades de cada Ministério no âmbito da PNSST, estipula que seria de responsabilidade do Ministério da Previdência Social³, por intermédio do INSS, que deveriam ser realizadas ações de reabilitação profissional e avaliação da (in)capacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários.

Em agosto de 2012, via Ministério da Saúde, é instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), por meio da Portaria nº 1.823 de 23 de agosto. Caracteriza-se como política inovadora ao incluir trabalhadores formais e informais no sistema nacional de promoção e proteção da saúde no trabalho. Com destaque para o mundo do trabalho, direciona ações para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

A saúde do trabalhador, como campo de intervenção derivado das transformações observadas no mundo do trabalho, é marcada pela precarização do trabalho junto às suas novas formas e métodos de organização que modificou justamente o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores com o surgimento de novas doenças e, também, pela intensificação das doenças já

² A Saúde Coletiva é um movimento que surgiu na década de 1970 contestando os atuais paradigmas de saúde existentes na América Latina e buscando uma forma de superar a crise no campo da saúde. O conceito de saúde coletiva é o efeito das interações socioeconômicas de uma sociedade com o ambiente e o quanto isso pode influir a salubridade de uma região ou comunidade.

³ À época o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) era vinculado ao Ministério da Previdência

existentes. Portanto a saúde do trabalhador surgiu da “evolução” gradativa dos processos e de ambientes de trabalho, visando suprir insuficiências técnicas, disciplinares e metodológicas de preservação da saúde num trabalho que se apresenta na forma de ritmo, extensas jornadas de trabalho, multifuncional, controlado, intenso e informatizado. Em uma configuração interdisciplinar com diferentes áreas do conhecimento, procura contextualizar e interpretar a interseção entre as relações sociais e técnicas que ocorrem na produção.

É preciso compreender que dentre os vários atores sociais envolvidos na prevenção, preservação e recuperação da saúde do trabalhador como sindicatos, empresários, as prefeituras, o SUS, o Ministério Público, as delegacias do trabalho, para citar apenas os principais, "o INSS é o último elo dessa cadeia, com a responsabilidade reparatória do dano para garantir renda após todos os elos anteriores terem falhado" (ALMEIDA, 2012, p. 166).

Como visto, a precarização do trabalho não o afeta somente nos espaços físicos, mas tem impacto na vida do trabalhador em todas as suas dimensões - seja na esfera social, familiar, comunitária, profissional. A saúde do trabalhador, visando essas transformações do mundo do trabalho, é que pretende proteger e amparar esse trabalhador. Em razão do mundo do trabalho afetar todas as esferas da vida humana, a ação da saúde do trabalhador caracteriza-se por permanente vigilância das condições de trabalho passíveis de causar agravos ou danos à saúde. É um movimento que, por meio de práticas, procura antecipar ou evitar os problemas ou funcione até mesmo como um contraponto às exigências do capital sobre a força de trabalho, no sentido de estabelecer melhores condições de vida e bem-estar. Nessa seara, é que a Previdência social, com foco na sua responsabilidade para com o trabalhador, devendo acompanhar todos os processos de mudança do mundo do trabalho e superando a medicina do trabalho e a saúde ocupacional, atendendo aos princípios e propostas da Saúde do trabalhador, cria, em 2009, a Seção de Saúde do Trabalhador (SST).

2.2.1 A Seção de Saúde do Trabalhador (SST) no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)

Em agosto de 2009, por meio da Portaria nº 296 de 9 de novembro, ao ser aprovado novo Regimento Interno do INSS, é criada a Diretoria de Saúde do

Trabalhador (DIRSAT), definida como "órgão específico singular" na estrutura organizacional, ao lado da Diretoria de Benefícios (DIRBEN) e Diretoria de Atendimento (DIRAT). Dentre as atribuições da Diretoria de Saúde do Trabalhador, competia "subsidiar órgãos e unidades descentralizados no estabelecimento de parâmetros de avaliação das atividades de perícia médica, reabilitação profissional e serviço social " e "a interação e o intercâmbio com órgãos governamentais, visando ao acompanhamento e controle epidemiológico das doenças de maior prevalência nos benefícios por incapacidade" (Brasil, 2009).

Nesse período, as unidades descentralizadas eram as Superintendências Regionais⁴, as Gerências Executivas⁵ e as Agências da Previdência Social⁶ (APS). Era estabelecida em cada Gerência Executiva a Seção de Saúde do Trabalhador (SST) com atribuição em gerenciar e orientar profissionais que desempenhavam atividades da área médico pericial, de reabilitação profissional e serviço social nas Agências da Previdência Social de sua área de abrangência. Assim, ficava estipulado que os serviços de perícia médica, reabilitação profissional e serviço social compunham a Seção de Saúde do Trabalhador e que os chefes da SST deveriam pertencer à carreira de Perito Médico Previdenciário, salvo exceções individualmente aprovadas pela Diretoria de Saúde do Trabalhador.

Mesmo que com objetivos convergentes, cada serviço é caracterizado em sua normativa de acordo com suas finalidades. A Perícia Médica tem por finalidades precípuas a execução e o controle das atividades médico-periciais necessárias para avaliar a capacidade laborativa, em face das situações previstas em lei (Orientação Interna 79 INSS/DRRH, DIRBEN de 11/08/2003, que institui o *Manual de Perícia Médica do INSS*). Reabilitação Profissional é serviço de (re) educação e (re) adaptação profissional e social do beneficiário incapacitado total ou parcialmente para o trabalho, com vistas à sua reintegração ao mercado de trabalho (Resolução 160/Pres/INSS, 17/10/2011, que aprova o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional). Serviço Social é uma atividade, realizada por assistentes sociais, que contribui para viabilizar o acesso dos cidadãos aos direitos assegurados

⁴ As unidades descentralizadas das Superintendências Regionais são: Sudeste I, Sudeste II, Sul, Nordeste, Norte/Centro-Oeste. Subordinadas ao Presidente do INSS, supervisionam, coordenam e articulam a gestão das Gerências-Executivas.

⁵ As Gerências-Executivas por sua vez, subordinadas às Superintendências Regionais, supervisiona as Agências da Previdência Social sob sua jurisdição, entre outras atividades, a perícia médica, reabilitação profissional e serviço social.

⁶ Nas Agências da Previdência Social seriam desenvolvidas as atividades de perícia médica, habilitação e reabilitação profissional e serviço social observando as diretrizes estabelecidas pela Seção de Saúde do Trabalhador da Gerência Executiva à qual era subordinada.

na política de Previdência Social, bem como para potencializar a articulação dessa política com as demais políticas sociais na garantia dos direitos sociais da população (Resolução 203/ PRES/INSS, 29/5/2012, que institui o *Manual Técnico do Serviço Social do INSS*). Em seu conjunto, observa-se uma prática que tem foco na saúde do trabalhador.

De forma geral, o Manual Técnico do Serviço Social aponta três linhas de ação profissional: ampliação e consolidação do acesso à Previdência Social, segurança e saúde do trabalhador e direitos das pessoas com deficiência e das pessoas idosas. A atuação do Serviço Social, direcionada à saúde do trabalhador, atém-se na conscientização dos trabalhadores quanto ao reconhecimento do direito ao acesso a benefícios por incapacidade, favorecendo a prevenção, promoção e proteção da saúde e segurança do trabalhador. Também atua no intuito de conhecer o ambiente de trabalho, suas condições e motivos geradores de adoecimentos.

O serviço de Reabilitação profissional tem como objeto de trabalho e atuação profissional os trabalhadores acometidos por enfermidades no trabalho. A Reabilitação profissional se apropria do trabalhador lesionado para execução de suas atividades a partir do instante que visa proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho seu reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vive, de acordo com Decreto nº 3.048/99. Já a atividade médico-pericial, no processo de reabilitação profissional, tem como finalidade a avaliação dessa incapacidade laborativa com foco direcionado para a capacidade laboral.

Por esta pesquisa ser direcionada à operacionalização da saúde do trabalhador no INSS e ser executada objetivamente pelo serviço de Reabilitação Profissional conforme suas finalidades, elegeu-se esse para Pesquisa com destaque para a atuação do perito médico no decorrer do Programa de Reabilitação Profissional.

Acontece que, em 08 de abril de 2019, por meio do Decreto nº 9.746, houve a extinção da Diretoria de Saúde do Trabalhador em Brasília e, conseqüentemente, das Seções de Saúde do Trabalhador nas Gerências Executivas do INSS em todo o Brasil. Após a extinção, a Reabilitação profissional e o Serviço Social passaram a ser vinculados à Diretoria de Benefícios (DIRBEN). Anteriormente vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social, o Instituto Nacional do Seguro Social passa a ser vinculado ao Ministério da Economia criado em 1º de janeiro de 2019.

Concomitante com a extinção da Diretoria de Saúde do Trabalhador do INSS, a Perícia Médica deixa de fazer parte do INSS e os médicos peritos deixam de fazer

parte do quadro de servidores do Instituto. Com a Lei nº 13.846/2019 é criada a Perícia Médica Federal em substituição à antiga carreira do Perito Médico Previdenciário criada pela Lei no 10.876, de 2 de junho de 2004.

Juntamente ao Ministério da Economia, é criada a Secretaria Especial de Previdência e Trabalho composta pela Secretaria de Previdência e Secretaria de Trabalho, estando a Subsecretaria da Perícia Médica Federal ligada à Secretaria de Previdência. Melhor detalhamento sobre o andamento da Saúde do trabalhador no INSS será discorrido adiante, quando se apontar à Saúde do Trabalhador na atualidade, que, mediante a desativação da DIRSAT, o serviço de Reabilitação Profissional teve que ser todo reestruturado sem a presença do médico perito, compondo a Equipe de RP. A Perícia Médica Previdenciária agora denominada Perícia Médica Federal também se reestrutura e reconfigura a atenção dada à Saúde do trabalhador.

3 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR

As mudanças que ocorreram nas formas de organização do trabalho e gestão da produção com a introdução da reestruturação produtiva, após a década de 90, no mundo globalizado, não significaram melhorias nas condições de trabalho, saúde e vida dos trabalhadores. Ao contrário, houve um aprofundamento dos processos antigos de adoecimento e o surgimento de novos, concomitante com a piora das condições de existência dos trabalhadores.

Na busca de considerar o peso das relações sociais de trabalho e suas interações para a vida e saúde dos trabalhadores, destacam-se duas questões que parecem fundamentais: a primeira, trata de uma discussão que não deve ser feita sem contemplar as legítimas relações desta particularidade do setor produtivo com o capitalismo global e financeirizado; a segunda, paralelamente ao ponto já destacado, há de se considerar a realidade dinâmica das mudanças na organização e gestão do trabalho, bem como seus efeitos para a vida dos trabalhadores (LOURENÇO, 2012, p. 166).

Nesse horizonte, têm-se assistido, cada vez mais, incidências de afastamentos do trabalho em razão da condição física ou mental dos trabalhadores. No Brasil, após a década de 1990, com as transformações geradas após a divisão internacional do trabalho, fundadas na superexploração do trabalho, teve como consequência a flexibilização, a informalidade, a precarização do trabalho e da vida da classe trabalhadora, considerando suas características peculiares de um país de industrialização dependente e historicamente construído a partir de uma colônia de exploração.

Nessa conjuntura, a essência do neoliberalismo, que era ampliar os mecanismos de exploração do trabalho, visando recuperar o poder de lucratividade e poder político e econômico das classes dominantes, trouxe como consequência a degradação do trabalho e a expansividade de adoecimentos. Aviltamento, exploração, violência, desemprego e exclusão social; esses são os elementos presentes na sociedade contemporânea, desenhada pelo neoliberalismo e pela reestruturação produtiva (BARRETO; HELOANI, S.I).

Em síntese, o capitalismo reestruturou sua forma de produzir, agir e administrar, conseguindo aumentar a lucratividade e o poder às custas de demissões, maior exploração e sofrimento dos trabalhadores. Portanto, a opressão dos trabalhadores se intensificou, atingindo um grau de eficiência historicamente novo, ao mesmo tempo em que o trabalho foi precarizado (BARRETO; HELOANI, S.I, p. 110).

Historicamente construído como um espaço de adoecimentos, o ambiente de trabalho, após a divisão internacional do trabalho, trouxe novos formatos de acidentes, doenças profissionais e enfermidades, elementos típicos dos recentes moldes de organização do trabalho e da produção. As mudanças, ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas, resultaram na constituição de um exército de trabalhadores mutilados, lesionados, adoecidos física e mentalmente, muitos deles incapacitados de forma definitiva para o trabalho (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 407).

Um elemento chave nesse processo de neoliberalismo e reorganização do trabalho é o tempo que está diretamente relacionado com o adoecimento dos trabalhadores. Ou seja, eliminar o tempo morto é quesito fundamental para o capital, constituindo-se com uma estrutura para o processo profundo de adoecimento na sociedade. Eliminar o tempo morto significa que todo o tempo está relacionado com produção e geração de lucro, com os ajustes dos processos e ciclos de produção nos locais de trabalho, buscando eliminar ao máximo o tempo improdutivo.

O enfrentamento aos efeitos das mudanças na estrutura produtiva da organização do trabalho, em que linhas e forças conformam o campo das relações trabalho e saúde, impactou práticas e saberes em saúde do trabalhador. O Estado e seu dever protetivo, acompanhando tais transformações através de suas políticas públicas, no mesmo ano de criação da Seção de Saúde do Trabalhador, em 2009 promoveu concurso público para contratação de Analistas do Seguro Social com formação em serviço social em que foram direcionados profissionais para atuarem exclusivamente com reabilitação profissional. Por ser a saúde do trabalhador um confronto entre capital e trabalho, e isso se reproduz nas práticas e na atuação dos profissionais que trabalham no cuidado com os trabalhadores nos espaços institucionais, mudanças institucionais aconteceram à luz das mudanças que ocorreram no mundo do trabalho adoecedor.

O aumento da produtividade, em menor espaço de tempo, provocando maior intensidade do trabalho e maior dispêndio de energia em tempo menor, resulta em esgotamento mental e físico em seus diferentes conceitos. De acordo com Gomes e Thendim Costa (1997), o aumento da produtividade terá diferentes resultados se voltados para a questão física ou mental do trabalhador. Os autores alertam que a reorganização do trabalho teve maior efeito em questões psicossociais e diferem das causas dos adoecimentos físicos e mentais.

Se predominam os referentes às condições materiais, terão ênfase determinados agentes capazes de ocasionar patologias diagnosticadas por critérios clínicos e toxicológicos. Se o foco de atenção volta-se prioritariamente para os aspectos ligados à organização do trabalho, aparecem com maior significância os efeitos de caráter psicossocial (GOMEZ; THENDIM-COSTA, 1997, p. 29).

Como já citado, o capitalismo contemporâneo presenciou a redução do proletariado industrial e impulsionou a expansão significativa do contingente de trabalhadores e trabalhadoras que foram alocados nos setores de serviços, na agroindústria e, também, nas indústrias. Para Gomes e Thendim-Costa (1997), os processos de saúde e adoecimento que impactaram o mundo do trabalho no capitalismo contemporâneo são frutos de alterações ocorridas no interior de todos os locais de trabalho. Na área de serviços, por exemplo, a partir do processo de trabalho, observam-se vários elementos análogos às relações estabelecidas no trabalho industrial.

O trabalho e o adoecimento, no contexto de acumulação flexível de reorganização do trabalho, têm como base de adoecimento a flexibilização⁷, que está presente em todos os espaços de trabalho. A flexibilização é percebida no dia a dia da atividade laboral do tempo comprimido, na multifuncionalidade e polivalência da execução de tarefas antes executadas por maior número de trabalhadores, percebida nos bancos de horas que ajustam a jornada de trabalho às demandas flexíveis do mercado de trabalho e também no salário flexível conforme o cumprimento ou não das metas em vendas e produção, entre outros. Flexibilizar é adaptar os trabalhadores às necessidades das empresas, para Silva (2013) a ordenação do tempo de trabalho tem sido um dos instrumentos mais significativos de tal flexibilização.

A flexibilização da jornada de trabalho, nos aspectos quantitativo e qualitativo⁸, motiva o aumento do número de acidentes de trabalho e, principalmente, de doenças ocupacionais que podem levar até mesmo a mortes e suicídios em função do estresse laboral.

Com efeito, as extensas jornadas de trabalho – nos aspectos quantitativo e qualitativo – e a pressão constante por horas extraordinárias têm feito com que os trabalhadores se sintam impotentes, e eles vão percebendo, dia a dia, que a situação não melhora, somente se agrava, frente a ameaça de dispensa, fato que os remete a uma situação de total descontrole sobre sua

⁷ Flexibilização e sua expressão multifacetada no mundo do trabalho sintetiza o que parte dos autores da Sociologia tem definido, desde 1980, como precarização do trabalho.

⁸ Utiliza-se o termo qualitativo para definir a distribuição irregular da jornada de trabalho em relação ao aumento da produtividade.

vida pessoal e familiar. Quando percebem que já não tem mais vida, que vivem para trabalhar, ou que já perderam sua saúde, ou inclusive sofrido um acidente, às vezes vêm ideias suicidas (SILVA, 2013, p. 87).

As jornadas de trabalho flexíveis, com padronização de procedimentos, são mecanismos de eliminação do tempo morto. Em busca da qualidade total e multifuncionalidade do trabalhador flexível, são inúmeras as maneiras de eliminação do tempo morto demonstrada em facetas como metas, indicadores, cobrança de equipe, pagamento por produção, rompimento entre o trabalho e o tempo livre, com relação direta entre adoecimento e trabalho.

Este modelo é singularizado pela busca de cada vez maior redução do custo do trabalho, apresentando como característica no âmbito laboral a promoção da individualização das relações laborais ou, dito de outra maneira, a eliminação dos valores coletivos dos trabalhadores (SILVA, 2013, p. 73).

A pretensão das empresas em mobilizar, cada vez mais, os trabalhadores a seus serviços envolve o trabalhador de tal maneira que este assume a concorrência da empresa como sendo “dele mesmo”. Esse envolvimento, crucial para a forma de organização do trabalho contemporâneo, conduz as pessoas a provarem suas capacidades em um ambiente de plena concorrência e competição que não ocorre somente entre as empresas, mas entre os próprios trabalhadores com o rompimento de laços solidários, oportunizando a individualização e a solidão no ambiente de trabalho.

O cenário dos processos de adoecimento tem, em sua gênese, o crescente processo de individualização no trabalho e a descontinuidade dos laços de solidariedade, anteriormente existentes entre os trabalhadores no modelo do fordismo e taylorismo. Essa desconstrução de coletividade tem sido fonte de adoecimentos psíquicos em que se encontra o suicídio como sua maior forma de expressão.

A individualização e o rompimento dos trabalhadores com a ação coletiva foram as principais derrotas dos trabalhadores na nova ordem liberal. A fragmentação das estratégias coletivas pela via da supervalorização do sujeito individual, como único responsável pela sua situação de trabalho e situação social em que ele se encontra, produziu a ideologia de “culpabilizando das vítimas” (CASULO, 2018, p. 67).

A adesão às ideologias neoliberais e o culto à individualização e ao desempenho individual transformaram os trabalhadores em sujeitos mais vulneráveis

aos processos de superexploração da força de trabalho. O fenômeno da competição conduz as pessoas a provarem individualmente suas capacidades em um ambiente de trabalho em plena concorrência e "erro zero". Dessa forma, eliminar o tempo morto é, também, eliminar o erro em vistas da qualidade total no trabalho.

O trabalho, porém, para Dejours (2016), é invisível e o mundo do trabalho tem passado por avaliações do que seja visível, com avaliações objetivas e quantitativas, pois só é mensurável o que é visível, e o trabalho, essencialmente, não pertence ao mundo visível, porque, fundamentalmente, o trabalho é subjetivo.

A concepção de que se pode prever o desenvolvimento e as etapas do processo de trabalho não é verdadeiro. O processo de trabalho pode não acontecer da maneira como foi previsto e elaborado, pois existe uma lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho efetivo e, para o autor, o mistério do trabalho está em preencher esse espaço. As prescrições e ordens de serviços que definem o que e de que forma o trabalhador executará suas atividades nem sempre bastam, já que a execução fica dependente do conhecimento e habilidades do trabalhador.

Trabalho prescrito e trabalho real não se opõem, contudo expõem as limitações do modelo taylorista-fordista, que buscou, com a racionalização do trabalho, eliminar o papel da subjetividade e da autonomia do trabalhador no processo (LOURENÇO; NAVARRO, 2012, p. 293).

A intensidade da produtividade assegura a destituição amplificada da autonomia e subjetividade do trabalho, tornando o trabalho na contemporaneidade excessivamente repetitivo e sem conteúdo, indicados como pilares de adoecimento do trabalhador. Nesse sentido, toda objetivação do trabalho é voltada para a lucratividade com o propósito único de satisfação econômica com racionalidade guiada pelo capital, criando como consequência o adoecer físico e mental do trabalhador.

Como os modos de produção são todos rigidamente padronizados, não há qualquer liberdade de criação para os empregados, seja com relação ao trabalho em si, seja no que atine aos modos de executá-lo. Assim sendo, não se vislumbra a possibilidade de uma adequação do meio ambiente de trabalho ao empregado, sendo que este deve adaptar seu organismo à organização do seu trabalho (ATHANASIO, 2017, p. 22).

Ao serem eliminadas tanto a subjetividade como a autonomia do trabalhador do processo de trabalho, o trabalhador não tem controle sobre sua saúde e seu próprio

trabalho. Ao contrário, ele é constantemente controlado em um ambiente que exige rendimento e produtividade, com cobranças intensas e ritmos acelerados. Reconhecemos que o desenvolvimento das forças produtivas possibilitado pelo sistema capitalista não se traduziu na emancipação humana, mas, ao contrário, manteve o trabalho alienado e degradante (LOURENÇO, 2012).

O mundo do trabalho tem colocado pessoas cada vez mais expostas à insegurança em relação à saúde, insegurança trabalhista e social, na ausência de perspectiva de vida e eminente condição de desempregado. Vive-se cotidianamente com acidentes, doenças e mortes que ocorrem no meio ambiente laboral, em uma conjuntura de condições inseguras (BARRETO; HELOANI, S.I).

Desse modo, a insegurança social, causada pelo medo do desemprego que não causa somente um sofrimento material, determina a sujeição dos trabalhadores às condições impostas pelo trabalho. O exército industrial de reserva cumpre a função de colocar os trabalhadores empregados numa situação de terem que se submeter a determinadas condições para garantir seu ganha-pão (NETTO, S.I).

O trabalhador vê-se obrigado a primar pela manutenção do seu emprego, mesmo que em condições inapropriadas, pois o mesmo encontra-se impossibilitado de exigir melhorias, visto que há uma enorme facilidade de reposição deste profissional no mercado (SANTO; FREITAS, 2009, p. 165).

A política do alcance de metas, utilizada pelas empresas para uma maior integração do empregado aos seus objetivos, na realidade, intensifica o trabalho e manifesta a corrosão da qualidade de vida do trabalhador. A gestão por metas tem seus efeitos práticos na flexibilização salarial e opera como uma espécie de recompensa pelo esforço e engajamento de cada trabalhador no alcance das metas. Fundamentado numa suposta repartição dos ganhos de produtividade alcançados e numa espécie de engajamento voluntário dos trabalhadores, o alcance de metas é direcionado meramente para o aumento de produtividade.

O cumprimento das metas estabelecidas, que implicam o aumento da intensidade do trabalho e da produtividade, não vem acompanhado de nenhum compromisso por parte das corporações sobre melhora das condições de trabalho, como limites da jornada de trabalho, ritmo de produção ou outros instrumentos que preservem a saúde do trabalhador (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 419).

A política de metas cria um ambiente competitivo que torna o outro trabalhador inimigo, deixando a solidariedade e a cooperação fora do ambiente de trabalho, facilitando o espaço para a individualização. Além disso, propicia maior vulnerabilidade das pessoas que não medem quaisquer esforços e se sujeitam a condições precárias de trabalho perante a incerteza de sua empregabilidade, o que favorece a chamada gestão por assédio moral.⁹

Importante no assédio moral é como o modelo de gestão e a organização do trabalho são componentes deste processo. Um modelo de gestão que pregue a competitividade e o individualismo transforma colegas em adversários, e muitas vezes vale tudo para ter uma promoção ou um cargo ou uma função comissionada (LOBATO, 2018, p. 37).

As metas que hoje são parte integrante da modernização empresarial, na realidade é um instrumento de extrema eficiência que significa o aumento absoluto da jornada de trabalho, no âmbito da organização do trabalho onde existem todas as formas de abuso de poder e de dominação, sendo a gestão por assédio moral essencial para o alcance de metas e produtividade.

Portanto, o assédio laboral em suas diferentes configurações e manifestações (individual ou coletivo) é um processo de destruição insidioso e que se prolonga no tempo, provocando danos à saúde física e mental dos trabalhadores, cuja origem está na organização do trabalho e na forma de administrá-lo (BARRETO; HELOANI, S.I., p. 119).

Enfim, nos espaços estruturados com base em exigências em altos índices de desempenho que extrapolam cada vez mais a capacidade física e mental humana em suportá-las, o controle e o assédio moral são parte dessa engrenagem.

A consolidação dessas condições nas práticas de gestão finda por construir um novo perfil de trabalhador, em que, ao contrário do período taylorista-fordista, são valorizados os sujeitos flexíveis, criativos e inovadores, que trabalham em equipe e compreendam o sentido e a velocidade das mudanças, visando agilizar as tomadas de decisão. Tais trabalhadores devem saber conviver com a pressão, o medo, a inconstância, a concorrência e a competição (FILHO; NAVARRO, 2013, p. 92).

⁹ Finalmente, pode-se dizer que o trabalhador assalariado autoalienado da ordem neoliberal não ousa questionar o discurso do capitalista, uma vez que não se dá conta da própria autoalienação (Casulo, 2018). O homem alienado é impulsionado a ser um sujeito do desempenho numa ordem neoliberal obcecada por resultados e os que não atingem os objetivos e metas sem sentem fracassados. Nessa ordem do produtivismo, o trabalhador alienado dilacera-se em nome do desempenho e a gestão por metas, afasta toda a negatividade do trabalho e vem à tona sua culpabilização internalizada quando não ter atinge as metas, ou seja, não ter "vencido".

Tais valores e adjetivos exigidos nos ambientes de trabalho estão estruturados numa moral individual baseada numa realização pessoal, no empenho do indivíduo e não no interesse coletivo ou em valores sociais. O comportamento humano é guiado pelo sucesso e consagra-se como se contasse um local garantido no mercado de trabalho. Já os demais trabalhadores são considerados excluídos por não se enquadrarem nesses moldes gerencialistas, em que a culpabilização causa desgaste e adoecimento. Dessa forma, o capital assegura que o trabalhador esteja convencido que qualquer erro, problema e até mesmo acidente de trabalho seja sua culpa, não sendo o problema do mercado ou da empresa.

Nas empresas, os acidentes de trabalho costumam ser investigados pelos técnicos especializados em saúde e segurança do trabalho apenas como fruto de um comportamento proposital. Em geral, demitem-se os trabalhadores que sofrem algum acidente ou que adoecem e são mantidas as condições de trabalho (LOURENÇO, 2012, p. 190).

Somadas a alienação e a sujeição dos trabalhadores à lógica do capital, estas inibem a visão em como o trabalho é realizado e não é percebido o desgaste precoce da vida, que é justificado pelo desgaste natural do corpo. Nem mesmo o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) alterou os espaços laborais, permanecendo a culpabilização do trabalhador por qualquer intercorrência nas atividades. Em suma, para Santo e Freitas (2009), a adoção dessas medidas não modificou o ambiente de trabalho, persistindo ainda a mesma estruturação de riscos às atividades laborais e à minimização da participação do trabalhador como sujeito promotor de sua saúde.

Sem utilizar de sua criatividade para a execução de atividades laborais, a integridade física do trabalhador é fundamental, com sua força de trabalho, seu corpo e sua mente em plenas condições. Pois, se considerados improdutivos ou imprestáveis ao labor, são facilmente descartados numa sociedade em que predomina a racionalidade econômica e a discriminação do trabalhador que, com redução de sua capacidade laborativa, mesmo que temporária, produz sua exclusão social. Então, para Gomes e Thendim-Costa (1997), a constatação de doenças na seleção da força de trabalho funciona, na prática, como um recurso para impedir o recrutamento de indivíduos cuja saúde esteja comprometida.

As atuais condições de vida às quais trabalhadoras e trabalhadores estão submetidos têm levado muitos à morte prematura, seja por adoecimentos conhecidos dos estudiosos da saúde do trabalhador e/ou por novas formas de adoecimento de difícil detecção pelos métodos utilizados pela lógica da saúde vigente: por exaustão, acidentes, ou ainda, pelo abandono deliberado da vida (NETTO, S.I. p. 126).

Enfim, é no ambiente de trabalho, como espaço de adoecimento, que o trabalhador não tem controle sob os processos de trabalho e sua doença, em que a resposta do trabalho às demandas do capital se pautou num espaço de “saque” da vida humana.

A pressão pela capacidade imediata de resposta dos trabalhadores às demandas do mercado, cujas atividades passaram a ser ainda mais controladas e calculadas em frações de segundos, assim como a obsessão dos gestores do capital em eliminar completamente os tempos mortos dos processos de trabalho, tem convertido, paulatinamente, o ambiente de trabalho em espaço de adoecimento (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 414).

O trabalho vem se tornando cada vez mais complexo, que adocece, aniquila e mata o trabalhador. De acordo com Barreto e Heloani (S.I), a saúde dos trabalhadores é a materialidade da perversidade e gravidade da precarização do trabalho. Suportar e ocultar a doença e o sofrimento impostos constituem estratégias de sobrevivência e resistência à exclusão do trabalho.

Afinal, existe um processo sócio histórico de construção do trabalho com implicações para a vida e a saúde dos trabalhadores na atualidade. Os trabalhadores que vivem da venda de seu trabalho sofrem e enfraquecem num mundo do trabalho que fere, mata e adocece. Entre tantos desafios, as doenças originadas no trabalho são percebidas em estágios avançados, pois muitas delas apresentam sintomas parecidos com outras em estágios iniciais, tornando difícil identificar os processos que a geraram, por não se tratar de uma mera exposição a um agente exclusivo.

3.1 A Seguridade Social, a Política Pública de Previdência Social e a Saúde do Trabalhador no Instituto Nacional de Seguridade Social

Na década de 1980, além das mudanças no processo de trabalho, ocorreram mudanças políticas importantes na ampliação de direitos civis e políticos, num momento de movimentação sindical e sanitário, até então impedidos pelo regime militar. Com a Constituição de 1988 e o surgimento do conceito de Seguridade Social,

que demonstra mudança no posicionamento dos legisladores frente à questão social, buscou-se a garantia de acesso de toda a população a um conjunto de direitos sociais.

Ao estabelecer pela primeira vez o conceito de Seguridade Social¹⁰ no Art. 194, asseguram-se, em forma de lei, os direitos relativos à saúde, assistência social e previdência social, pautados em proteger os indivíduos contra os riscos sociais que surgem naturalmente no decorrer da vida de cada pessoa.

Os planos de previdência social¹¹, por meio de contribuições, dariam cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes do trabalho, velhice e reclusão. Proteção à maternidade especialmente à gestante, proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário, pensão por morte aos dependentes do segurado também são eventos que a previdência social tem sua responsabilidade de proteção social.

Em 12 de abril de 1990 é reestabelecido o Ministério do Trabalho e da Previdência Social¹² e, com o Decreto nº 99.350, de 27 de junho de 1990, é criado o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, mediante a fusão do Instituto da Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), anteriormente responsável pela gestão administrativa, financeira e patrimonial do sistema, com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a qual cabia a manutenção e concessão de benefícios, incluindo a Reabilitação Profissional.

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) passa a operacionalizar a Política Pública de Previdência Social mais efetivamente após a promulgação das Leis nº 8.212 e nº 8.213 de 1991, leis que dispõem sobre a organização da Seguridade Social ao instituir o Plano de Custeio e os Planos de Benefícios da Previdência Social, respectivamente.

¹⁰ Ao compor o tripé da Seguridade Social junto às Políticas Públicas de Assistência Social e Saúde, a Política de Previdência mantém sua característica histórica de Política Pública contributiva, o que a diferencia das demais políticas, sendo que a Política de Assistência Social é prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social e a Política de Saúde que é de acesso universal, também independe de contribuições.

¹¹ Nos anos posteriores, a Constituição Federal de 1988 foi alterada por diversas vezes e hoje traz a seguinte definição para a Previdência Social. Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma do Regime Geral de Previdência Social, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, na forma da lei, a: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019) I - cobertura dos eventos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019); II - proteção à maternidade, especialmente à gestante; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998); III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998); IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998); V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998).

¹² A Lei nº 8.027 de 12 de abril de 1990 extingue o Ministério da Previdência e Assistência Social, reestabelecendo o Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

Ainda nos anos 1990, sob a alegação de que o Estado protetivo fosse o responsável pelo fraco desempenho da economia, do aumento da taxa de desemprego e do emprego informal, o debate sobre a necessidade de reforma da Previdência foi fortalecido. Marques, Batich e Mendes (2003) trazem a necessidade de reforma com problemas de caráter estrutural, conjuntural e gerencial. Dentre os fatores conjunturais ressaltavam o baixo crescimento das contribuições previdenciárias, os aspectos gerenciais davam destaque à baixa efetividade da gestão pública como burocratizada e precária e na questão estrutural a baixa relação entre o quantitativo de contribuintes e segurados, em meio a um mercado de trabalho com alta taxa de desemprego e considerando o sistema de repartição simples¹³. Ainda complementam,

A queda dessa relação é ainda mais acentuada quando concorrem dois outros fatores, tal como acontece no Brasil: o aumento crescente da expectativa de sobrevida das pessoas que se aposentam e a redução do número de trabalhadores ativos devido à crise econômica prolongada e/ou à mudança da relação entre capital e trabalho em função do uso de novas tecnologias e novas formas de gestão. No caso brasileiro, ainda, a baixa capacidade fiscalizatória do Estado – em parte decorrente da crise fiscal e financeira dos anos 90 – favoreceu a ampliação do mercado informal de trabalho, com evidente perda de arrecadação de contribuições sociais (MARQUES, BATICH; MENDES, 2003, p. 114).

Com Fernando Henrique Cardoso, ao assumir a Presidência da República em 1995, a preocupação com os direitos sociais e do Estado de bem-estar social cedeu lugar para as discussões em torno da “crise do Estado”. Por meio do Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE), caracteriza-se a defesa de um Estado social-liberal para o século XXI. É criado o Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE) com um amplo programa de reformas institucionais do Estado brasileiro, com foco gerencial, redução dos gastos públicos e da máquina estatal, afetando diretamente as políticas públicas. Nesse sentido, a Reforma da Previdência teve pauta prioritária.

Dentre as reformas previdenciárias, importante destacar a Emenda Constitucional de 20 de 15 de dezembro de 1998 que resultou na Lei nº 9.876 de 1999 e teve como principal alteração as condições de acesso para acesso aos benefícios previdenciários. A Emenda exigiu tempo mínimo de contribuição previdenciária de 35 anos para homens e 30 anos para mulheres, mantendo a redução de 5 anos de

¹³ São os segurados da Previdência na qualidade de contribuintes ativos, seja na qualidade de trabalhador que fornece a venda de sua força de trabalho, seja o contribuinte na qualidade de facultativo que participam do sistema de repartição através de suas contribuições previdenciárias para pagamentos de benefícios previdenciários.

contribuição para trabalhadores rurais, independente do sexo, e o professor deveria comprovar atividade efetiva na sua função. Tais mudanças foram introduzidas tanto no Regime Geral de Previdência Social (RGPS) quanto no Regime Próprio de Previdência Social (RPPS).

A Lei ainda estabeleceu o Fator Previdenciário¹⁴ para cálculo de benefícios, alterando significativamente seu valor com o propósito em incentivar a permanência do trabalhador no mercado de trabalho, e que este seguisse contribuindo para a Previdência Social. Isto é, quanto mais cedo o trabalhador se aposentar, menor será o valor de sua aposentadoria.

A década de 1990 concomitante com as reformas do Estado então apresentadas sob a justificativa que o Estado protetivo fosse o causador dos grandes gastos estatais, foi o auge da Reestruturação Produtiva no Brasil acompanhando as mudanças globais no que se referem ao mundo do trabalho. As reformas do Estado acompanham a resposta do modo capitalista à crise global à época, com ofensiva sobre os trabalhadores e sobre os países periféricos, como o Brasil. O ataque ao trabalho tem como consequência sua precarização, a desregulamentação das legislações trabalhistas e previdenciárias e perdas salariais com o objetivo de retomar a lucratividade do capital. Concomitante é propagada a retirada dos Estados Nacionais da intervenção direta na economia, no setor produtivo e no oferecimento de serviços via políticas públicas como educação, saúde, previdência social, entre outras. Nessa lógica é que existe a culpabilização do Estado em razão da crise que assolava o Brasil nessa década.

Como resposta à sua própria crise, iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, da qual a era Thatcher-Reagan foi a expressão mais forte; a isso se seguiu também um intenso processo de reestruturação produtiva da produção e do trabalho, com vistas a dotar o capital do instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anterior (ANTUNES, 2015, p. 33).

Até o final da década de 1970 e início da de 1980, as doenças imputadas com maior frequência como causas da incapacidade e que causam o afastamento do trabalho eram o convalescimento de cirurgias, traumas e cardiopatias. O perfil das

¹⁴ Fator previdenciário é uma forma de cálculo que leva em conta o tempo de contribuição até o momento da aposentadoria, a idade do trabalhador na hora do requerimento do benefício e a expectativa vida.

doenças modificou-se quando a elevada incidência de tendinites, conhecida como LER-DOR (lesões por esforços repetitivos / doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho) entraram em cena, sendo a maior causa de afastamentos do trabalho e aposentadorias por invalidez, principalmente entre os bancários.

Os trabalhadores vêm sofrendo com o intenso impacto das mudanças ocorridas no mundo do trabalho e a mundialização do capital após a década de 1980, considerada a era da gestão flexível com impactos no processo produtivo. Tais mudanças vêm acontecendo tanto em países periféricos e intermediários como em países em que há maior concentração de capital e alta tecnologia. Além da persistência de elevadas taxas de desemprego desde o início da década de 1990, aumentou significativamente a participação dos assalariados sem carteira assinada e de outros ocupados sem vínculo com a previdência social.

No Brasil, a década neoliberal de 1990 e da reestruturação produtiva teve a função histórica em integrar o país ao mercado mundial do movimento hegemônico do capital. Com reformas estruturais na economia brasileira e transferências de riquezas mediante privatizações, aquisições e fusões, é formada uma poderosa burguesia no Brasil imensamente privilegiada, na presença de um Estado sem resistência e rompendo com o modelo nacional desenvolvimentista dos anos 30 no século XX.

A agenda neoliberal do governo Fernando Henrique Cardoso se orientou pelo trinômio: abertura econômica, privatizações e desregulamentação do Estado. É claro que o governo FHC criou as agências reguladoras, mas elas tornaram-se meros simulacros de regulação, tendo em vista que têm muito pouco capacidade para impor critérios e regras públicas a um sistema de competição pesado que ocorre hoje em escala internacional. No padrão de desenvolvimento do capitalismo neoliberal, o Estado deixou de ser o principal indutor da economia e delegou esse papel para o mercado (ALVES, 2014, p. 130).

Esse contexto impactou as diretrizes políticas da reforma previdenciária brasileira. Também os serviços de reabilitação profissional foram atingidos, culminando na extinção dos Programas e passando de um processo de reabertura democrática que foi nos anos 1980 para uma abertura às diretrizes de “menos Estado”.

A transformação do Estado em apenas regulador das políticas sociais, e dentre elas as de previdência social, valorizava as funções de fiscalização e auditoria do INSS, ao mesmo tempo, que trazia uma depreciação das

funções relacionadas à execução das políticas sociais, como os serviços de reabilitação profissional e de serviço social (TAKAHASHI, 2006, p.135).

O atendimento de equipes multiprofissionais dos Centros de Reabilitação Profissional e dos Núcleos de Reabilitação Profissional foi substituído por Equipes volantes, considerada uma mudança importante no modelo técnico assistencial. Formada por profissional com formação de nível superior denominado Orientador profissional e um médico perito, modelo de Equipe adotado até a elaboração do Manual Técnico de Procedimentos de Reabilitação Profissional no ano de 2018, estes se deslocariam para prestar atendimento nas diversas agências de Previdência Social de acordo com sua área de abrangência regional. Foram constituídas também as Equipes de extensão, com duplas formadas por Assistentes Sociais e médicos peritos, com servidores transferidos de órgãos públicos como a Legião da Boa Vontade (LBV), órgão extinto no ano de 1995. Com o Memorando circular nº. 13 Instituto Nacional de Previdência Social de 9 de janeiro de 1994, os Assistentes Sociais da extinta LBV passaram a executar atividades de reabilitação profissional com a “supervisão” (a distância) dos CRPs e NRPs.

O processo de mudanças na área de reabilitação profissional foi denominado “Plano de Modernização da Reabilitação Profissional”, e um balanço feito no final de 1996 apontava que “70% dos CRP (s) (14 dos 21 existentes) e 3 NRP(s) já funcionavam com a nova estrutura. As Equipes de Extensão já estavam em funcionamento em doze estados e as Equipes Volantes já prestavam serviços em 17 % dos Postos de Seguro Social do país”. (RELATÓRIO DA DIVISÃO NACIONAL DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL de 30/11/1996) (TAKAHASHI, 2006, p. 146-GRIFOS DO AUTOR)

Através do Decreto nº. 2.172, do Ministério da Previdência Social, de 06 de março de 1997, inicia-se a nova estrutura funcional da reabilitação profissional normatizada por duas resoluções, Resolução nº. 423/MPAS/INSS e Resolução nº. 424/MPAS/INSS, ambas de 07 de março de 1997, do Instituto Nacional de Previdência Social 1997.

A primeira descentralizava os serviços de Reabilitação Profissional, desmontando os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs), e os Núcleos de Reabilitação profissional (NRPs), e a segunda resolução alterava as funções básicas do processo de reabilitação profissional para: a avaliação e a definição da capacidade laborativa, a orientação e o acompanhamento do programa profissional, a articulação com a comunidade para reingresso no mercado de trabalho e o acompanhamento e

a pesquisa de fixação no mercado de trabalho. Enfim, a reorganização da atenção em unidades mínimas denominadas UERP (Unidade Executiva de Reabilitação Profissional), significando, na prática, o desmonte dos CRP(s) e NRP(s).

Além de o “Plano de Modernização” alterar e reduzir o modelo assistencial da Reabilitação Profissional do INSS, também levou à extinção das funções ligadas às políticas públicas da Previdência Social, como Assistentes Sociais, Psicólogos, Sociólogos, Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, através da Lei nº 10.355 de 26/12/2001, instituindo-se os cargos de Procurador da Previdência Social, Auditor Previdenciário, Auditor Médico-Pericial, Analista de Benefícios Previdenciários (nível superior) e Técnicos de Benefícios Previdenciários (nível médio). A partir de então, todos os cargos de formação profissional com nível superior, independentemente de sua formação acadêmica, recebem a nomenclatura de Analista do Seguro Social.

Em 06 de maio de 1999 o Decreto nº 3.048, que aprova o Regulamento da Previdência Social, regulamentando as Leis 8.212/91 e 8.213/91, complementa a reforma da Previdência iniciada por essas leis. O Decreto 3.048/99 menciona que o segurado em gozo de auxílio-doença, insuscetível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para exercício de outra atividade, não cessando o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não recuperável, seja aposentado por invalidez. No Art. 89, descreve a Habilitação e a Reabilitação profissional como 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 portadoras de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem (Brasil, 1999).

Em perícia médica, ao ser identificado¹⁵ pelo perito médico que o segurado é insuscetível de recuperação para sua atividade habitual, executando todas as atividades a ela inerente, mas com capacidade laborativa residual, é encaminhado ao serviço de reabilitação profissional. Portanto a definição pelo encaminhamento à RP é a capacidade laborativa do trabalhador, partindo de suas restrições físicas,

¹⁵ Para análise da incapacidade laborativa, o médico perito utiliza atestados médicos, exames complementares e avaliação clínica. Caso a documentação apresentada não seja suficiente para evidências de incapacidade laborativa, o médico perito por meio do SIMA (Solicitação de informações ao médico assistente) em formulário específico pode solicitar informações complementares ao médico assistente para subsidiar a avaliação médico pericial.

elemento crucial para todo o processo de reabilitação e cuidado com a saúde do trabalhador, uma vez que existe a obrigatoriedade do trabalhador em cumprir o Programa de Reabilitação profissional, preconizada no Decreto 3.048/99.

Art. 77 - O segurado em gozo de auxílio-doença está obrigado, independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da previdência social, processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado e tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos (BRASIL, 1999).

Em 2002 é aprovado pela Diretoria de Benefícios o Manual Técnico de Perícia Médica, sob a Orientação Interna INSS/DIRBEN Nº 73, de 31 de outubro de 2002, e pela Resolução DC/INSS nº 133 de 26/08/2003 é instituído o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) a ser utilizado para procedimentos operacionais da Perícia Médica do INSS com novos controles sobre sua realização.

Art. 2º O SABI viabiliza a administração dos benefícios por incapacidade e assistenciais. É um sistema de multifunções, que operacionaliza e controla o fluxo de informações dos processos que envolvam tais benefícios. Parágrafo único. Sua concepção tecnológica é, também, a de um sistema especialista que agrega todas as regras, conhecimentos, processos, procedimentos e cálculos específicos e especiais para a concessão do benefício, tanto em relação ao Laudo Médico-Pericial e Protocolos Médicos, quanto à qualidade da análise administrativa dos diversos tipos de benefícios por incapacidade (BRASIL, 2003).

Com as informações necessárias no SABI, é definido em perícia médica se o segurado tem direito ou não ao benefício requerido. Em casos de requerimentos de benefício auxílio-doença e confirmada a existência de fatores que o incapacitem, ao requerente para o trabalho, o benefício é deferido imediatamente. Se confirmadas as possibilidades do trabalhador em se manter na mesma função e desempenhando as mesmas atividades anteriores ao seu afastamento, o benefício não é deferido e o trabalhador recebe "alta" do benefício, devendo retornar ao trabalho no dia seguinte de sua cessação. Se identificado que o segurado necessita de determinado período de afastamento do trabalho para se recuperar clinicamente e posteriormente retornar à mesma função, o médico determina uma data de início e término de seu afastamento para o devido tratamento e, findado esse prazo e reestabelecida sua capacidade laboral, ele retoma suas atividades.

Caso o segurado não tenha capacidade em retornar para sua atividade de origem, seja em razão de acidente de trabalho, doença relacionada ao trabalho ou determinada patologia clínica, que mesmo não adquirida no desempenho da atividade laboral, mas o incapacite para sua atividade habitual, o segurado é encaminhado ao serviço de Reabilitação Profissional. Essa indicação também inserida em SABI¹⁶.

As avaliações médico-periciais no INSS não buscam fazer o diagnóstico de uma doença, mas sim avaliar a repercussão do agravo sobre a capacidade laborativa dos requerentes. Essas perícias levam em consideração a existência da incapacidade laboral gerada pelo agravo, que deve ser devidamente informado pelo requerente, mediante documentação fornecida pelo mesmo comprovando tal patologia e que inclua, por exemplo, dentre outros, apresentação do atestado do seu médico assistente, bem como o resultado de exames complementares. A falta de comprovantes de tratamento pode ocasionar a não concessão do benefício, com base no art. 77 do Decreto 3.048/99. A falta confessa de tratamento é motivo suficiente para a negativa de benefício em face da exigência legal (LISE; JBARA EL JUNDI; SILVEIRA; COELHO; ZIULKOSKI, 2013, p. 68).

Quando alguém adocece pelo trabalho, todo o processo de adoecimento, desde o afastamento até o seu desfecho, é sempre incerto. Pode ser o imediato retorno ao trabalho, uma aposentadoria por invalidez, o encaminhamento à reabilitação profissional ou afastamento das atividades laborais por determinado período para sua recuperação. Em qualquer dessas situações, após o retorno ao trabalho, pode existir a queda no precipício social do desemprego de um trabalhador lesionado, adoecido pelo trabalho e dificuldade de reinserção em atividades laborais que lhe deem sustento e amparo social. As condições de vida do trabalhador estão centradas nas decisões do perito médico. É função do Estado fornecer ao segurado a retomada de sua vida produtiva, amenizando o drama silencioso, enigmático e desestruturador que é o período de afastamento do trabalho. A recuperação da saúde e da capacidade de trabalho depende de condições sociais e econômicas que o sistema do seguro social deve proporcionar ao segurado para seu tratamento ou sua reabilitação profissional, sua preparação para o mercado de trabalho e sua capacitação nos casos em que há limitação para sua função atual.

No ano de 2002 é aprovado o Manual Técnico de Atendimento da Área de Reabilitação Profissional, através da Orientação Interna nº 63 de 21 de fevereiro, ao

¹⁶ No momento de realização desta pesquisa estava em discussão a eliminação do Sistema de Administração de benefícios por incapacidade (SABI). Acredita-se que com a retirada dos peritos médicos do quadro de servidores do INSS com a edição da Lei 13.846/2019 e sendo somente o perito médico responsável pela concessão de benefícios por incapacidade, este se torne obsoleto. No momento, outros sistemas estão em fase de teste.

considerar a necessidade de ampliar e melhorar os serviços de atendimento aos segurados da Previdência Social e a necessidade de padronizar os procedimentos na Área de reabilitação profissional. É implantado o Novo Programa de Reabilitação Profissional, denominado "Reabilita", projeto que descentralizava as ações da Reabilitação Profissional e integra a Perícia Médica. Essa Orientação foi revogada pela Orientação Interna nº 65, de 16 de abril de 2002.

Após a Orientação Interna nº 69, na década de 2000, houve a total desativação dos CRPs e NRPs, e a reabilitação do trabalhador passa a ser realizada por um perito médico e outro profissional de nível superior, e não mais por uma equipe multiprofissional como eram nos CRPs e NRPs, modificando consideravelmente a forma de atuação dos profissionais que atuavam com reabilitação profissional, tanto quanto à forma de atenção do serviço aos trabalhadores.

Com a descentralização, estabelecia-se que toda Gerência Executiva deveria se organizar para prestar o serviço de Reabilitação Profissional, através do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefício por incapacidade - GBENIN setor à qual estaria ligado o Núcleo/Equipes Técnicas de Reabilitação Profissional. Assim, o Núcleo/Equipes Técnicas estaria subordinado administrativamente à Gerência Executiva e tecnicamente ao Gerenciamento de Benefícios por incapacidade no gerenciamento do serviço de RP. Em toda Agência da Previdência Social (APS), deveria ser implantada Equipe de Reabilitação Profissional responsável pela identificação da clientela, avaliação profissional do potencial laborativo, orientação, acompanhamento e conclusão do Programa. Na impossibilidade de implantação de Equipe de RP na APS, a OI nº 69 estabelecia a formação de Equipes Volantes de Reabilitação Profissional, equipes que exercem suas funções nas GEXs, mas que se deslocam até às APS para executar ações de Reabilitação Profissional.

Essa estrutura de atendimento da Reabilitação Profissional se manteve até o ano de 2018, quando aprovado o novo manual Técnico de Procedimentos na Área de reabilitação Profissional, retirando a autonomia dos profissionais de referência (PR) e centralizando as decisões na figura do médico perito. Adiante, essas modificações e impactos na saúde do trabalhador são mais bem detalhadas.

3.2 A Perícia Médica no INSS e sua atuação na relação com o Trabalho

Em resumo, verificou-se na seção anterior que as transformações na forma de organização do campo da saúde do trabalhador tiveram como vetor o processo de (re) organização do mundo do trabalho que se tornou mais complexo, com ritmos e pressões cada vez mais extenuantes. Os acidentes de trabalho, como resultado da violência presente nos processos de trabalho, as políticas de gestão e formas de organização do trabalho também consideradas como violência, são moldados pelas injunções presentes no ambiente de trabalho. Compete ao perito médico reconhecer a natureza ocupacional na doença em que as evidências existem, sendo incontestável sua autoridade.

A atividade médico-pericial é um ramo da medicina que se diferencia dos demais por não se destinar ao tratamento da saúde. Apropriando-se de técnicas e conhecimentos médicos para a prática da atividade pericial, está inserida na especialidade da Medicina Legal. A perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é uma atividade médico-pericial administrativa que se resume em avaliar segurados do Regime Geral da Previdência Social (RGPS), sobretudo para a concessão de benefícios por incapacidade¹⁷.

Criada em 02 de junho de 2004 pela Lei nº 10.876, a carreira de Perito Médico Previdenciário estipulava como funções privativas dos médicos peritos da autarquia a emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral para fins previdenciários, inspeção de ambientes de trabalho para fins previdenciários, caracterização da invalidez para benefícios previdenciários e assistenciais. Em 2006 é introduzido no âmbito previdenciário uma metodologia para identificar quais doenças e acidentes estão relacionados com a prática de uma determinada atividade laboral e que tenha motivado seu afastamento, denominado Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciários (NTEP), auxiliando as decisões médico-periciais na caracterização entre doença e trabalho.

Art. 21-A A perícia médica do INSS considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexo técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID, em conformidade com o que dispuser o regulamento (BRASIL, 2006).

17 Consideram-se os benefícios por incapacidade o benefício Auxílio-doença e Aposentadoria por invalidez.

A Instrução Normativa nº 31 INSS/PRES, de 10 de setembro de 2008, ao detalhar os procedimentos e rotinas para a concessão de benefícios acidentários, após incorporação da Lei 11.430 de 26 de dezembro de 2006, estabelece indicadores epidemiológicos¹⁸ como um dos critérios para o estabelecimento do nexo técnico entre o agravo da saúde do segurado e o trabalho por ele exercido.

Isto posto, identificado o comprometimento da saúde do trabalhador em consequência de sua função laborativa, é subsídio suficiente para que seja caracterizado como Acidente de trabalho e reconhecido seu benefício auxílio-doença como espécie “B 91” nos sistemas do INSS, denominado benefício auxílio-doença por acidente de trabalho, isto é, "a Perícia Médica do INSS caracterizará tecnicamente o acidente do trabalho mediante o reconhecimento do nexo entre o trabalho e o agravo" (BRASIL, 2008). Se reconhecido pelo médico perito que a incapacidade do segurado não está relacionada às atividades de sua função profissional, seu benefício por incapacidade será classificado nos sistemas do INSS como “B31”, denominado benefício auxílio-doença previdenciário. A importância dessa diferenciação e caracterização dos benefícios é que, além de gerar impactos trabalhistas¹⁹ ao segurado, a espécie B 91 dá visibilidade e materialidade no que a relação capital e trabalho vem causando à saúde do trabalhador.

No momento de avaliação médico-pericial para concessão e caracterização do benefício, seja auxílio-doença previdenciário ou auxílio-doença por acidente de trabalho, entendendo suas diferenciações, a profissiografia²⁰ é primordial. Somente mediante o conhecimento do *modus operandi* de cada profissão, é possível caracterizar a espécie do benefício quando a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) não é emitida.

A Comunicação de Acidente de trabalho (CAT), até o momento de aplicação do Nexo Técnico Previdenciário (NTEP), era o instrumento utilizado para a caracterização do benefício auxílio-doença por acidente de trabalho (B91). A partir da aplicação do NTEP, tanto a CAT como o NTEP passam a ter iguais importância para

¹⁸ Ramo da medicina que estuda os diferentes fatores que intervêm na difusão e propagação de doenças, sua frequência, seu modo de distribuição, sua evolução e a colocação dos meios necessários a sua prevenção

¹⁹ São direitos trabalhistas do empregado:

²⁰ Profissiografia são todas as atividades que o trabalhador desempenha de acordo com sua função. O médico perito deve, também, considerar o trabalhador polivalente e multifuncional que o mercado de trabalho exige hoje. De acordo com Alves e Antunes (2004) "O mundo do trabalho atual tem recusado os trabalhadores herdeiros da "cultura fordista", fortemente especializados, que são substituídos pelo trabalhador "polivalente e multifuncional" da era toyotista". Atualmente são atribuídas ao trabalhador, seja do setor de serviços ou da área da indústria, inúmeras atividades e funções para um único cargo, descaracterizando profissões e complexificando a análise tanto para seu para o afastamento, como no caso da Perícia Médica, como para seu retorno ao mercado de trabalho, como no caso de reabilitação profissional.

caracterização e identificação dos agravos à saúde do trabalhador. Evidentemente, para tornar possível essa visibilidade aos riscos laborais, é preciso conhecer profundamente o processo de trabalho e as circunstâncias da produção, quais os riscos e patologias inerentes à atividade desempenhada e, então, estabelecer ou não a causalidade da enfermidade e o respectivo nexos. Nesse sentido, abordar o adoecimento do trabalhador gera questionamentos sobre suas causas, e existem três formas distintas para o perito médico estabelecer o Nexos Técnico Previdenciário.

Art. 3º O nexos técnico previdenciário poderá ser de natureza causal ou não, havendo três espécies: I – nexos técnico profissional ou do trabalho, fundamentado nas associações entre patologias e exposições constantes das listas A e B do anexo II do Decreto nº 3.048/99; II – nexos técnico por doença equiparada a acidente de trabalho ou nexos técnico individual, decorrente de acidentes de trabalho típicos ou de trajeto, bem como de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele relacionado diretamente, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei nº 8.213/91; III – nexos técnico epidemiológico previdenciário, aplicável quando houver significância estatística da associação entre o código da Classificação Internacional de Doenças-CID, e o da Classificação Nacional de Atividade Econômica-CNAE, na parte inserida pelo Decreto nº 6.042/07, na lista B do anexo II do Decreto nº 3.048/99 (BRASIL, 2006).

Para avaliação do potencial laborativo do segurado e o estabelecimento ou não de seu afastamento do trabalho, o médico perito se apropria de recursos como relatório médico do médico assistente, exames médicos complementares e, quando necessário, de demonstrações ambientais da empresa de vínculo trabalhista mediante apresentação de PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário). A visita no local de trabalho também é um recurso a ser utilizado pelo médico perito quando os elementos apresentados não são suficientes para definição sobre o afastamento, tanto quanto o estabelecimento do Nexos Técnico Previdenciário.

Como já citado e que será mais detalhado posteriormente quando apresentada a saúde do trabalhador na Previdência Social, atualmente, após a Lei 13.846 de 2019, quando surge a carreira de Perícia Médica Federal em substituição à antiga carreira do Perito Médico Previdenciário, o quadro de servidores do INSS não conta mais com os profissionais médicos. O quadro de servidores é composto somente por Técnicos do Seguro Social e Analistas do Seguro Social, mas os Médicos Peritos Federais continuam realizando perícias médicas para o órgão e empregam como diretrizes de trabalho as legislações ainda em vigor. Portanto as características da Perícia Médica permanecem as mesmas.

3.3 Os Segurados e os Benefícios da Previdência Social

Ao compor o tripé da Seguridade Social junto às Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social, o que diferencia a Política Pública de Previdência Social das demais políticas é seu caráter contributivo. Assim, todo cidadão que opta por contribuir para a Política Pública de Previdência Social é identificado como "segurado".

A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 (BRASIL, 1991), ao dispor sobre os planos de benefícios da Previdência Social em seu artigo 1º, define que a finalidade da Previdência é assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente. Sob o princípio da seletividade, instituído pelo inciso III do artigo 2º da mesma lei, enfatiza que não é a qualquer um dos segurados que venham a requerer benefícios que eles serão devidos, mas àqueles que preencherem certos requisitos. A qualidade de segurados se inicia no momento em que as contribuições mensais começam a ser pagas e o tipo de vínculo com a previdência social depende da forma de contribuição que, caso seja interrompida, o contribuinte perde a qualidade de segurado e não faz mais jus aos benefícios quando requeridos.

A Instrução Normativa nº 77 PRES/INSS, de 21/01/2015, estabelece rotinas para o reconhecimento de direitos do segurado, utilizando como base legislativa a Constituição Federal de 1988 e o Decreto nº 3.048/99, entre outras, e estabelece a configuração de segurados obrigatórios e os facultativos. São segurados obrigatórios o empregado, o trabalhador avulso, o empregado doméstico, o contribuinte individual e segurado especial. Segurado facultativo é todo maior de dezesseis anos de idade que opta pela inserção no sistema protetivo da Política de Previdência Social e se filia ao Regime Geral de Previdência Social, de acordo com o Art. 55:

§ 1º Podem filiar-se facultativamente, entre outros: I - a dona de casa; II - o síndico de condomínio, desde que não remunerado; III - o estudante; IV - o brasileiro que acompanha cônjuge que presta serviço no exterior; V - aquele que deixou de ser segurado obrigatório da Previdência Social; VI - o membro de conselho tutelar de que trata o art. 132 da Lei nº 8.069, de 1990, quando não remunerado e desde que não esteja vinculado a qualquer regime de previdência social; VII - o bolsista e o estagiário que prestam serviços a empresa, de acordo com a Lei nº 11.788, de 2008; VIII - o bolsista que se dedica em tempo integral à pesquisa, curso de especialização, pós-graduação, mestrado ou doutorado, no Brasil ou no exterior, desde que não esteja vinculado a qualquer regime de previdência social; IX - o presidiário que não exerce atividade remunerada nem esteja vinculado a qualquer

regime de previdência social; X - o brasileiro residente ou domiciliado no exterior, salvo se filiado a regime previdenciário de país com o qual o Brasil mantenha acordo internacional; XI - o segurado recolhido à prisão sob regime fechado ou semiaberto, que, nesta condição, preste serviço, dentro ou fora da unidade penal, a uma ou mais empresas, com ou sem intermediação da organização carcerária ou entidade afim, ou que exerce atividade artesanal por conta própria; XII - o beneficiário de auxílio-acidente ou de auxílio suplementar, desde que simultaneamente não esteja exercendo atividade que o filie obrigatoriamente ao RGPS; e XIII - o segurado sem renda própria que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencente à família de baixa renda (BRASIL, 1999).

Ou seja, todos, sejam obrigatórios ou facultativos, devem ter filiação²¹ com a Previdência Social. Ser filiado e contribuir para o INSS²², mantém a qualidade de segurado e dá direito e acesso aos benefícios e serviços concedidos pelo órgão que são: aposentadoria por invalidez, aposentadoria por idade, aposentadoria por tempo de contribuição, aposentadoria por tempo de contribuição do professor, aposentadoria especial, auxílio-doença, salário-família, salário-maternidade, auxílio-acidente, pensão por morte, Reabilitação Profissional, Serviço Social e Exame médico pericial.

Entende-se assim que são os trabalhadores formais os que estão inseridos no sistema protetivo da Previdência Social, diferentemente do que se encontram na informalidade. O tipo de vínculo estabelecido com a Previdência muito reflete o mundo do trabalho. Os empregados são aqueles que têm uma relação trabalhista estabelecida com seu empregador mediante registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), cada uma identificada com seu Número de Identificação do Trabalhador (NIT), na condição de segurado obrigatório. Já os demais segurados da Previdência podem ser o trabalhador avulso, empregado doméstico, contribuinte individual, segurado especial e os segurados facultativos, que contribuem para a Previdência mediante o pagamento de um carnê e o registro de um código conforme a atividade desempenhada.

A força de trabalho não absorvida pelo mercado e sem emprego, seja pela desindustrialização, seja pela não geração de postos de trabalho ou postos de trabalho absorvidos pela automação e informatização, acabou se direcionando para o setor de serviços na qualidade de autônomos. Isso pode ser sentido pelo tipo de

21 Filiação é o vínculo que se estabelece entre pessoas que contribuem para a Previdência Social e esta, do qual decorrem direitos e obrigações.

22 O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é um seguro e responsável por nesse primeiro momento pelas contribuições, pelas concessões, pela manutenção dos benefícios, pela gestão e pelo próprio custeio da Seguridade social no BR

vínculo estabelecido junto à Previdência Social quando é criado o Microempreendedor Individual com a Lei Complementar nº 128/2008.

Percebe-se que é utilizada tal estratégia para enfrentamento do desemprego estrutural do capital. Assim, além de transferir para o trabalhador a responsabilidade de sua empregabilidade e sobrevivência, busca-se formalizar a informalidade, escondendo então a desestruturação do trabalho assalariado. Assim, o acesso à Previdência Social pública no Brasil ainda é fundamentalmente das pessoas que têm trabalho assalariado.

Os segurados na qualidade de empregados e com vínculo formal de emprego são os que mais permanecem no sistema protetivo. Os demais segurados apresentam inconstâncias em suas contribuições, o que pode afetar diretamente no acesso ao benefício requerido. Vale lembrar que o trabalho no Brasil mostra o crescimento da informalidade, e o alcance à previdência social fica reduzido perante essa situação de empregabilidade.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua ao percorrer sobre a População Ocupada em 2018 - mostra que, entre 2012 (89,2 milhões de pessoas) e 2015 (92,2 milhões de pessoas), a população de 14 anos ou mais de idade estava ocupada na semana de referência da pesquisa, e apresentou crescimento anual.

Em 2016, registrou queda de 1,5% e, a partir de 2017, retomou a expansão, alcançando o maior contingente populacional em 2018 (92,3 milhões). A recuperação da ocupação em 2018 (1260 mil pessoas) foi impulsionada pelo crescimento do emprego no setor privado sem carteira de trabalho assinada (520 mil pessoas) e pelo trabalho por conta própria (420 mil pessoas). A análise retrospectiva permite observar a tendência de queda do emprego com carteira de trabalho assinada no setor privado a partir de 2015, quando representava 38,7% do total da ocupação. As sucessivas retrações trouxeram esse percentual para 35,6% em 2018, o menor da série história da pesquisa. No mesmo período (2015-2018), a participação do emprego sem carteira de trabalho assinada no setor privado passou de 11,1% para 12,5%, e a do trabalho por conta própria de 24,2% para 25,4%.

Os indicadores do trabalho refletem diretamente a Política de Previdência Social, uma vez que se mantém da contribuição financeira da população economicamente ativa e que mantém determinado tipo de vínculo como contribuinte.

Por sua função redistributiva e solidária, a política Pública de Previdência Social procura atender aos princípios dispostos no Art. 201²³ da Constituição Federal.

Os governos Lula e Dilma ainda atuaram no sentido de facilitar a filiação ao Regime Geral da Previdência de alguns grupos que tradicionalmente permaneciam à margem da seguridade social. Assim, a desproteção social, isto é, a parte de empregados, sem carteira assinada, apresentou redução entre 2002 e 2009 para os trabalhadores da indústria, da construção civil e do comércio, provavelmente como resultado da expansão da quantidade absoluta de empregos formais entre 2008 e 2009. Por outro lado, as regras para filiação e contribuição mensal para donas de casa de baixa renda e para trabalhadores autônomos (empreendedor individual) foram alteradas, de modo a permitir a filiação e a manutenção do estatuto de segurado por meio de cotas diferenciadas (MPS, 2012).

3.4 O Benefício por Incapacidade Auxílio-Doença, sua Concessão e o Afastamento do Trabalho

A resposta pública para a incapacidade ao trabalho dada pela Previdência Social se dá através das concessões dos benefícios auxílio-doenças, aposentadorias por invalidez e os serviços de Perícia Médica e Reabilitação Profissional. Após cumprida a carência²⁴ de contribuições mínimas necessárias e mantida a qualidade de segurado, o contribuinte, seja trabalhador ou não, quando incapaz de exercer sua atividade cotidianas, no caso do trabalhador incluindo as suas atividades laborais, pode requerer²⁵ o benefício auxílio-doença.

O benefício auxílio-doença deve ser visto com um benefício temporário e, no caso do trabalhador, deve ser pago somente enquanto este estiver incapacitado para o trabalho, pois a mera existência de doença não justifica o afastamento do trabalho

23 Art.201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a: I- cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada II- proteção à maternidade, especialmente à gestante; III- proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; IV- salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; V- pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes

24 Para fins do direito aos benefícios de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, como regra geral é exigida a carência mínima de doze contribuições mensais e após cumprida a carência exigida e quando for o caso de benefício auxílio-doença ar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de quinze dias consecutivos. Mas independe de carência os casos de acidente de qualquer natureza, inclusive decorrente do trabalho, bem como, quando após filiar-se ao RGPS, o segurado for acometido de alguma das doenças ou afecções como: tuberculose ativa; Hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, Doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, contaminação por radiação com base em conclusão da medicina especializada e hepatopatia grave.

25 Os canais de requerimento e agendamentos de perícia médica são realizados via telefone pelo 135, pelo site da Previdência social ou aplicativo Meu INSS.

e o pagamento do benefício. A avaliação da (in) capacidade é o ponto principal da atividade médico pericial no INSS enquanto seguradora oficial.

Atribui-se ao Perito Médico Federal o reconhecimento oficial por parte do Estado que o requerente está habilitado a perceber o benefício. O Perito Médico Federal é um servidor público altamente especializado, com formação em Medicina, mas que atua diferentemente do médico assistente, pois, para o médico assistente, o segurado do INSS é seu paciente e seu olhar profissional é de tratamento da patologia que causou o afastamento das atividades laborais. Já o Perito Médico Federal, a partir da patologia e restrições físicas ou mentais do segurado, tem olhar direcionado para seu potencial Laborativo, considerando suas restrições físicas ou mentais.

Desse modo, o compromisso assumido pelos Peritos Médicos Federais é amplamente diverso do compromisso assumido pelo médico assistente. A ação do Perito Médico Federal tem o objetivo como justiça, e se o segurado faz jus ou não ao benefício requerido, diferentemente do médico assistente cujo objeto de ação é o bem-estar de seu paciente. Ao responder ao Estado, a prática do Perito Médico Federal não é consulta médica, embora ele se aproprie de atestados médicos, exames complementares e exame clínico no momento da Perícia Médica para avaliação de elementos probantes e que justifiquem o afastamento do trabalho. A prática pericial deve ser científica, impessoal e objetiva, diferentemente da prática do médico assistente em que existe uma relação pessoal na busca por respostas pelos problemas apresentados e emitem-se atestados para efeitos trabalhistas e previdenciários a partir do diagnóstico. Para Gianvecchio Muñoz (2010), a perícia médica é decorrência da necessidade de provas para enquadrar determinado caso na legislação específica.

A Perícia Médica Federal, para conclusões sobre as condições da saúde do trabalhador e sua capacidade laborativa deve, obrigatoriamente, ter embasamento na legislação. Utilizando a incapacidade laboral como indicador para doença, sequela de acidente, incapacidade física e mental, seja ela temporária ou definitiva, e munido de informações do médico assistente, suas decisões podem ter quatro direcionamentos: retorno imediato ao trabalho, prazo para recuperação da capacidade laborativa, aposentadoria por invalidez ou encaminhamento ao serviço de Reabilitação Profissional.

O retorno imediato ao trabalho ocorre se a patologia e o estado clínico do trabalhador não o incapacita para todas as atividades que desempenha na sua função.

Se a incapacidade for total²⁶ e temporária para o trabalho, o médico perito determina um período de afastamento do trabalho para sua recuperação. Caso a incapacidade se apresente total e permanente, compete ao médico perito sugerir Aposentadoria por invalidez que será posteriormente homologada ou não por outro profissional médico após analisada. E se o segurado não estiver apto a desempenhar todas as atividades de sua ocupação de origem ou esteja totalmente incapacitado para esta, mas evidencie potencial em permanecer no mercado de trabalho, é encaminhado ao serviço de Reabilitação Profissional.

O Perito médico quando constata que houve redução da capacidade laborativa do trabalhador no cargo que ele habitualmente exercia, após sofrer acidente e contar com sequela definitiva, este tem direito ao benefício de auxílio acidente. Concedido em caráter indenizatório pelo INSS, o pagamento é iniciado ao término do benefício auxílio-doença e é identificado em sistemas como B 94.

Independente da espécie do benefício, seja B31, B91 ou B94, compete ao INSS o pagamento a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. A distinção entre os benefícios e seus moldes revelam o impacto do mundo do trabalho na saúde do trabalhador.

Um dado importante é que, se no momento da filiação ao INSS o segurado já estava lesionado ou era portador de determinada patologia, não fará jus ao benefício auxílio-doença quando requerido. Fará jus se a incapacidade ao trabalho foi causada por agravamento da doença ou da lesão adquirida anteriormente, e será estabelecido o Nexó Técnico Epidemiológico indicando a relação entre saúde e trabalho, tendo benefício deferido.

3.5 O Trabalho Precário numa Perspectiva Sociológica

É sabido que é função do Estado prevenir doenças e incapacidades, levando a cabo sua função em proteger a saúde do trabalhador, garantindo o trabalho digno e a preservação de sua saúde. O amparo social e atenção à saúde do trabalhador na proposta protetiva de políticas públicas devem se direcionar à superação da perspectiva da doença e abertura para novos horizontes. Mas estaria o Estado na

²⁶ Incapacidade total é quando o segurado não consegue desempenhar as atividades de sua função na sua totalidade. Por exemplo, um motorista de ônibus que desencadeia cegueira está incapacitado totalmente para o desempenho de todas as atividades desta função.

prática, dentre as suas atribuições na Política Pública de Previdência Social, indo ao encontro de sua proposta protetiva no contexto de precarização do trabalho precário?

A sociologia do trabalho analisa as mudanças nos processos produtivos na sociedade moderna, urbana e industrial desde o século XIX. Mudanças que submetem os trabalhadores às condições impostas pelo capital e que podem ser observadas em toda a história das relações sociais, esclarecem a produção capitalista e mostram seus moldes históricos de organização.

Para uma investigação sobre a precariedade estrutural do trabalho e da classe trabalhadora do Brasil na contemporaneidade, é preciso partir da análise de uma construção do mercado de trabalho brasileiro intrínseco à sua formação capitalista. Determinações histórico-particulares são próprias de sua formação que, por sua vez, são próprias da constituição da sociedade burguesa capitalista.

O marco inicial da formação da economia no país foi com a exploração agrícola de terras e uso da força de trabalho escravocrata, e, conseqüentemente, hoje o país apresenta uma precarização estrutural de trabalho específica herdada desta formação colonial.

No caso do Brasil, a Sociologia do trabalho se deparou com as particularidades de uma nação que teve mão de obra escrava até fins do século XIX, de uma economia dependente, de industrialização tardia e de uma frágil estruturação do mercado de trabalho (BRIDI; BRAGA; SANTANA, 2008, p. 43).

Dentre as particularidades do capitalismo no Brasil, pautado em uma economia dependente, é que o país nasceu integrado ao movimento do capital mundial e se integra nesse circuito de movimentação de mercadorias como uma colônia de exploração.

A extração colonial e escravista, que visava o mercado externo, na qual a renda gerada era invertida na produção de cana-de-açúcar e agrária, tinha por finalidade auferir grandes lucros, integrando-se à forma genuinamente burguesa. Assim sendo, passava a fazer parte da totalidade do modo de produção dominante, ou seja, o escravismo estava, diretamente, imbricado ao processo de expansão capitalista (SOUSA, 2014, p. 8).

A partir da década neoliberal de 1990, até a atualidade, no cenário globalizado do trabalho, os esforços interpretativos e desafios metodológicos se orientam para os fenômenos globais decorrentes das dinâmicas gerais do capitalismo, ainda com enfoque no que seja específico e particular da sociedade brasileira. Mudanças

profundas com transformações econômicas, políticas, sociais, tecnológicas e culturais impactaram o mundo do trabalho, provocando modificações nos sistemas produtivos e nas configurações do trabalho. Amplia-se o sentido de observação para além dos setores econômicos clássicos do trabalho urbano e industrial, característicos da era taylorista e fordista, orientando estudos para outras formas de trabalho, emprego e classe trabalhadora multiforme.

As mudanças ocorridas em meio ao processo de globalização, com transformações e mutações no mundo do trabalho, alteraram significativamente o perfil da classe trabalhadora. Com a introdução da máquina informatizada e o desenvolvimento das linhas de produção com a reestruturação produtiva do capital, percebe-se uma diminuição do conjunto de trabalhadores estáveis por meio de empregos formais. Os trabalhadores restantes da desindustrialização são forçados a buscar alternativas de trabalho em condições adversas e tiveram como consequência o aumento do trabalho precarizado, parcial, temporário, terceirizado, informalizado.

Uma noção ampliada da classe trabalhadora inclui, então, todos aqueles e aquelas que vendem sua força de trabalho em troca de salário, incorporando, além do proletariado industrial, dos assalariados do setor de serviços, também o proletariado rural, que vende sua força para o capital. Essa noção incorpora o proletariado precarizado, o subproletariado moderno, part time, o novo proletariado do McDonald's, os trabalhadores hifenizados de que falou Beynon, os trabalhadores terceirizados e precarizados das empresas liofilizadas de que falou Juan José Castillo, os trabalhadores assalariados da chamada economia informal que muitas vezes são indiretamente subordinados ao capital, além dos trabalhadores desempregados, expulsos do processo produtivo e do mercado de trabalho pela reestruturação do capital e que hipertrofiaram o exército industrial de reserva, na fase de desemprego estrutural (ANTUNES, 2009, p. 104).

O medo, a instabilidade no emprego e a insegurança, pautados na vulnerabilidade que ocasionam a individualização no trabalho, fazem parte de um processo de precarização caracterizado por um sofrimento social. As transformações do trabalho impactaram em um sofrimento social que hoje é uma das grandes expressões da precarização do trabalho.

O sofrimento social é caracterizado pela perda da confiança tripla: perda da confiança no outro, perda da confiança em si mesmo e da sua dignidade de existir e perda na confiança no futuro, que se torna ameaçador (MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016, p. 234).

Nesse sentido, ameaça do desemprego propicia a individualização do trabalho, e o gerenciamento moderno se apodera dessa concorrência entre os trabalhadores, utilizando como estratégia para o capital. De acordo com Tavares (2004), O medo do desemprego acaba por gerar uma concorrência entre os trabalhadores oportunamente fomentada pelo capital, mediante o pagamento.

Retornando o debate para elementos mais estruturais, Druck (2009), ao discorrer sobre a precarização do trabalho no quadro mundial e na América Latina, vale-se da análise de indicadores sociais para delinear o trabalho precário como um processo em suas diferentes expressões. No Brasil, considera-se que as tendências da globalização financeira, da reestruturação produtiva e do neoliberalismo é que determinaram a realidade brasileira, onde a precarização surge como novo fenômeno e com determinadas características.

Considera-se que a precarização do trabalho constitui um novo fenômeno no Brasil: suas principais características, modalidades e dimensões sugerem um processo de precarização social e inédito nas últimas duas décadas, revelado pelas mudanças nas formas de organização/gestão do trabalho, na legislação trabalhista e social, no papel do Estado e suas políticas sociais, no novo comportamento dos sindicatos e nas novas formas de atuação de instituições públicas e de associações civis (DRUCK, 2009, p. 55).

Druck (2009) caracteriza a nova precarização social do trabalho no Brasil e sua tipologia de precarização, destacando a vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais, intensificação do trabalho e terceirização, condições de insegurança e saúde no trabalho, perda das identidades individual e coletiva, fragilização da organização dos trabalhadores e a condenação e o descarte do direito do trabalho como elementos essenciais para análise da precarização do trabalho no Brasil. Os indicadores sociais, em questão, reafirmam que as mudanças que ocorreram no espaço produtivo, em consequência do modo de produção capitalista, intensificaram a exploração da força de trabalho e a degradação da saúde do trabalhador.

A intensidade do trabalho, porém, não é exclusiva do modo de produção capitalista. De acordo com Rosso (2008), ela é uma condição intrínseca a todo trabalho concreto e está presente em todo o tipo de trabalho executado, em maior ou menor grau. O que se verifica é que o processo de intensificação do trabalho alterou o mundo do trabalho a partir da introdução do toyotismo e sua reorganização do trabalho e dos modos de produção a partir dos anos 1980, nos espaços em que o

trabalho foi reorganizado não apenas com racionalização, mas, também, com maior demanda de energia por parte do trabalhador, surgindo a reorganização com intensificação. A intensidade no trabalho tornou-se um braço do domínio do capital sobre os trabalhadores no capitalismo contemporâneo e está voltada diretamente ao atingimento de metas e resultados não determinadas pelo trabalhador, a quem compete apenas a venda de sua força de trabalho.

O grau de intensidade resulta de uma disputa, de um conflito social que opõe o interesse dos trabalhadores ao dos empregadores. Não é o indivíduo trabalhador quem decide autonomamente suas condições de trabalho e estabelece o grau de empenho pessoal com a atividade. O ato de compra e venda da sua força de trabalho confere ao comprador poder sobre como será utilizada essa mercadoria. As empresas e os administradores pautam determinações inarredáveis quanto ao como deve ser realizada determinada tarefa e conseqüentemente qual o grau de intensidade requerido. No trabalho assalariado, a determinação do grau de intensidade é transferida com o ato de compra e venda da força de trabalho das mãos do vendedor para as mãos do comprador (ROSSO, 2008, p. 24).

Uma das formas de dominação do capital, relacionada à intensificação do trabalho, é a vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais, mais um indicador social apontado por Druck (2009). O desemprego é a condição mais precária dessa vulnerabilidade das formas de inserção, em que o medo do desemprego fragiliza o trabalhador e possibilita diferentes formas de exploração, além do controle por parte do capital sob aqueles que mantiveram seus postos de trabalho. De acordo com Druck (2010), para aqueles que permanecem empregados, um dos sintomas da precarização das condições de trabalho, resultante dos processos de reestruturação produtiva e da implementação das práticas toyotistas de organização nas últimas décadas, é a intensificação do trabalho.

A intensidade do trabalho está em toda atividade laboral, não se restringindo ao setor industrial de produção. Com a introdução da informática surgiram setores com invocação à inteligência, à afetividade e à capacidade, permitindo a exploração dos componentes intelectuais e emocionais dos trabalhadores, diferentemente da venda de força de trabalho física dos trabalhos braçais. No setor de atividade onde a venda da força de trabalho não é física, existe um envolvimento emocional com o trabalho e, conseqüentemente, um desgaste emocional exigido pelo trabalho imaterial. Fator que não afasta a intensidade de trabalho de todo processo de trabalho. Embora a citação seja extensa, uma explicação mais detalhada do processo entre trabalho material e imaterial se faz necessária, uma vez que o trabalho contemporâneo

emprega mais no setor de serviços do que na área de produção industrial, aparecendo o trabalho imaterial como expoente importante na precarização do trabalho na atualidade.

Os serviços com base na imaterialidade marcam diferenças significativas em relação ao trabalho industrial pelo fato de demandarem mais intensamente as capacidades intelectuais, afetivas, os aprendizados culturais herdados e transmitidos, o cuidado individual e coletivo. A intensidade em tais serviços não é adequadamente avaliada caso se expresse exclusivamente em termos corporais, físicos, materiais. Que é intensidade para um pesquisador, senão for considerado o aspecto imaterial de seu trabalho, o apelo à inteligência? Que é para um professor, caso não seja levada em consideração a capacidade de se relacionar com os estudantes? E para um enfermeiro ou um médico, se não forem considerados aspectos afetivos e psicológicos da relação com o paciente que necessita de apoio e cuidados? Para um comunicador, um jornalista, um repórter, um entrevistador, caso não seja levada em consideração a pressão pela produção da matéria jornalística, a sua veiculação para um público em massa? Para um secretário ou uma secretária, se não for levado em consideração o aspecto afetivo da relação com o chefe e o consumidor? Como analisar a intensidade de uma telefonista ou de um operador de comunicação, se não for levada em conta a relação comunicativa? (ROSSO, 2008, p. 33).

No entanto, se as condições adoecedoras de trabalho não são modificadas e o trabalhador retorna para o mesmo ambiente, seu estado de saúde se agrava e se torna um ciclo vicioso e prejudicial. Em 02 de junho de 2004, pela Lei nº 10.876, com a criação da carreira de Perito Médico Previdenciário, já se estipulava como função privativa desses profissionais a inspeção de ambientes de trabalho para fins previdenciários. Ações integradas entre INSS e Vigilância em Saúde do Trabalhador deveriam checar a permanência ou não das condições do espaço adoecedor para que fossem evitados agravamentos de saúde ou até mesmo novos casos.

Em seguida, analisar-se-á como foi na prática a atenção dada à Saúde do trabalhador através do serviço de Reabilitação Profissional e seu enfrentamento, ou não, do trabalho precário e adoecedor.

4 A SAÚDE DO TRABALHADOR NA POLÍTICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL: ANÁLISE DOS MANUAIS TÉCNICOS DE PROCEDIMENTOS DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS DE 2011 A 2018 E A PERÍCIA MÉDICA: CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

A saúde é uma necessidade social percebida como um bem que tem utilidade para a sobrevivência e que precisa de controle e prevenção. Dentre a multiplicidade de fatores que compõem a saúde, ganha destaque o Trabalho por ser elemento determinante no processo de saúde e doença resultante do processo de trabalho na sociedade capitalista. Sob impactos sociais, econômicos, ambientais, culturais, físicos e psíquicos, o adoecer no trabalho vai além do adoecer físico. Para Santo e Freitas (2009), as condições de trabalho prejudicam o corpo físico do trabalhador, ao passo que a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico.

Políticas de emprego, salário, habitação, transporte, saúde, assistência social, previdência, entre outras, são condicionantes do processo de saúde e doença. Sendo assim, a Saúde do Trabalhador é construída numa dimensão de processo econômico, político e social, em que cada órgão público tem suas atribuições definidas.

No que se refere à Previdência Social, como citado anteriormente, em 2009 houve a criação da SST (Seção de Saúde do trabalhador) composta por três serviços do Instituto: Perícia Médica, Reabilitação Profissional e Serviço Social. No decorrer dos anos, acompanhando as mudanças políticas, econômicas e sociais, os serviços foram sendo reestruturados e materializados nas formas de seus Manuais Técnicos de procedimentos, em que se postulam técnicas e métodos descritos com regras e exceções revistas, organizando a operacionalização de cada serviço. Sendo o objetivo da pesquisa conhecer a forma como a Saúde do trabalhador foi operacionalizada pelo serviço de Reabilitação Profissional do INSS, serão analisados os seguintes documentos, observando suas transformações a cada nova edição. Serão analisados o Manual Técnico de procedimentos da área de Reabilitação Profissional atualizado pelo Despacho Decisório nº 2/DIRSAT/INSS de 24/11/2011; nova publicação atualizada pelos Despachos Decisórios nº 1/ DIRSAT/INSS, de 19/04/2016 e nº 2, DIRSAT/INSS, de 12/05/2016 e Manual Técnico de procedimentos da área de Reabilitação Profissional no ano de 2018. No decorrer da pesquisa será analisada a atuação da Perícia Médica no serviço de reabilitação profissional, reconhecendo a

relevância de suas ações quando se trata da saúde do trabalhador e por estar presente em praticamente todas as etapas do Programa de Reabilitação Profissional em conformidade com sua especialidade.

Antes de apresentar a operacionalização da Reabilitação Profissional no INSS, é importante mostrar como o serviço está normatizado e reafirmado nos dispositivos legais da Instrução Normativa²⁷ nº 77 de 21 de janeiro de 2015 da Previdência Social, em consonância com a Lei 8.213/91 e o Decreto 3.048/99. Tal apontamento se faz importante no decorrer da análise das alterações ocorridas entre os anos de publicações de Manual Técnico de procedimentos.

Inserido no Capítulo V de Benefícios e serviços, a Reabilitação Profissional é apresentada com um serviço ofertado aos segurados incapacitados para sua atividade laboral habitual e que compete ao serviço de Reabilitação Profissional sua capacitação e preparação para sua reinserção no mercado de trabalho.

Art. 398. A Habilitação e Reabilitação Profissional visam proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem (BRASIL, 2015)

O "contexto em que vive" no momento da Avaliação socioprofissional, fase do Programa de Reabilitação Profissional que será abordado mais detalhadamente adiante, é uma ferramenta fundamental para a efetividade da reabilitação profissional do trabalhador. Para resultado satisfatório no Programa devem ser consideradas as realidades diferentes e quais estruturas que seu local de moradia oferece, como se dá o acesso à saúde, habitação, educação profissional, aos meios de transporte ofertados, e até mesmo idade e escolaridade do segurado, ou seja, é preciso conhecer o cenário social e objetivar a qualificação profissional desse trabalhador, condizente com sua realidade e seu espaço territorial.

Os segurados que podem ser encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional são os segurados em gozo de auxílio-doença, acidentário ou previdenciário, os segurados sem carência para a concessão de auxílio-doença previdenciário e que esteja incapaz para o trabalho. Também o segurado em gozo de aposentadoria por invalidez, o segurado em gozo de aposentadoria especial, por

27 Instrução normativa são normas elaboradas e expedidas pela própria Previdência Social que juridicamente se não ferirem as normas superiores, tem valor como fonte do direito previdenciário.

tempo de contribuição ou idade que, em atividade laborativa, tenha reduzida sua capacidade funcional em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou causa. Ainda o dependente do segurado e as Pessoas com Deficiência – PcD, desde que precisem da interferência da Reabilitação profissional para retornar ao trabalho.

Ainda de acordo com a IN nº 77, o atendimento de RP deve ser focado na integralidade de atendimento ao segurado. Além de ser descentralizado e acontecer na Agência da Previdência Social mais próxima à sua residência, o necessário para o processo de reabilitação profissional deve ser custeado pela Previdência Social. Transporte, alimentação, implementos profissionais para sua capacitação, órteses, próteses, ou seja, deve ser protegido e amparado de acordo com o cenário social, identificado a partir de sua avaliação socioprofissional, uma das primeiras etapas do Programa de RP.

Durante todo o procedimento de reabilitação profissional, o segurado permanece em percepção do benefício de auxílio-doença que é a renda utilizada para substituir sua remuneração do trabalho assalariado enquanto ele estiver incapacitado de suas atividades, seja por doença, gravidez, invalidez, velhice ou morte. Nessa perspectiva é que se insere "A reabilitação, entendida como um processo de assistência reeducativa e de readaptação profissional, devendo fornecer os meios indicados para o reingresso do segurado no mercado de trabalho e em seu contexto social" (DGARP/CREAP, 2016).

O exame médico pericial é trazido de forma sucinta na Instrução Normativa, destacando essencialmente a emissão de laudo médico para a concessão de benefícios por incapacidade, embora seja parte integrante da maioria dos demais benefícios concedidos pela Previdência Social e citados no decorrer da IN nº 77.

Em todas as etapas do processo de Reabilitação Profissional, a atuação do médico perito é indispensável. Ao lado do médico perito, o profissional de referência com formação superior em diversas áreas de conhecimento, como Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, compõe a Equipe de RP com características multidisciplinares, e a esses profissionais compete conduzir o procedimento de reabilitação profissional de acordo com o olhar profissional de sua formação. Mas todas as condutas partem das decisões médico-periciais.

Essas decisões são fundamentais e inquestionáveis, uma vez que a proposta da Previdência Social é a preservação da saúde do trabalhador. Somente a partir da análise médica e definição das restrições físicas ou mentais do trabalhador é que deve

ser estabelecido o caminho a ser traçado para seu retorno ao trabalho. As restrições laborais que devem ser somadas às informações coletadas em avaliação socioprofissional que é realizada pelo profissional de referência e assim ser estabelecido o processo de reabilitação profissional. Nesse entendimento, a Perícia Médica é imprescindível para que a reabilitação profissional obtenha resultados.

O que difere no decorrer dos anos e será demonstrada na Análise dos Manuais Técnicos de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional é a centralidade que foi dada a essa atuação do perito médico em detrimento da atuação dos demais profissionais que compõem a Equipe de RP, deixando de existir uma decisão conjunta entre os profissionais envolvidos no processo.

Com a centralidade de decisões nas mãos do perito médico e os espaços do trabalho heterogêneo e instável, entre compassos e descompassos com a esfera produtiva, corre-se o risco de altas indevidas de benefícios, reabilitações profissionais mal sucedidas e penalização do trabalhador por decisões não amparadas na sua totalidade. O perito médico sozinho não tem elementos suficientes para identificar todas as relações estabelecidas e as contribuições do trabalho nos adoecimentos.

Para melhor visualização do leitor, a análise dos Manuais será realizada em relação à sua estrutura organizacional partindo da estrutura do INSS, a composição da Equipe de Reabilitação Profissional e as atribuições de cada profissional envolvido no processo e, em seguida, por etapas do Programa, sendo eles o encaminhamento, o processo de reabilitação profissional em si e o desligamento do programa. Cada etapa do Programa, por sua vez, é composta por procedimentos.

Inicialmente, optou-se pela pesquisa e análise por capítulos de cada Manual, com destaque para a construção e desconstrução do Programa de RP. Mas tal procedimento não foi possível, pois os Manuais dos anos de 2011 e 2016 contam com dezoito capítulos e o Manual de 2018 tem somente cinco capítulos. Os anexos dos Manuais são iguais em seus conteúdos, mas assim que colocados em prática, após a alteração dos procedimentos no ano de 2018, os impactos causados desestruturaram o serviço e fragilizam a atividade profissional dos Analistas do Seguro Social. Sendo assim, selecionam-se, para a pesquisa, conteúdos e procedimentos que, com suas alterações e modificações, foram significativos para o Programa de Reabilitação Profissional e, conseqüentemente, na qualidade do serviço prestado ao trabalhador como assistência e suporte para seu retorno ao trabalho. As alterações que não

afetaram a prática profissional não serão abordadas por não serem relevantes ao recorte da pesquisa.

4.1 Embasamento Teórico para Prática em Reabilitação Profissional

Os Manuais Técnicos de 2011 e 2016, logo no início apresentam conteúdo teórico para embasamento da prática profissional em Reabilitação profissional. No Capítulo I, o Manual de 2011 traz a Saúde do trabalhador e suas concepções na visão de diferentes autores e o destaque do Brasil por ser signatário da Convenção nº 155 da Organização Internacional do trabalho (OIT). Com a publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), por ser o Ministério da Previdência Social integrante desta Política, este tem responsabilidades específicas e, dentre elas, as de realizar ações de reabilitação profissional e avaliar a capacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários que deveriam ser realizados pelo INSS. O Capítulo I do Manual Técnico de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional de 2016 apresenta os fundamentos teóricos da Reabilitação Profissional no intuito de fomentar ações profissionais da Equipe com foco na PNSST que tem como referencial teórico o campo de Saúde do Trabalhador. Amplia-se o conteúdo já existente em Manual Técnico de procedimentos da Reabilitação Profissional anterior, agregando novos instrumentos e qualificando ações e orientações das equipes. Extenso e denso em seu conteúdo, o capítulo I abrange conceitos teóricos como a categoria trabalho no contexto de reabilitação profissional ao conceituar trabalho e modos de produção, dicotomia entre prazer e sofrimento, inclusão e exclusão, saúde e doença, conceito sobre trabalho e adoecimento, saúde do trabalhador e reabilitação profissional. Com conteúdo voltado para suporte das equipes desde avaliação inicial, condução do Programa de RP até o desligamento do segurado para retorno ao mercado de trabalho, conceituam-se também territorialização, interdisciplinaridade e equipe multiprofissional, funcionalidade, incapacidade laboral e saúde, e as diferentes concepções entre modelo biomédico, modelo social de deficiência e modelo biopsicossocial, modelos fundamentados na Classificação Internacional de doenças (CIF).

A experiência do trabalhador em processo de reabilitação profissional também é abordada devida à sua relevância no processo de preparação de retorno ao trabalho, pois, muitas vezes, há processo de ruptura com sua experiência histórica e sua

atividade habitual. Seu entendimento quanto à sua incapacidade e capacidade, tanto quanto mecanismos de enfrentamento às adversidades existentes e planejamento de vida futura também são significativos, pois o benefício auxílio-doença, como preconiza a lei, é temporário. Aborda-se, então, nesse primeiro capítulo, o atendimento ao trabalhador a partir de um conceito de deficiência e incapacidade ordenado pela CIF ao reunir todos os referidos conceitos para servir como suporte para a ação profissional e aprimorar a relação entre Reabilitação Profissional e segurado do INSS, na figura de trabalhador.

Já o Manual de 2018, com suas inúmeras alterações operacionais, não apresenta fundamentações teóricas ou concepções sobre Saúde do trabalhador ou seu contexto de origem para embasamento da prática profissional e aborda, imediatamente numa forma mecanicista, o que é Reabilitação Profissional, sua conceituação e base legal, funções básicas, clientela e os critérios de elegibilidade.

Percebe-se que o Manual Técnico de Procedimento de RP do ano de 2011 aborda de forma sucinta conteúdo teórico sobre a Saúde do Trabalhador com enfoque na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. O Manual Técnico de Procedimentos de RP do ano de 2016 aborda conteúdo mais amplo no campo teórico também com a intenção em potencializar as ações da Equipe de RP e sua amplitude teórica ao conceituar modos de produção, trabalho e adoecimento, saúde do trabalhador e reabilitação profissional, entre outros. Vai ao encontro do trabalho precário apresentado por Druck (2009), que caracteriza a nova precarização social do trabalho no Brasil e as mudanças que ocorreram nos espaços produtivos em consequência do modo de produção capitalista, acentuando a exploração da força de trabalho e degradação da saúde do trabalhador. Percebe-se uma proteção estatal na integralidade do trabalhador como é proposto pelo campo da Saúde do trabalhador.

Posteriormente, com a edição do Manual Técnico de Procedimentos de 2018 e a centralidade de decisões vindas do perito médico, além de não existir margem de manobra com suas decisões, não são consideradas as diferentes realidades de trabalho e não propõe melhoria nas condições de trabalho e de vida do trabalhador no contexto de grandes transformações no trabalho contemporâneo.

4.2 Estrutura do Serviço de Reabilitação Profissional a Partir da Estrutura Organizacional do Instituto Nacional do Seguro Social

A Estrutura Organizacional do Instituto Nacional do Seguro Social conta com as seguintes unidades descentralizadas em todo o país: Superintendência Regional Sudeste I, Superintendência Regional Sul, Superintendência Regional Nordeste e Superintendência Regional Norte/Centro-Oeste. Cada Superintendência (SR) conta com suas respectivas Gerências Executivas (GEX) que, por sua vez, são compostas por Agências da Previdência Social (APS).

De acordo com os Manuais de 2011 e 2016, os Representantes Técnicos da Reabilitação Profissional (RET) são lotados nas Superintendências Regionais devidamente designados pela Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT), subordinados tecnicamente a essa Diretoria e administrativamente à SR. Com atribuições como a assessoria técnica para melhoria na qualidade de atendimento do serviço prestado, supervisionam ações desenvolvidas nas Gerências Executivas pelas equipes fixas e voltantes de RP. Além de acompanhar o orçamento a fim de otimizar a utilização de recursos. Portanto devem "identificar e propor a correção de distorções ocorridas durante o processo de trabalho, por meio de supervisões sistemáticas, qualitativas e quantitativas, junto aos Responsáveis Técnicos da Reabilitação Profissional nas Gerências-Executivas" e "repassar aos Responsáveis Técnicos de Reabilitação Profissional das Gerência-Executivas, em tempo hábil, informações técnicas, normativas e outras relacionadas ao trabalho, oriundas da DIRSAT" (BRASIL,2011).

A estrutura do serviço de Reabilitação Profissional, nos Manuais de 2011 e 2016, também contava com a figura do Responsável Técnico da Reabilitação (RT), profissional lotado nas GEX. Estes tinham atribuições como a assessoria técnica e administrativa à Seção de Saúde de Saúde do Trabalhador (SST) da GEX nos assuntos de RP, estimulando a integração e o envolvimento de profissionais de perícia médica e reabilitação profissional na condução do Programa de Reabilitação Profissional (PRP). Também eram responsáveis pelo planejamento mensal da questão orçamentária referente a diárias, passagens e cursos profissionalizantes contratados que são ofertados aos segurados em processo de RP. Também supervisionavam tecnicamente as ações desenvolvidas pelas equipes de RP, propondo medidas de correção quando necessário, esclarecendo e discutindo dúvidas sobre o processo e reflexão dos casos, habitualmente com repasse de informações técnicas e normativas.

Em substituição ao cargo comissionado na função de Responsável Técnico de Reabilitação Profissional (RT) lotados nas GEX, surge a figura do Assessor Técnico de Reabilitação Profissional (ATRP) no Manual de Procedimentos Técnicos de Reabilitação Profissional de 2018, estando extinto o cargo comissionado de RET das Superintendências.

Embora as atribuições dos RTs e dos ATRPs sejam as mesmas, pela nomenclatura o profissional deixa de ser "Responsável" e passa a ser somente um "Assessor". Ademais, a extinção dos cargos de RETs das SRs repercutiu a desenvoltura do serviço de Reabilitação Profissional nas GEX e, conseqüentemente, nas APS. Não houve mais referência profissional para reflexão e solução de dúvidas sobre andamento de casos de RP. Não existia mais a solução de dúvidas burocráticas, normativas e organizacionais na coletividade, passando as soluções a serem locais e menos resolutivas.

Com a extinção dos cargos de RETs tanto do serviço de RP como de Serviço Social que foi igualmente afetado, um único profissional perito médico assume a chefia e as atribuições dos serviços de Perícia Médica, Reabilitação Profissional e Serviço Social nas Superintendências. Ou seja, o chefe de Perícia Médica das Superintendências passa a chefiar técnica e administrativamente os serviços de Perícia Médica, Reabilitação Profissional e Serviço Social. Em Manual de 2018 surgem as atribuições do chefe do serviço de Reabilitação Profissional na Superintendência Regional e as atribuições da chefia da Seção de Saúde do Trabalhador (SST) na GEX.

Um dado importante é que, com a substituição dos RTs pelos ATRP nas GEX, boa parte dos profissionais Analistas do Seguro Social, com formação de nível superior que ocupavam os cargos de Responsáveis Técnicos de Reabilitação Profissional (RT), foram destituídos de suas funções, que passaram a ser ocupadas por peritos médicos.

Dessa forma, com a edição do Manual de 2018, a chefia do serviço de Reabilitação Profissional, tanto nas GEX como nas Superintendências, passaram para as mãos dos peritos médicos, reforçando a centralidade de decisões agora no âmbito da gestão do serviço. A forma de gestão divorcia as ações de reabilitação profissional da realidade dos segurados, pois a gestão do Programa de RP deve partir de um conjunto de ações com diferentes áreas do conhecimento que não seja o biomédico, pois a reabilitação profissional tem papel importante na vida do trabalhador em meio

aos impactos sofridos por se tratar de um trabalhador incapacitado de suas atividades laborais.

4.3 A Composição da Equipe de Reabilitação Profissional e as Atribuições de cada Profissional

Todo Manual Técnico de Procedimentos apresenta conceitos fundamentais para o serviço, estabelecendo rotinas aos servidores de cada área de competência e tem a finalidade em servir como fonte de consulta e orientação quanto a legislação e normas institucionais.

Quando apresentadas a composição das Equipes de Reabilitação Profissional e suas atribuições, cada Manual editado discorre a Equipe à sua maneira. Embora os Manuais de 2011 e 2016 não apontem diferença quanto às atribuições, a mudança da nomenclatura, quando se refere aos Analistas do Seguro Social com formação de nível superior que compõe a Equipe, foi expressiva em seu significado.

O Manual de 2011 menciona que "a equipe de reabilitação profissional constituída pelo Responsável pela Orientação Profissional e o Perito Médico da RP tem por atribuições: a avaliação do segurado, planejamento, condução e finalização do PRP".

Já o Manual de 2016 discorre que "a equipe de reabilitação profissional constituída pelo Profissional de Referência e o Perito Médico da RP tem por atribuições: a avaliação do segurado, planejamento, condução e finalização do PRP".

Observa-se que o Analista do Seguro Social que atua na Equipe de Reabilitação Profissional deixa de ser apenas o "orientador do segurado" e passa a ser o "profissional de referência" deste, caracterizando pró-atividade do reabilitando, incentivando sua participação.

De acordo com Manual em 2016, a nova nomenclatura adquirida e seu conteúdo abrangente, no que se refere à conceituação teórica, o Profissional de referência deixa de ter centralidade e ser o condutor do processo de reabilitação como anteriormente acontecia com o Responsável pela Orientação Profissional, passando a ser profissional de referência das ações que o próprio segurado deve se responsabilizar, em busca de autonomia.

Em Manual de 2018, mantém a nomenclatura do Analista do Seguro Social como Profissional de Referência e apresenta a Equipe de RP da seguinte maneira:

A equipe de RP será constituída pelo Perito Médico e pelo Profissional de Referência. Tem por atribuições a avaliação do potencial laboral do segurado, a orientação e acompanhamento do PRP, o desligamento do PRP, a realização da pesquisa da fixação no mercado de trabalho, bem como o adequado registro em prontuário e a alimentação de todos os sistemas pertinentes, em consonância às determinações da DIRSAT (BRASIL,2018).

Embora especifique que compete à Equipe a avaliação do potencial laboral, na prática isso deixou de acontecer com a eliminação da etapa de Avaliação Conjunta do Manual de 2018, etapa que será abrangida quando se entra em discussões quanto às etapas e procedimentos do Programa de Reabilitação Profissional. A questão do desligamento do PRP também será melhor detalhada, pois com a saída dos peritos médicos da estrutura do INSS, no ano de 2019, essa etapa do Programa de Reabilitação Profissional sofreu mudanças que afetaram não somente a saúde do trabalhador, mas os profissionais envolvidos nessa etapa sem qualificação na área da saúde e que passaram a se responsabilizar pela condição clínica do segurado, certificando seu desligamento do Programa e "atestando" que este estava apto para retorno ao trabalho. Mesmo sem formação acadêmica e qualificação técnica para tal, profissionais Analistas do Seguro Social, seja na formação em Serviço Social, Psicologia e/ou Pedagogia, passaram a se responsabilizar pela etapa do desligamento do Programa, deixando de acontecer perícia médica de desligamento, em que o segurado era avaliado clinicamente por um profissional da área da saúde, garantindo que o segurado não teria sua saúde agravada ao retornar ao trabalho.

Vale lembrar o papel de cada profissional da "Equipe"²⁸ envolvido no processo de reabilitação profissional, a exclusão do profissional de referência da avaliação do potencial laborativo e as decisões focalizadas nas atribuições do perito médico, perdendo as características do atendimento biopsicossocial, construído nas edições dos Manuais de 2011 e 2016, com a devida proteção estatal, consoante com as propostas do campo da Saúde do trabalhador, com a Previdência Social assumindo sua responsabilidade perante o trabalhador. Com a edição do Manual de 2018 e o desmantelamento de sua atenção ao trabalhador e visão centrada na avaliação biomédica, tal deficiência de atuação do Estado pode contribuir de forma acentuada para a intensificação para a incapacidade para o trabalho.

²⁸ Optou-se pela utilização de aspas, visto que a questão da autonomia do profissional Analista do Seguro Social que compõe a Equipe de RP junto ao médico perito, por vezes foi questionada. Todas as definições submetem-se às decisões médico periciais. Decisões confirmadas pela utilização dos sistemas informatizados em que as decisões finais em qualquer etapa do Programa, pois o segurado pode ser desligado do Programa no decorrer do processo de reabilitação, somente o perito médico tem acesso e é passível de decisão final, o que ocorre sem qualquer interferência do Profissional de Referência.

4.3.1 Atribuições do Analista do Seguro Social com Formação em Nível Superior - Profissional e Referência

O Manual de 2011 não traz definição sobre o Responsável pela Orientação Profissional (ROP). O Manual de 2016, dentre seus acréscimos conceituais sobre a Reabilitação profissional e que substitui a nomenclatura do Responsável Técnico pela Orientação Profissional por Profissional de Referência (PR), retrata o Profissional de Referência como um servidor que atua na condução do processo de reabilitação profissional, orientando e acompanhando os reabilitando encaminhado ao serviço. Deve ser servidor de nível superior e/ou analista do seguro social de áreas afins do processo de reabilitação profissional, como serviço social, psicologia, sociologia, fisioterapia, terapia ocupacional, pedagogia entre outras. A mesma definição é apresentada no Manual de 2018, mas com alterações significativas que condizem com as atribuições deste profissional. Em razão de sua importância e os efeitos na prática do serviço de reabilitação profissional, as modificações das atribuições dos Profissionais de Referência estão expostas em tabela.

Quadro 2 – As alterações nas atribuições do Analista do Seguro Social entre os anos de 2011 a 2018.

2011 e 2016	2018
a) avaliar os segurados, verificando seu potencial laborativo e registrar os dados em formulário próprio;	a) realizar avaliação socioprofissional dos segurados e preencher o Formulário de Avaliação Socioprofissional - FASP;
b) realizar avaliação conjunta com o Perito Médico e, com a participação do segurado, estabelecer as opções e perspectivas para o PRP (Redação dada pelo Despacho Decisório nº 2 DIRSAT/INSS, de 24/11/2011);	b) participar das reuniões de planejamento e acompanhamento para definição do programa, em conjunto com o Perito Médico;
c) alimentar os sistemas informatizados;	c) realizar a montagem dos prontuários e o preenchimento dos pertinentes ao PRP. Caso haja na equipe de RP servidor administrativo, caberá ao ATRP designá-lo para a realização das atividades citadas;
d) planejar o programa profissional para retorno ao trabalho;	d) participar de grupos informativos de RP;
e) realizar reuniões de Grupos de Reabilitação Profissional. (Redação dada pelo Despacho Decisório nº 02/DIRSAT/INSS, de 12/05/2016).	e) fazer contato com a empresa de vínculo, solicitando informações referentes aos cargos de qualificação profissional, com a finalidade de dar sequência ao planejamento do PRP de cada segurado;
f) solicitar, quando necessário, parecer especializado (nas áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Educação e outras), estabelecendo o	f) solicitar os recursos materiais, conforme o planejamento de PRP, e preencher o formulário de encaminhamento para prescrição no caso de

prazo de até trinta dias para apresentação dos resultados;	órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;
g) fazer contato com a empresa de vínculo para definir a função que o segurado poderá exercer;	g) fazer levantamento de funções compatíveis com o potencial laboral do segurado sem vínculo empregatício, de acordo com o planejamento do PRP;
h) prescrever os recursos materiais necessários ao desenvolvimento do PRP;	h) realizar orientação e acompanhamento dos segurados em PRP;
i) solicitar dados das empresas referentes aos cargos e qualificação profissional;	i) realizar a avaliação do desligamento do PRP;
j) fazer levantamento de funções compatíveis com o potencial laborativo do segurado sem vínculo empregatício;	j) registrar os dados relativos a todos os atendimentos da RP no BERP, no prontuário físico, no SABI, no SRRP, no SIBE, no e-tarefas ou outros sistemas que venham a substituí-los ou serem implementados;
k) realizar atendimentos subsequentes dos segurados em avaliação ou em Programa Profissional;	k) consultar CNIS e PLENUS;
l) elaborar, em conjunto com o Perito Médico, Parecer Técnico Conclusivo do PRP desenvolvido com o segurado;	l) avaliar, supervisionar e homologar, junto com Perito Médico, os programas profissionais realizados por terceiros ou empresas conveniadas;
m) registrar os dados, relativos a todos os atendimentos da Reabilitação Profissional, que alimentarão o BERP	m) certificar, em conjunto com o Perito Médico, o PRP, e;
n) avaliar, supervisionar e homologar, junto com o Perito Médico, os programas profissionais realizados por terceiros ou empresas conveniadas;	n) homologar e certificar, em conjunto com o Perito Médico, a compatibilidade da habilitação/reabilitação promovida pela empresa ou pela comunidade, nos casos das PcD.
o) certificar, em conjunto com o Perito Médico, o PRP;	
p) homologar e certificar, em conjunto com o Perito Médico, a compatibilidade da habilitação/reabilitação promovida pela empresa ou pela comunidade nos casos das Pessoas com Deficiência – PcD.	

Fonte: Manuais Técnicos de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional anos 2011, 2016 e 2018.

Observa-se que nos anos de 2011 e 2016, competia ao Responsável pela Orientação Profissional e ao Profissional de Referência, respectivamente, avaliar os segurados, verificando seu potencial laborativo, atividades não visualizadas no Manual de 2018. Nesse ano, atribui-se ao Profissional de Referência realizar avaliação socioprofissional e preencher o Formulário de Avaliação Socioprofissional (FASP). Essa avaliação era realizada e considerada no momento de avaliação do potencial laboral do segurado, a chamada Avaliação Conjunta junto ao perito médico na etapa de Encaminhamento, que será esmiuçada adiante. Essa etapa era realizada com Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo (FAPL) (Anexo I), constando

decisões e assinaturas dos dois profissionais envolvidos, o que determinava sua elegibilidade ou não ao Programa de RP²⁹, tanto quanto avaliação socioprofissional como o parecer conclusivo do Programa.

A partir do ano de 2018, a Avaliação Socioprofissional passa a acontecer em formulário à parte do que decide pela elegibilidade ou não. Dessa maneira, o Formulário de Avaliação Socioprofissional (FASP) (Anexo II) não é considerado nas decisões finais do Programa. Tal condição é confirmada quando não mais apontada a Avaliação Conjunta dentre as atribuições do Profissional de Referência em Manual de 2018, e na letra B estabelece que o Profissional de referência participa das reuniões de planejamento e acompanhamento para definição do programa em conjunto com o Perito Médico. Observa-se que não é estipulado nenhum tipo de ação, somente “participa” de reuniões e acompanhamento sem nenhuma forma de influência ou decisão.

O item “d” dos Manuais de 2011 e 2016, que indica um Profissional de Referência que planeja o programa profissional para retorno ao trabalho, não é apresentado no Manual de 2018, reforçando sua exclusão do processo de decisões em conjunto ao Perito Médico e o segurado. O papel do segurado no momento de planejamento é marcante, pois o delineamento das ações do processo de reabilitação profissional não ocorre sem a participação do segurado considerando suas aptidões

Com a edição do Manual de 2018, somente o Profissional de Referência deixa de fazer parte do planejamento das ações que competem às decisões, confirmado no item “f” do Manual de 2018, em que compete ao PR solicitar os recursos materiais, em Formulário de prescrição/proposta de recursos materiais (Anexo III), conforme o planejamento de PRP. Consequentemente, ao profissional Analista do Seguro Social mesmo que com formação profissional que o qualifica para participar de decisões do processo de reabilitação profissional, torna-se mero executor de ações consequentes das decisões médicas.

Dentre a retirada de atribuições do Profissional de referência, não se encontra mais no Manual de 2018 que ao Profissional de Referência cabia elaborar em conjunto com o Perito Médico o Parecer Técnico Conclusivo do PRP, parte integrante do FAPL (Anexo I) que foi desenvolvido com o segurado. Com a elaboração de novo Manual e

²⁹ O segurado encaminhado ao Programa de RP é constantemente avaliado em relação ao seu potencial laborativo. O que é alterado entre cada edição do Manual é a forma como esse segurado é avaliado. Mas em todas as edições, a primeira avaliação define se ele é elegível ou não ao Programa, ou seja, se ele precisa “cumprir” Programa de Reabilitação Profissional para retornar ao trabalho.

novos anexos, cada profissional relata em seu próprio formulário as conclusões sobre o processo de reabilitação profissional. A finalização acontece em momentos separados com cada profissional, construindo à sua maneira o Formulário de Conclusão da Reabilitação Profissional do Profissional de Referência (FCRP) (ANEXO IV) e o Formulário de Conclusão da Reabilitação Profissional Perito Médico (Anexo V). Após o Ofício-Circular nº 41 /DIRBEN/INSS em 14 de agosto de 2019, desligamento passa a ser de responsabilidade somente do Profissional de referência, impactando violentamente a saúde do trabalhador.

As descrições mais sucintas e os impactos causados na qualidade do serviço prestado ao trabalhador serão mais detalhadas quando a discussão sobre as etapas de encaminhamento, processo de reabilitação e desligamento forem apresentadas. As atribuições até então apresentadas serão retomadas no decorrer da análise das etapas do programa, pois as etapas e as atribuições de cada profissional são alteradas e se entrelaçam quando se fala em alterações entre os Manuais e seu impacto na prática profissional, tanto quanto na qualidade do serviço de reabilitação profissional.

4.3.2 Atribuições do Perito Médico na Equipe de Reabilitação Profissional

O Manual Técnico de procedimentos de 2016 ao promover e subsidiar discussões em Saúde do Trabalhador de forma aprofundada e contextualizada, ampliando o foco para além do reconhecimento da incapacidade, insere a Reabilitação Profissional como um processo complexo que abrange diferentes aspectos dentro do campo de conhecimento da Saúde do Trabalhador. Os aspectos dos conceitos de trabalho e incapacidade, a organização do trabalho, a capacidade do trabalho como um fenômeno vai além da doença das restrições funcionais apresentadas pelo trabalhador, sejam físicas ou mentais.

Ao apresentar tais conceitos e concepções teóricas, sendo a função do Manual Técnico de procedimentos instrumentalizar as equipes de RP, uniformizando procedimentos e facilitando rotinas de trabalho, que objetiva melhoria de atendimento aos reabilitandos, propõe-se uma nova visão para prática profissional.

Dessa forma, considerando que a avaliação da incapacidade compete exclusivamente ao perito médico e somados aos conceitos teóricos apresentados em 2016, as atribuições do perito médico nas Equipes de RP foram destacadas com as seguintes diferenciações em comparação com o Manual de 2011.

Em 2011 se apresenta como “identificar os casos passíveis de RP, analisando o perfil do segurado, conforme os critérios para encaminhamento ao serviço de Reabilitação Profissional”. Ao ter conceito ampliado e contextualizado com a precarização do trabalho e seus impactos na saúde do trabalhador, o Manual de 2016 descreve o mesmo item da seguinte maneira: “identificar os casos passíveis de RP, analisando o perfil do reabilitando, barreiras e facilitadores que interferem na (re) inserção do trabalho, na perspectiva mais atual de funcionalidade, conforme abordado nos Fundamentos Teóricos desde Manual”. As demais atribuições entre os Manuais de 2011 e 2016 permaneceram as mesmas sem contribuição relevante em sua conceituação, permanecendo determinadas semelhanças.

Logo, no ano de 2018, com a nova edição de Manual de procedimentos, num sentido entrelaçado entre atribuições do médico perito e etapas do serviço de Reabilitação Profissional, é iniciado o processo de centralização de decisões na figura do perito médico, afastando a atuação dos analistas do seguro social que compõem a Equipe de RP de toda e qualquer decisão. Na apresentação das etapas do Programa de RP e suas modificações, é evidenciada a centralidade do profissional perito médico. Em Manual de RP de 2018 aparecem da seguinte maneira quando apresentadas as atribuições do profissional que mais impactaram no serviço de RP.

- I – identificar os casos elegíveis para PRP, analisando o perfil do segurado, barreiras e facilitadores que interferem na requalificação profissional para a re (inserção) no mercado de trabalho, e preencher o Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo – FAPL;
- II – definir prognóstico para retorno ao trabalho dos segurados/beneficiários encaminhados à RP, considerando, entre outros fatores, a descrição da função desempenhada na empresa de vínculo, a avaliação socioprofissional e demais documentos relacionados à história ocupacional do segurado;
- III – realizar a perícia médica de reabilitação para ratificar ou retificar a elegibilidade para cumprimento do Programa e preencher o Formulário de Avaliação de Reabilitação Profissional – FARP
- X – realizar a prorrogação da DCI, obrigatoriamente de forma presencial dos segurados em qualquer fase do PRP, conforme agendamento definido pelo SST. Na prorrogação deve ser, obrigatoriamente, avaliada a permanência de elegibilidade, bem como a necessidade e existência de condições para cumprimento de programa de RP (BRASIL, 2018).

Surgem com o Manual de 2018, o FAPL e o FARP, formulários preenchidos e assinados exclusivamente pelo profissional perito médico que, a partir de então, é a quem compete as decisões em todas as etapas do Programa de Reabilitação Profissional desde seu encaminhamento, processo de reabilitação profissional e desligamento. Ainda com Manual em vigor, após a saída dos peritos médicos do INSS,

a etapa de desligamento passa a ser de responsabilidade dos profissionais de referência. Quando discutida essa etapa no item a seguir, é constatado que as consequências foram prejudiciais tanto para a qualidade do serviço de RP quanto para saúde do trabalhador.

As demais atribuições do profissional perito médico serão analisadas concomitante com as etapas de RP, uma vez que essas se entrelaçam e se complementam.

4.4 O Programa de Reabilitação Profissional

O Programa de Reabilitação profissional é constituído pelas etapas de encaminhamento, processo de reabilitação profissional e o desligamento e não existem alterações quanto às etapas entre os Manuais Técnicos de procedimentos. O que difere entre os Manuais Técnicos são as formas como cada etapa foi operacionalizada. Cada etapa apresenta determinados procedimentos que serão detalhados dentro de cada etapa apresentada.

Os Manuais Técnicos dos anos 2011 e 2016, no segundo capítulo, apresentam a conceituação e base legal da Reabilitação Profissional, suas funções básicas, a clientela, os critérios de encaminhamentos e sua operacionalização.

Já o Manual de 2018 como não apresenta conteúdo teórico metodológico sobre o Programa no primeiro capítulo como os demais, logo no primeiro capítulo apresenta os mesmos itens exceto a operacionalização. Este Manual evidencia a retirada da perícia médica das ações conjuntas existentes na reabilitação profissional detalhadas a seguir.

4.4.1 Encaminhamento

Na fase de encaminhamento ao Programa, tem-se o ponto crucial que modificou toda a conduta do processo de reabilitação profissional após a edição do Manual de 2018. Como já citado, todo encaminhamento acontece via perícia médica que o médico perito, se apropriando dos critérios de encaminhamento e identificando potencial laborativo mediante as restrições do trabalhador, encaminha-o ao serviço de Reabilitação Profissional.

De acordo com os Manuais de Procedimentos de 2011 e 2016, após ser encaminhado ao Programa, o segurado era atendido pelo profissional de referência que realizava Avaliação socioprofissional. Nesse momento de avaliação, deve-se considerar questões como idade, escolaridade, formação profissional, independência e comprometimento entre restrições físicas ou mentais e as atividades cotidianas, as relações estabelecidas entre empresa e demais trabalhadores e o ambiente de trabalho, a causa de seu afastamento, ritmo, jornada de trabalho, metas, ou seja, elementos estruturantes de um retorno ao trabalho efetivo e que não seja prejudicial à sua saúde. Na avaliação socioprofissional é que identifica o impacto financeiro, cultural e social causado pelo afastamento do trabalho e o recebimento do benefício auxílio-doença. As relações no âmbito familiar ou até mesmo entre amigos podem ser abaladas em razão da incapacidade laborativa.

Num segundo momento, o segurado participava da Avaliação Conjunta. O médico perito, ao examinar o segurado, estabelecia quais suas restrições físicas e, em conjunto com o profissional de referência, determinava-se pela elegibilidade ou não ao Programa de Reabilitação Profissional com o preenchimento de um formulário constando as assinaturas dos profissionais envolvidos.

Com a edição do Manual de 2018, essa etapa de Avaliação Conjunta é extinta. A elegibilidade ao Programa não é mais determinada com a participação do profissional de referência, nem as questões abordadas em Avaliação socioprofissional são consideradas no momento de decisão. A partir do ano de 2018, no momento de encaminhamento ao Programa de reabilitação profissional, em perícia médica, o segurado, na figura do trabalhador, é considerado elegível e inicia-se o processo de desestruturação de todo o processo de reabilitação profissional a partir de então.

Dessa forma, passa a existir em Manual Técnico de procedimento a perícia médica de elegibilidade e somente após o segurado já ser considerado elegível ao Programa com as decisões centradas no perito médico, é que acontece a avaliação socioprofissional, perdendo a característica de uma avaliação biopsicossocial como era com a Avaliação Conjunta.

A avaliação socioprofissional não se limita às limitações físicas decorrentes do quadro nosológico. Para sua reinserção efetiva e segura do trabalhador, os aspectos relacionados a ritmo de trabalho e as pressões diversas abusivas, presentes em vários postos de trabalho e na trama complexa de causalidade das doenças do trabalho, são identificadas e analisadas para retorno ao trabalho. Com a decisão

centrada no perito médico, a saúde do trabalhador deixa de ser vista na sua integralidade por decisões não amparadas na sua totalidade, e as relações estabelecidas dentro e fora do ambiente do trabalho. O perito sozinho não tem elementos suficientes para identificar as contribuições do trabalho nos adoecimentos. O segurado, quando avaliado numa visão biopsicossocial na sua integralidade, considera-se desde o deslocamento de sua residência, sua vida cotidiana, sua independência física, seus relacionamentos familiares, no trabalho e na comunidade. Todos esses enfrentamentos são pilares de análise para retornar ao trabalho e sua vida produtiva em meio às suas limitações que repercutem em seu destino.

Somada à perícia médica de elegibilidade, surge a perícia médica de reabilitação profissional com o Manual Técnico de procedimentos de 2018. Nesse momento, outro profissional médico perito analisa o Formulário de avaliação do potencial laborativo (FAPL), preenchido no sistema SABI em perícia médica de elegibilidade em que contém o histórico laboral e de incapacidade do trabalhador para ratificar ou retificar a elegibilidade inicial, preenchendo ao final da perícia médica o Formulário de Avaliação de Reabilitação Profissional (FARP). Ou seja, a Avaliação conjunta existente em Manuais Técnicos anteriores é substituída pela perícia médica de reabilitação profissional.

Em qualquer momento, o profissional de referência pode realizar a Avaliação socioprofissional e o preenchimento do Formulário de Avaliação socioprofissional (FASP), pois, em nenhum momento, é consultado pelo perito médico em suas decisões. O distanciamento entre os profissionais envolvidos não permite uma categoria de análise que capte o nexos biopsicossocial do adoecimento em consonância com o que é proposto pela saúde do trabalhador e nem deixa margem de manobras para discussões ou interação entre profissionais que atuam com saúde do trabalhador, com ações impositivas por parte dos médicos peritos.

4.4.2 O Processo de Reabilitação Profissional

Independente das formas de elegibilidade citadas anteriormente, o trabalhador que cumpre Programa de reabilitação profissional é o reabilitando conforme descritos em todas as edições de Manuais Técnicos de Procedimentos.

Estando o segurado elegível ao programa, nos casos em que os trabalhadores têm vínculos trabalhistas é solicitada nova vaga/função à empresa que

respeite as contraindicações do exercício laboral, ou seja, é a relação dos movimentos que o trabalhador não é capaz de executar, ou ambientes que não possa permanecer em razão de poeiras ou ruídos, ou até mesmo funções não adequadas em razão de seu estado mental. Todas as contraindicações são devidamente descritas em Ofício enviado pelo INSS.

Quando o trabalhador não tem vínculo trabalhista, partindo dos interesses e aptidões do segurado, considerando sua escolaridade e aprendizados envolvidos, é estabelecido se o processo de reabilitação será mediante curso profissionalizante ou treinamento em empresa parceira. Nesse momento de definição da vaga é relevante considerar a história profissional a fim de encontrar habilidades que possam ser utilizadas em novas funções. Assim que definida a vaga/função seja pela empresa de vínculo ou empresa parceira, ou determinado o curso profissionalizante que o segurado realizará, encaminha-se para o procedimento principal de todo o processo de reabilitação profissional que compete à proteção à saúde do trabalhador, a análise de compatibilidade entre as restrições laborais do segurado e a função que fará treinamento ou curso profissionalizante escolhido.

Embora esse procedimento não seja evidente nos Manuais Técnicos de procedimentos, ela aparece no Manual de 2011 entre as atribuições do perito médico “definir a compatibilidade da função com o potencial laborativo do segurado” e em Manuais de 2016 e 2019 “definir em conjunto com o profissional de referência a compatibilidade da função com o potencial laborativo dos reabilitandos”.

Acontece que a reabilitação profissional trata do retorno ao trabalho, respeitando a restrição laboral do trabalhador, com o intuito do não agravamento de sua saúde. Sendo assim, a análise de compatibilidade entre a função e se o trabalhador será apto ou não para determinadas atividades compete ao profissional da área da saúde, condizente com sua formação profissional.

Mesmo que a Equipe de RP e sua formação por um profissional de referência com formação de nível superior, sendo serviço social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, entre outros, junto ao médico perito, e que alguns profissionais tenham capacidade técnica e formação adequada para realizar análise de compatibilidade, essa responsabilidade sempre foi do médico perito. Os profissionais Analistas do seguro social com formação em fisioterapia e terapia ocupacional têm conhecimento e especialidade suficiente para análise do potencial laborativo do trabalhador em meio às suas restrições físicas, mas a categoria médica durante todo o período que

pertenceram ao quadro de servidores do INSS nunca aceitou que outros profissionais realizassem tal análise.

Mesmo que a participação do profissional de referência na análise de compatibilidade da função seja citada nos Manuais Técnicos de Procedimentos dos anos de 2016 e 2018, a decisão final, em todo o tempo, foi do perito médico, pois a restrição física ou mental sempre foi o objeto de trabalho da reabilitação profissional na preservação da saúde do trabalhador, já que é a partir das contraindicações do segurado que se estabelece todo o percurso de reabilitação profissional.

É pertinente questionar que nunca houve decisão por parte de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais nesse procedimento, mesmo que competentes para tal decisão. Mas, considerando que o foco da pesquisa é a saúde do trabalhador e como ela foi atendida pela política pública de Previdência Social e se suas mudanças e alterações causaram prejuízo à saúde do trabalhador, a decisão da análise de compatibilidade de função centrada nas decisões médicas não foi prejudicial.

Toda a documentação utilizada pelo serviço de Reabilitação profissional se fere às contraindicações do trabalhador. O Ofício enviado à empresa de vínculo, por exemplo, aponta que o segurado foi avaliado pela Equipe de RP do INSS e que ele apresenta potencial laborativo para retornar ao trabalho, mas que apresenta determinadas restrições. O mesmo Ofício pode solicitar a descrição da função/atividade exercida pelo segurado na empresa para avaliar a possibilidade de retorno à sua função de origem, ou indicação de nova vaga/atividade que respeite as contraindicações mencionadas, já solicitando a indicação das novas atribuições propostas ou até mesmo o cadastro de funções da empresa para análise.

Para que a saúde do trabalhador seja preservada no seu retorno à atividade laboral, quando solicitada a descrição da função/ atividade à empresa são exigidas informações detalhadas das tarefas desempenhadas. Quais materiais, máquinas e equipamentos utilizados, as condições e aspectos ambientais no que condiz à poeira, umidade, frio, calor, ruído, luminosidade, se as atividades são desempenhadas individualmente, em dupla ou em equipe, e até mesmo se as exigências da função são cognitivas em relação à atenção e memorização.

Elementos apontados no item Precarização do trabalho e saúde do trabalhador são presentes quando solicitadas a descrição da função/atividade proposta para treinamento do trabalhador. A etapa de treinamento será detalhada a seguir. Diretamente relacionadas à precarização do trabalho e impacto na saúde do

trabalhador, são indagadas se as exigências da função exigem esforço físico, se o ritmo de trabalho é rápido, lento, alternado ou moderado, se os movimentos mais exigidos são com os dedos, mãos, braços, coluna ou pés, as posições corporais necessárias e se são utilizadas a visão, a audição e quais os riscos que o trabalhador corre, se envolve queda, esmagamento, corte, queimadura, amputação, choque ou contusão.

Sendo assim, é de suma importância que seja um profissional da área da saúde o responsável pela análise de compatibilidade da função a partir das restrições laborais do trabalhador, e o médico perito é devidamente capacitado para esse procedimento. O mesmo procedimento de análise de compatibilidade de função acontece quando a capacitação profissional do segurado gira em torno de curso profissionalizante e são solicitadas todas as informações discorridas se necessárias.

Concluída a análise de compatibilidade, o segurado inicia o período de treinamento ou o curso profissionalizante. O tempo de duração do curso profissionalizante já é pré-determinado pela Instituição que oferta o curso, já o início e término do treinamento é estabelecido entre a empresa e o profissional de referência que geralmente gira em torno de trinta dias, a depender das habilidades e aptidões exigidas e a adaptação do trabalhador na nova função.

Compete ao profissional de referência acompanhar o período de treinamento ou curso profissionalizante e se as atividades desempenhadas não estão sendo prejudiciais ao trabalhador. Em caso afirmativo por parte do segurado, este retorna para análise por parte da perícia médica. Se o perito médico constatar que realmente todas as atividades inerentes à função não são adequadas ao trabalhador, compete à empresa a indicação de nova vaga e se inicia outro treinamento. O mesmo ocorre com curso profissionalizante quando a formação profissional depende de aulas práticas.

Findado o treinamento e o trabalhador considerado apto por parte da empresa³⁰, é iniciada a etapa de desligamento. Em casos de curso profissionalizante, a etapa de desligamento se inicia ao término do curso.

4.4.3 O Encerramento e Desligamento do Programa de Reabilitação Profissional

30 Antes do início do treinamento, é enviado à empresa Ofício de encaminhamento e Relatório de avaliação de treinamento. Ao término do período de treinamento, em campo específico, a empresa pode considerar o trabalhador apto ou não para a função. Como a parte física e restrições laborais é de competência do INSS, as observações da empresa se referem às relações estabelecidas no ambiente de trabalho, se o segurado cumpriu carga horária, o envolvimento e comprometimento do trabalhador ao desempenhar novas atribuições.

Inicia-se a etapa mais delicada de todo o Programa de Reabilitação profissional e todo o seu processo, pois junto ao término do Programa encerra o pagamento do benefício auxílio-doença por parte do INSS que até então foi sustento material para o segurado enquanto esteve incapaz para o trabalho. Agora, o reabilitando, já na condição de segurado, está considerado apto para retomar suas atividades laborais e sua própria manutenção.

Quando com critérios para o recebimento do auxílio acidente³¹ o segurado reabilitado volta ao mercado de trabalho com sequelas, mas com garantias de amparo estatal para sua sobrevivência e reparação material pela perda de sua saúde. Sem a garantia dessa renda mensal, a insegurança toma conta do reabilitado, mesmo com incentivo para inserção no mercado de trabalho com a Lei de Cotas 8213/91 da qual passa a fazer parte em posse Certificado de Reabilitação Profissional. Em Certificado consta o período de cumprimento do Programa, suas restrições laborativas e a função para qual foi capacitado e está apto para desempenhar suas atividades. Embora o segurado faça treinamento ou realize curso para determinada vaga, consta em Certificado de RP que ele não estará impedido de exercer outra atividade para qual se julgue capacitado.

No decorrer dos anos e edições dos Manuais Técnicos de Procedimentos, a etapa de desligamento sofreu alterações que significativamente afetam a saúde do trabalhador, colocando em xeque a credibilidade do Programa de Reabilitação Profissional e sua efetividade em relação à proteção à saúde do trabalhador.

Dentre as atribuições do perito médico nas Equipes de RP em Manual de 2011, consta “elaborar, em conjunto com o Responsável pela Orientação Profissional, Parecer Técnico Conclusivo do PRP desenvolvido pelo segurado” e “certificar, em conjunto com o Responsável pela Orientação Profissional, o PRP”. As alterações, nesses itens, trazidas no Manual de 2016, não são relevantes e não impactaram na saúde do trabalhador e nem na operacionalização do Programa. Já o conteúdo abordado em 2018 insere “realizar Perícia Médica de desligamento da RP, verificando se o segurado adquiriu requalificação profissional pertinente à sua limitação e

31 De acordo com a Instrução Normativa 77/2015 o auxílio-acidente será concedido, como indenização e condicionado à confirmação pela Perícia Médica do INSS, quando, após a consolidação das lesões decorrentes de acidente de trabalho de qualquer natureza, resultar sequela definitiva, discriminadas de forma exemplificativa no Anexo III do RPS, que implique redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia; redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia, exigindo maior esforço para o desempenho da mesma atividade da época do acidente; ou impossibilidade do desempenho da atividade que exercia a época do acidente, ainda que permita o desempenho de outra, independentemente do de processo de reabilitação profissional.

estabelecer a Data de Cessação do benefício” e “emitir em conjunto com o Profissional de Referência, o Certificado de Conclusão (Anexo 6) da Reabilitação e demais documentos pertinentes a cada fase do PRP”.

Mesmo que inserida a “Perícia Médica de desligamento do PRP” em Manual de 2018, essa sempre aconteceu nos moldes de desligamento do Programa nos Manuais de 2011 e 2016, em que existia a decisão conjunta não somente no processo de avaliação do potencial laborativo do segurado e sua elegibilidade no procedimento de Avaliação Conjunta.

Nos anos de 2011 e 2016, o Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo (Anexo 1) era composto pelas etapas de Avaliação socioprofissional, Avaliação Conjunta e Parecer Técnico Conclusivo. Em Parecer Técnico Conclusivo, igualmente à Avaliação conjunta, continha a assinatura dos dois profissionais que compunham a Equipe e responsáveis por todo o procedimento de reabilitação profissional. Antes do preenchimento do Parecer Técnico Conclusivo, o perito médico avaliava o segurado, certificando que sua saúde foi preservada no decorrer do curso profissionalizante ou treinamento em empresa e encerra o processo de reabilitação ao inserir sua assinatura, ao lado da assinatura do Profissional de referência. Ou seja, a “perícia médica de desligamento” apontada no Manual de 2018, sempre existiu nos formatos de desligamentos anteriores.

Acontece que, em 2018, com a extinção do Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo e junto com ele a Avaliação Conjunta, como já descrita anteriormente, e o Parecer Técnico Conclusivo de desligamento elaborado pelos dois profissionais da Equipe, em substituição a esse Formulário (Anexo 1), surge o Formulário de Conclusão da Reabilitação Profissional do Profissional de Referência (Anexo 4) e o Formulário de Conclusão da Reabilitação Profissional do Perito Médico (Anexo 5), em que cada profissional elabora seu próprio Parecer técnico conclusivo do Programa. Permanece somente a emissão do Certificado de RP em conjunto, o que posteriormente também foi extinto.

Em 14 de agosto 2019 é emitido um Ofício circular determinando que concluído o Programa com o encerramento de cursos profissionalizantes ou treinamento em empresa, a responsabilidade pela emissão do Certificado (ANEXO 7) e da Comunicação de Decisão da Reabilitação Profissional (CRER) (Anexo 8) comunicando o desligamento e cessação do benefício por incapacidade, passa a ser único e exclusivo do profissional de referência. Sendo assim, a Perícia Médica de

desligamento inserida em Manual de 2018 deixa de acontecer, e com ela o segurado não é mais avaliado pelo perito médico ao ser deligado do Programa.

Ocorre que, sem a avaliação clínica ao término do processo de reabilitação profissional, não é avaliado se o curso profissionalizante ou treinamento em empresa foi prejudicial ou não à saúde do trabalhador. A ausência desse procedimento pode acarretar numa alta indevida por parte do profissional de referência e ter como consequência o agravamento da saúde do trabalhador ao retornar para o trabalho, permeado pelo medo do desemprego e desamparo financeiro. Todo o processo de reabilitação profissional, desde seu encaminhamento até o encerramento se constitui numa força poderosa em determinar o futuro das pessoas acometidas por mudanças de vida. A falta de análise médica no encerramento do Programa pode comprometer toda a vida profissional do trabalhador e sua saúde como um todo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa demonstrou como o desmantelamento da política pública de amparo aos trabalhadores está atrelado ao longo processo de precarização do trabalho no Brasil. A história da Política de Previdência Social, perpassando pela historicidade da Reabilitação profissional e da Perícia Médica, estabeleceu-se a proteção social aos segurados da previdência, em especial ao trabalhador como segurado atendido pelo Programa de Reabilitação Profissional com foco em seu potencial laborativo.

A construção da proteção social estatal até sua concretização, através da Política de Previdência Social com a Constituição Federal de 1988, fez-se concomitante à construção do campo da Saúde do Trabalhador, emergente da Saúde Coletiva, trazendo a discussão do trabalho e do adoecimento para o âmbito da saúde pública.

As formas de organização do trabalho e gestão da produção, com a reestruturação produtiva após a década de 1990, precarizaram as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, com o aparecimento de novas doenças somadas aos agravamentos das já existentes em processos antigos de trabalho. O neoliberalismo propiciou a degradação do trabalho, a expansividade de adoecimentos e aumento dos índices de afastamentos em razão da condição física ou mental dos trabalhadores ao ampliar suas estratégias para maior exploração da força de trabalho. Nessa conjuntura, maiores práticas e saberes relacionados à saúde do trabalhador foram necessárias.

Em 2009 é criada, na Previdência Social, a Seção de Saúde do Trabalhador (SST), composta pelos serviços de reabilitação profissional, serviço social e perícia médica. Os serviços de perícia médica e serviço social têm entre suas atribuições ações voltadas à saúde do trabalhador, mas é o serviço de reabilitação profissional que atua exclusivamente com a saúde do trabalhador, tendo como objeto de trabalho o trabalhador lesionado, que apresenta determinadas restrições físicas ou mentais, mas que ainda apresenta potencial em se manter no mercado de trabalho e sendo responsável por sua subsistência.

Ao ser eleito o Programa de Reabilitação Profissional para pesquisa e que este não acontece sem a participação da perícia médica, foi realizada análise dos Manuais Técnicos de procedimentos do serviço dos anos 2011, 2016 e 2018 que organiza a

operacionalização do serviço construído em uma concepção de maior proteção social no que condiz à saúde do trabalhador entre os anos de 2011 e 2016, e materializada sua desconstrução e perda da qualidade do serviço de reabilitação profissional a partir do ano de 2018, conformando menor proteção social estatal e não atingindo ao proposto pela Saúde do Trabalhador na sua integralidade de atendimento.

Quanto ao conteúdo teórico metodológico que qualificam ações e norteiam orientações profissionais, este está presente somente nos Manuais de 2011 e 2016. O Manual de 2018 não traz embasamentos teóricos sobre o campo da Saúde do trabalhador ou conceitos sobre o trabalho, seus modos de produção e impacto na saúde do trabalhador para prática de Reabilitação Profissional. Apresenta apenas descrição sobre conceituação e base legal, funções básicas, clientela e os critérios de elegibilidade de forma objetiva, caracterizando a desconstrução da concepção em Saúde do Trabalhador. Ao suprimir conceitos teóricos metodológicos de Manuais anteriores, o trabalho não é mais reconhecido como busca de bem-estar e vida com qualidade e potencialmente capaz de provocar mal-estar, adoecimento e morte, com conceitos direcionados somente para a base legal do Programa de Reabilitação Profissional.

A estrutura organizacional foi outro fator apontando em seu desmonte ao serem extintos os cargos de Representantes Técnicos de Reabilitação Profissional (RETs) das Superintendências e os Responsáveis Técnicos de Reabilitação Profissional (RETs) das Gerências Executivas (GEX). Os RETs, cargos anteriormente ocupados por Analistas do Seguro Social com formação em serviço social, psicologia, fisioterapia, entre outros, foram substituídos pelo Assessor Técnico de Reabilitação Profissional (ATRP), e este cargo em todo o Brasil foi assumido por peritos médicos. Somadas à centralização de decisões no que se refere aos procedimentos de reabilitação profissional, com a edição do Manual de 2018, a gestão do serviço passa a ser de competência da categoria médica.

No que tange às atribuições do Analista do Seguro Social com formação em nível superior, este anteriormente identificado como orientador profissional com a edição do Manual em 2011 e denominado como profissional de referência no ano de 2016, a mesma nomenclatura é mantida com o Manual de 2018. Entretanto são retiradas atribuições deste profissional, ressaltando que todas as definições referentes ao Programa de Reabilitação Profissional seriam exclusivas do profissional médico.

A extinção da Avaliação Conjunta com o Manual de 2018, fase da etapa de

Encaminhamento, antes realizada pela Equipe de RP nas edições dos Manuais de 2011 e 2016 foi elementar para caracterização de centralidade de encaminhamentos sob responsabilidade única do perito médico, ao extinguir a participação do Profissional de Referência da avaliação da capacidade laborativa. A partir de então, somente o perito médico decide pela elegibilidade ao Programa já na realização de Perícia Médica de encaminhamento.

Durante todo o processo de reabilitação profissional, a presença do médico perito é indispensável, uma vez que a ele compete estabelecer as restrições físicas e mentais do trabalhador. Partindo das restrições estabelecidas, é determinado seu potencial laborativo. Acontece que após a edição da Lei nº 13.846, em 2019, com a criação da carreira de Perito Médico Federal, foi extinto o cargo de perito médico previdenciário, e estes deixaram de fazer parte do quadro de servidores do INSS. Sendo assim, os peritos médicos federais passaram a se negar em assinar documento pertinente ao Programa como o Formulário de Prescrição/Proposta de Recursos Materiais (Anexo III) e em realizar o procedimento de Análise de compatibilidade de função segurado, mediante a justificativa em não fazerem mais parte do quadro de servidores do Instituto e que esses procedimentos são de inteira responsabilidade do INSS. Sem a assinatura dos peritos médicos, os Formulários de Prescrição/Proposta de Recursos Materiais não foram aceitos pelos setores responsáveis por efetuar pagamentos como transporte, alimentação e diárias. Sem a realização de Análise de compatibilidade entre a vaga/ função e as restrições físicas ou mentais do segurado, o Programa não procede, pois tal avaliação é essencial para preservar a saúde do trabalhador. Ou seja, esse comportamento interrompeu o andamento dos casos de reabilitação profissional já em andamento, afetando tanto empresas quanto trabalhadores que estavam sob a eminência de retorno ao trabalho, tanto quanto cursos profissionalizantes que não foram iniciados.

Igualmente às demais etapas, a etapa de desligamento sofreu alterações especialmente o ano de 2018. Mesmo que descritas da mesma forma em todas as edições dos Manuais, foi a partir de um Ofício interno que a avaliação clínica feita pela perícia médica deixa de existir, ficando a cargo dos profissionais de referência a finalização do Programa, emissão de Certificado e desligamento. Sem a devida perícia médica de desligamento, os desligamentos indevidos podem ocorrer uma vez que não houve avaliação definitiva de sua capacidade laborativa mediante sua condição de saúde. Analistas do Seguro Social com formação em fisioterapia e terapia

ocupacional têm formação acadêmica adequada para identificar possível se o trabalhador está realmente apto ou não para retornar ao mercado de trabalho. O mesmo não acontece com Analistas com formação em serviço social, pedagogia ou psicologia, que não têm formação adequada para tal análise, podendo acarretar em um desligamento que venha contribuir com a intensificação da incapacidade para o trabalho.

Todas as etapas de encaminhamento, processo de reabilitação profissional e desligamento sofreram alterações em seus procedimentos, principalmente entre as edições dos anos de 2016 e 2018, marcando um período de desmonte do trabalho do Programa de Reabilitação Profissional do que se refere à proteção estatal e à saúde do trabalhador.

As alterações demonstradas denotam um retrocesso de ações profissionais propostas pela Previdência Social como sistema previdenciário e política de proteção social que deveria ter como finalidade evitar ou amenizar as mudanças de cunho social e econômicos trazidos pelo adoecimento do trabalho. A centralidade de decisões nas mãos do perito médico retoma características encontradas na medicina do trabalho nas empresas, modelo de atenção de saúde do trabalhador anterior à Saúde Ocupacional, em que toda responsabilidade, decisões e condutas referentes ao trabalhador era de competência do médico da empresa.

Até a finalização desta pesquisa, o Manual Técnico de Reabilitação Profissional de 2018 ainda estava vigente, e o Programa de Reabilitação Profissional permanecia interrompido em razão da ausência de profissionais competentes e capacitados para realização do procedimento de Análise de Compatibilidade entre restrição física ou mental do segurado e a suposta vaga que este ocuparia no mercado de trabalho após cumprido o Programa de Reabilitação Profissional.

A questão burocrática quanto ao Formulário de Prescrição/Proposta de Recursos Materiais já solucionada pela Diretoria de Benefícios não foi suficiente para prosseguimentos dos casos de reabilitação profissional interrompidos, uma vez que o procedimento de Análise de compatibilidade entre função/vaga e restrições do segurado não estava resolvido.

Com a edição do ano de 2020 do Manual Técnico de procedimentos de Reabilitação Profissional em andamento, estava em discussão a possibilidade de a Avaliação de Compatibilidade ser realizada por Analista do Seguro Social de qualquer formação acadêmica. Ou seja, mesmo que o profissional não tenha capacidade

técnica, formação e conhecimento adequados para realizar esse procedimento, ele seria responsável por analisar clinicamente o segurado e atestar que está apto ou não para determinada função e atividades. Igualmente à etapa de desligamento do Programa em que não há avaliação clínica e comprovação efetiva por parte de um profissional da saúde quanto à capacidade laborativa para o trabalho, essa etapa realizada por profissionais como assistentes sociais, psicólogos, pedagogos, sem ser com as devidas formações como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, além de atribuir a profissionais funções que não são de sua competência profissional, o impacto para a saúde do trabalhador é colocada em risco, podendo comprometer toda sua vida laboral futura.

Em toda a história do Programa de Reabilitação Profissional apresentada nesta pesquisa houve participação do profissional médico do que se refere à avaliação das condições físicas ou mentais do trabalhador, visualizando seu retorno ao trabalho e preservando sua saúde. O proposto atualmente pelo INSS em que profissionais sem a devida formação profissional para análise das restrições laborais e responsabilização pelo procedimento de Análise de Compatibilidade, caracteriza definitivamente a desproteção social estatal da Política de Previdência Social para com o trabalhador.

O desmantelamento do Programa de Reabilitação Profissional, identificado na pesquisa realizada em Manuais Técnicos de Procedimentos, atinge o ápice quando entra em discussão a não preservação da saúde do trabalhador, sobretudo quando indicado que procedimentos relativos ao quadro de saúde do trabalhador seja realizado por profissionais que não têm formação e competência adequada. Discussões junto ao Ministério Público do Trabalho e CEREST (Centro de referência em saúde do trabalhador), órgão responsável pela Vigilância em Saúde do Trabalhador, estão em andamento caso confirmado pela Previdência Social que profissional de qualquer formação seja responsável pela Análise de Compatibilidade, que não sejam profissionais competentes como os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, com a edição do Manual em andamento.

Dessa forma, a Política Pública de Previdência Social vem se demonstrando ineficiente, causando incredibilidade nas ações do Estado no que compete ao seguro social, deixando de atingir sua responsabilidade com a vida social do reabilitando, reformulada após restrições físicas e mudanças de vida com famílias, amigos e comunidade, desproteção social que atinge das mais variadas formas a vida humana.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Eduardo Henrique Rodrigues de A perícia médica previdenciária no contexto atual: Caderno **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS** (Coord.). Bragmar Emílio Braga / Iliam Cardoso dos Santos / Salomão Rodrigues Filho / Simone Moraes Stefani Nakano / Brasília/DF 2012
- ALVES, Giovanni. **Dimensões da Precarização do Trabalho: Ensaio de Sociologia do Trabalho**. Bauru: Projeto Editorial Praxis, 2013.
- _____. **A condição de proletariedade: A precariedade do trabalho no capitalismo global**. Londrina: Praxis; Bauru, Canal 6, 2009. _____. **Trabalho e neodesenvolvimentismo: Choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil**. Bauru: Canal 6, 2014.
- _____. **Trabalho e subjetividade: O espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo, 2011.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- _____. **O caracol e sua concha: Ensaio sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.
- _____. **Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.
- ANTUNES, Ricardo; DRUCK, Graça. A epidemia da terceirização. In ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014.
- ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.123, p. 407-427, 2015.
- ATHANASIO, Lídia Clément Figueira Moutinho. Novas formas de organização do trabalho, efeitos sobre a saúde dos trabalhadores, estigmatização e discriminação. **Revista eletrônica [do] Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região**, Curitiba, PR, v. 7, n. 64, p. 14-29, dez. 2017/jan. 2018.
- BISCAIA, Leonardo. **O momento pericial: ethos pericial e disputas no campo previdenciário** / Leonardo Biscaia – Curitiba, 2016.
- BRASIL. Decreto Legislativo nº 3727, de 15 de janeiro de 1919. Dispõe sobre o provimento, nos cargos de substituto do Collegio Pedro II, de candidatos classificados em segundo lugar, em concurso. Rio de Janeiro, 7 dez. 1993.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 4682, de 24 de janeiro de 1923. Cria em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro, 24 jan, 1923.

BRASIL. Decreto nº 5.109, de 20 de dezembro de 1926. Estende o regime do decreto legislativo n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a outras empresas Rio de Janeiro, 20 de dez. de 1926.

BRASIL. Decreto-Lei nº 7.036 de 10 de novembro de 1944. Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho. Rio de Janeiro, de 10 de nov. de 1944.

BRASIL. Lei 3.087 de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Brasília, de 26 de agosto de 1960.

BRASIL. Decreto nº 48.959-A, de 19 de setembro de 1960. Aprova o Regulamento Geral da Previdência Social. Brasília, de 19 de setembro de 1960.

BRASIL. Decreto Lei nº 564 de 1º de maio de 1969. Estende a previdência social a empregados não abrangidos pelo sistema geral da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 5859 de 11 de dezembro de 1972. Dispõe sobre a profissão de empregado doméstico e dá outras providências. Brasília, de 11 de dez. de 1972.

BRASIL. Lei nº 8.029 de 12 de abril de 1990. Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da Administração Pública Federal, e dá outras providências. Brasília, de 12 de abr. de 1990.

BRASIL. Decreto nº 99.350, de 27 de junho de 1990. Cria o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) define sua estrutura básica e o Quadro Distributivo de Cargos e Funções do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores de suas Unidades Centrais e dá outras providências. Brasília, 27 de jun. de 1990.

BRASIL. Decreto nº 127 de 22 de maio de 1991. Promulga a Convenção nº 161, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, relativa aos Serviços de Saúde do Trabalho. Brasília, de 22 de mai. de 1991.

BRASIL. Decreto nº 72 de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Brasília, de 21 de nov. de 1966.

BRASIL. Lei nº 5.316 de 14 de setembro de 1967. Integra o seguro de acidentes de trabalho na previdência social e dá outras providências. Brasília, 14 de setembro de 1967.

BRASIL. Lei nº 5890 de 08 de junho de 1973. Altera a legislação de previdência social e dá outras providências. Brasília, de 08 de jun. de 1973.

BRASIL. Lei nº 6.514 de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências.

BRASIL. Portaria nº 3.214 de 08 junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho.

BRASIL. **LEI Nº 8.212, DE 24 DE JULHO DE 1991.** Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Brasília, de 24 de jul. de 1991.

BRASIL. **LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, de 24 de jul. de 1991.

BRASIL. Resolução nº 423/MPAS/INSS. Brasília, DF: Instituto Nacional de Previdência Social, 1997b. Disponível em: <<http://sislex.previdencia.gov.br/>>. Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. Resolução nº 424/MPAS/INSS. Brasília, DF: Instituto Nacional de Previdência Social, 1997b. Disponível em: <<http://sislex.previdencia.gov.br/>>. Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. Decreto nº. 2.172, do Ministério da Previdência Social, de 06 de março de 1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. Brasília, de 06 de mar. de 1997.

BRASIL. Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília, de 06 de mai. de 1999.

BRASIL. RESOLUÇÃO INSS/DC Nº 133, DE 26 DE AGOSTO DE 2003. Aprova o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade - SABI, estabelece diretrizes para sua implantação e define outras providências.

BRASIL. Lei no 10.876, de 2 de junho de 2004. Cria a Carreira de Perícia Médica da Previdência Social, dispõe sobre a remuneração da Carreira de Supervisor Médico-Pericial do Quadro de Pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e dá outras providências Brasília, de 02 de jun. de 2004.

BRASIL. Instrução Normativa nº 31 INSS/PRES, de 10 de setembro de 2008. Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexo Técnico Previdenciário, e dá outras providências. Brasília, DF, de 10 de set. de 2008.

BRASIL. Portaria nº 296 de 9 de novembro de 2009. Aprova o Regimento Interno do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. Brasília, DF, de 09 de nov. de 2009.

BRASIL. Resolução 160/ Pres/INSS, 17/10/2011. Aprova o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Brasília, DF, de 07 de nov. de 2011.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, de 23 de ago. de 2012.

BRASIL. RESOLUÇÃO 203/ PRES/INSS, 29/5/2012. Aprova o Manual Técnico do Serviço Social.

BRASIL. Instrução normativa INSS/PRES nº 77, de 21 de janeiro de 2015. Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de Direitos dos Segurados e Beneficiários da Previdência Social, com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal de 1988. Brasília, DF, 21 jan. 2015b.

BRASIL. Lei 13.846 de 18 de junho de 2019. Institui o Programa Especial para Análise de Benefícios com Indícios de Irregularidade, o Programa de Revisão de Benefícios por Incapacidade, o Bônus de Desempenho Institucional por Análise de Benefícios com Indícios de Irregularidade do Monitoramento Operacional de Benefícios e o Bônus de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade Brasília, DF, de 18 de jun. de 2019.

BRIDI, Maria Aparecida; BRAGA, Ruy; SANTANA, Marco Aurélio. Sociologia do trabalho no Brasil hoje: balanço e perspectivas. **Revista Brasileira de Sociologia**, (S.N), v. 6, n. 12, 2018.

CASULO, Ana Celeste; ALVES, Giovanni. **Precarização do trabalho e saúde mental: O Brasil na Era Neoliberal**. Bauru: Praxis, 2018

CAVALCANTE, Savio. O setor de telecomunicações no Brasil: tendências da prestação de serviços e da situação do trabalho na década de 2000. In ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Bomtempo, 2014.

DALDON, Maria Teresa Bruni; LANCMAN, Selma. Vigilância em Saúde do Trabalhador – rumos e incertezas. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 38 (127): 92-106, 2013

DAVID, Harvey. **A transformação político-econômica do capitalismo do final do século XX**. In: ____ **Condição pós moderna**, São Paulo: Loyola, 1993.

DEJOURS, Christophe. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional** Universidade de São Paulo, v. 27, n. 2, p. 228-235. Entrevista concedida a Juliana de Oliveira Barros e Selma Lancman.

DIRSAT. Diretoria de Saúde do Trabalhador. **Manual Técnico de Procedimentos da Reabilitação Profissional**. Brasília, DF: Instituto Nacional do Seguro Social, fevereiro, 2018. v. 1.

DGARP/CREAP. Divisão de Gerenciamento de Atividades da Reabilitação Profissional. Coordenação de Reabilitação Profissional. **Manual Técnico de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional**. Atualizado pelos Despachos Decisórios nº 2/DIRSAT/INSS, de 24/11/2011, nº 1/ DIRSAT/INSS, de 19/04/2016 e nº 2, DIRSAT/INSS, de 12/05/2016. Brasília, DF: Instituto Nacional do Seguro Social, maio 2016. v. 1.

DGARP/CREAP. Divisão de Gerenciamento de Atividades da Reabilitação Profissional. Coordenação de Reabilitação Profissional. **Manual Técnico de Procedimentos da Reabilitação Profissional**. Atualizado pelo Despacho Decisório 2/DIRSAT/INSS, de 24 de novembro de 2011. Brasília, DF: Instituto Nacional do Seguro Social, novembro 2011.

DRUCK, Graça. A precarização social do Trabalho no Brasil. In ANTUNES, Ricardo (Org). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.
DURAES, Bruno. O trabalho informal de rua no Brasil: o perfil da informalidade de rua em Salvador. In ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014.

ESPIRITO SANTO, Eniel do; FREITAS, Fábila Quele Barbosa de. A saúde do trabalho e trabalhador em tempos de precarização do trabalho. **Revista Intersaberes**, Curitiba, v. 4, n. 8, p. 150-169, 2009.

FILHO, Luiz Gonzaga Chiavegato Filho; NAVARRO, Vera Lucia. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **Revista Pegada**, v. 13 n.2., p. 67-82, 2012.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

GOMEZ, Carlos Minayo; THENDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

GOMEZ, Carlos Minayo; COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997

HELOANI, Roberto; BARRETO, Margarida. **Assédio moral: Gestão por humilhação**. Porto: Juruá, 2018.

JUNIOR, Afrânio Gomes Pinto; BRAGA, Ana Maria Chebe Bahia; CRUZ, Amadeu Roseli. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária do Brasil. **Revista Ciências Sociais & Saúde**, (SI), v.17, n.10, p. 2841-2849.

LARA, Ricardo. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, 2011.

LINHART, D. Modernização e precarização da vida no trabalho. In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014.

LOBATO, Arthur. **Assédio moral: Saúde do trabalhador e ações sindicais**. Belo Horizonte: RTM, 2018.

MACHADO, Fabiane Konowaluk Santos; GIONGO, Carmen Regina; MENDES, Jussara Maria Rosa. Terceirização e Precarização do Trabalho: uma questão de sofrimento social, **Psicologia política**, (S.I) v.16, n. 36, p. 227-240, 2016.

MAENO, M.; TAKAHASHI, M. A. C.; LIMA, M. A. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiatr.*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 53-58, 2009.

MARQUES, Rosa Maria; BATICH, Mariana; MENDES, Áquilas. Previdência Social Brasileira: um balanço da reforma, **São Paulo Em Perspectiva**, 17(1): 111-121, 2003.

MENDES, Rene; CAMPOS, Ana Cristina Castro. Saúde e segurança no Trabalho Informal: desafios e oportunidades para a indústria brasileira. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 209-223, 2004.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Públ.**, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

MORAES, Livia de Cássia Godoi. Privatização e reestruturação no setor aeronáutico brasileiro. In ANTUNES, Ricardo (Org). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MUÑOZ, Gianvecchio D. Momento histórico de uma especialidade. **Saúde, Ética & Justiça**. 2010;15(2):69-74

NELI, Marcos Acacio; NAVARRO, Vera Lucia. Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador na agroindústria avícola no Brasil. In ANTUNES, Ricardo (Org). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei. O “sistema de integração” da Sadia: integrar desintegrando. In ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. F. **(im)previdência social: 60 de Previdência Social no Brasil**. 2 ed. Petrópolis: Vozes e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

PINTO, Geraldo Augusto. Gestão Global e flexível. In ANTUNES, Ricardo (Org). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

PRAUN, Luci. **Reestruturação produtiva, saúde e degradação do trabalho**. Campinas: Papel Social, 2016.

RISSON, Ana Paula; DAL MAGRO, Marcia Luiza Pit, LAJÚS, Maria Luiza de Souza. Imigração e trabalho precário: reflexões acerca da chegada da população haitiana no oeste de Santa Catarina. **Revista Periplos**, (S.N), v. 1, n. 1, 2017.

ROCHA, Euda Kaliani G.T. “Camareira não pode ter dor nas costas mas a gente tem!”. In ANTUNES, Ricardo (Org). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

ROMAO, Frederico Lisboa. O ramo do petróleo. In ANTUNES, Ricardo (Org). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

ROSSO, Sadi Dal. **Mais trabalho!** A intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo, Boitempo, 2008.

SANTOS, Adriano. Na usinagem do capital o desmonte é do trabalho. In ANTUNES, Ricardo (Org). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental:** O direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, José Antônio Ribeiro de Oliveira. A flexibilização da jornada de trabalho e seus reflexos na saúde do trabalhador. In NAVARRO, Vera Lucia, LOURENÇO, Edivânia Ângela de Souza (Org.) **O avesso do trabalho III:** Saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

SILVA, Maria Aparecida de Moraes. A nova morfologia do trabalho nos canais paulistas. In ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014.

SOUSA, Novais Cleidiane. Os mecanismos de precarização do trabalho no Brasil: terceirização e informalidade no trabalho, **Cadernos Sepec**, Pará, v. 3, n. 1, p. 5-32, 2014.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **SAÚDE DEBATE**. Rio De Janeiro, v 40, n. 108, p. 204-218, jan-mar 2016

TAVARES, Maria Augusta. O aviltante trabalho do cortador de cana. In ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2015.

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

TAKAHASHI, M. A. B. C. Incapacidade e Previdência Social: uma leitura da trajetória de incapacitação dos trabalhadores. 2006. 278 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos F.; OLIVEIRA, Maria Helena B. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 8 (2): 150-156, abr/jun, 1992.

VILLEN, Patricia. A nova configuração da Imigração do trabalho no Brasil sob a óptica do trabalho. In ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2015.

ZINI LISE, Michelle Larissa *et all*. Isenção e autonomia na perícia médica previdenciária no Brasil. **Rev bioét (Impr.)** 2013; 21 (1): 67-74

ANEXOS

Anexo 1 - 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:	

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 Conjunta:

Potencial Laborativo:

Ocupação: registrar a ocupação atual e o código da ocupação segundo o Código Brasileiro de Ocupações-CBO.
 Grau de instrução: registrar a escolaridade declarada
 Diagnóstico: especificar o diagnóstico inicial/atual/outros.
 CID: registrar o código numérico da doença.
 Restrições para o desempenho da função (informação do segurado).
 Tratamento realizados: assinalar opções.
 Dominância: assinalar opções.
 Descrição das alterações anátomo-funcionais: especificar as alterações apresentadas.
 Descrição das limitações laborativas/restrição ao desempenho da função exercida (postura, movimento, força, ambiente físico, destreza manual, acuidade auditiva/visual): registrar as contraindicações frente à lesão estabelecida.
 Descrição da Atividade Exercida: descrever a atividade privilegiando informações relativas a posições, movimento, força e ritmo das tarefas.
 Desvio de Função: mediante a descrição das atividades que o (a) segurado (a) exercia, registrar se houve desvio de função.
 Admissão: data de admissão na empresa.
 Tempo na função atual: registrar o tempo de exercício na função atual.
 Demissão: data de demissão da empresa.
 Tempo de Contribuição: mediante informação do (a) segurado (a) ou dados da carta de concessão do BI, registrar o tempo de contribuição para o INSS.
 Valor do Benefício R\$: registrar o valor do BI.
 Histórico do afastamento do Trabalho: descrever a história que gerou o afastamento/incapacidade.
 Experiência Profissional: conforme registros na Carteira Profissional que o (a) segurado (a) apresentou, registrar dados das empresas de vínculos, funções exercidas, período de trabalho, podendo ser consultado o CNIS Cidadão.
 Histórico Profissional (cursos/treinamentos): citar cursos e/ou treinamentos que o (a) segurado (a) possa ter realizado em outras áreas profissionais ou áreas afins à função principal.
 Escolaridade declarada: registrar o nível de escolaridade que o (a) segurado (a) declarou.
 Interesse profissional/motivação: relatar interesses profissionais do (a) segurado (a) em sua área profissional ou em outras, como motivação para o seu retorno ao trabalho, requalificação em sua profissão inicial ou qualificação para outra função.

1. Composição familiar: registrar a composição familiar.

Número de pessoas dependentes do segurado: registrar o número.

1. Prognóstico de retorno ao trabalho: relacionar fatos favoráveis e desfavoráveis ao retorno ao trabalho.

Outras observações

Data

Assinatura

Avaliação do processo de protetização: concluído o processo de protetização, o perito médico registra dados referentes à prótese/órtese concedida ou reparada e sua adequação/contraindicações. O caso será definido em avaliação conjunta pelo perito médico e o responsável pela orientação profissional.

Data e assinatura do perito médico.

Potencial Laborativo: registrar dados importantes frente ao potencial laborativo e o prognóstico para o cumprimento do programa de RP e retorno ao trabalho.

Solicitação de Procedimentos: assinalar a necessidade de procedimentos complementares.

Avaliação conjunta: após as avaliações iniciais do perito médico e o responsável pela orientação profissional e outras específicas, caso tenham ocorrido, como: fisioterápicas, psicológicas e outras. O perito médico e o responsável pela orientação profissional reunir-se-ão para análise e conclusão do caso.

Conclusão da Avaliação do Potencial Laborativo: assinalar com “X” a opção desejada:

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

1. Assinatura do perito médico.

Assinatura do responsável pela orientação profissional.

Registrar data de início do programa e causas do desligamento.

Parecer Técnico Conclusivo: Registrar no formulário todos os fatos relevantes do programa profissional com diagnóstico preciso e definição de alta. Assinalar com “X” a opção desejada:

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

Assinatura do perito médico.

Assinatura do Responsável pela Orientação Profissional.

Anexo 2 - Formulário de Avaliação Socioprofissional – FASP

DADOS DO REQUERENTE		
Data:	GEX:	APS:
Nome:		
Data de nascimento:	Idade:	Sexo: () M () F
Endereço residencial:		
NB:	Espécie:	NIT:
CTPS/Série:	RG:	CPF:
DIB:	DCI:	
ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO: () Judicial () Administrativo via APS () Outros Especificar:		
SITUAÇÃO FUNCIONAL		
1 () Empregado	4 () Desempregado	
2 () Autônomo	5 () Rural	
3 () Aposentado	6 () Outros	
OCUPAÇÃO e CBO:		
EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS:		
GRAU DE INSTRUÇÃO: Comprovada com documentação: () Sim () Não		

Descrição da atividade exercida:

Desvio de função? () Sim () Não

Admissão:	Demissão:
Tempo atual na função:	Tempo de contribuição:
Valor do benefício:	

Histórico de afastamento do trabalho:

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

Histórico profissional (cursos/treinamento):

Interesse profissional:

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

Renda familiar do segurado/outros auxílios:

Prognóstico de cumprimento do Programa de Reabilitação Profissional: () Favorável () Desfavorável
Justificar:
Outras observações:

Data:

Profissional de Referência

Anexo 3 - Formulário de Prescrição/Proposta de Recursos Materiais

GEX/SST:	Código da APS:	Nome da APS:
-----------------	-----------------------	---------------------

Nome do (a) segurado (a):	
CPF:	Espécie/NB:
Endereço:	
Telefone:	

Função de origem:
Função proposta:
Recurso material:

Justificativa da Indicação/Prescrição (Fundamentação legal – art. 137, § 2º e art.139, do Decreto 3.048/99)

--

Data:	Assinatura e carimbo:
	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Perito Médico</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Profissional de Referência</p>

Autorizo: () Sim () Não	
Data:	Assinatura e carimbo:
	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">RT da RP</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Chefe do SST</p>

Anexo 4 - Formulário de Conclusão da Reabilitação Profissional – FCRP

PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA

DADOS DO REQUERENTE		
GEX:	APS:	
NOME:		
NB:	Espécie:	NIT:
DIB:	DCI:	
DATA INÍCIO PRP:	DATA DESLIGAMENTO DO PRP:	

Parecer Técnico Conclusivo do Profissional de Referência:

--

DATA INÍCIO PRP:	DATA DESLIGAMENTO DO PRP:
CODIFICAÇÃO DO DESLIGAMENTO DO PRP (conforme tabela abaixo)	

FARP – CÓDIGOS DE CONCLUSÃO	
Retorno à mesma função com atividades diversas	4.40
Retorno à mesma função com as mesmas atividades	4.41
Retorno à função diversa	4.42
Recusa	4.43
Abandono	4.44
Intercorrência médica	4.45
Transferência	4.47
Óbito	4.48
Insuscetível de Reabilitação Profissional	4.49
Impossibilidade Técnica	4.50

Data:

Assinatura do Profissional de Referência

Anexo 5 - Formulário de Conclusão da Reabilitação Profissional – FCRP

PERITO MÉDICO

DADOS DO REQUERENTE		
GEX: Londrina	APS: Shangri-Lá	
NOME:		
NB:	Espécie:	NIT:
DIB:	DCI:	
DATA INÍCIO PRP:	DATA DESLIGAMENTO DO PRP:	

Parecer Técnico Conclusivo do Perito Médico:

--

DATA INÍCIO PRP:	DATA DESLIGAMENTO DO PRP:
CODIFICAÇÃO DO DESLIGAMENTO DO PRP (conforme tabela abaixo)	4.

FARP – CÓDIGOS DE CONCLUSÃO	
Retorno à mesma função com atividades diversas	4.40
Retorno à mesma função com as mesmas atividades	4.41
Retorno à função diversa	4.42
Recusa	4.43
Abandono	4.44
Intercorrência médica	4.45
Transferência	4.47
Óbito	4.48
Insuscetível de Reabilitação Profissional	4.49
Impossibilidade Técnica	4.50

Data:

 Assinatura do Perito Médico

Anexo 6 - Certificado de Reabilitação Profissional

CERTIFICADO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Certifico, para os fins de direito, e em cumprimento ao art. 92, da Lei nº 8.213, de 24/07/91 e ao art. 140, do Decreto nº 3.048, de 06/05/99, que o segurado **XXXXXXXXXX**, **RG: XXXX**, **CTPS: XXXX Série: XX**, cumpriu o Programa de Reabilitação Profissional do INSS, no período de XX/XX/XXXX a XX/XX/XXXX com treinamento na Empresa: XXXX no período de XX/XX/XXXX a XX/XX/XXXX estando apto para o exercício da função: **XXXXXXXX**.

Em conformidade ainda com os dispositivos legais supracitados, o segurado não estará impedido de exercer outra atividade para a qual se julgue capacitado.

_____, _____ de _____ de _____.

Profissional de Referência

Perito Médico

Anexo 7 - Certificado de Reabilitação Profissional

CERTIFICADO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Certifico, para os fins de direito, e em cumprimento ao art. 92, da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e ao art. 140 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, que o (a) segurado (a) _____, CPF _____, concluiu com êxito o Programa de Reabilitação Profissional do INSS, no período de DD/MM/AAAA a DD/MM/AAAA, estando reabilitado (a) para o exercício da (s) função (ões) de _____, devendo ser respeitadas as seguintes restrições: _____.

Em conformidade ainda com os dispositivos legais supracitados, informamos que:

- O (a) segurado (a) não estará impedido (a) de exercer outra atividade para a qual se julgue capacitado (a);
- A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas.

Londrina/PR, ____ de _____ de _____.

Segurado

Profissional de Referência

Anexo 8 - Comunicação de Decisão da Reabilitação Profissional

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL**NIT:****E/NB:****Ao Sr. (a):****Endereço:****Número do Requerimento:****Assunto:** Encerramento de Programa de Reabilitação Profissional**Decisão:** Segurado (a) considerado (a) reabilitado (a)**Motivo:** Cumpriu Programa de Reabilitação Profissional do INSS**Fundamentação legal:** Lei no 8.213 de 24/07/1991, Art. 62 § 1o e Art.92 e Regulamento da Previdência Social aprovado pelo Decreto no 3.048 de 06/05/1999, Art. 140.

Comunicamos a conclusão de seu processo de habilitação e reabilitação social e profissional em XX/XX/XXXX. Conforme a fundamentação legal, será emitido certificado individual indicando as atividades que poderão ser exercidas pelo beneficiário, nada impedindo que este exerça outra atividade para a qual se capacitar. Em função da conclusão do Programa de Reabilitação Profissional, seu benefício foi encerrado nesta data. A partir da data da cessação do benefício e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de novo benefício poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; pela Internet no endereço www.inss.gov.br ou pelo aplicativo MEU INSS.

Cidade/PR, ____ de _____ de _____.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS**Agência da Previdência Social:****Endereço:**