

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS: UMA ANÁLISE DA REALIDADE DA GERÊNCIA EXECUTIVA DE MARINGÁ/PR NO ANO DE 2015

Christiane Karla Spielmann (autora)

*Mestranda do Programa Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento - Unespar
Campus Campo Mourão
as.christiane@hotmail.com*

Flávia Xavier de Carvalho (co-autora)

*Doutoranda em Ciências Sociais Aplicadas – UEPG
flavia_social@hotmail.com*

Eixo Temático: Trabalho e Saúde do Trabalhador

RESUMO

Para os trabalhadores que necessitem de habilitação e reabilitação profissional no Brasil, existem medidas de proteção social que dão espaço a políticas de (re)inserção. O Ministério do Trabalho e Previdência Social por meio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) tem por obrigatoriedade contribuir para o retorno dos trabalhadores ao mercado de trabalho. Nesta perspectiva o objeto de estudo proposto é uma análise quantitativa e qualitativa do Programa de Reabilitação Profissional na Gerência Executiva do INSS de Maringá-Pr, no ano de 2015. As considerações aqui desenvolvidas são frutos de pesquisas bibliográfica e documental. O artigo objetivou apresentar indicadores estatísticos sobre a Reabilitação Profissional na região noroeste do Paraná, bem como dialogar cientificamente com a realidade social dos municípios. Oportuno ressaltar que as análises teórico metodológicas foram construídas a luz do referencial histórico crítico. Destaca-se como categorias analíticas, o Trabalho e a Reabilitação Profissional. Em síntese o artigo tece discussões contemporâneas acerca do programa e, conseqüentemente do mundo do trabalho, buscamos evidenciar e interpretar a cena capitalista que os trabalhadores "reabilitados" estão envolvidos. Conclui-se que novos estudos que compreendem os processos de trabalho são necessários, assim como a construção de práticas que sugiram mudanças na forma como o trabalho é organizado.

Palavras – chave: Reabilitação Profissional; Trabalhador; Capitalismo

A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO PROCESSO HISTÓRICO

Neste artigo, apresentamos aspectos atinentes ao Programa de Reabilitação Profissional desenvolvido pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), tendo como delimitação de estudo, uma análise do Programa de Reabilitação Profissional da Gerência Executiva do INSS de Maringá, no ano de 2015.

A partir da premissa epistêmica que é apreender o trabalho enquanto categoria central da sociabilidade humana, presumimos que o Programa de Reabilitação Profissional está inserido no novo metabolismo social do trabalho na contemporaneidade. Como

procedimento metodológico adotou-se o método qualitativo e quantitativo e a pesquisa bibliográfica e documental.

A Reabilitação Profissional (RP) atua em situações em que a incapacidade para o trabalho e a consequente restrição laboral seja avaliada como estabilizada e de longa duração. Consiste na reinserção do trabalhador segurado da Previdência Social, seja no locus de trabalho, ou em outro quando este estiver sem vínculo empregatício, e sua concepção abrange aspectos sanitários, previdenciários, sociais e legais. Segundo a legislação brasileira, o Ministério Trabalho e da Previdência Social, através do INSS, é o responsável por esta atribuição.

De acordo com o que é previsto pela legislação previdenciária atual, o programa visa oferecer aos trabalhadores adoecidos ou acidentados, meios de reeducação e readaptação profissional para o retorno do indivíduo às atividades laborais, sendo essas diferentes em relação às tarefas habituais (POERSCH; RAMOS; SILVA, 2010).

O conceito de Reabilitação é descrito da seguinte forma pela Lei 8213/91 e Decreto nº 3048/99:

“Assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independente de carência, e às “pessoas portadoras de deficiência”, os meios indicados para o regresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem” (BRASIL, 1991).

Neste sentido, as funções básicas realizadas pelo programa de RP envolvem: a avaliação e definição da capacidade laborativa do trabalhador; a avaliação das perdas funcionais, funções conservadas, contra indicações, potencialidades e prognóstico laboral; a orientação e acompanhamento da programação profissional; a articulação com o meio para o regresso no mercado de trabalho; e o acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho (BRASIL, 2011).

A Previdência Social no Brasil tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados e dependentes, sendo sua renda utilizada para substituir a remuneração do trabalhador contribuinte, quando este perde a capacidade de trabalho, seja por doença, gravidez, invalidez, velhice ou morte.

Neste contexto é que se insere o Programa de Reabilitação Profissional, serviço prestado para os beneficiários afastados de sua atividade profissional em decorrência de doença, acidente de qualquer natureza, assim como para as pessoa com deficiência.

A história da Reabilitação Profissional no Brasil remete ao início do século XX, na qual o acesso aos serviços previdenciários era exclusivo para algumas classes de trabalhadores com carteira assinada, sendo garantido pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS) e posteriormente pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS). Os IAPS eram responsáveis por oferecer a seus contribuintes assistência médica, pensões e aposentadorias. Somente quem contribuía, ou seja, apenas quem exercia trabalhos reconhecidos pelo Estado, tinha direito aos benefícios; além disso, a classe

trabalhadora que tivesse mais condições de contribuir tinha acesso a uma gama maior e de melhor qualidade de benefícios.

O acesso aos serviços previdenciários configurou-se, desde seus primórdios, como um direito trabalhista das classes assalariadas urbanas. Com características administrativas e técnicas de seguro social, os serviços encarregados da proteção social brasileira desenvolveram práticas arraigadas à concepção de “cidadania regulada”, ou seja, os direitos de assistência médica, pensões e aposentadorias estiveram vinculados ao contrato compulsório dos trabalhadores do setor privado com o seguro gerenciado pelo Estado, mas na dependência da inserção formal no mercado de trabalho (TAKAHASHI; IGUTTI, 2008).

O padrão de proteção social através da cidadania regulada pela condição do trabalho corporificou-se em uma estrutura fragmentada, composta por diferentes parâmetros de arrecadação, critérios de concessão, cálculo de benefícios. A consequência deste processo foi a concentração dos instrumentos de controle dos trabalhadores, através das políticas, além de tornar a burocracia arena privilegiada de confronto dos interesses políticos em conflito.

A dimensão jurídica da cidadania, enquanto igualdade formal diante do Estado, é transmutada em uma desigualdade política na concessão diferencial de privilégios cumulativos a alguns setores da classe trabalhadora. Neste sentido, tanto a classe trabalhadora quanto a burocracia estatal estão prisioneiras de tais estruturas de cooptação e barganha (FLEURY, 1994, p.185).

Em síntese, a expansão da Seguridade Social nos países da América Latina, sobretudo no Brasil ocorreu de forma a reforçar seu caráter fragmentado e estratificado, como parte da estratégia política de cooptação das frações mais organizadas dos trabalhadores. A tentativa de maior uniformidade, unificação e universalização, foram frustradas em diversos pontos, tornando-se um espaço de manifestações de contradições.

Com o golpe militar no Brasil (1964) ocorreram algumas mudanças. Houve a unificação dos IAPS e constituição do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), de modo que não se fazia distinção entre os trabalhadores que contribuíam mais ou menos, todos tinham direito aos mesmos benefícios (BAPTISTA, 2007).

A prática da reabilitação já ocorria nos CAPS e IAPS desde 1943, mas apenas se tornou uma obrigação legal em 1967 no INPS. Tal prática era moldada por uma tendência hospitalocêntrica e os serviços ficavam centralizados em um só local. Neste sentido, foram implantados os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) que disponibilizavam todos os recursos terapêuticos no interior do próprio serviço, com grandes estruturas, equipamentos e equipes multiprofissionais. Foram criados, também os Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs), que eram unidades menores que referenciavam os casos mais complexos para os Centros (TAKAHASHI; IGUTTI, 2008).

No Decreto-Lei nº. 7.036 de 10 de novembro de 1944, que tratava da reforma da lei do acidente de trabalho, o artigo 90 referia-se à “readaptação profissional”, devida a todos os incapacitados para o trabalho, com o objetivo de restituí-los, parcial ou totalmente, “a capacidade na primitiva profissão ou em outra compatível com as suas novas condições físicas”. O conceito envolvia conotações de recuperação e reinserção no trabalho, por meio “de prática da fisioterapia, da cirurgia ortopédica e reparadora, mas ainda do ensino conveniente em escolas profissionais especiais” (BRASIL,1944).

Porém foi no Decreto-Lei nº. 48.959 de 19 de setembro de 1960, que o termo reabilitação profissional foi institucionalmente consolidado como resposta pública à questão da incapacidade e detalhado, abrangendo a “assistência educativa e de readaptação profissional” com vistas 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.

Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em seu artigo 53 define que a assistência reeducativa e de readaptação profissional cuidaria da reeducação e readaptação dos segurados que recebiam auxílio doença, bem como dos aposentados e pensionistas inválidos. Essas normas permitiram ainda que a Previdência Social delegasse o serviço de assistência previdenciária de Reabilitação Profissional para a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação e Instituições Congêneres. Entretanto, em 1963, o Decreto nº. 53.264 de 13 de dezembro, retomou a assistência de Reabilitação Profissional para a Previdência Social.

Com este Decreto, a assistência passou a ser custeada por vários Institutos de Aposentadorias e Pensões, porém a prestação do serviço em todo o país coube a apenas um instituto, cuja escolha foi de responsabilidade do Departamento Nacional de Previdência Social, segundo critérios de melhores condições técnico-administrativas.

O Decreto nº. 53.264 de 13 de dezembro de 1963 também criou a Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social (COPERPS), com a finalidade de planejar, orientar, coordenar e fiscalizar, em todo o território nacional, a prestação dos serviços da Reabilitação Profissional. Importante referir que o conjunto de atos normativos publicados, pouco resultou em mudanças no modo de fazer.

Nas décadas de 1970 e 1980, a reabilitação profissional expandiu-se sendo executada por meio de Centros de Reabilitação Profissional (CRP), unidades de maior porte e pelos Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP), unidade de menor porte. Essas unidades possuíam capacidades 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

pesquisa de mercado, com recursos materiais e humanos dentro dos serviços. Havia profissionais de diversas formações, dentre 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 (TAKAHASHI, 2006).

Os CRPs e NRPs atendiam a uma população importante de trabalhadores amputados por acidentes de trabalho, contando com um sistema de apoio técnico e logístico de avaliação, prescrição e aquisição de órteses e próteses.

A década de 1970 foi um momento importante na industrialização nacional, isto porque houve uma ampliação do setor e iniciou-se também o processo de automação/mecanização. Já na década de 1980 e início dos anos 1990 o país passava por uma forte crise fiscal impactando a inserção do trabalhador no mercado de trabalho. Tais acontecimentos tiveram sua influência sobre os serviços de reabilitação profissional o primeiro – a mudança do processo produtivo – repercutiu no quadro de morbidade dos trabalhadores e na necessidade de mudanças no que tange a qualificação profissional. Quanto ao segundo, a crise fiscal, impactava na dificuldade de absorção do trabalhador no mercado 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 em programa, tendo as despesas com transporte, alimentação, hospedagem, documentação, medicamentos, cursos profissionalizantes e instrumentos de trabalho, custeadas pela Previdência Social (TAKAHASHI; IGUTTI, 2008).

Ainda no decorrer desta década, devido a 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 quarenta e seis (46) serviços de reabilitação profissional, sendo vinte e um (21) CRPs e vinte e cinco (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; IGUTTI, 2008).

Para além das mudanças no processo de trabalho, na década de 1980 ocorreram mudanças políticas importantes, tendo em vista a luta pela ampliação de direitos civis, políticos, então cerceados pelo regime militar. Foi um momento de ebulição do movimento sindical e sanitário.

A partir da Constituição Federal de 1988, no título VIII – Da ordem Social, que “tem como base o primado do trabalho e como objetivo o bem estar e a justiça social” (artigo

193), fica estabelecido nas disposições Gerais do Capítulo da Seguridade social, genericamente no inciso III do artigo 194, a “seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços”, permitindo ao interprete o entendimento de que “serviços” são aqueles benefícios, não pecuniários, prestados pela Previdência Social através da Reabilitação Profissional e Serviço Social, conforme previstos nos artigos 18 e 26 da Lei nº. 8.213 de 24 de julho de 1991, além dos demais (42, 62, 88, 89 a 93 e 101) que tratam dos citados serviços. Outro aspecto a ser considerado é que a Reabilitação Profissional consta dos objetivos da Assistência Social, especificamente citados nos incisos III e IV do artigo 203 da Constituição de 1988, ampliando, o direito a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, o que permitiu a extensão do atendimento às pessoas portadoras de deficiência sem vínculo com a Previdência Social (BRASIL, 1988).

Destaca-se que de 1988 a 1990 ocorreu uma redemocratização do serviço de atendimento à saúde, principalmente com criação do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a Recomendação 99 da OIT, é fixado as normas internacionais do trabalho sobre a readaptação e diretrizes para a sua aplicação:

a expressão adaptação e readaptação profissionais, designa a parte do processo contínuo e coordenado de adaptação e readaptação profissionais a aplicação de meios – especialmente orientação profissional, formação profissional e colocação seletiva – para que as pessoas incapacitadas possam obter e manter um emprego adequado; o termo pessoas incapacitadas significa toda pessoa cujas possibilidades de obter e manter emprego adequado se encontre realmente reduzidas devido a uma redução de sua capacidade física ou mental (BRASIL, 1991).

Em 1990 o INPS se tornou o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e em 1992 foram criadas comissões que tinham como objetivo o estudo acerca da saúde do trabalho. Tais comissões foram criadas, pois a reabilitação profissional foi muito criticada naquele momento, considerada ultrapassada, centralizada e com desempenho não satisfatório. A partir do que foi identificado por tais comissões foram propostas algumas medidas administrativas, como exemplo: vistoria do local de trabalho para a avaliação donexo-causal entre adoecimento e local de trabalho; comunicação do acidente de trabalho por parte da empresa (notificação compulsória); a perícia deveria repassar as informações obtidas aos demais órgãos envolvidos para a realização de diagnóstico epidemiológicos; e estimular as parcerias interinstitucionais (TAKAHASHI; IGUTTI, 2008).

Em virtude disso, no II Seminário de Atividades Previdenciárias realizado em Brasília em 1994, que foi um *locus* importante de disputa política, saiu vencedora a decisão de que a Reabilitação Profissional era um serviço da Previdência Social e não um serviço de saúde, condicionado à contribuição dos segurados, não devendo ter seu acesso universalizado. No debate, foi rejeitada a proposta de transferência da rede nacional de reabilitação profissional do INSS para o SUS.

Em 1995, foram estabelecidas pela primeira vez, metas quantitativas para os serviços da reabilitação profissional, condicionando a essa a produção e permanência dos serviços. A meta nacional estabelecida pela chefia geral para o ano de 1995, foi de 20 mil segurados reabilitados, 37% a mais do que os resultados obtidos em 1994, para a qual foram conclamados todos os servidores da área envidar esforços no sentido de alcançá-la (TAKAHASHI; IGUTTI, 2008).

Já em 1995, ocorria uma operação dentro da Previdência Social, de mudança estrutural da reabilitação profissional. Metas nacionais de segurados reabilitados foram estabelecidas; mensagens mais ou menos explícitas de que a permanência e fortalecimento da reabilitação profissional dependiam do empenho e esforço dos profissionais eram constantes; o sucateamento dos equipamentos se aprofundou; o enxugamento do quadro de recursos humanos ocorreu de forma importante, principalmente pelas aposentadorias e pedidos de demissão voluntária e ressaltava-se a função reguladora da instituição

Através do Decreto nº. 2.172, de 06 de março de 1997, foi normatizada a nova estrutura da Reabilitação Profissional. A primeira mudança foi a desativação dos CRPs e NRPs, descentralizando os serviços de reabilitação profissional para as agências de benefícios do INSS (BRASIL, 1997a). A segunda alterava as funções básicas do processo de reabilitação profissional para: (1) a avaliação e a definição da capacidade laborativa; (2) a orientação e o acompanhamento do programa profissional; (3) a articulação com a comunidade para reingresso no mercado de trabalho e (4) o acompanhamento e a pesquisa de fixação no mercado de trabalho (BRASIL, 1997).

A compreensão de que a reabilitação profissional era mais um benefício da Previdência Social e não um cuidado à saúde, de acordo com Takahashi e Igutti (2008), se deve ao contexto vivenciado por vários países com incentivo aos ideais neoliberais. É proposto uma modernização do modelo gerencial, na qual critica-se a estabilidade dos funcionários públicos e propõe-se um modelo de gestão mais flexibilizado.

Nas décadas de 1990-2000 se desencadeou o processo de desmonte do serviço de reabilitação profissional, o qual foi impactado pelas transformações societárias em curso que tem repercutido para a precarização do mundo do trabalho, a política previdenciária é um dos alvos prioritários das contrarreformas

A expressão mais imediata do processo de “contrarreforma” a partir dos anos de 1990 foi o advento do gerencialismo e o confisco dos direitos conquistados pelos trabalhadores: as chamadas Reformas da Administração Pública e da Previdência Social, em cumprimento às determinações dos organismos internacionais, sob hegemonia do pensamento neoliberal. As propostas de “reforma”, elaboradas em uma direta sucessão temporal, se concretizaram com a aprovação das Emendas Constitucionais (ECs) - nº. 19 de 4 de junho de 1998 e nº. 20 de 15 de dezembro de 1998, ainda que, com algumas alterações resultantes das pressões realizadas por

partidos de oposição ao governo Fernando Henrique Cardoso e com a aprovação das ECs nº. 41 de 19 de dezembro de 2003 e nº. 47 de 5 de julho de 2005, no governo Lula, articuladas a um verdadeiro arsenal de instrumentos jurídico-legais.

O propósito foi conter avanços e conquistas da classe trabalhadora através de medidas que atingissem os servidores públicos e os trabalhadores protegidos pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS) segmentos esses com melhor inserção no mercado de trabalho. Evidenciou-se a subordinação dos serviços à lógica do mercado, sustentados por argumentos predominantemente técnico-instrumentais, em detrimento da natureza política própria de um sistema de proteção social aos trabalhadores.

No que tange à Reabilitação Profissional, as tensões emergentes no seio da classe trabalhadora, nos anos 1990, e as demandas pela superação de um modelo hospitalocêntrico de cariz médico-funcionalista vigente, resultaram na apropriação simbólica dessas reivindicações pela lógica neoliberal voltada para a regressão de direitos sociais. Em que pesem os argumentos de natureza fiscal e econômica, e os questionamentos quanto à eficiência e eficácia de suas ações, o que estava em jogo não era a simples avaliação de métodos de trabalho, mas a própria redefinição do papel do Estado, por meio da desconstrução das políticas de proteção social ao trabalhador.

A modernização tecnológica introduzida no INSS se fez a serviço de políticas sociais reducionistas. A retórica focada na agilidade, eficiência, eficácia e efetividade própria da administração gerencial, acompanhada da defesa da flexibilização da burocracia, ocultou o pesado fardo da precarização, da terceirização e do sobre trabalho para o funcionalismo público (ANTUNES, 2005).

Em 2001, foi publicada a Orientação Interna 69 que consistia em estabelecer as ações de descentralização do serviço e de procedimentos da reabilitação profissional na Previdência Social, materializados em um Manual chamado de “Programa Reabilita”. O Manual recomendava que a Reabilitação Profissional tivesse como objetivo a habilitação do trabalhador em outra atividade de trabalho, por meio de cursos e treinamentos e orientava que o atendimento ao trabalhador fosse realizado por um perito médico e outro profissional de nível superior, e não por uma equipe multiprofissional. Com a orientação as obrigações da Previdência Social encerravam-se com a emissão do certificado de reabilitação profissional, sem qualquer compromisso com trabalhadores demitidos ou mesmo com aqueles cujo acolhimento não ocorria por parte da empresa. Essas mudanças estavam articuladas com o movimento de privatização do Seguro de Acidente de Trabalho, então em curso.

Para Maeno e Vilela (2010) são notórios os efeitos da desconstrução e precarização do serviço de Reabilitação Profissional, expressos na ausência de familiaridade dos servidores responsáveis pela orientação profissional com o mundo do trabalho real, na intervenção voltada para a estrita homologação do processo reabilitatório, desprovida de

instrumental técnico-operativo qualificado, reduzida, muitas vezes, à readaptação do trabalhador promovida pela empresa de vínculo.

É possível inferir que o gerencialismo constitui apenas uma das determinações da lógica capitalista. Neste cenário encontra-se o desmonte do Programa de Reabilitação Profissional e o confisco dos direitos dos trabalhadores promovidos pelo movimento de contrarreformas de efeitos muito mais deletérios sobre a classe trabalhadora em sua totalidade. A luta contra a lógica de mercantilização da proteção social própria do modelo de seguro social, é a luta pela afirmação dos princípios democráticos definidores da concepção de seguridade social.

A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DA GEX MARINGÁ: ASPECTOS REGIONAIS EM PAUTA

Partindo da premissa dialética entre o geral e o particular, o texto buscou apreender aspectos inerentes a lógica histórica do Programa de Reabilitação Profissional para conseguinte analisar a particularidade da RP na Gerência Executiva do INSS de Maringá.

A Gerência Executiva do INSS em Maringá é formada por 13 Agências da Previdência Social², que totalizam 113 municípios, com um população de 1.706.135 habitantes (IPARDES, 2015). Deste total de Agências, 8 desenvolvem o programa de RP, sendo: 4 com equipe fixa de Reabilitação Profissional (Campo Mourão, Cianorte, Maringá e Umuarama), 3 necessitam do deslocamento de peritos médicos (Colorado, Loanda e Paranaíba), e 1 necessita do deslocamento de profissionais analistas para acompanhamento dos segurados (Goioerê).

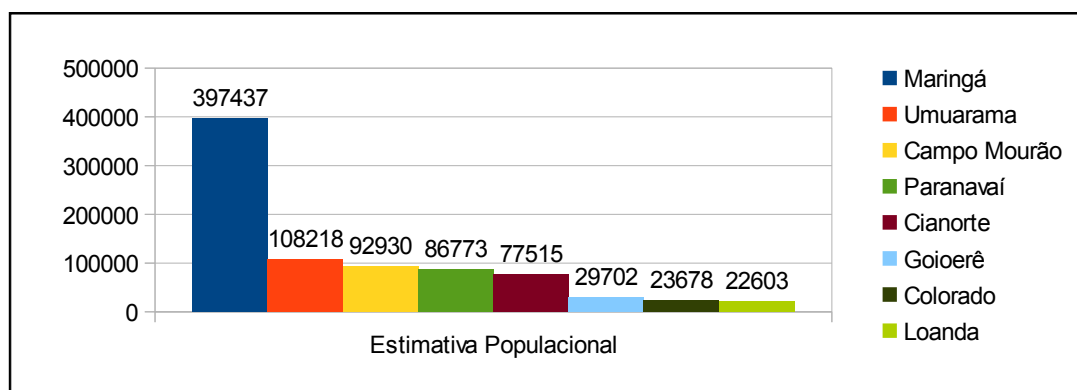
A regionalização da oferta dos serviços previdenciários não é realizada na mesma lógica da divisão regional em meso/microrregiões utilizadas pelos institutos de pesquisa, portanto para analisar estes municípios é necessário um olhar atento à suas particularidades, considerando a formação populacional, cultural e também os processos econômicos que foram desenvolvidos em cada um deles. Os municípios que possuem Agências da Previdência Social vinculadas à Gerência Executiva do INSS em Maringá estão localizados nas Mesorregiões Noroeste, Centro Ocidental e Norte Central³.

O perfil dos municípios que comportam as APS's são diversos, a começar no que se refere ao quantitativo populacional. Segundo estimativa do IBGE (2015), o município

² APS Demandas Judiciais, APS Astorga, APS Campo Mourão, APS Cianorte, APS Colorado, APS Cruzeiro do Oeste, APS Goioerê, APS Loanda, APS Maringá, APS Nova Esperança, APS Paiçandu, APS Paranaíba, APS Umuarama

³ Neste estudo optamos por apresentar dados apenas dos municípios onde estão localizadas as APS's onde a RP é desenvolvida, não sendo computados dados dos municípios de suas respectivas abrangências, tendo em vista a limitação para discussão teórica de um artigo científico

mais populoso da GEX Maringá é a cidade de Maringá, com 397.437 habitantes e o menos populoso é a cidade de Loanda, com 22.603:



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do IBGE, 2015.

Ao analisar os dados socioeconômicos é possível observar a mesma diferenciação. Os municípios com maior contingente populacional são aqueles que apresentam melhores IDH's, maior renda per capita e menores taxas de analfabetismo, conforme identifica-se no quadro abaixo. Entretanto, é preciso analisar tais indicadores com cautela uma vez que representam uma média e não a situação particular de cada morador do município.

	IDH	Renda Per Capta (R\$)	IDH Educação	Tx. Analfabetismo (%)
Maringá	0,808	1.202,63	0,768	3,27
Umuarama	0,761	880,60	0,698	6,23
Campo Mourão	0,757	843,42	0,689	7,31
Paranavaí	0,763	852,66	0,703	7,01
Cianorte	0,755	837,13	0,685	5,58
Goioerê	0,731	707,58	0,639	10,64
Colorado	0,730	833,70	0,649	8,84
Loanda	0,725	725,67	0,645	8,25

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados dos Cadernos Municipais, IPARDES, 2015.

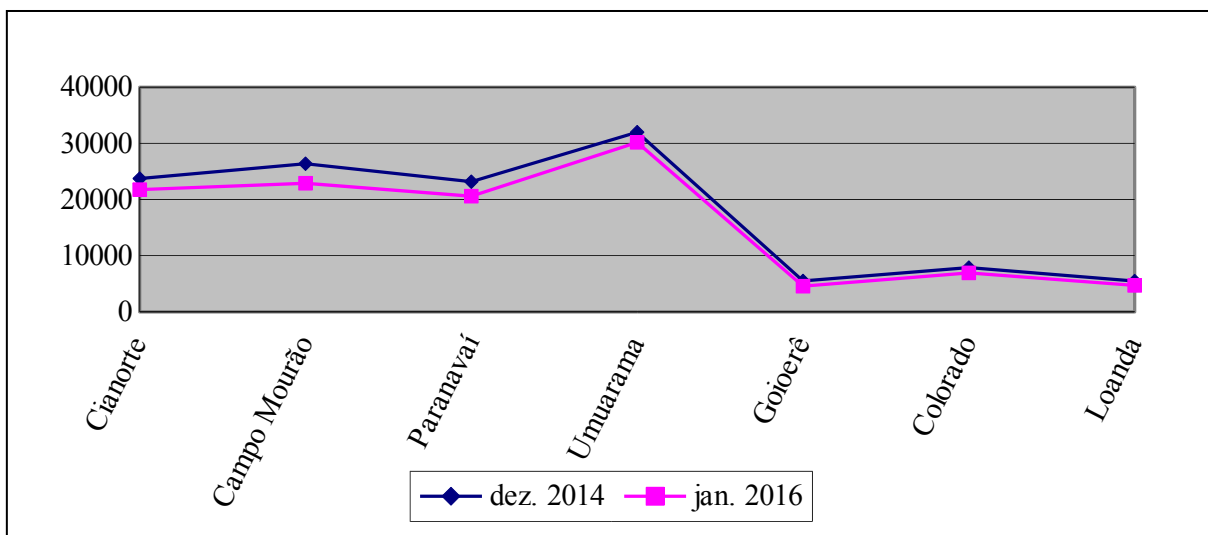
Ao analisarmos o processo de ocupação das mesorregiões que envolvem a GEX Maringá, identifica-se que suas ocupações foram semelhantes, sendo estimuladas pela cultura do café a partir da década de 1940. Entretanto, pós eventos naturais (geadas e erosões, por exemplo) a economia de cada mesorregião foi alterada, possibilitando o surgimento de indústrias. Em relação aos municípios estudados é possível identificar diversos ramos produtivos, que variam seu número de vagas de trabalho formal, conforme a região.

	Cianorte	Campo Mourão	Paranavá	Umuarama	Goioerê	Colorado	Maringá	Loanda
Extração Mineral	8	44	1	0	0	3	108	0
Indústria de Transf.	10435	3947	6342	8351	468	4691	31146	2338
Serv Ind Up	74	14	9	96	0	0	124	0
Construção Civil	524	1105	1167	1637	135	70	10184	80
Comercio	5445	8823	6343	9644	2149	1234	40106	1166
Servicos	4899	7366	5991	9017	1492	1055	65098	1006
Adm Publica	1855	2699	2073	2557	885	738	11676	606
Agrop.	485	2361	1232	668	364	71	583	271

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados da RAIS/CAGED – MTPS, 2014.

Os dados apresentados acima referem-se ao número de empregos formais em dezembro de 2014. As atividades voltadas para a prestação de serviços (comércio, serviços) são mais evidentes nos municípios com maior contingente populacional e, conseqüentemente, IDH e renda média mais elevadas. Exceto o município de Goioerê, que apresenta um dos IDH mais baixos e a taxa de analfabetismo mais alta em relação aos demais estudados e, mesmo assim, sua maior oferta de emprego está concentrada nas atividades do comércio. Por outro lado, observa-se a concentração de vagas nas indústrias de transformação em municípios menores, como é o caso de Loanda e Colorado. Importante destacar que o município de Cianorte é conhecido nacionalmente como “Capital do Vestuário”, neste sentido é possível compreender o número significativo de empregos gerados nas indústrias de transformação.

Ao compararmos os índices de vagas de emprego formal em dezembro de 2014 e janeiro de 2016, observa-se a queda no número de vagas em todos os municípios, chegando a representar uma diminuição de 17,07% no caso de Goioerê (a maior queda dentre os municípios estudados).



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados da RAIS/CAGED – MTPS, 2014/2016.

O município de Maringá não foi inserido no gráfico, uma vez que apresenta uma realidade extremamente diversa dos demais, neste município houve uma queda de 10,39% das vagas de emprego formal, que foram reduzidas de 159.025 para 142.496. Diante da realidade diferenciado do município de Maringá com as outras cidades é relevante problematizar o fenômeno.

A cidade de Maringá nos últimos anos vem sendo divulgada pela mídia como sendo uma das melhores cidades do país para se viver, neste contexto dando enfoque para alguns indicadores e ignorando as dificuldades apresentadas pelo aglomerado urbano, como os municípios de Sarandi, que se encontra conurbada ao espaço urbano de Maringá, e Paíçandu, em via de conurbação (SANTANA *et al.*, 2010).

A produção do espaço urbano constituído pela atual Região Metropolitana (RM) de Maringá obedeceu, desde sua gênese, a uma orientação que reproduziu, no território, processos de desigualdade social pela ação do mercado imobiliário e do poder público. Ao segmentar as áreas a serem comercializadas, segundo as especificidades socioeconômicas dos adquirentes, esse mercado fomentou, ao longo de mais de meio século, uma ocupação residencial também segmentada. Em toda essa região acabou sendo definida uma especificidade que separou os moradores conforme as suas possibilidades econômicas de acesso ao solo urbano e, ao fim, segregou-os em um limite tão extremo que os grupos de renda baixa da população só encontraram possibilidade de moradia fora das áreas urbanas centrais (RODRIGUES; COSTA; FERRARI, 2009).

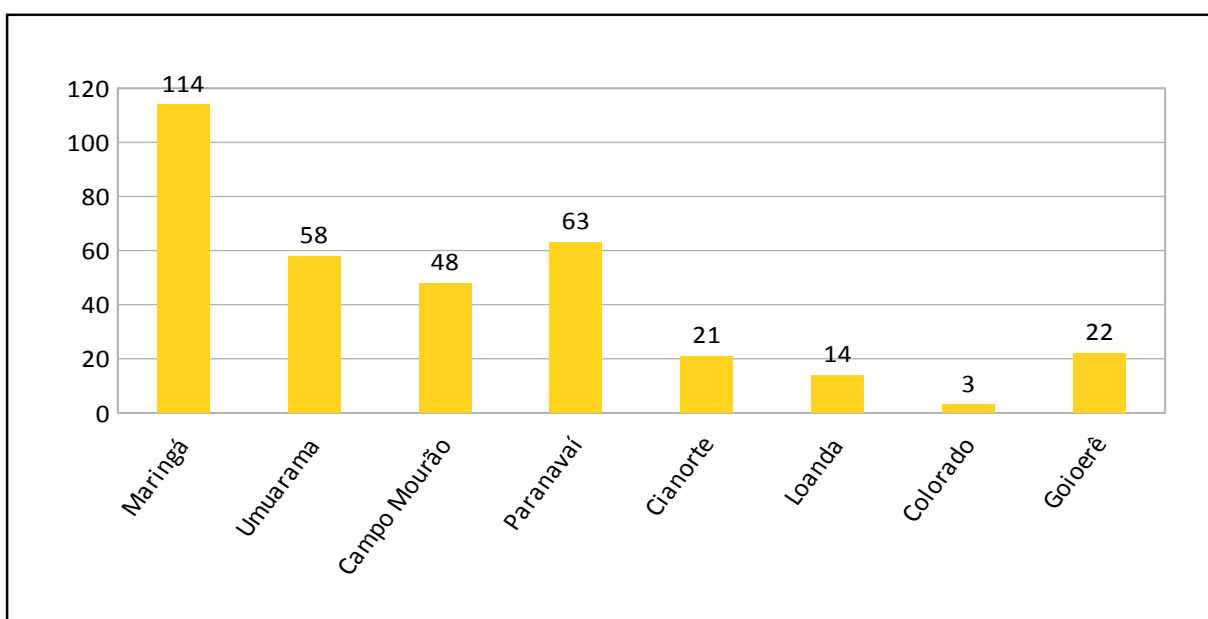
Segundo Santana *et al.* (2010) Maringá, não possui favelas, possuindo um elevado nível de renda, alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), educação, diferenciando-se das cidades a ela conurbadas, as quais são muito carentes em infraestrutura e serviços básicos urbanos, configurando-se um contraste geoeconômico entre Maringá e as mesmas.

Percebe-se que a elevada situação econômica e social de Maringá advêm da sua ligação com os municípios de Paiçandu e Sarandi, que absorvem a população em vulnerabilidade social, que utilizam de Maringá para sua subsistência, mas não possui condições financeiras para residir no município polo. Assim, os mesmos consomem, trabalham e estudam no município polo e residem nas cidades conurbadas e de via de conurbação, ficando a cargo de tais cidades a responsabilidade das políticas públicas que visem atender tal população.

A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DA GERÊNCIA EXECUTIVA DE MARINGÁ EM NÚMEROS

Apresentado o panorama regional que está inserido a Gerência Executiva do INSS de Maringá, a seguir os indicadores do Programa de Reabilitação Profissional serão problematizados no tocante aos aspectos inerentes do objeto de estudo.

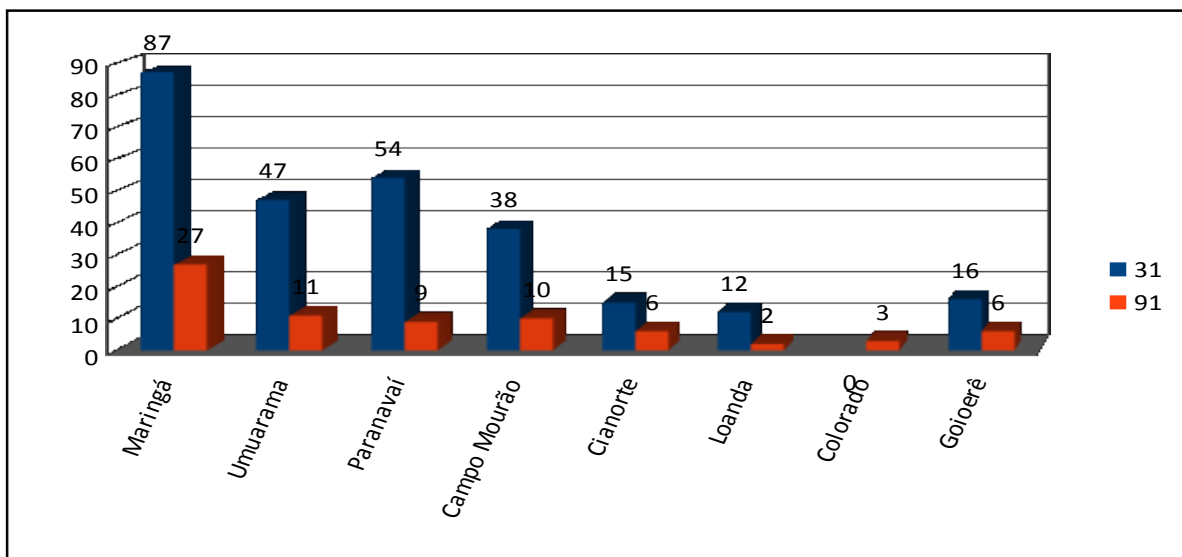
A Gerência Executiva do INSS em Maringá teve, em 2015, 343 segurados encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional, conforme relatado Maringá adquire destaque por ser o maior município da região e ter um grande área de abrangência, os dados abaixo demonstram essa realidade conforme gráfico abaixo:



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do Boletim Estatístico da Previdência Social/GEX Maringá, 2015.

Quanto a espécie dos benefícios, observa-se que segue a mesma tendência da concessão, onde há o predomínio majoritário do benefícios da espécie 31. No total, foram encaminhados 269 benefícios da espécie 31 e 74 da espécie 91. Embora não seja objeto deste estudo mas denota-se que a discussão acerca da alteração do nexos causal para auxílio doença acidentário é um fenômeno levantado para discussão a nível nacional,

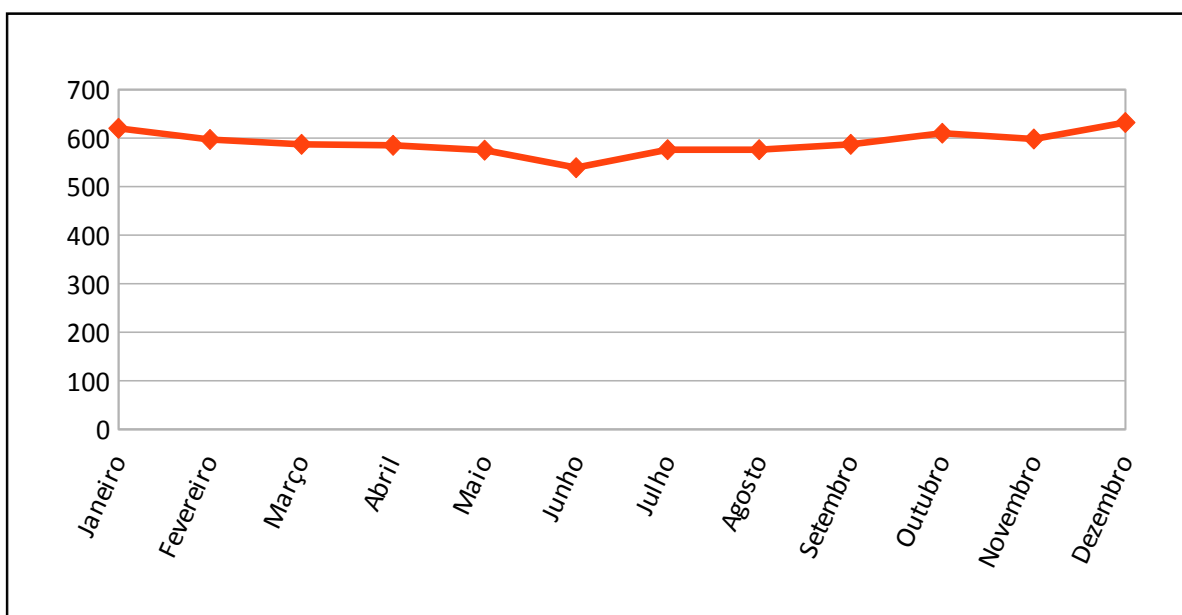
pois a dicotomia entre as duas espécies apontam indagações necessárias quando a discussão na área de Saúde do Trabalhador.



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do Boletim Estatístico da Previdência Social/GEX Maringá, 2015.

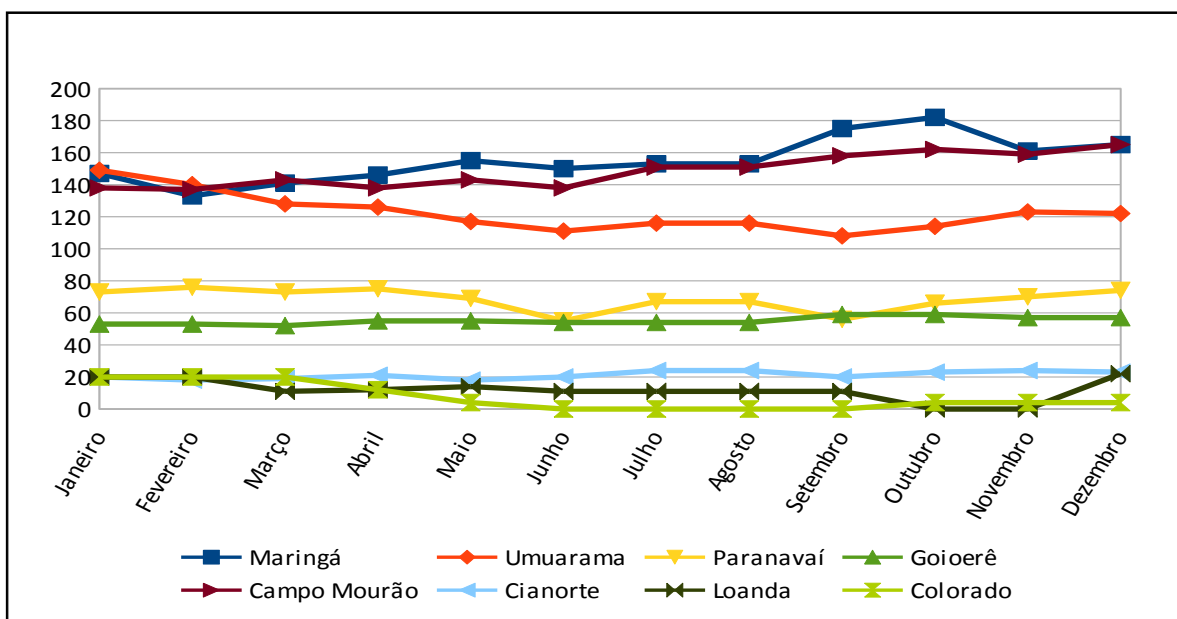
Destaca-se a APS de Colorado, onde 100% dos encaminhados possuíam benefício da espécie 91 e as APS's de Cianorte e Goioerê, onde observa-se que o percentual de encaminhamento de segurados da espécie 91, atingiu 40% e 37,5% respectivamente. As APS's onde encontra-se a maior diferença entre os encaminhados por espécie são Loanda e Paranavaí, onde o percentual de encaminhados da espécie 91 é de aproximadamente 16%.

A lista de espera para atendimento no Programa de Reabilitação Profissional ficou entre 539 e 632 segurados na GEX, conforme observa-se abaixo:



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do Boletim Estatístico da Previdência Social/GEX Maringá, 2015.

Ao desmembrar os dados por APS, podemos observar que a maiores listas de espera concentram-se nas APS de Maringá, Campo Mourão e Umuarama, onde o número de segurados aguardando **atendimento** alcançou 182 (outubro), 165 (dezembro) e 149 (janeiro), respectivamente. As APS's com menor lista de espera são Colorado, onde a lista de espera esteve zerada entre junho e setembro, Loanda que permaneceu abaixo de 20 segurados entre os meses de março e novembro e a APS Cianorte, onde a lista de espera permaneceu abaixo de 24 durante todo o ano de 2015.

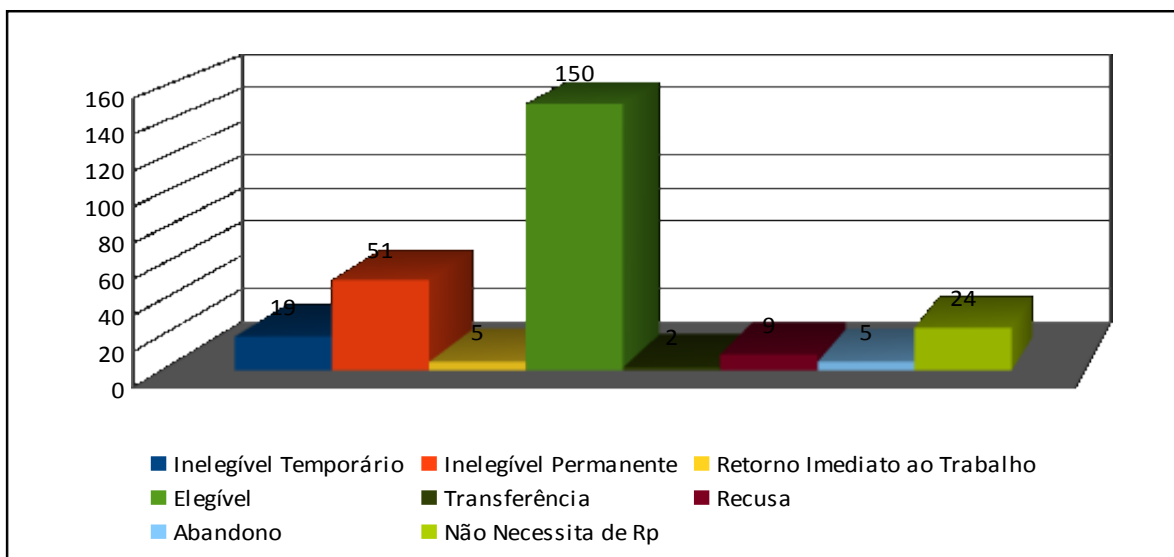


Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do Boletim Estatístico da Previdência Social/GEX Maringá, 2015.

Importante ressaltar que a lista de espera sofre impactos diretos dos casos de afastamento de servidores, períodos de greve e também do fluxo de saída de segurados do programa (que podem possibilitar o ingresso de novos trabalhadores).

Diante dos dados apresentados até o momento, é visível a demanda significativa existente na APS de Goioerê, que no momento não possui nenhum profissional 'analista' lotado desenvolvendo a Reabilitação Profissional. A referida APS é atendida por profissionais da APS Campo Mourão e Cianorte, o que denominamos de equipe volante.

No ano de 2015 foram concluídas 265 avaliações do potencial laborativo, onde a maior parte dos segurados foi considerado elegível para cumprimento da RP:



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do Boletim Estatístico da Previdência Social/GEX Maringá, 2015.

Segundo o Manual Técnico da Área de Procedimentos da Reabilitação Profissional entende-se por avaliação do potencial laborativo:

A análise global dos seguintes aspectos: perdas funcionais; funções que se mantiveram conservadas; potencialidades e prognósticos para o retorno ao trabalho; habilidades e aptidões; potencial para aprendizagem; experiências profissionais e situação empregatícia; nível de escolaridade; faixa etária e mercado de trabalho (BRASIL, 2011, p.16).

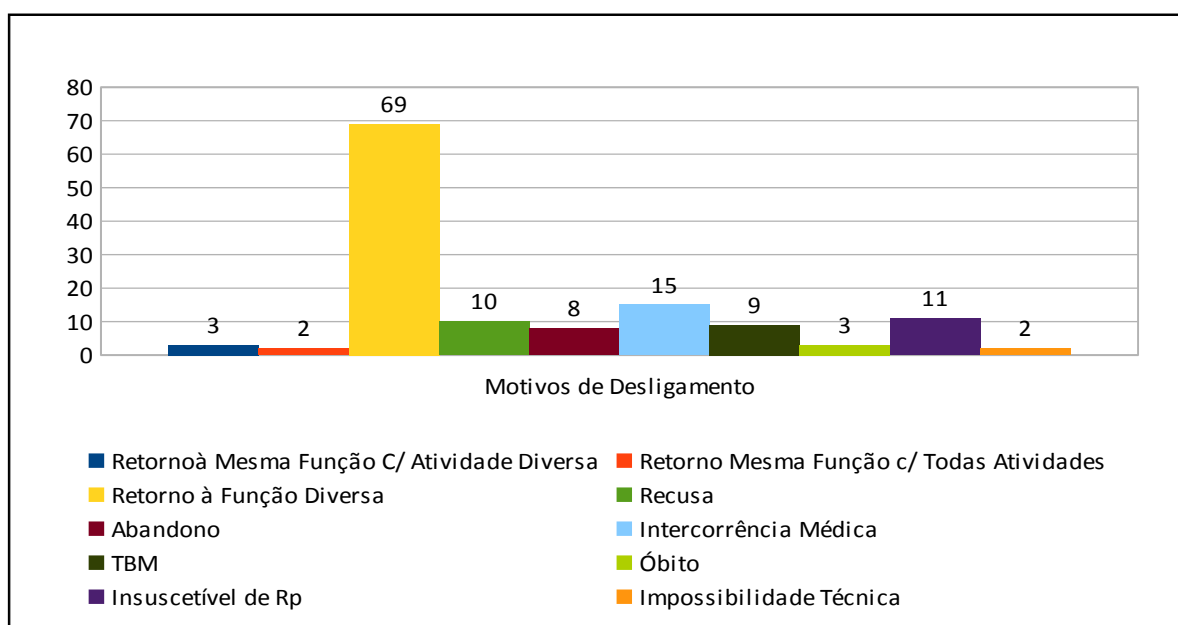
Os segurados avaliados como inelegíveis temporários ou permanentes são aqueles que não possuem perfil para cumprimento de Reabilitação Profissional, por diversos fatores, dentre os quais podemos destacar baixa escolaridade e quadro clínico. Os casos de inelegíveis temporários são mantidos em benefício de auxílio doença e podem, posteriormente ser encaminhados para o programa. Por outro lado, os segurados avaliados como inelegíveis permanentes são aqueles que não apresentam nenhuma perspectiva de cumprimento do programa, em geral são aqueles com idade elevada e quadro clínico sem prognóstico de melhora, sendo que em sua maioria são aposentados por invalidez.

Ao avaliar o quantitativo de segurados considerados inelegíveis, observamos que correspondem a 26,41% das avaliações de potencial laborativo realizadas. Diante disso, pode-se questionar a triagem no momento do encaminhamento ao Programa (seja ela médico pericial ou judicial), visto que os fatores que influenciam neste resultado - idade, escolaridade, quadro clínico - podem, muitas vezes, ser observados já no momento de optar pelo programa, sendo possível evitar o encaminhamento indevido. Por outro lado, é importante considerar que, o longo tempo em lista de espera pode alterar a realidade do segurado, impactando no resultado da avaliação do potencial laborativo.

Os casos de segurados que não necessitam do Programa representaram 9% dos resultados das avaliações. Em geral estes são trabalhadores que não são considerados inaptos para o desenvolvimento de suas funções de origem.

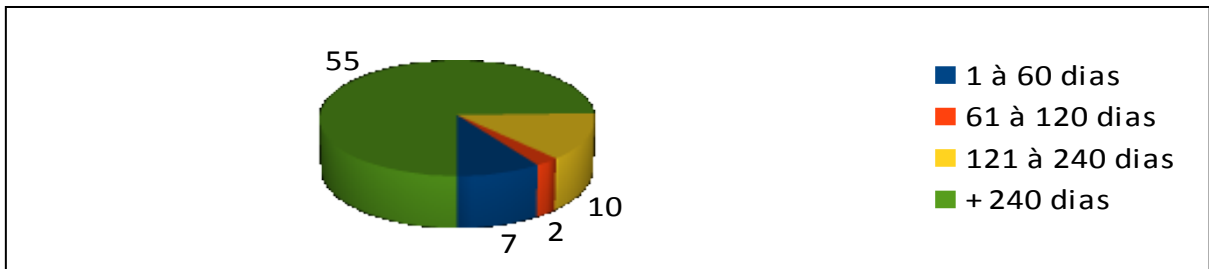
Diante destes resultados, considera-se que o conhecimento dos critérios do Programa, bem como da dinâmica do trabalho são essenciais para que não haja o encaminhamento de segurados sem perfil ou então sem a necessidade de reabilitação profissional, o que poderá trazer impactos significativos na demanda de trabalho das equipes da RP.

Durante o cumprimento do Programa de Reabilitação Profissional o trabalhador é acompanhado sistematicamente, sendo submetido a avaliações conjuntas cotidianamente, que podem gerar seu desligamento do programa antes mesmo do seu cumprimento. No ano de 2015 foram desligados da RP 132 segurados, em toda GEX, dos quais 69 por retorno ao trabalho em função diversa daquela de origem, os demais foram desligados por:



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do Boletim Estatístico da Previdência Social/GEX Maringá, 2015.

Os segurados desligados para retorno ao trabalho, considerando Retorno à Mesma Função com Atividade Diversa, Retorno à Mesma Função com Todas as Atividades e Retorno à Função Diversa, permaneceram no programa, em sua maioria por mais de 240 dias, conforme observamos abaixo:



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do Boletim Estatístico da Previdência Social/GEX Maringá, 2015.

Tal informação é relevante para se analisar a conjuntura na qual está inserida o Programa de RP. Diversos são os fatores que contribuem para o tempo permanência do segurado na RP, dentre eles podemos citar: equipe insuficiente para atender a demanda, dificuldade no encaminhamento para cursos e treinamentos - não formação de turma e falta de oferta de readaptação por parte da empresa, por exemplo – e também questões individuais do próprio trabalhador como a falta de acessibilidade e escolaridade insuficiente para realização de cursos.

A realidade na qual o segurado está inserido, é essencial para os sucesso do processo de reabilitação profissional. Conforme definido no Projeto Reabilitação Profissional: Articulando Ações em Saúde do Trabalhador e Construindo a Reabilitação Integral “o território precisa ser considerado enquanto espaço de referência para o processo de (re) habilitação profissional, inclusive em sua dimensão complexa, culturalmente regionalizada, e de acesso a bens e serviços essenciais para composição de rede” (p. 6). É necessário compreender a reabilitação profissional como um processo dinâmico, com muitas variantes, não sendo possível estabelecer um prazo específico para 'reabilitar o trabalhador'. Aspectos subjetivos estão presentes e devem ser levados em consideração pela equipe de RP, questões econômicas, históricas e sociais, são determinantes para o programa.

Diante disso, estabelecer prazos rígidos para o cumprimento do Programa torna-se inviável, pois como já exposto diversos fatores influenciam neste processo. Além disso, os próprios dados do programa nos mostram a inviabilidade de se realizar um processo de reabilitação profissional com tempo inferior à 240 dias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura nacional sobre os programas de reabilitação profissional da Previdência Social revela a desconfiança de sua efetividade em relação ao objetivo de manter o trabalhador em atividade. Questionam-se as reais oportunidades de re-inserção no mercado de trabalho para aqueles que estão afastados do trabalho e com alguma limitação funcional. No atual contexto, parece insuficiente treinar e qualificar os

afastados do trabalho, para disputar em igualdade de condições os poucos empregos disponíveis.

A experiência da reabilitação profissional, se tomada enquanto paradoxo, oportuniza questões da vida real e tensionamentos, há muito experienciados nas relações de trabalho capitalistas, isto é, numa lógica mercantilista e de acumulação, que produz desigualdade. Uma sociedade controlada pelo consumo captura a subjetividade e o sentido do trabalho, desenhando estilos de vida que são aceitados ou não pela sociedade. E pensar sobre os trabalhadores que estão na reabilitação profissional, é compreender que por diversas vezes os mesmos encontram-se limitados parcial ou totalmente para o trabalho que executavam ou que almejavam um dia conseguir.

Analisando o programa de reabilitação profissional no ano de 2015 na Gerência Executiva do INSS de Maringá é observado que no decorrer do processo histórico as alterações na lógica do programa tiveram mudanças, sobretudo por pressões da sociedade, pode-se citar o tempo de reabilitação profissional, não é algo rápido, observa-se que é respeitado o tempo para qualificação profissional; o retorno a função diversa também foi um indicador com destaque nas análises, ou seja, o segurado finaliza a reabilitação com cursos e treinamentos concluídos.

Em síntese, advogamos a favor da ideia que o fundamental é que a reabilitação profissional faça parte do processo que possa inibir o adoecimento, ou seja, contribuir para que o trabalho não gere doença, considerando que o adoecimento é também uma forma de expressão dos modos de trabalhar. Alterar a reabilitação profissional é estar atento para a demanda que chega e atuar em parceria com os atores envolvidos neste processo, isto é, pensar para além do que se apresenta, buscar apreender e intervir na essência.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **O caracol e sua concha**: Ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

BATISTA, T.W. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. IN: CORREA, G; MOURA, A. L. (Orgs.). **Políticas de saúde**: a organização a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 7.036** de 10 de novembro de 1944. Reforma da Lei de Acidentes de trabalho.

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

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Manual técnico de procedimentos da área de Reabilitação Profissional**. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social, 2011.

BRASIL. **Resolução nº. 424/MPAS/INSS.** Instituto Nacional de Previdência Social 1997; 7 mar.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos:** seguridade social na América Latina [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,1994.

DIRSAT (Diretoria de Saúde do Trabalhador). Ministério da Previdência Social. **Reabilitação Profissional: Articulando Ações em Saúde do Trabalhador e Construindo a Reabilitação Integral.** Brasília: DF, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações sobre os Municípios Brasileiros.** Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> Acesso em 15 de abril de 2016.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Cadernos Municipais.** Disponível em <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30> Acesso em 15 de abril de 2016.

MAENO, M.; VILELA, R. A. de G. **Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública.** Rev. bras. saúde ocup. [online]. 2010, vol.35, n.121, pp. 87-99.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL. RAIS/CAGED. **Emprego Formal por Ramo.** Disponível em http://bi.mte.gov.br/ggcaged/caged_perfil_municipio/index.php. Acesso em 15 de abril de 2016.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL. RAIS/CAGED. **Empregos por Município em Janeiro de 2016.** Disponível em http://bi.mte.gov.br/ggcaged/caged_isper/index.php> Acesso em 5 de abril de 2016.

POERSCH, A. L.; RAMOS, M. Z.; SILVA, R. N. **Reabilitação profissional:** o coletivo como ferramenta de re-significação. Psico. Porto Alegre, v. 41, n. 01, p. 137-143, 2010.

RODRIGUES, L. A.; COSTA, S.P. ; FERRARI, L. C. C. O contexto histórico e a institucionalização da região metropolitana de Maringá. In: RODRIGUES, L. A.; MOURA, R. **Como andam Curitiba e Maringá.** Rio de Janeiro: Letra Capital: Observatório das Metrôpoles, 2009. p.189-199.

SANTANA, R. G. *et al.* Análise da ocupação residencial na região metropolitana de Maringá: a construção e aplicação de uma tipologia. In: RODRIGUES, A. L.; TONELLA, C. **Retratos da Região metropolitana de Maringá:** subsídios para a elaboração de políticas públicas participativas. Maringá: Eduem, 2010. p. 17-41.

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. **Incapacidade e Previdência Social:** uma leitura da trajetória de incapacitação dos trabalhadores [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006.