

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

MARÍLIA MEYER BREGALDA

**TERAPIA OCUPACIONAL E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL:
práticas e concepções de terapeutas ocupacionais
no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**

**São Carlos
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

MARÍLIA MEYER BREGALDA

**TERAPIA OCUPACIONAL E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL:
práticas e concepções de terapeutas ocupacionais
no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do Título de MESTRE em Terapia Ocupacional na Área de Concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional, na Linha de Redes Sociais e Vulnerabilidade, do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação da Profa Dra Roseli Esquerdo Lopes

**São Carlos
2012**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

B833to Bregalda, Marília Meyer.
Terapia ocupacional e reabilitação profissional : práticas e concepções de terapeutas ocupacionais no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) / Marília Meyer Bregalda. -- São Carlos : UFSCar, 2012.
217 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

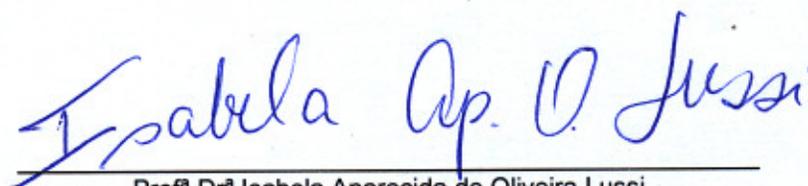
1. Terapia ocupacional. 2. Reabilitação profissional. 3. Trabalho. 4. Instituto Nacional do Seguro Social (Brasil). 5. Previdência social. I. Título.

CDD: 615.8515 (20^a)

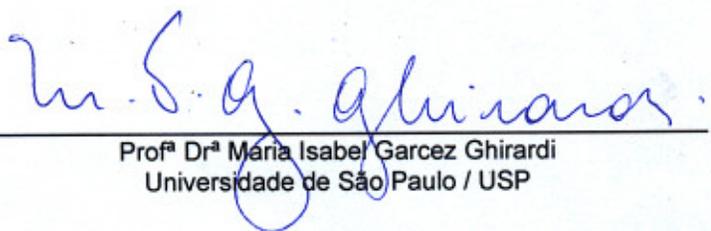
FOLHA DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA
MARÍLIA MEYER BREGALDA, DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM 28 DE
FEVEREIRO DE 2012.



Profª Drª Roseli Esquerdo Lopes
Orientadora e Presidente
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar



Profª Drª Isabela Aparecida de Oliveira Lussi
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar



Profª Drª Maria Isabel Garcez Ghirardi
Universidade de São Paulo / USP

Homologado na CPG-PPGTO na
_____ª. Reunião no dia

____/____/____

“Que programas políticos resultam dessas necessidades interiores, eu simplesmente não sei. Mas sei que um regime que não oferece aos seres humanos motivos para se importarem uns com os outros não pode preservar sua legitimidade por muito tempo”.

Richard Sennett

AGRADECIMENTOS

Às terapeutas ocupacionais do INSS, com especial carinho àquelas que participaram deste estudo, pela grande contribuição dada e por lutarem cotidianamente pela dignidade do trabalhador brasileiro.

Aos segurados do INSS, com quem aprendo diariamente sobre trabalho e vida.

À Cristina Struffaldi, pela defesa da terapia ocupacional no INSS e pela luta constante por um melhor atendimento aos segurados, pautado pelo respeito e pela ética.

A Isabel, Carlos, Mariana, Diana, Anita, Miriam, Sérgio, Mariane, Simone, Dariane, Juliana, Natame, Thaísa, querida equipe, pelo apoio decisivo para que eu pudesse realizar esta pesquisa, e pelo compartilhamento de conquistas e angústias no desafio diário da Reabilitação Profissional.

Novamente, à Mariana, companheira de todas as horas, pelo carinho e cuidado nos gestos simples – e sempre grandiosos, e pelo exemplo constante de que é sempre possível oferecer mais e melhor.

Ao Eudis e ao Milton, pelo apoio e pela possibilidade de construção desta caminhada.

À querida professora Roseli, pela coragem e ética com que trata o ser humano e pelos sentimentos e conversas inesquecíveis compartilhados. Será sempre um exemplo e um norte.

Às professoras Isabel e Isabela, pelo cuidadoso respeito com que se dedicaram a este estudo e pelas valiosas contribuições que nos deram.

À Beatriz, pelo trabalho fundamental à realização desta pesquisa.

À minha mãe, Valéria, pela grandeza mais digna, forte e amorosa que pode um ser humano, e por ser sempre o porto e a coragem para buscar novos mundos.

Ao meu pai, Tarcísio, por me dar o mundo e esse gosto de encontrar a poesia no humano e o

sim numa sala negativa.

À Maíra, irmã queridíssima e amada, por fazer os dias amanhecerem duas vezes. Por estar incondicionalmente ao meu lado e por me mostrar o valor da essência e do tempo. E pela revisão desta dissertação, é claro!

À família Bregalda, pela acolhida e pelos gestos de muito amor e calor, sempre.

Aos meus queridos outros pais e mães: Toninho e Marta, Wand e Roseli, por todo o amor que me dedicam e ao qual serei eternamente grata.

À Aninha, amiga-irmã e grande presente da vida, cúmplice maior, que tem a mistura mais mágica de amor e razão.

À Keka, extensão do meu sentimento e do meu coração, por comigo repartir a vida, os sins e os ãos, e por sempre me lembrar que estamos aqui para crescer.

Ao Rodrigo, meu irmão e amor de todas as vidas, com quem divido o mundo e a alma, por me fazer sentir sempre o mais, o melhor e o voo.

Ao Du, que num olhar e num abraço, dão ao corpo e à alma a força para seguir em frente.

À Carol, por sempre mostrar a grandeza da vida e a beleza de tudo, por me ensinar o que é amizade, pelas luas, músicas e momentos compartilhados.

À Paula, por existir. Agradeço ao mundo por você. Encontro dos mais potentes, capaz de transformar as paixões mais tristes nas mais alegres.

Ao Pedro Vitor, presente da Paula e da vida, pela presença mais amorosa que pode existir.

Ao Marcelo, pela amizade de toda a vida e por trazer o melhor da alegria e do riso.

À Mi, pela irmandade, luz, beleza, dança, por ser um desses seres humanos incríveis e encantados.

Ao Pedro, pela cumplicidade e apoio fundamentais em momentos dos mais importantes da minha vida.

Ao Fernando, Fefer, pela maravilhosa presença em minha vida, por ser minha família, pelo imenso carinho.

À Mari Quarentei, minha grande professora, que sabe, como ninguém, dar escuta e construir potência, e que me possibilitou os melhores encontros com a terapia ocupacional.

À Marli (*in memoriam*), pelo tanto ensinamento de vida e de terapia ocupacional, pelo carinho de mãe, e por sua luta por aqueles que a sociedade não acolhe.

À Ana, comadre querida, por estar ao meu lado nos momentos mais decisivos e de maior crescimento para nós duas. Obrigada pela Marina e por ensinar uma forma ética e amorosa de respeito a tudo que existe.

À Lozinha, queridíssima amiga, irmã 'amarela', pelo amor, força, cuidado e referência, pelos gestos mais bonitos, e por ter ficado ao meu lado, de todas as formas, sempre.

Ao Dikta, pelo amor e companheirismo, pela sempre acolhida, pela generosidade e pela forma incrível e única de ser... Eternas risadas e alegrias, maravilhosas conversas!

Ao Nano, por ter sempre o melhor gesto, o melhor abraço, o melhor sentimento, o melhor que pode haver em um coração.

Ao Reynolds, pela incrível dedicação a tudo que faz e a todos que ama, pelo carinho e pelo eterno exemplo.

Ao Thi Braz, companheiro de pensar na vida, pela grandeza da sua alma e dos seus pensamentos. Estar perto de você é sempre ir de um lugar para outro melhor.

À Su, pelo maior carinho existente em um olhar.

Ao Oc, pelos momentos inesquecíveis compartilhados na Amarela, pelo companheirismo e amizade, e por sempre mostrar o quanto tudo pode ser vivido com alegria!

Ao Tota, pelo amor e espiritualidade e pelo apoio diante de todos os meus passos.

À Amarela!!! Lugar dos momentos e pessoas mais amados da vida.

À Angeline e sua querida família, pelo amor que compartilharemos sempre.

Ao Daniel (Mico), pelo amor, pelo apoio, pelas risadas, pela melhor companhia, pelo exemplo.

Ao Márcio (Tatu), por ser assim, incrível, fazendo sempre a diferença.

Ao Julio, amigo tão querido e presente, pelas conversas onde tanto aprendemos sobre nós mesmos.

À Simone, pela cumplicidade, lealdade e pelo eterno aprendizado que me proporcionou.

À Camila, pela mais verdadeira amizade e pelo intenso compartilhar de nossas essências.

À Paty, pelo brilho inigualável, pela amizade-poesia, pelo amor infinito... Eterna companheira de vida.

À Gi, pelos constantes presentes, e por sempre mostrar a simplicidade das coisas, em seu melhor sentido.

À Elisa, por me fazer amar ainda mais o amor e acreditar que a vida pode, sim, ser repleta de paixão.

À Isa, por estar sempre comigo e pelo incentivo nesta e em outras empreitadas da vida.

À Dani, simplesmente por ser um anjo... E por fazer ser possível tocar, por um instante, a bondade em sua forma mais pura.

À Tetê, pelo amor, carinho e cuidado. Pensar em você é me sentir nos braços de um anjo.

À Yú, minha Clarice, pela intensidade com que vive o amor e a vida, pelo carinho mais amoroso, forte e delicado que dedica a tudo que é coisa e gente, e pela amizade-amor que compartilhamos.

À Dri, pela amizade eterna, pelas melhores conversas, pela magia! Com você divido o melhor do espaço-tempo.

À Vanessa, minha milésima japinha, pela presença e amizade incomparáveis, pelos momentos sempre intensos, pelas risadas, pelo pensar na vida.

À Marina, pelos momentos inesquecíveis em Pira e pela amizade, e por me fazer presenciar tudo aquilo que o amor pode.

A Deus, por tudo isso e por tudo.

RESUMO

Paralelamente à constituição da Previdência Social, foi-se constituindo a Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que visa proporcionar aos seus beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem. O presente estudo teve como objetivo conhecer, identificar e compreender, a partir da ótica de terapeutas ocupacionais, as práticas e as concepções que vêm sendo delineadas pela profissão na área da Reabilitação Profissional no INSS, no estado de São Paulo. Com base em levantamento e análise de material bibliográfico e documental acerca da temática em geral e no Instituto em particular, a pesquisa empírica lançou mão de um questionário aplicado a 40 das 43 terapeutas ocupacionais que atuam no estado. Posteriormente, foram realizadas entrevistas em profundidade com 6 delas. A fim de compor o levantamento histórico com relação à Reabilitação Profissional no Brasil e à inserção da terapia ocupacional no Instituto, entrevistou-se também outra terapeuta ocupacional, que nele atua desde 1980. Os dados dos questionários forneceram um panorama geral das práticas e concepções das terapeutas ocupacionais no campo estudado e foram relacionados aos coletados nas entrevistas, o que permitiu o aprofundamento das temáticas abordadas, oportunizando maior reflexão e discussão sobre elas. As principais conclusões permitem-nos dizer que: as terapeutas ocupacionais estão sendo levadas a lidar com a construção de uma nova identidade profissional no INSS; a maioria delas considera ter implementado ações específicas da profissão no Instituto e destacam, nesse âmbito, a análise de posto de trabalho e a avaliação de compatibilidade das novas funções propostas aos segurados. Ainda, assinalam a relação terapeuta-paciente como fundamental para suas práticas. Apontam uma série de fatores que implicariam uma avaliação mais negativa do que positiva da sua atuação, por fatores que independeriam delas ou da profissão e que estariam mais vinculados a questões estruturais do Programa de Reabilitação Profissional no INSS. Creem, todavia, na melhoria dessa estrutura, colocando a necessidade do incremento das possibilidades oferecidas pelo Programa, de uma maior participação e responsabilização por parte das empresas, da construção de um trabalho articulado com os demais setores governamentais e da sociedade civil, além da reformulação e ampliação da legislação que trata da Reabilitação Profissional no Brasil.

Palavras-chave: Reabilitação profissional. Terapia ocupacional. Instituto Nacional do Seguro Social. Trabalho. Previdência social.

ABSTRACT

Alongside with the establishment of the Brazilian Social Security, the Professional Rehabilitation of the National Institute of Social Security (INSS) has been created. It aims to provide its beneficiaries, partially or totally incapacitated for work, the indicated means to re-enter the labor market and the context in which they live. This study intended to understand, identify and comprehend, from the perspective of occupational therapists, practices and conceptions that have been delineated by the profession in the area of Professional Rehabilitation at INSS, in the state of Sao Paulo. Based on a survey and an analysis of bibliographical and documental material on the theme in general and at the Institute in particular, the empirical research made use of a questionnaire applied with 40 of the 43 occupational therapists who act in the state. In-depth interviews were conducted with 6 of these participants. Also an interview with another occupational therapist, who works at INSS since 1980, was conducted in order to collect background data about the Professional Rehabilitation as well as the insertion of occupational therapy at the Institute. The resulting data of the questionnaires provided a general prospect of conceptions and practices of occupational therapists in the studied field and were related to those collected in the interviews. This allowed for the deepening of the themes, providing opportunities for further reflection and discussion about them. The main findings allow us to state: occupational therapists are amidst the construction of a new professional identity at INSS; most of them deemed to have taken specific actions of occupational therapy at the Institute and point out the job analysis and the evaluation of compatibility of the proposed new functions for the insured workers in this specificity. The therapist-patient relationship was indicated like fundamental to their practice. Overall, they identify series of factors that would implicate an evaluation more negative than positive about their performance at the Institute, caused principally by structural questions of the Program of Professional Rehabilitation, what is independent of them. However, they still keep the belief in the improvement of this structure, claiming for the need to increase the possibilities offered by even greater participation and accountability by companies, the construction of joint work with other sectors of society and government, as well as for the redesigning and expansion of the legislation that deals with professional rehabilitation in Brazil.

Keywords: Professional rehabilitation. Occupational therapy. National Institute of Social Security. Work. Social security.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Desejo anterior de atuar na área de saúde do trabalhador.....	85
Gráfico 2 – Tipos de pós-graduação realizados.....	87
Gráfico 3 – Pós-graduações realizadas em áreas distintas da de Saúde do Trabalhador.....	87
Gráfico 4 – Experiências profissionais anteriores.....	89
Gráfico 5 – Áreas de pertencimento.....	90
Gráfico 6 – Abordagem do tema 'trabalho' nas experiências profissionais anteriores.....	90
Gráfico 7 – Autointitulação das participantes.....	94
Gráfico 8 – Áreas de conhecimento necessárias para atuação na reabilitação profissional.....	97
Gráfico 9 – Satisfação com a atuação na reabilitação profissional.....	99
Gráfico 10 – Satisfação com a atuação na avaliação do potencial laborativo.....	100
Gráfico 11 – Satisfação com a atuação na orientação e acompanhamento da programação profissional.....	100
Gráfico 12 – Satisfação com a atuação na articulação com a comunidade.....	101
Gráfico 13 – Satisfação com a atuação na pesquisa de fixação.....	101
Gráfico 14 – Especificidade da terapia ocupacional nas ações do Programa.....	110
Gráfico 15 – Ações desenvolvidas somente pelas terapeutas ocupacionais, em número de citações.....	112
Gráfico 16 – Ações consideradas como devendo ser exercidas somente pelas terapeutas ocupacionais, em número de citações.....	113
Gráfico 17 – Avaliação da compatibilidade das funções indicadas pelas empresas.....	115
Gráfico 18 – Ações consideradas como possuindo melhores condições de execução, em número de citações.....	117
Gráfico 19 – Presença do caráter clínico nos atendimentos.....	119
Gráfico 20 – Instrumentos da terapia ocupacional utilizados na prática profissional.....	123
Gráfico 21 – Avaliação da estrutura de trabalho do Programa de Reabilitação Profissional...	129
Gráfico 22 – Profissionais que deveriam compor as equipes de reabilitação profissional.....	130
Gráfico 23 – Atuação dos estagiários no Programa.....	131
Gráfico 24 – Aspectos que comprometem a estrutura do Programa.....	133
Gráfico 25 – Aspectos dificultadores relacionados aos segurados.....	135
Gráfico 26 – Aceitação do Programa pelos segurados.....	139

Gráfico 27 – Convênios e parcerias para cursos profissionalizantes, em número de citações.....	149
Gráfico 28 – Convênios e/ou acordos para tratamentos de reabilitação, em número de citações.....	150
Gráfico 29 – Cumprimento do objetivo do Programa.....	151
Gráfico 30 – Avaliação dos princípios, objetivos e ideologias do Programa de Reabilitação Profissional.....	151
Gráfico 31 – Situações em que o Programa prepara efetivamente para o retorno ao trabalho.....	152
Gráfico 32 – Perspectivas em relação ao futuro do Programa de Reabilitação Profissional..	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABBR – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APS – Agência da Previdência Social

AVAPE – Associação para Valorização de Pessoas com Deficiência

BERP – Boletim Estatístico de Reabilitação Profissional

BIT – Bureau Internacional do Trabalho

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CAT – Centro de Apoio ao Trabalhador

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CRP – Centro de Reabilitação Profissional

CRST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

FAP – Fator Acidentário de Prevenção

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

ISR – Índice de Segurados Reabilitados

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INAR – Instituto Nacional de Reabilitação

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

IR – Instituto de Reabilitação

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LER – Lesões por Esforços Repetitivos

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MDPD – Movimento pelo Direito das Pessoas Deficientes

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MTIC – Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NRP – Núcleo de Reabilitação Profissional
OI – Orientação Interna (do INSS)
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OP – Orientador Profissional
OIT – Organização Internacional do Trabalho
PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PAT – Posto de Atendimento ao Trabalhador
PEP – Programa de Educação Previdenciária
PIS – Programa de Integração Social
RAIS – Relação Anual de Relações Sociais
ROP – Responsável pela Orientação Profissional
RP – Reabilitação Profissional
RT – Responsável Técnica (pelo Programa de Reabilitação Profissional no INSS)
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SPMT – Serviço de Pesquisa e Mercado de Trabalho
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSERPS – Superintendência dos Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social
TO – Terapia Ocupacional/ Terapeuta Ocupacional
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICEF – Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO	2
PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	10
Definição do local e das participantes.....	10
Localização e convite à colaboração das terapeutas ocupacionais	10
Instrumentos da pesquisa	12
Elaboração e aplicação do questionário	13
A escolha das entrevistadas	14
Contatos, elaboração do roteiro e realização das entrevistas	15
I – PREVIDÊNCIA SOCIAL, SEGURIDADE SOCIAL E TRABALHO.....	17
1.1 Previdência social no Brasil	17
1.2 Seguridade social	28
1.3 O trabalho	31
1.3.1 A centralidade do trabalho	32
1.3.2 A condição operária, os modos de produção na lógica acumulativa do mercado e as transformações no mundo do trabalho	33
1.3.3 A situação e a proteção social do trabalho e dos trabalhadores no Brasil	37
1.3.4 Apontamentos, questionamentos e proposições frente às transformações do trabalho e de suas condições	39
II - REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	43
2.1 A constituição do Programa de Reabilitação Profissional no INSS.....	43
2.2 Descrição das atividades do Programa de Reabilitação Profissional do INSS.....	54
2.3 Considerações gerais sobre a Reabilitação Profissional	60
2.4 Terapia ocupacional e reabilitação profissional	62
2.4.1 Considerações acerca da terapia ocupacional	62
2.4.2 Terapia ocupacional, trabalho e reabilitação profissional: uma revisão bibliográfica dos temas	65
2.4.2.1 Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar.....	66
2.4.2.2 Revista de Terapia Ocupacional da USP	69
2.4.2.3 Occupational Therapy International	72
2.4.2.4 Banco de Teses e Dissertações da CAPES	73
2.4.3 Contribuições da terapia ocupacional no campo do trabalho e da reabilitação profissional	74
III - PRÁTICAS E CONCEPÇÕES DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS	83
3.1 Participação na pesquisa e caracterização das participantes	84
3.2 O ingresso no Programa	85
3.3 Formação acadêmica – ensino fundamental e médio	85
3.4 Formação e capacitação profissional	86
3.5 Experiência profissional	88
3.6 Abordagens e concepções acerca do tema ‘trabalho’	90
3.7. Autointitulação das terapeutas ocupacionais	93
3.8 A identidade de terapeutas ocupacionais	94
3.9 Conhecimentos que consideram importantes para sua atuação	96
3.10 A satisfação no trabalho e as funções básicas do Programa de Reabilitação Profissional	99
3.11 A especificidade da terapia ocupacional no Programa de Reabilitação Profissional	107
3.11.1 Análise de posto de trabalho e avaliação de compatibilidade das funções.....	113

3.12 Condições para o exercício das ações enquanto terapeutas ocupacionais.....	116
3.13 Ações que gostariam de desenvolver	117
3.14 O caráter das intervenções	119
3.15 Instrumentos da terapia ocupacional	122
3.16 Considerações acerca da reabilitação profissional	128
3.16.1 Estrutura do Programa	128
3.16.2 Considerações acerca das equipes do Programa	129
3.16.3 Dificultadores do Programa	133
3.16.4 Considerações acerca dos segurados atendidos	135
3.16.5 Considerações acerca das empresas de vínculo	141
3.16.6 Legislação	144
3.16.7 Cumprimento de metas	147
3.16.8 Convênios e acordos de cooperação.....	149
3.16.9 Considerações sobre os princípios e objetivos do Programa	150
3.16.10 O processo de reabilitação profissional	154
3.16.11 A crença na Reabilitação Profissional, considerações gerais sobre o Programa e caminhos para a melhoria.....	157
CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERÊNCIAS	167
APÊNDICE A – Gráficos.....	177
APÊNDICE B – Questionário da pesquisa	206
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista	214
APÊNDICE D – Listagem das Gerências Executivas às quais pertencem as participantes ..	216
APÊNDICE E – Tabela das entrevistas realizadas	217

APRESENTAÇÃO

Nasci em Minas Gerais. Segundo meu pai e poeta preferido, do lado certo da Serra da Mantiqueira. Tenho o privilégio de fazer parte da minoria de pessoas que pode, de certa forma, escolher o que ser e o que fazer. A isso, serei eternamente grata a Valéria e Tarcísio, meus pais e melhores amigos.

Sempre tive predileção por gente, de todos os tipos. E viver também sempre me agradou. Pensando agora em apresentar um pouco da minha vida, vêm à mente as brincadeiras e os brinquedos, a minha irmã, a escola e o estudo, os professores, os tão queridos amigos, e muitos lugares. Vem também a minha profissão escolhida e vivida, a terapia ocupacional. Recordo-me que, desde criança, causa-me contentamento ver as pessoas sendo e fazendo algo que lhes aproxime do mais vivo nelas. Lembro também o desconforto sentido ao presenciar o distanciamento de outras, por tão variados motivos, daquilo que lhes seja fundamental para viver com dignidade e, por que não, com alegria. Na terapia ocupacional e, principalmente, nos encontros que essa profissão me oportunizou, encontrei morada para muitos de meus questionamentos, e ponto de partida de tantos outros. A possibilidade de estar com pessoas, ajudando-as a entrar em contato com o que lhes é potente e a criar e viver ações onde exerçam essa potência consistentemente é matéria permanente de aprendizado e alegria em minha vida.

Hoje, para a dissertação que aqui se apresenta, entrecruzam-se a filha, a estudante, a profissional que deseja ser professora de futuras terapeutas ocupacionais. E, fundamentalmente, faz-se presente aquela que se encontra cotidianamente com sujeitos que estão, pelas mais diversas razões, longe de seu trabalho. Meu profundo respeito por eles e o desejo de conhecer e entender algumas das ações que as terapeutas ocupacionais vêm construindo com esses trabalhadores mobilizaram-me a realizar este estudo.

INTRODUÇÃO

A proteção social dos trabalhadores no Brasil está imbricada na história da Previdência Social, mesmo considerando que a realidade do mundo do trabalho atual, com as transformações e a precarização de suas relações e condições (CASTEL, 2009), exige, cada vez mais, novas instâncias de representação e de garantia dos direitos dos trabalhadores, além de mudanças nas políticas e ações já existentes.

Paralelamente à constituição da Previdência Social brasileira, foi-se delineando, desde a década de 1940 – quando já se previa que os Institutos de Aposentadoria e Pensões organizassem serviços de reeducação e readaptação profissional de segurados – com práticas e proposições diversas, a Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que, segundo a Lei 8.213/91 (BRASIL, 1991) visa proporcionar aos seus beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem.

Nesse contexto, ao longo da história da Reabilitação Profissional no INSS, ocorreu a inserção de terapeutas ocupacionais, de forma numericamente expressiva no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, quando ingressaram cerca de 80 dessas profissionais. Mais recentemente, nos anos de 2008 e 2010, deu-se a contratação de mais 183, como parte de um recente projeto de Revitalização da Reabilitação Profissional (CANNALONGA, s/d).

A proponente desta pesquisa, terapeuta ocupacional da Equipe Técnica de Reabilitação Profissional do INSS, da Gerência Executiva de Jundiaí, desde o ano de 2008, presencia em sua prática cotidiana o sentimento de vulnerabilidade que a questão do retorno ao trabalho, determinada pela equipe após avaliação conjunta, suscita em muitos dos segurados atendidos, mesmo estando eles, em grande parte dos casos, amparados por uma rede de suporte: benefício de auxílio-doença do INSS, participação no Programa de Reabilitação Profissional do Instituto e/ou vínculo empregatício, o que lhes deveria garantir o apoio e a segurança necessários em situações de redução de sua capacidade laborativa, decorrente de adoecimento e/ou acidente. Tal questão encontra-se permeada pelo receio de não ser produtivo como antes, de não ser bem recebido pelos colegas de trabalho, de ser incapaz de conviver com a dor durante o desempenho das atividades profissionais, de ser despedido assim que ocorra o desligamento do Programa de Reabilitação Profissional e de não mais possuir condições de prover o sustento ou parte do sustento familiar.

A escuta cotidiana de relatos dos segurados, como “Eu não sei fazer outra coisa”, que são, no contexto de suas histórias de vida, sentidos e percebidos pela terapeuta ocupacional como “Eu não sei ser outra coisa”, evidencia o que a construção de uma identidade profissional pode significar para esses indivíduos ao longo de suas trajetórias de vida. Segundo Castel (2009), o trabalho continua sendo importante referência econômica, psicológica, cultural e simbólica, como provam as reações dos que não o têm; é como se, ao não fazerem nada que seja socialmente reconhecido, não sejam nada.

Com relação à terapia ocupacional, ela é compreendida enquanto campo de conhecimento e de desenvolvimento de práticas e intervenções que tem como elementos centrais a questão da atividade humana e as formas de ser, participar e estar no mundo, no qual se dá a construção de estratégias e ações com as quais os indivíduos se sintam e se percebam como produtores de uma vida de atividades e relações significativas. Segundo Quarente (2001), a terapia ocupacional possui a capacidade de criação de estratégias para abordar as diferentes problemáticas da existência humana, considerando que a vida humana constitui-se num *continuum* de atividades.

Para Barros, Lopes e Galheigo (2007), as atividades contêm significados múltiplos que se sobrepõem e que participam de processos de formação de identidades, sendo, além de um processo relacional, um processo político. De acordo com Galheigo (2003), uma das tarefas do terapeuta ocupacional é o favorecimento da organização do coletivo e a construção da cidadania plena.

Depreende-se, dessa forma, a potencialidade da terapia ocupacional, em suas dimensões técnica e política, para a construção de condições que instrumentalizem os indivíduos que vivenciam situações como a redução de sua capacidade laborativa, para a efetivação de ações individuais e coletivas que visem ao seu retorno às atividades profissionais. A partir dessas reflexões e do fazer cotidiano na área da Reabilitação Profissional, fomentou-se o desejo de compreender como a terapia ocupacional, enquanto campo que possui como alguns de seus objetivos centrais a (re)inserção e a inclusão dos indivíduos nas diversas esferas da vida e a sua participação social, vem atuando e contribuindo no processo de retorno de indivíduos ao mundo do trabalho, mais especificamente com a atuação no Programa de Reabilitação Profissional do INSS. Estão as terapeutas ocupacionais exercendo a potencialidade da profissão em suas intervenções com os segurados? De que maneiras, e com que possibilidades, entraves e perspectivas, vêm

construindo suas ações no campo estudado? Nessa perspectiva, desenvolveu-se a presente pesquisa de mestrado, que pretendeu conhecer, identificar e compreender, pela ótica de terapeutas ocupacionais, as práticas e as concepções que vêm sendo delineadas pela profissão na área da Reabilitação Profissional no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), tomando-se o caso do estado de São Paulo.

No que diz respeito às concepções, trata-se de identificar e entender como as terapeutas ocupacionais percebem e compreendem a Reabilitação Profissional e os diversos aspectos envolvidos nos processos de retorno ao trabalho; quais são, na sua visão, os objetivos, as ações e as contribuições desse campo; quais são o papel, a relevância e as principais contribuições da terapia ocupacional nele existentes, no contexto do Instituto.

Conjuntamente a isso, buscou-se apreender como essas terapeutas ocupacionais vêm orientando, identificando, nomeando e construindo suas práticas – entendendo-as como a realização de uma ideia ou projeto, como o método ou modo de se fazer algo (MICHAELIS, 2001) – em sua atuação profissional com os segurados. Foram abordadas as suas práticas dentro das atividades previstas e desenvolvidas pelo Programa de Reabilitação Profissional, enfatizando as suas formas de realização pelas terapeutas ocupacionais e se nelas encontram especificidade profissional e como isso se manifesta, bem como as práticas e/ou o exercício de instrumentos da terapia ocupacional e as maneiras como permeiam as ações do Programa. Além disso, procurou-se elencar aquelas que não ocorrem, mas que, de acordo com as terapeutas ocupacionais, deveriam ocorrer.

Ao longo do presente texto, as intervenções realizadas com vistas ao retorno ao trabalho serão identificadas como de reinserção, e não de inclusão, visto se observar que elas têm se limitado, quase que em sua totalidade, ao desenvolvimento de ações direcionadas individualmente aos segurados, capacitando-os, dentro de suas possibilidades e das do Programa, para uma atividade profissional considerada compatível. Longe de desmerecer o trabalho que vem sendo realizado pelas equipes do Programa com as empresas, escolas regulares e profissionalizantes e demais instituições às quais os segurados são encaminhados, onde muitos deles vivenciam experiências de reencontro com a sensação de utilidade social, cremos que as ações têm ficado restritas ao âmbito individual e a aspectos pontuais nesses locais, não chegando a haver uma transformação em suas estruturas e suas lógicas, o que é necessário para se falar em inclusão social em qualquer espaço.

Segundo Lancman e Ghirardi (2004), o binômio trabalho-reabilitação remete às

origens da terapia ocupacional, tendo o processo de retorno ao trabalho e ao mundo da produção de bens sociais pautado muitas das intervenções do campo, já nas primeiras práticas asilares, e, posteriormente, na reabilitação dos pós-guerras norte-americano e europeu. O mesmo ocorreu no Brasil, tendo a reabilitação profissional de indivíduos incapacitados para o trabalho se configurado como uma das principais vertentes da constituição da terapia ocupacional, juntamente com as práticas asilares destinadas às pessoas com transtornos mentais. Conforme Lopes (1991), a ONU elegeu, em 1951, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) como local adequado para a implementação de um Centro de Reabilitação na América Latina, destinado à recolocação profissional de grande número de incapacitados da região; para tanto, determinou-se a formação de profissionais de reabilitação, dentre eles os terapeutas ocupacionais, o que passou a ocorrer no Instituto Nacional de Reabilitação – INAR, fundado em 1954, no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Para Lancman (2004), o campo da Saúde e do Trabalho deve ser mais bem desenvolvido teórica e metodologicamente entre os terapeutas ocupacionais, o que significa considerar a importância do trabalho e sua influência em todos os âmbitos da vida, voltando-se para uma abordagem mais preventiva e coletiva, assim como para a compreensão da sua centralidade na organização social e psíquica dos indivíduos.

Considerando-se especificamente o campo da reabilitação profissional, verifica-se a escassez de estudos que o relacionam à terapia ocupacional. A partir de uma revisão bibliográfica realizada nos dois principais periódicos brasileiros – os Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar e a Revista de Terapia Ocupacional da USP –, que pretendeu caracterizar sua produção científica acerca das temáticas referentes ao trabalho e à reabilitação profissional, constatou-se que somente 2 publicações se reportam especificamente ao tema da reabilitação profissional, abordando-se, em 1 deles, algumas contribuições da terapia ocupacional nesse campo. Além disso, foram encontrados, no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, 3 estudos que relacionam os descritores *trabalho* e *terapia ocupacional*, ou *reabilitação profissional* e *terapia ocupacional*. Realizou-se também a pesquisa dessas temáticas no periódico *Occupational Therapy International*, nos volumes de 3 a 18, levantando-se a existência de 3 artigos que trazem a questão da reabilitação profissional/retorno ao trabalho.

Dessa forma, considerando que a reabilitação profissional relaciona-se intimamente

com a constituição da terapia ocupacional brasileira, bem como a necessidade do incremento do arcabouço teórico referente ao campo, o presente estudo intencionou também contribuir para a produção de conhecimento dentro dele, por meio da identificação e do conhecimento de algumas das novas práticas e concepções que vêm sendo construídas pela profissão dentro desse velho campo.

A reabilitação profissional é compreendida pelas pesquisadoras enquanto campo de estudo, produção de conhecimento e desenvolvimento de proposições e ações que se remetem aos processos de retorno ao trabalho de indivíduos que, por uma multiplicidade de razões, necessitam de intervenções para a retomada de sua vida profissional, seja nas atividades de trabalho habituais – podendo haver, para isso, adaptações e adequações –, seja com a preparação para o exercício de uma nova atividade profissional. Acreditamos que as referidas intervenções devem ser técnicas e políticas, coletivas e individuais, desenvolvidas conjuntamente pelos diversos atores que compõem esse campo e pelos outros com que dialoga. Depreendemos a saúde do trabalhador como um daqueles com os quais a reabilitação profissional possui interface, visto que esta se relaciona, direta ou indiretamente, com os aspectos necessários à construção de condições para o retorno ao trabalho, como os educacionais, sócio-econômicos, culturais, dentre outros, ampliando-se para além da saúde.

De acordo com Lacaz (1997), a emergência da saúde do trabalhador pode ser identificada no Brasil no final dos anos 1970, no contexto da transição democrática, tendo a força dos movimentos sociais ocorridos nesse período permitido que essa questão fosse incorporada pela Constituição Federal de 1988, resultando na atribuição, ao SUS, da responsabilidade por um cuidado direcionado às demandas de saúde específicas dos trabalhadores.

A saúde do trabalhador no âmbito do SUS prevê, conforme Hoefel, Dias e Silva (2005), ações de promoção da saúde; diagnóstico e tratamento; vigilância da saúde; orientação do trabalhador; notificação aos sistemas de informação; acesso à Previdência Social e ao Seguro Acidente do Trabalho (SAT); capacitação e educação permanente; produção de conhecimento e controle social. Para esses mesmos autores, o SUS ainda não incorporou efetivamente em suas concepções, paradigmas e ações o lugar que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental. Segundo Gómez e Lacaz (2005), verifica-se um número reduzido de técnicos efetivamente preparados para a implementação dessas ações complexas.

Observamos, assim, que o campo da saúde do trabalhador iniciou sua constituição posteriormente à da reabilitação profissional, posicionando-se criticamente diante das concepções e da atenção direcionadas aos trabalhadores brasileiros até então (final dos anos 1970), mais especificamente no âmbito da saúde, ampliando-se também para as ações de reabilitação profissional e buscando o desenvolvimento de intervenções para além da visão do trabalhador como objeto das mesmas, interferindo, conforme pontuado por Lacaz (2007), nas relações e na organização do trabalho e nos processos de saúde e doença.

Com base em levantamento e análise de material bibliográfico e documental acerca da temática em geral e no INSS em particular – seguridade social, previdência social, reabilitação profissional, terapia ocupacional, terapia ocupacional e trabalho, terapia ocupacional e reabilitação profissional, nossa pesquisa empírica lançou mão de um instrumento estruturado (questionário) que foi aplicado a 40 participantes, dentre as 43 que o receberam e que fazem parte do universo das 45 terapeutas ocupacionais atuantes no INSS, no estado de São Paulo, das quais excetuaram-se a pesquisadora e outra que não chegou a trabalhar na Reabilitação Profissional no Instituto. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 6 das participantes, a fim de se obter um aporte reflexivo acerca das temáticas abordadas no questionário, além de uma entrevista com 1 terapeuta ocupacional que trabalha no Instituto desde 1980, para levantamento histórico acerca da Reabilitação Profissional e da inserção da profissão no INSS.

Projetou-se, como parte dos resultados da pesquisa, oferecer subsídios para a proposição de melhorias no desenvolvimento dos projetos e ações das Unidades Técnicas de Reabilitação Profissional do Instituto, em geral, e da terapia ocupacional, de forma a contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas à proteção social e à garantia de direitos dos trabalhadores.

Quanto à estrutura do presente trabalho, primeiramente se discorre sobre os procedimentos metodológicos construídos na realização da pesquisa, abordando-se os instrumentos utilizados, as formas de escolha, sua construção e aplicação, bem como suas principais temáticas. Descrevem-se, também, as metodologias utilizadas para tratamento e análise dos dados coletados com a realização do questionário e das entrevistas, o que está melhor explicado na Seção III.

Na Seção I, apresentam-se uma síntese sobre a previdência social brasileira, com breve levantamento de sua constituição histórica e de suas principais características e sua cobertura

populacional ao longo de diferentes períodos políticos, buscando trazer considerações e reflexões sobre a previdência social nos dias de hoje; apontamentos, conceitos e definições referentes à seguridade social, pontuando-se algumas de suas características no Brasil; e, por fim, considerações acerca do trabalho, principalmente no que diz respeito à sua centralidade e às transformações pelas quais vem passando na sociedade contemporânea.

A Seção II trata da reabilitação profissional, iniciando-se com a sua constituição ao longo dos anos e as transformações ocorridas no Programa de Reabilitação Profissional do INSS, contextualizando-as na história do Instituto; segue-se com a descrição das atividades previstas e desenvolvidas pelo Programa, trazendo reflexões e discussões iniciais sobre elas. Por fim, são elencadas considerações a respeito da Reabilitação Profissional do INSS, buscando-se apontar perspectivas, limites, possibilidades e desafios do campo. Essa seção aborda também a terapia ocupacional na reabilitação profissional, apresentando-se, primeiramente, pressupostos nos quais as pesquisadoras se referenciam para pensar a terapia ocupacional, a atividade humana e os papéis que o terapeuta ocupacional é chamado a exercer. Em seguida, é feita uma revisão bibliográfica acerca dos temas: terapia ocupacional, trabalho e reabilitação profissional, tomando-se por base um periódico internacional – o *Occupational Therapy International* –, o banco de Teses e Dissertações da CAPES e os dois principais periódicos brasileiros da Terapia Ocupacional – os Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar e a Revista de Terapia Ocupacional da USP – adensada pela apresentação de contribuições da pesquisa da terapia ocupacional acerca desses temas.

Na Seção III, descrevem-se, discutem-se e analisam-se os dados coletados, à luz do referencial teórico utilizado, elucidando-se questões referentes às práticas que vêm sendo desenvolvidas pelas terapeutas ocupacionais do INSS, no estado de São Paulo, e também às suas concepções acerca da reabilitação profissional, dos processos de retorno ao trabalho, das situações dos segurados atendidos, das contribuições da terapia ocupacional no campo, dentre outros temas.

Finalmente, são tecidas considerações acerca dos principais resultados do presente estudo, com destaque às concepções das terapeutas ocupacionais acerca da reabilitação profissional e de seus princípios, objetivos, limites, desafios e contribuições, e também de alguns temas a ela relacionados, como o trabalho; ao modo como percebem a potencialidade da terapia ocupacional nesse campo no geral e no Instituto, em específico, se ela tem se manifestado em suas práticas profissionais cotidianas e de que maneiras, e que fatores estão

imbricados nas possibilidades dessa manifestação.

PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Definição do local e das participantes

A escolha do estado de São Paulo como a localidade de realização da pesquisa se deveu aos seguintes fatores: impossibilidade de abranger todo o âmbito federal, devido à insuficiência do tempo e dos recursos para uma tarefa desse nível; a proximidade da pesquisadora, considerada principalmente para a realização das entrevistas; o fato de, no estado de São Paulo, estar localizada a maior parte das terapeutas ocupacionais do INSS – considerando as 183 contratadas nos anos de 2008 e 2010, 42, ou seja, 22,95% do total, encontram-se no referido estado. Além disso, nele podem ser observadas, de forma mais acentuada que na grande maioria dos estados brasileiros, importantes características dos processos de trabalho em grandes centros urbanos, com a elevada concentração populacional decorrente, em parte, da busca pelo trabalho e pelo registro em carteira, além do aporte considerável de dispositivos de atenção aos trabalhadores, como os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Observam-se também, em quantidade significativa, os fenômenos do adoecimento e dos acidentes no/do trabalho, que constituem uma das temáticas pertinentes a esse estudo.

Identificou-se, a princípio, dentro do universo de 45 terapeutas ocupacionais atuantes nesse estado, a existência de 43 potenciais participantes do presente estudo. A expressão 'terapeuta ocupacional' será utilizada no feminino, pois no estado de São Paulo há somente mulheres trabalhando na referida profissão, na Reabilitação Profissional do INSS.

Localização e convite à colaboração das terapeutas ocupacionais

Num primeiro momento, em janeiro de 2011, realizou-se um pré-teste da aplicação do questionário com terapeutas ocupacionais atuantes na Reabilitação Profissional do INSS em outros estados, para refinamento do instrumento. Nesse momento, ainda não havia sido pensada a possibilidade de resposta do questionário por meio eletrônico *on line*. Foram convidadas 3 terapeutas ocupacionais, sendo o critério para a escolha de 2 delas o fato de se encontrarem em grandes centros urbanos, o que, ao nosso ver, possibilitaria a vivência de realidades semelhantes às do estado de São Paulo, por se tratar de regiões industrializadas e economicamente desenvolvidas. A escolha da outra convidada deveu-se à sua participação nas discussões referentes à terapia ocupacional no INSS, principalmente no que diz respeito à luta

pelo reconhecimento da categoria profissional no Instituto, acreditando-se que esse perfil facilitaria a disponibilidade em participar de uma pesquisa voltada ao campo da terapia ocupacional na reabilitação profissional. 1 delas foi contatada somente por *e-mail* e as outras 2 por telefone e posteriormente por *e-mail*, tendo sido esclarecidas sobre o estudo e sobre os objetivos do pré-teste: refinamento do instrumento a partir de sua aplicação, esclarecendo-se também que as informações coletadas não comporiam os dados a serem analisados e categorizados na pesquisa. 2 das terapeutas ocupacionais contatadas colaboraram com essa etapa.

Após o pré-teste, a nova avaliação e análise das pesquisadoras e o refinamento do questionário (APÊNDICE B), realizou-se o levantamento da lista de aprovados no concurso do INSS de 2008, para o cargo intitulado de Analista do Seguro Social com Formação em Terapia Ocupacional, totalizando 101 terapeutas ocupacionais no Brasil, tendo sido convocadas 24 para o estado de São Paulo no mesmo ano, incluindo a proponente deste estudo, e mais 18 no ano de 2010, somando 42 contratações. Com essa identificação, foram enviados *e-mails* aos seus endereços institucionais, de acesso livre na rede de *e-mails* do INSS, com breve apresentação do presente trabalho e solicitação de seus contatos telefônicos para uma maior aproximação e para o convite participação, bem como para saber qual seria a melhor forma de envio do questionário, se por *e-mail* ou via correio. Nesse primeiro contato, confirmavam-se quantas e quais eram as terapeutas ocupacionais em cada uma das Gerências Executivas da Superintendência de São Paulo, tendo sido possível localizar outras 3 na cidade de São Paulo que haviam sido contratadas no final da década de 1970 e início da de 1980, que também seriam convidadas a participar. Assim, foram identificadas as 45 terapeutas ocupacionais do INSS, no estado de São Paulo.

Realizou-se contato com as 44 terapeutas ocupacionais atuantes no estado, excetuando-se a proponente deste trabalho, sendo que logo no início detectou-se que outra delas também não faria parte do mesmo, pois não havia chegado a atuar na Reabilitação Profissional, tendo sido direcionada, desde o seu ingresso no Instituto, para o Programa de Educação Previdenciária (PEP).

Havia então um universo de 43 terapeutas ocupacionais como possíveis participantes. Todas responderam ao primeiro *e-mail* disponibilizando-se a participar e informando seus contatos, sendo que se conseguiu entrar em contato telefônico com 38 delas, no qual se apresentaram novamente os objetivos da pesquisa, confirmou-se a disponibilidade de

participação e identificou-se qual a melhor forma de envio do questionário. As 5 terapeutas ocupacionais restantes, após 2 ou 3 tentativas sem êxito de contato telefônico, foram novamente contatadas por *e-mail*, onde se tratou dessas mesmas questões.

41 optaram pelo recebimento do questionário via *e-mail*, pessoal e/ou profissional, e somente 2 preferiram o envio do instrumento via correio para seus endereços residenciais. No caso do envio por *e-mail*, redigiu-se um texto com breve apresentação da pesquisa e explicações sobre os anexos encaminhados (Questionário, Carta de Apresentação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), bem como um *link* caso se optasse por responder ao questionário através do site de uma empresa prestadora de serviços eletrônicos especializada em pesquisas de levantamento, o [www.Surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com), através de um link criado para acesso direto ao mesmo: <http://www.surveymonkey.com/s/terapiaocupacionalRP>. Esclareceu-se que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não precisaria ser assinado e enviado à pesquisadora, visto que o fato de responderem ao instrumento seria considerado como o aceite de participação no estudo. Informou-se também que, no caso de opção pela participação via *site*, isto deveria ser feito de forma ininterrupta, pois nele não é possível salvar as respostas e continuar a responder do ponto onde foram interrompidas. No caso do envio via correio, encaminharam-se o questionário impresso, e depois, via *e-mail*, a Carta de Apresentação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com as mesmas orientações que foram dadas às outras participantes. Além disso, informou-se sobre a realização posterior de entrevistas em profundidade com parte daquelas que a ele respondessem.

Instrumentos da pesquisa

Optou-se pelo uso de um questionário com questões fechadas – em sua maioria – e abertas, para a obtenção de um panorama geral das práticas e concepções das terapeutas ocupacionais do INSS, no estado de São Paulo, com posterior realização de entrevistas em profundidade com parte delas, para um maior aprofundamento da discussão sobre as temáticas da pesquisa.

A contratação da empresa *Survey Monkey* deveu-se à busca pela ampliação de possibilidades de acesso e participação das terapeutas ocupacionais contatadas, acreditando-se em uma maior adesão ao estudo, tendo Cardoso (2009) identificado uma boa aceitação dos participantes em relação à utilização dessa mesma estratégia, em uma pesquisa também direcionada a terapeutas ocupacionais e à identificação de suas práticas e perspectivas em uma

área específica, a da inclusão escolar. Além disto, o *site* fornece estatísticas e gráficos a partir do recebimento das respostas, facilitando de forma importante o tratamento dos dados do estudo para posterior análise. Todos os questionários respondidos via *e-mail* pelo documento do *Word*, além dos respondidos via correio em versão impressa, foram lançados manualmente no site www.Surveymonkey.com pela pesquisadora, para que pudessem ser analisados em conjunto.

Elaboração e aplicação do questionário

A partir da análise das respostas e das devolutivas dadas pelas terapeutas ocupacionais participantes do pré-teste do questionário, tanto apontadas no próprio instrumento – onde havia um espaço para sugestões acerca da estrutura e do conteúdo das questões – quanto nos *e-mails* trocados entre elas e a pesquisadora, foi possível o seu refinamento, principalmente no que concernia: à redução do número de questões de 96 para 76, pois uma das participantes apontou a sua extensão, tendo ocorrido o seu enxugamento sem a perda da abordagem das principais temáticas deste trabalho; e à melhor elaboração de algumas questões, que poderiam gerar dúvidas na interpretação dos enunciados ou pressupor e/ou predispor uma posição das participantes na forma de se enunciá-las.

Por fim, chegou-se à elaboração de um questionário composto por 76 questões, sendo em sua maioria fechadas e de múltipla escolha, variando entre as possibilidades de escolha de uma ou mais alternativas e apresentando, em algumas delas, espaços para comentários e acréscimos. Os principais temas abordados pelo instrumento foram: o perfil sócio-acadêmico-profissional das participantes, as considerações e concepções a respeito de sua prática profissional, bem como acerca de: reabilitação profissional; Reabilitação Profissional no INSS; terapia ocupacional; trabalho.

As pesquisadoras trabalharam para a construção de um instrumento que pudesse fornecer um panorama geral da atuação das terapeutas ocupacionais do INSS, no estado de São Paulo, de suas concepções acerca da reabilitação profissional e de sua prática nesse campo, e que abrangesse: a sua formação e capacitação enquanto terapeutas ocupacionais; as suas experiências profissionais anteriores e atuais; os conhecimentos que consideram possuir e os que julgam necessários ao exercício do pensamento e à sua prática no campo; as ações e contribuições que consideram exercer enquanto terapeutas ocupacionais no Programa de Reabilitação Profissional, considerando os instrumentos da terapia ocupacional e as suas

especificidades percebidas na realização das atividades previstas pelo Programa; a satisfação com o Programa no geral e com as funções básicas da Reabilitação Profissional; as contribuições da terapia ocupacional para as questões referentes ao trabalho e à reabilitação profissional; as concepções acerca da reabilitação profissional, no geral e no INSS; a questão da autonomia sentida/percebida em sua atuação; considerações sobre a equipe de trabalho, sobre os segurados atendidos, sobre a estrutura, os princípios e objetivos do Programa, e sobre as empresas de vínculo dos segurados. Nas duas questões finais, as participantes poderiam fazer apontamentos sobre a pesquisa, sobre o Programa de Reabilitação Profissional do INSS, sobre a terapia ocupacional no INSS ou algo correlato, sendo questionadas também se acreditam no referido Programa.

Das 43 terapeutas ocupacionais contatadas, 40, ou seja, 93% delas, responderam ao questionário. 2 o fizeram via correio (estando entre aquelas que o receberam via *e-mail*; as 2 que inicialmente haviam solicitado o envio do instrumento via correio acabaram optando pela resposta via *e-mail*, após novos contatos); 28, via *e-mail* a partir do seu encaminhamento como documento do *Word*, e 10 o fizeram utilizando-se do *site* www.surveymonkey.com. O envio deu-se em janeiro de 2011, ocorrendo, em 18 e 19 de março de 2011, o reenvio às 13 terapeutas ocupacionais que ainda não o haviam respondido. Destas, 9 responderam ao instrumento. No dia 29 de maio de 2011, foram enviados novos *e-mails* às 4 terapeutas ocupacionais restantes, indagando se mantinham a disponibilidade de participar e, se sim, que o fizessem até o final do mês de junho, obtendo-se a contribuição de mais 1 delas, totalizando-se as 40 participantes.

A escolha das entrevistadas

Foram selecionadas, dentre as 40 que responderam ao questionário, 6 terapeutas ocupacionais para as entrevistas em profundidade, o que corresponde a 15% das participantes. Primeiramente, escolheu-se 1 das 2 que vêm atuando no INSS desde a década de 1980, por se considerar que a experiência adquirida nos diferentes momentos pelos quais passou a Reabilitação Profissional contribuiria com esse estudo, possibilitando uma visão mais ampla e com maior historicidade e fundamentação teórico-prática da reabilitação profissional e da terapia ocupacional nesse campo. Essa escolha realizou-se por meio da análise das respostas dos questionários – principalmente dos trechos em que as participantes podiam discorrer sobre os assuntos abordados –, e pautou-se pelo mesmo critério utilizado para a seleção das

outras 5 entrevistadas: a disponibilidade para discutir, de forma aprofundada, os temas abordados pela pesquisa.

Dessa maneira, chegou-se inicialmente à quantidade de 8 participantes, dentre as quais foram selecionadas as 6 para as entrevistas. Somou-se ao critério da disponibilidade para discussão a demonstração de uma visão ampliada da reabilitação profissional, para além das atividades previstas e/ou desenvolvidas no INSS, com a problematização de questões envolvidas nos processos de retorno ao trabalho e contextualização de suas ações enquanto terapeutas ocupacionais, considerando-se tanto a realidade do Instituto quanto o quadro sócio-econômico-político brasileiro.

Realizou-se, ainda, uma entrevista com outra terapeuta ocupacional atuante desde 1980 no INSS e que não havia respondido ao questionário. Tomando-se como referência a sua história na Reabilitação Profissional e a conhecida luta que realizou pela inserção e atuação da terapia ocupacional no INSS, a entrevista teve como intuito principal o resgate da história da Reabilitação Profissional e da terapia ocupacional no Instituto, fundamentalmente no que concerne à inserção e às ações desenvolvidas pela profissão ao longo desse trajeto, pela ótica da entrevistada.

Contatos, elaboração do roteiro e realização das entrevistas

Em maio de 2011, foram enviados *e-mails* às 6 terapeutas ocupacionais selecionadas, convidando-as a serem entrevistadas e esclarecendo o principal critério dessa seleção, tendo todas concordado em contribuir novamente com a pesquisa. A seguir, realizou-se contato telefônico com cada uma, para definição dos locais e datas das entrevistas, que ocorreram de maio a agosto de 2011. A entrevista realizada com a sétima participante, para fins de levantamento histórico, ocorreu em setembro desse mesmo ano.

Elaborou-se um roteiro de entrevista (APÊNDICE C), dividido basicamente em: apresentação dos objetivos da pesquisa e dos propósitos da entrevista – o que ocorreu de forma mais significativa anteriormente à realização da entrevista, por contatos telefônicos e por *e-mail* –; identificação; concepções acerca da terapia ocupacional (percurso individual; experiências; instrumentos e elementos centrais; possibilidades, limites e desafios; subsídios teóricos e práticos); terapia ocupacional, trabalho e reabilitação profissional (trabalho e vida cotidiana para os indivíduos e coletividades e para a terapia ocupacional; abordagem dos temas no INSS e na terapia ocupacional em sua prática e formação profissionais);

ações/práticas desenvolvidas na reabilitação profissional (desenvolvimento de práticas a partir dos instrumentos da terapia ocupacional; situações de satisfação enquanto profissionais; atuação nas funções básicas do Programa e em demais atividades previstas; recursos disponíveis; contribuições da terapia ocupacional com o Programa; ações em terapia ocupacional que gostariam de desenvolver); considerações sobre os segurados (perfil; demandas dos segurados e possibilidades do Programa e da terapia ocupacional; facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho); considerações sobre a reabilitação profissional – no INSS e em geral (definição, campo, possibilidades, limites; etapas e atividades do Programa; legislação; equipe; capacitação profissional dos segurados; proposições acerca de um programa de reabilitação profissional); além de outros comentários, reflexões e observações.

Com relação à entrevista para fins de levantamento histórico da Reabilitação Profissional e da inserção da terapia ocupacional no Instituto, não foi elaborado um roteiro, tendo ocorrido somente o esclarecimento à entrevistada acerca do objetivo principal de sua participação.

Nas 7 entrevistas foi utilizado um gravador digital e sua transcrição realizou-se, na íntegra, por uma terapeuta ocupacional contratada para esse fim. A pesquisadora as reviu em sua totalidade, fazendo as pequenas correções necessárias. Obteve-se um total de 14,1 horas de entrevista, com média de 2 horas cada uma, e de 207 páginas transcritas, reduzidas a 195 após revisão e síntese do material por uma das entrevistadas, a pedido próprio.

O áudio e a transcrição das entrevistas foram encaminhados às terapeutas ocupacionais para ciência e possíveis revisão, correção, retirada e/ou acréscimo de trechos. 4 delas deram devolutivas: 1 colocando que poderiam ser utilizados quaisquer trechos da entrevista na pesquisa; 1 solicitando a retirada de pequenas partes de seus relatos; 1 manifestando o desejo de reescrever alguns trechos da entrevista que ela havia considerado vagos, acabando por não encaminhar a versão modificada; e outra corrigindo alguns dados sobre o histórico da Reabilitação Profissional no Instituto e fazendo uma síntese das informações que considerou mais relevantes ao presente estudo.

Os procedimentos adotados para seleção, categorização e análise dos dados provenientes das entrevistas serão melhor abordados na Seção III.

I – PREVIDÊNCIA SOCIAL, SEGURIDADE SOCIAL E TRABALHO

1.1 Previdência social no Brasil

Segundo Oliveira e Teixeira (1989), o contexto de emergência da previdência social no Brasil e da legislação trabalhista é marcado pela ruptura com o liberalismo de um Estado ainda dominado pela oligarquia agrária, não correspondendo a um choque com os interesses fundamentais da classe dominante. Na República Velha, até os anos 1920, aplicava-se o princípio da liberdade do trabalho ou do livre contrato de trabalho, alegando o Estado a impossibilidade de intervir nessas questões, pois isso significaria ferir a independência e a autonomia da livre empresa.

O boom da economia cafeeira e o início de sua crise criaram as condições para o deslocamento do polo dinâmico da economia nacional para o centro-sul do país – São Paulo e Rio de Janeiro – e para o crescimento urbano-industrial nessa região. Nascia, então, um setor moderno da economia, expandiam-se os setores secundário e terciário, surgia uma classe operária no país e crescia uma massa trabalhadora urbana na sociedade brasileira.

A experiência política do trabalhador imigrante, vindo de outro contexto social, e a presença da movimentação operário-sindical contribuíram para que a nascente massa trabalhadora urbana no Brasil encontrasse formas de expressão na esfera política, nos vinte primeiros anos do séc. XX, apesar da legislação e da ação estatal repressivas do período, observando-se um grande número de greves e um crescente aumento de associações, grupos, sindicatos e partidos políticos de base operária, bem como de publicações periódicas desses grupos. Verificou-se a progressão de uma tendência, da ação operária organizada, da tomada do Estado como interlocutor: a intensificação das pressões operárias marcou o começo do fim do liberalismo, no que diz respeito à problemática trabalhista e social nas áreas urbanas. Os governantes e as elites começam a perceber a necessidade da adoção de outra estratégia, que não a repressão, para enfrentar tal problemática, devendo ser buscada a ampliação das margens do consenso. Além disso, trata-se de anos de crise, de instabilidade, em que as oligarquias dominantes não se encontram mais no auge do seu poder. No âmbito internacional, o mundo capitalista assumia o compromisso de abandonar a postura liberal quanto ao problema trabalhista e social (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Em 15 de janeiro de 1919, aprova-se a Lei 3.734, sobre indenizações por acidente de trabalho. O surgimento efetivo da previdência no Brasil, em 1923, com a Lei Eloy Chaves,

criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) e inaugurou um processo de intervenção crescente do Estado no âmbito da problemática do trabalho. A reforma da Constituição, em 1926, estabelece, em seu artigo 34, que compete ao Congresso Nacional legislar sobre o trabalho.

Sempre segundo os autores (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989), os anos de 1923 a 1930, primeiro período da história da previdência brasileira, possuem como principais características uma relativa amplitude no plano de atribuições das instituições previdenciárias; uma prodigalidade nas despesas; e a natureza basicamente civil e privada das instituições, tanto em sua administração quanto em seu financiamento, comparando-se ao período pós-1930 e verificando-se a união de serviços aos benefícios pecuniários. Quanto às formas de prestação de serviços médicos, boa parte era terceirizada, havendo também a constituição de serviços médicos próprios das CAP, sendo estes últimos uma expressão física da experiência de fusão entre previdência e assistência. Nessa primeira fase, não apenas se observava a amplitude na concessão de benefícios e serviços e a facilitação das condições para o recebimento destes, como também os gastos por segurados, por aposentados e pensionistas eram significativamente mais elevados.

No que diz respeito à administração e ao financiamento das CAP, o poder público atuava somente como uma instância externa, destinado apenas à administração de conflitos. As Caixas abarcavam uma parcela ainda restrita das classes trabalhadoras urbanas, representando apenas algumas categorias profissionais, como os ferroviários e os industriários.

No período de 1930 a 1945, observa-se uma transformação significativa do modelo de previdência social brasileiro, mais restritivo e mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. Esse caráter restritivo notou-se não somente nos serviços de assistência médica oferecida, como também nas atribuições originais e primitivas da previdência social, os benefícios das aposentadorias e pensões: ocorreu uma diminuição não só no número de benefícios concedidos, mas também no valor médio pago a cada beneficiário. Os temas e critérios do seguro social público compulsório, não sendo fixos e resultantes de decisões exclusivamente técnicas, caracterizam-se como frutos de uma decisão política e, apenas subsidiariamente, atuarial, ao sabor do jogo de pressões a que está submetido o sistema previdenciário, em cada conjuntura. A legislação desse período procurou demarcar bem a diferença entre benefícios e serviços, chegando a estabelecer como

atribuições obrigatórias da previdência social somente os benefícios pecuniários de longo prazo – as aposentadorias e as pensões, excluindo a prestação de serviços de assistência à saúde, que seriam ofertados em intensidades variáveis, de acordo com as disponibilidades institucionais.

Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadorias e Pensões, o dos Marítimos (IAPM), seguido pelos: IAPB – dos bancários, em 1934; IAPI – dos industriários, em 1936; IAPTEC, dos empregados em transportes e cargas, em 1938; e IAPC, dos comerciários, em 1940. A administração desses institutos passou a ser estatal, e em todos notava-se a preocupação de que os gastos com os serviços assistenciais nunca deveriam colocar em risco a estabilidade das instituições previdenciárias, e que seriam uma atribuição secundária e provisória da previdência, uma mera colaboração com o que passaria a ser considerado uma atribuição exclusiva do Estado. Ocorriam também, nesses Institutos, fortes medidas de natureza contencionista na área dos benefícios pecuniários e uma tendência geral ao aumento das contribuições dos segurados. Atribuiu-se a adoção de medidas contencionistas às consequências da crise econômica do final dos anos 1920, tendo o orçamento da União sofrido uma diminuição da arrecadação e um aumento de suas atribuições e de suas despesas, e o Estado atuado no sentido de injetar os recursos disponíveis nos setores produtivos da economia, contendo as demais despesas públicas (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

No período, criou-se também o conceito de contribuição tripartite – a ideia da equiparação nos valores de contribuição das três principais fontes de receita – os empregados, os empregadores e o Estado, que foi incorporada à Constituição de 1934. Agora, o Estado passava, através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), a funcionar efetivamente como intermediário entre os consumidores, pagantes das cotas e taxas previdenciárias, e a previdência, a não possuir apenas a função de reunir e redistribuir os recursos existentes, mas também de recolher excedentes a um fundo por ele gerido, ou de injetar recursos provenientes de outros setores do orçamento – tendo esta última ficado somente no plano das hipóteses. O Estado não chegava a efetivar sua contribuição à previdência nos montantes legalmente estabelecidos, repassando, muito irregular e parcialmente, os recursos arrecadados como cotas de taxas de previdência e acumulando-se dívidas crônicas e crescentes da União para com os Institutos e Caixas. Ocorreu, com a gestão da previdência social, algo semelhante ao ocorrido com as contribuições, tornando-se tripartite. Só que, no caso das contribuições, o que era meramente formal era a participação

estatal; no caso da gestão, a formalidade era da participação dos empregados e empregadores.

Segundo os autores, ocorria:

Um processo de contenção de despesas e de reformulação do sistema de financiamento da Previdência Social, imposto por um regime de natureza autoritária, (...), mas que, apesar disto, é levado, em dado momento, a ter que justificar, no plano ideológico, a sua política contencionista com relação à Previdência Social, em função das contradições e da complexidade de um regime que, sendo ferrenhamente autoritário, buscava por outro lado bases políticas de apoio nas classes trabalhadoras urbanas (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p. 113).

Busca-se, então, referenciar as medidas de contenção a um modelo teórico, o do seguro social, segundo o qual essas medidas eram tomadas em favor dos interesses dos segurados. A tentativa de tecnificação de questões políticas constituiu-se uma característica geral de todo o primeiro governo Vargas. Assim, os tecnocratas e intelectuais da previdência social, concentrados principalmente no IAPI, formulam a teoria do seguro social, que diz: é necessário garantir a renda dos trabalhadores e seus beneficiários, quando estes forem dela privados; tal garantia é atribuição da solidariedade das gerações de trabalhadores que se sucedem, com a qual os empregadores e o Estado devem apenas colaborar; a função do Estado deve ser fundamentalmente normatizadora e fiscalizadora, impondo aos trabalhadores a obrigação da associação aos programas de seguro social e zelando pela sanidade financeira do sistema; a previdência social deve funcionar sob a mesma lógica do seguro comercial privado, com benefícios proporcionais às contribuições e delimitados pelas leis atuariais; a ocorrência de superávits e a acumulação de reservas no início do sistema é temporária e, com o crescimento da massa de benefícios mais rápido que o da receita, tende a haver um equilíbrio do orçamento, ou mesmo um déficit.

As características contencionistas da previdência nesse período implicavam a restrição do papel da instituição previdenciária enquanto instrumento de legitimação e de geração de consenso. Por outro lado, a previdência social ia se estendendo a um número cada vez maior de novas categorias, tendo Vargas ficado conhecido como o “criador da previdência social brasileira”.

Ao contrário de outras áreas da Política Social, no caso da Previdência, 'era fácil' conciliar as dificuldades financeiras do período com as necessidades políticas do regime junto às classes trabalhadoras. Ações nessa área, ao contrário das demais, podiam ser adotadas 'sem ônus' (...) 'aos cofres do país', 'sem prejuízos na produção', como dizia o próprio Vargas nos seus discursos. 'Bastaria' que, por um lado, fosse mantido (ou mesmo

intensificado, como de fato foi), o caráter 'neoliberal', autofinanciável, da Previdência, (...), desde que, por outro lado, isso não fosse muito evidente, e que o Estado pudesse passar não só por aquele que 'concedia' instituições de Previdência Social aos trabalhadores (...), mas também como aquele que, aparentemente, arcava com parte considerável dos custos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p. 139).

A previdência social foi se transformando, aos poucos, num importante mecanismo de acumulação financeira em mãos do Estado, tendo a descoberta da instituição previdenciária enquanto poderosa instituição financeira determinado a intensificação das medidas contencionistas, observando-se a canalização das reservas da previdência para investimentos definidos pelo Estado, direcionados a áreas estratégicas da economia do período, com o apoio à industrialização.

Tratando-se do período pós-1945, tem-se, em 1960, a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que determinou a uniformização dos planos de atribuições dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), nos padrões dos melhores deles. Em 1966, esses Institutos são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

De acordo com Oliveira e Teixeira (1989), a legislação previdenciária do pós-1945 é marcada pela desmontagem gradual das medidas contencionistas do período anterior, o que expressa o contexto democrático-populista do período. Concomitante à elevação das despesas previdenciárias, observa-se não haver correção dos desvios da arrecadação estatais, o que resulta na crise financeira da previdência social.

Em 1945, estenderam-se aos aposentados e pensionistas das instituições da previdência social os benefícios da assistência médica, hospitalar e farmacêutica, nos moldes da assistência já prestada aos segurados ativos e seus familiares. Em 1946, a nova Constituição Federal incorpora a atribuição da assistência sanitária à previdência social, consolidando-se, por princípio constitucional, o vínculo entre previdência e assistência médica. Considera-se a promulgação da LOPS como o marco do final do modelo contencionista, pois estende para os segurados e seus dependentes um amplo plano de benefícios e serviços, contemplando, além da assistência médica e dos benefícios pecuniários, disposições referentes às áreas de habitação, empréstimos e alimentação.

Ainda para os mesmos autores, a necessidade de que o crescimento das atribuições previdenciárias seja acompanhada de um aumento da receita é preocupação constante da legislação que vai sendo elaborada ao longo do período, sendo as contribuições dos segurados elevadas gradualmente, juntamente com as das empresas. Esse maior sacrifício imposto aos

segurados mostra-se insuficiente para acompanhar a elevação dos gastos. Com a LOPS, a contribuição da União deixa de se equiparar à das outras duas fontes de recursos, o que sempre se havia observado na prática, atribuindo-se ao Estado gastos como os destinados à administração e à contratação de pessoal.

De maneira semelhante ao ocorrido após a Primeira Guerra Mundial, ao final da Segunda Grande Guerra observa-se, de forma mais intensa e articulada, um esforço dos países capitalistas centrais de repensar as questões das políticas sociais e as atribuições do Estado nessa área. Para Oliveira e Teixeira (1989), o crescimento dessa intervenção do Estado atingiu seu apogeu na Europa Ocidental, nos governos social-democratas e trabalhistas em vários países da região; aspirava-se atingir o Estado de Bem-Estar Social com um aumento dos gastos públicos nas áreas consideradas sociais, e também, segundo Lopes (1999), com uma política de pleno emprego.

No âmbito previdenciário, diversas críticas passaram a se orientar contra a organização da previdência nos moldes neoliberais do seguro social, passando a contrapor, a essa ideia, a de seguridade social ou segurança social, sendo suas principais características: um sistema onde cada um deve colaborar segundo suas próprias possibilidades de contribuição, havendo a garantia, a qualquer cidadão, em caso de necessidade, do mínimo necessário à sua subsistência; a concessão desse mínimo deve ser independente dos motivos que levaram à referida necessidade, devendo, inclusive, independer de uma contribuição prévia ao sistema previdenciário; a política de seguridade social deveria se organizar como uma política social ampla, que fornecesse, além dos benefícios pecuniários tradicionais, ações de saúde, higiene, educação, habitação, garantia de pleno emprego, redistribuição de renda, dentre outros (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Na concepção de seguro social, o trabalhador deveria garantir, em boa parte a partir de seus próprios meios, a continuidade do recebimento de rendimentos proporcionais ao seu salário, em casos de infortúnios que o afastassem do seu trabalho, estando, portanto, atrelado à questão salarial. Já na concepção de seguridade social, parte-se do pressuposto de um Estado que teria obrigações naturais e inalienáveis para com todos os cidadãos, garantindo a permanência de um mínimo de bem-estar à população. Aliada à divulgação dos ideais da seguridade social pelo Bureau Internacional do Trabalho (BIT), atual Organização Internacional do Trabalho (OIT), havia no Brasil um clima interno propício a tais mudanças, trazendo uma legitimidade técnica às reivindicações dos segurados.

Contudo, as teses da seguridade social nunca foram verificadas, em sua forma pura, no Brasil: a concessão de benefícios e serviços nunca deixou de exigir a contribuição dos segurados e o valor dos benefícios pecuniários não deixou de ser proporcional às contribuições e estas, aos salários. O que houve na prática, após 1945, com o fim do Estado Novo e a redemocratização do país, foi uma incorporação das pressões dos segurados pelo Estado, no sentido da ampliação e valorização dos benefícios e serviços previdenciários. Essa ação reivindicatória dos segurados conseguiu apenas pequenas concessões setoriais, fragmentárias, no sentido apenas da referida ampliação.

O período que vai de 1945 até 1966 – ano em que os institutos são unificados no INPS – é de expansão do setor da assistência médica previdenciária, mantendo-se também a prática de compra de serviços médicos e hospitalares de terceiros, que passou, entretanto, a ser mencionada como provisória.

Nos governos de Getúlio Vargas e de Juscelino Kubitschek (1951 a 1954 e 1956 a 1960, respectivamente), houve a retomada das preocupações com a solidez das bases atuariais da previdência, com a rentabilidade dos investimentos e a solidez financeira do sistema previdenciário. O discurso passa a ser de que somente o desenvolvimento econômico do país viabilizaria o seu efetivo crescimento e a solução dos problemas sociais, não devendo ocorrer sobreposição dos gastos estatais nas áreas sociais aos investimentos em outros setores primordiais, como o processo de industrialização acelerada que se verificava no período. Acirrava-se de forma crescente o impasse entre as necessidades de atendimento das demandas colocadas pelos trabalhadores e a impossibilidade de contemplá-las a partir do modelo adotado, o de acumulação capitalista. Ademais, com a centralização dos Institutos no INPS, notou-se a perda do direito de gestão e da definição das políticas previdenciárias pelos trabalhadores. Já com relação à assistência médica, persistia uma demanda elevada de segurados e que não era bem atendida (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Para Soares (1991), o segundo governo de Getúlio Vargas e os posteriores (Juscelino Kubitschek, Jânio Quadros, João Goulart), até 1964, ao seguirem uma orientação populista, privilegiaram, no âmbito das políticas sociais, a força de trabalho na ativa, via previdência social, adotando, por outro lado, medidas setoriais e momentâneas na assistência social e na saúde pública. Os IAP ofereceram serviços de saúde aos segurados e a assistência social se efetivou via serviços públicos e por meio de subvenções às instituições que atendiam a determinadas populações.

Ainda segundo Oliveira e Teixeira (1989), para a compreensão da conjuntura na qual ocorreu a unificação da previdência, as características fundamentais são o papel crescente do Estado enquanto regulador da sociedade e o alijamento dos trabalhadores das negociações políticas referentes às questões previdenciárias. Houve, portanto, uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras.

No período de 1966-1973, a chamada crise da previdência se manifestava principalmente pela carência de recursos para atender às demandas dos segurados. Importante salientar que as crises da previdência social costumam ser colocadas como crises financeiras, ocultando o seu conteúdo político-econômico. A LOPS expressa a contradição de sua formulação, ao apontar para uma abrangência de concessão dos benefícios ao mesmo tempo em que se tinha uma estreiteza da capitalização, cujo suporte básico era a contribuição dos segurados. A partir de 1967, essa contradição é resolvida em parte, com a atribuição da capitalização a novos mecanismos de poupança compulsória, como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP). Assim, caberia à previdência, então unificada, organizada e identificada com o aparato do Estado, uma função assistencial e redistributivista, embora a redistribuição fosse limitada aos trabalhadores contribuintes do sistema.

Na década de 1970, houve uma ampliação da assistência médica, maior que a ampliação relacionada aos demais benefícios e serviços e assumida como um direito consensual, mesmo aos trabalhadores do mercado informal.

As medidas de saúde pública, atribuições do Ministério de Saúde, que então possuía um orçamento precário, voltam-se para o atendimento das necessidades coletivas. Propiciou-se a implementação, via previdência, de uma política de saúde curativa, individual, assistencial e especializada, que possibilitou o desenvolvimento de um complexo médico-industrial. Tem-se a priorização da contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços próprios da previdência. Em 1975, 90% de todos os serviços médicos prestados no Brasil eram dependentes, direta ou indiretamente, do Instituto Nacional de Previdência Social. A política de assistência médica previdenciária, financiada pelos trabalhadores, gerida pelo Estado e na qual se consolidou uma área privada de acumulação de capital, a despeito dos valores crescentes dos recursos a ela destinados, não produziu como resultado a melhoria das condições de saúde da população. Nesse contexto, nota-se uma situação de crise e de reformas do complexo previdenciário.

Em 1974, instituiu-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), definindo-se a ação do Ministério da Saúde como preferencialmente direcionada a medidas e atendimentos de caráter coletivo, incluindo a vigilância sanitária, devendo o MPAS voltar-se ao atendimento médico-assistencial individualizado. Ademais, vai-se observando uma tendência de aproximação aos princípios da seguridade social, com a ampliação da assistência a pessoas que estavam fora da força de trabalho. As práticas médicas previdenciárias vão se reunir num complexo que passou a ser denominado de Sistema Nacional de Saúde, composto pelos serviços dos setores público e privado e no qual se estabeleceram as competências dos diferentes Ministérios no setor saúde. Esse sistema encontra dificuldades para sua efetivação, devidas principalmente ao fato de a prestação da assistência médica estar, em sua maior parte, nas mãos da iniciativa privada (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Buscando reformular o sistema previdenciário, instituiu-se o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), criando-se as seguintes autarquias: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Além dessas duas entidades, integravam também o SINPAS: o INPS; a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA); a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM); e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV). Atribuiu-se ao INPS a concessão de benefícios, ao INAMPS, a assistência médica às populações que dela necessitarem, e, ao IAPAS, a atividade financeira do sistema.

A universalização da assistência previdenciária, principalmente no que tange à assistência médica, passa a ser cada vez mais uma realidade, como se nota a partir da criação do INAMPS, onde a assistência médica vai se tornando cada vez mais desvinculada da condição de segurado, embora a base de seu financiamento continue sendo as contribuições dos segurados. Para que a assistência médica pudesse ser efetivamente universalizada, faziam-se necessárias novas fontes de receita.

Ainda segundo os autores, a chamada crise financeira da previdência social foi caracterizada por um déficit crescente a partir de 1980. No entanto, tal crise é parte de um processo amplo e marcado por contradições, aprofundado na década de 1970 e decorrente da impossibilidade de atendimento das demandas político-sociais colocadas. A face da crise que se torna conhecida e debatida socialmente é a financeira, que foi agudizada com a situação recessiva da política econômica da época. Do ponto de vista social, essas contradições se

expressam pelo antagonismo entre a crescente ampliação da cobertura populacional pela proteção social do Estado, em direção a um modelo de cidadania universal, e a manutenção de um regime financeiro cujos mecanismos baseiam-se na relação contratual, no qual a cidadania é restrita aos contribuintes do sistema previdenciário.

Vê-se, então, um Estado de Bem-Estar social contrário dos países europeus, pois a ampliação da cidadania foi e continua sendo custeada, basicamente, pelos segurados. Mesmo o aspecto financeiro da crise não parece ter sido debelado, pois a questão fundamental – o aumento da receita – não foi colocada, tendo o sistema previdenciário se voltado, prioritariamente, para a contenção de despesas. E, como o déficit não pode atingir o setor de benefícios, canalizou-se para a assistência médica, com cortes orçamentários do INAMPS.

O Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), criado em 1981 e composto por representantes governamentais, patronais, da área médica e dos trabalhadores, teve como algumas de suas proposições a responsabilidade integral do Estado sobre a política e o controle do sistema de saúde, estimulando as modalidades assistenciais de maior qualidade, a previsibilidade orçamentária e mecanismos de controle adequados, além da utilização da capacidade ociosa do setor público de saúde. Retomaram-se propostas já realizadas anteriormente, mas que ainda não haviam sido concretizadas, como a regionalização do Sistema de Saúde, a hierarquização dos serviços de saúde de acordo com seu nível de complexidade, além da desburocratização com as instituições conveniadas e com o setor público. Previa-se também a promoção de medidas que levassem ao aperfeiçoamento do custeio e ao incremento da receita previdenciária (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

De acordo com Soares (1991), com a Constituição de 1988, redefiniram-se as áreas de atuação específicas para a saúde, a previdência social e a assistência social. Em junho de 1990, o Decreto 99.350 criou o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, mediante a fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS) com o INPS – correspondente à parte da previdência que não se ocupava da assistência médica. O INPS passou a ter como atribuições o gerenciamento das contribuições sociais destinadas ao financiamento da previdência social, além de assegurar ao trabalhador o direito do recebimento dos benefícios por ele administrados, não mais prevendo a assistência à saúde, que passaria a ser de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), extinguindo-se, portanto, o INAMPS (SOARES, 1991).

Na América Latina e, particularmente, no Brasil, o desequilíbrio das contas públicas vem constituindo, segundo Silva (2004), o grande argumento em favor da redução das despesas da previdência, como forma de liberar recursos para o pagamento de juros e encargos da dívida pública. Associados a essa questão, tem-se o desemprego da década de 1990, a crescente informalidade do mercado e as mudanças nas relações de trabalho orientadas pela flexibilização. As baixas taxas de crescimento econômico, com queda da arrecadação previdenciária, associadas com o aumento da longevidade da população, levam ao crescimento desproporcional do número de beneficiários inativos frente ao dos contribuintes em atividade (SILVA, 2004).

As novas regras derivadas da Emenda Constitucional – EC n. 20/98 representaram a imposição de perdas aos segurados, uma vez que o seu eixo foi o aumento da idade média de concessão do benefício, o que implica uma extensão do período de contribuição, redução dos gastos no curto prazo pela postergação da concessão e redução dos gastos no longo prazo pela concessão por menor período. Trata-se, então, de trabalhar mais, contribuir mais e receber menos, estreitando a relação entre contribuições e benefícios pela nova regra de cálculo (SILVA, 2004).

Segundo Junior, Goes e Bugarin (2003), a forma de distribuição dos benefícios previdenciários possui inegável impacto sobre o bem-estar da sociedade, envolvendo desde a solidariedade entre as gerações até problemas de distribuição de renda. Silva (2004) assinala que a defesa de uma reforma da previdência social em direção à solidariedade e à gestão pública, democrática e universal, tem como seu argumento mais facilmente defensável o da necessidade de expansão da cobertura previdenciária.

A reforma da previdência é necessária, mas está longe de ser solução para uma crise da qual é apenas uma das expressões. Qual reforma é desejada? A que concebe a previdência como parte da seguridade social, expressão de um pacto coletivo e solidário e que, portanto, resiste à privatização. Que consolida o democrático Estado de Direito, honrando compromissos e respeitando contratos com os trabalhadores. Que não impõe novas perdas aos segurados por meio de fatores de confisco. Que equacione piso e teto, parâmetros e padrões, iguais e diferentes, na esfera do direito social – portanto, na arena do interesse público – sem reduzir tudo a produtos, segundo a lógica mercantil, sabidamente reprodutora da desigualdade social (SILVA, 2004, p. 29).

1.2 Seguridade social

Para Castel, ocorre a emergência de uma nova função do Estado, de uma nova forma de direito e de concepção de propriedade, instaurando-se o seguro obrigatório como uma revolução tranquila na condição dos assalariados. A mutualidade¹ traz um germe de organização democrática, pressupondo um vínculo social decorrente de relações que independem de uma sujeição moral e que são diferentes das trocas comandadas pelas leis do mercado; é o princípio da solidariedade que une os membros de uma mutualidade (CASTEL, 2009).

O seguro instaura, de acordo com Castel (2009), a possibilidade de pertencimento social para as populações que a industrialização havia empurrado para a margem, deslocando as proteções ao mesmo tempo em que as despersonaliza. Esse autor o compreende como uma tecnologia que promove a seguridade sem atentar contra a propriedade e sem tocar nas relações de produção – constituindo-se, entretanto, em uma estrutura complexa que depende do equilíbrio, em constante transformação, de interesses divergentes cujo árbitro deve ser o Estado – e que mobiliza uma solidariedade e endossa o pertencimento a um coletivo, configurando uma relação de proteção social que une o indivíduo a um coletivo abstrato.

A seguridade social, constituída a partir do pressuposto da mutualidade, instaura, segundo o mesmo autor, a proteção da condição de assalariado e destina-se a garantir os trabalhadores e suas famílias contra os riscos de toda natureza, que possam suprimir ou reduzir sua capacidade de ganho, de geração de renda para a subsistência. A tecnologia dos seguros recompõe a esfera do direito e o risco passa a ser coberto pelo fato de se estar assegurado numa participação em grupo, na medida em que se possa continuar fora da propriedade privada sem estar privado da seguridade. A seguridade social procede da transformação de propriedade pela mediação do trabalho e sob a égide do Estado, estando a seguridade e o trabalho ligados substancialmente em uma sociedade que se reorganiza em torno da condição de assalariado². O seguro obrigatório constitui-se como uma aceitação do caráter irreversível de estratificação social que a sociedade industrial acarreta e busca trazer a

¹ Trata-se aqui da Europa Ocidental, mais especificamente das realidades francesa e inglesa, estudadas com maior profundidade por Castel (2009), mas acreditando-se que os princípios instaurados pela mutualidade podem ser pensados também para a conformação do seguro obrigatório e da seguridade social no Brasil.

² A chamada sociedade salarial é descrita por Castel (2009) a partir da realidade francesa e constituiu-se mais expressivamente a partir da década de 1950, carregando, consigo, a dissolução da alternativa revolucionária e a redistribuição da conflitualidade social conforme um modelo diferente do da sociedade de classes.

estabilização do status da classe operária e conferir-lhe dignidade, preservando-a da destituição social em situações fora do trabalho, definidas negativamente, como a doença, o acidente e a velhice improdutiva. O mesmo autor coloca, ainda, que as seguridades podem ser enganosas se se apoiarem exclusivamente no crescimento, visto que desapareceriam com uma mudança na conjuntura e não haveria, dessa forma, uma garantia legal (CASTEL, 2009).

De acordo com Teixeira (1985), as políticas sociais tratam dos planos, programas e medidas necessários ao reconhecimento, implementação, exercício e gozo dos direitos sociais em uma dada sociedade como incluídos na condição de cidadania, gerando uma pauta de direitos e deveres entre aqueles aos quais se atribui a condição de cidadãos.

Para Fleury (1994), por um lado, a cidadania é condição da consolidação das desigualdades de classe, remetendo os requisitos de igualdade a um plano formal que impede a problematização das desigualdades existentes, mas que, por outro, deve ser vista como um avanço na luta das classes oprimidas em relação à situação anteriormente existente, de total exclusão do servo e do escravo da comunidade política.

Segundo Lopes (1999), as políticas sociais devem participar da construção de sistemas de amparo, externos ao mercado, nos quais os proprietários momentaneamente ou terminantemente despossuídos do poder de venda de sua força de trabalho possam se abrigar de forma temporária, para tratamento de saúde e/ou reciclagem profissional, que os reabilitem a voltar a atuar no mercado, ou de forma permanente, como é o caso de aposentadoria por idade ou invalidez.

Na América Latina, conforme Fleury (1994), o modelo organizador da seguridade social tem preservado a inserção ocupacional como o critério para vinculação ao sistema, tendo como mecanismo básico de financiamento a contribuição salarial, o que gera a exclusão de parcela significativa da população economicamente ativa, ou seja, aquela que exerce atividades no mercado informal de trabalho.

A Convenção Nº 102/1952 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), caracteriza a seguridade social como sistema de:

Proteção social que a sociedade proporciona a seus membros, mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais que, de outra maneira provocariam desaparecimento ou forte redução dos seus rendimentos em consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho, enfermidade profissional, emprego, invalidez, velhice e morte, bem como de assistência médica e de apoio à família com filhos (OIT, 1952, s/p).

A seguridade social brasileira, que, segundo Silva (2004), é a que apresenta a maior

cobertura social no continente latino-americano, constitui-se em um sistema que prevê, segundo Fleury (1994), o desenvolvimento de políticas sociais e inscreve-se no interior de um Estado Capitalista, tratando-se de um campo de processos estratégicos onde se entrecruzam núcleos e redes de poder que, ao mesmo tempo, articulam-se e contradizem-se.

A Constituição Federal de 1988 define a seguridade social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988). Silva (2004) aponta como um dos avanços da Constituição Federal de 1988, a inclusão da assistência social nos direitos sociais que constituem a cidadania, compondo, com a saúde e a previdência, o sistema de seguridade social.

Para Boschetti (2003), a seguridade social não foi implementada conforme o previsto na referida Constituição, tendo as sucessivas reformas do Estado e, sobretudo, da previdência social, implementadas ao longo da década de 1990, contribuído para descaracterizar a seguridade enquanto sistema de proteção social, favorecendo a fragmentação das políticas sociais que a integram - previdência, saúde e assistência – e abalando a possibilidade de sua consolidação enquanto propriedade social.

De acordo com esse mesmo autor, a seguridade social brasileira raramente é tratada ou analisada empiricamente na sua totalidade e a maioria das produções teórico-acadêmicas sobre a temática, e mesmo os planos e relatórios governamentais, restringem-na ao seguro previdenciário, ou analisam cada uma das políticas que a compõem de forma isolada e autônoma, tentando relacioná-las a uma suposta seguridade que está longe de materializar-se efetivamente no Brasil. O autor considera que pelo menos três elementos estão presentes na constituição da seguridade social: seguros, assistência médica e auxílios assistenciais, mesmo que os termos possam ser diferentes em cada país. Afirma ainda que sua precisão conceitual requer a superação das análises fragmentadas das políticas que a constituem e que a compreensão de suas propriedades internas e de seu significado na conformação do Estado Social pressupõe a investigação dos elementos que definem o caráter dos direitos, bem como o tipo de financiamento e a sua forma de organização (BOSCHETTI, 2003).

Ao tratar da seguridade social, Silva (2004) assinala que se a questão central a ser considerada for a ampliação da cobertura e a reversão da desigualdade, prevalecerá o princípio da seguridade universal, cuja aplicação prática depende do mercado – retomada do

crescimento econômico, geração de empregos, filiação à previdência, aumento da arrecadação e garantia de cobertura –, porém não se deve subordinar a ele.

Segundo o mesmo autor,

A seguridade social não pode sucumbir às pressões em favor da liberdade do mercado em face dos constrangimentos – para este último – de ter que financiar e manter a seguridade social, especialmente em seu elenco de benefícios “não contributivos”, pelo que representam como mecanismos de transferência de renda para os mais pobres. Contributivos ou fiscais, os recursos constituem parcela da riqueza social, cuja gestão e distribuição deve responder a critérios de solidariedade, de universalidade e de justiça social (SILVA, 2004, p. 19-20).

Reduzir seguridade a previdência e esta a seguro implica passar a utilizar, no âmbito da Previdência Social, as estratégias do mercado: selecionar riscos de menor custo e recusar outros como objeto de seguro, transferir riscos e prejuízos para o segurado. Trata-se da substituição da seguridade pela incerteza em face do risco, sob a égide da rentabilidade e sob o âmbito individual, sem as garantias de um pacto coletivo (SILVA, 2004, p. 20).

Sobre os desafios da consolidação da seguridade social em direção ao respeito à diferença e ao aumento da cobertura social:

O regime único e universal deve respeitar a diferença, sob pena de reproduzir a desigualdade. Se se trata de consolidar o sistema de seguridade social brasileiro, então o desafio é ampliar a cobertura – pela inclusão daqueles que por falta de trabalho, por insuficiência de renda, por absoluta impossibilidade de contribuição prévia ou mesmo por desconfiança encontram-se fora do sistema –, aumentando o número de filiados e de contribuintes, o que remete à retomada do crescimento econômico e à ampliação das oportunidades de emprego (SILVA, 2004, p. 27).

1.3 O trabalho

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) elaborada pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, entende por trabalhadores “todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia” e, inclusive, “aqueles que exercem atividades não remuneradas” (BRASIL, 2004, p. 4-5).

No presente estudo, serão apresentadas considerações acerca do trabalho remunerado, partindo do pressuposto de sua centralidade na sociedade contemporânea e relacionando-a às transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho.

1.3.1 A centralidade do trabalho

A centralidade do trabalho é compreendida por Castel (2009) como o principal elemento da cidadania e como eixo das relações sociais; como processo que origina as configurações culturais, simbólicas e identitárias e suporte privilegiado de inscrição na estrutura social. Para a maioria das pessoas, o que permite construir suas ações em variadas direções é a força de trabalho e o que funda a dignidade social do mesmo não é necessariamente o emprego assalariado ou outras modalidades, mas a sua utilidade social e sua participação na produção da sociedade (CASTEL, 2009).

Conforme Trudel (2004), quando os indivíduos encontram-se excluídos do mundo do trabalho, podem se encontrar privados das prerrogativas legítimas de integração sócio-econômica por ele obtidas e do seu local principal de autorrealização.

Sem desconsiderar a precarização das condições em que se encontra parte significativa dos trabalhadores, Castel (2009) aponta o trabalho como eixo integrador dos demais campos – familiar, escolar, social, político, cultural – e pontua que quando ele se desagrega, os modos de socialização que lhe eram associados e os campos que ele alimentava ameaçam despedaçar-se.

Segundo Antunes (2008), não se configura a eliminação do trabalho como fonte criadora de valor, mas sim, uma mudança no interior do processo de trabalho que decorre, entre outros aspectos, do avanço tecnológico. Para esse autor, ao contrário dos autores que defendem a perda da centralidade do trabalho na sociedade contemporânea, as tendências em curso, quer em direção à intelectualização do trabalho fabril ou à qualificação do trabalho, quer em direção à desqualificação ou à sua subproletarização, não permitem concluir pela perda dessa centralidade no universo de uma sociedade produtora de mercadorias (ANTUNES, 2008).

Desregulamentação, flexibilização, terceirização, (...) empresa enxuta, bem como todo esse receituário que se esparrama pelo mundo empresarial, são expressões de uma lógica societal onde se tem a prevalência do capital sobre a força humana de trabalho, que é considerada somente na exata medida em que é imprescindível para a reprodução desse mesmo capital. Isso porque o capital pode diminuir o trabalho vivo, mas não eliminá-lo. Pode intensificar sua utilização, pode precarizá-lo e mesmo desempregar parcelas imensas, mas não pode extingui-lo (ANTUNES, 2008).

1.3.2 A condição operária, os modos de produção na lógica acumulativa do mercado e as transformações no mundo do trabalho

Com relação à Revolução Industrial, Castel (2009) aponta como suas principais características o recurso à máquina e a reunião dos trabalhadores na fábrica – o que possibilita melhor divisão do trabalho, vigilância e dedicação completa do operário à tarefa. É ao operariado fabril e suas transformações que esse autor se refere ao fazer apontamentos sobre os operários, que serão expostos ao longo do presente texto.

Na condição operária, segundo Castel (2009), tem-se o salário não mais como retribuição pontual de uma tarefa, na medida em que permite o acesso a subvenções, uma participação ampliada na vida social e a afirmação da consciência de classe, comandando, além da produção, o modo de consumo e de vida dos operários. O consumo permite ao operário o acesso a um novo registro de existência, bem como a bens coletivos como saúde, moradia, higiene, instrução, sendo também um indicador de identidade e do lugar do indivíduo na sociedade (CASTEL, 2009).

A condição de assalariado constituiu-se, de acordo com Castel (2009), como uma forma juridicamente consagrada das relações de trabalho e como o suporte de identidade social e de integração comunitária, tendo, também, sido permeada por situações de precariedade ao longo de sua constituição.

Conforme Castel (2009), a lógica acumulativa do mercado foi fazendo com que o trabalho do operário se limitasse ao necessário para a subsistência, gerando a instabilidade do trabalho, a ausência de qualificação, as alternâncias de emprego e de não emprego e os desempregos. Como características gerais do operariado fabril, têm-se a consciência de subordinação e a sua destinação ao trabalho braçal, sendo o trabalho operário reduzido somente às tarefas de execução – indispensáveis, mas sem dignidade social –, não havendo intimidade entre os operários e os locais e objetos aos quais dedicam suas vidas. Ainda para o autor, coexistem em sua condição uma afirmação da dignidade e uma experiência de privação de posse.

Segundo Antunes, “o ser social que trabalha deve somente ter o necessário para viver, mas deve ser constantemente induzido a querer viver para ter ou sonhar com novos produtos” (ANTUNES, 2008, p. 94). Há uma perversão e um empobrecimento do sentido do processo de trabalho, do que deveria ser a forma humana de realização do indivíduo para a única possibilidade de subsistência do despossuído. Tem-se o trabalho não como a satisfação de

uma necessidade, mas como um meio para satisfazer as necessidades fora dele (ANTUNES, 2008).

Vai-se observando, ao longo da constituição da sociedade salarial, de acordo com Castel (2009), a mudança do caráter das atividades desenvolvidas pelos operários para além da produção propriamente dita, no sentido de transformação e atuação direta nos materiais, passando pela embalagem, manutenção, carga e descarga, controle e operação das máquinas; no entanto, as novas formas de organização industrial não aboliram as obrigações e a penosidade de diversas tarefas, nem o particularismo de seus modos de vida, de sociabilidade e de consumo.

Segundo Antunes (2008), o fordismo foi a forma pela qual a indústria e o processo de trabalho se consolidaram ao longo do século XX, sendo os seus elementos constitutivos a produção em massa através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; o controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série fordista; o trabalho parcelar e fragmentado; a separação entre elaboração e execução no processo de trabalho; as unidades fabris concentradas e verticalizadas; além da consolidação do trabalhador coletivo fabril. Esse mesmo autor apresenta também alguns traços constitutivos da experiência do toyotismo – que propõe uma nova maneira de organização da produção e se originou no Japão a partir da Segunda Guerra – a saber: produção voltada e conduzida pela demanda e caracterizada por sua variedade, diversidade e prontidão para suprir o consumo; existência do estoque mínimo; desespecialização e polivalência dos operários.

De acordo com Antunes (2008), não se pode dizer que o toyotismo originou um novo modo de organização societária, não devendo nem mesmo ser concebido como um avanço em relação ao capitalismo da era fordista e taylorista, questionando se a produção do modelo capitalista toyotista – que se realiza no mesmo universo do sistema produtor de mercadorias e do processo de criação e valorização do capital – se diferencia, em sua essência, das diversas formas existentes de fordismo. A maior participação dos operários no processo de trabalho pregada pelo toyotismo é uma aparência, fazendo parte de uma lógica mais consensual e envolvente e, na verdade, manipulatória, visto que a decisão do que e de como se produz não pertence aos trabalhadores. Além disso, para que ocorra a flexibilização do aparato produtivo, também presente no modo de produção do toyotismo, é imprescindível a flexibilização dos trabalhadores e, conseqüentemente, de suas condições de trabalho, que passam a se relacionar diretamente às necessidades do mercado consumidor (ANTUNES, 2008).

Sobre essas medidas de flexibilização da organização do trabalho, Sennett (2010) assinala que não alteram fundamentalmente a natureza dos sistemas de produção nem ameaçam a organização básica das estruturas de poder das empresas. Esse autor aborda também a questão da ficção da cooperação entre os empregados no interior das empresas que adotaram a flexibilização produtiva, que serve à implacável campanha das mesmas por uma produtividade cada vez maior e atuam no sentido de desmobilizar seus funcionários na luta por melhores condições de trabalho, já que “o bom jogador da equipe não se queixa” (SENNETT, 2010, p. 138).

No mundo do trabalho contemporâneo observa-se, de acordo com Antunes (2008), uma múltipla processualidade: uma desproletarização do trabalho industrial, fabril, nos países de capitalismo avançado, com diferentes repercussões em áreas industrializadas do Terceiro Mundo – ou seja, ocorreu uma diminuição da classe operária industrial tradicional, quer em decorrência do quadro econômico recessivo, quer em função da automação, da robótica e da microeletrônica. Paralelamente, houve, segundo o mesmo autor, uma enorme ampliação do trabalho assalariado, com a expansão do setor de serviços, verificando-se a heterogeneização do trabalho, a subproletarização presente no aumento do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, terceirizado – tem-se, assim, um processo de maior fragmentação e complexificação da classe trabalhadora. Diante dessa expansão do trabalho em serviços, em esferas não diretamente produtivas, mas que realizam atividades muitas vezes imbricadas com o trabalho produtivo, é necessária uma noção ampliada de trabalho para compreendê-lo em seu significado no mundo contemporâneo (ANTUNES, 2008).

Diversas categorias de trabalhadores subproletarizados possuem como características comuns a precariedade do emprego e da remuneração, a desregulamentação das relações trabalhistas em relação às normas legais e a consequente regressão dos direitos sociais, bem como a ausência de proteção e expressão sindicais, configurando uma tendência à individualização extrema da relação salarial, sendo o desemprego estrutural o resultado mais brutal das transformações do mundo do trabalho, atingindo o mundo em sua escala global. Ao mesmo tempo em que se visualiza uma tendência para a qualificação do trabalho, desenvolve-se um processo de desqualificação dos trabalhadores, configurando-se uma contradição que superqualifica em diversos ramos produtivos e desqualifica em outros (ANTUNES, 2008).

A industrialização e as novas formas de organização do trabalho tiveram como algumas de suas consequências, para Castel (2009), a instabilidade do emprego, o arbítrio dos

padrões, os baixos salários, a insegurança do trabalho e a miséria dos velhos trabalhadores.

Segundo Castel (2009), a capacidade de adaptação às flutuações das demandas do mercado é cada vez mais colocada aos trabalhadores, seja com relação à subcontratação pelas empresas, seja pela exigência de polivalência aos funcionários; as empresas, ao mesmo tempo em que são tidas como modelos de eficácia e competitividade, são máquinas de vulnerabilização e exclusão.

Conforme Sennett (2010), as organizações que celebram a independência e a autonomia, defendendo a ideia de que se deve sentir vergonha de ser dependente ou de estar em necessidade, longe de inspirarem seus empregados, podem despertar-lhe o senso de vulnerabilidade.

Para Antunes (2008), a lógica do sistema produtor de mercadorias acentuou em tal intensidade a concorrência intercapitalista que converteu a busca da produtividade em um processo autodestrutivo que gerou a criação sem precedentes de uma sociedade de excluídos, não só nos países de Terceiro Mundo, mas também nos países avançados.

A presença do Terceiro Mundo no coração do Primeiro Mundo, através da exclusão social, do desemprego, da eliminação de inúmeras profissões dentro do mundo do trabalho em decorrência do incremento tecnológico são “apenas alguns dos exemplos mais gritantes e diretos das barreiras sociais que obstam, sob o capitalismo, a busca de uma vida cheia de sentido e dotada de dimensão emancipada para o ser social que trabalha” (ANTUNES, 2008, p. 94).

Partindo do pressuposto de que as relações estabelecidas pelos indivíduos no e com o seu trabalho são constitutivos fundamentais do seu caráter – compreendendo-o enquanto o aspecto a longo prazo de nossa experiência emocional e que se expressa pela lealdade, pelo compromisso mútuo, pela busca de metas a longo prazo e, ainda, pela prática de adiar a satisfação em troca de um fim futuro – Sennett (2010) nos coloca que o mundo do trabalho atual, com suas transformações organizacionais, relacionais e produtivas orientadas pela flexibilidade no sentido do aumento da produtividade, promove uma corrosão do senso de caráter dos indivíduos e ameaça a capacidade de criação de narrativas sustentadas de identidade e de histórias de vida, numa sociedade de episódios e fragmentos. Aos trabalhadores, pede-se que sejam ágeis, abertos a mudanças a curto prazo e a qualquer momento, assumam riscos e dependam cada vez menos de leis e procedimentos formais; para esse autor, a maioria das pessoas não sente à vontade com o modo indiferente e negligente

dessas transformações:

Como decidimos o que tem valor duradouro em nós numa sociedade impaciente, que se concentra no momento imediato? Como se podem buscar metas de longo prazo numa economia dedicada ao curto prazo? Como se podem manter lealdades e compromissos mútuos em instituições que vivem se desfazendo ou sendo continuamente reprojctadas? (SENNET, 2010, p. 11).

1.3.3 A situação e a proteção social do trabalho e dos trabalhadores no Brasil

Para Antunes (2008), as muitas transformações no mundo do trabalho, vivenciadas mais fortemente a partir dos anos 1990 e que atingiram centralmente os países capitalistas desenvolvidos, tiveram fortes repercussões nos países do Terceiro Mundo, especialmente nos intermediários, dotados de um parque industrial significativo, como é o caso do Brasil (ANTUNES, 2008).

Ao abordar a precarização estrutural do trabalho em escala global, esse autor refere que o quadro no Brasil é muito grave, colocando que durante a década de 1990, onde o país vivenciou a desertificação neoliberal, houve uma significativa reestruturação produtiva no universo industrial e de serviços, consequência da nova divisão internacional do trabalho que exigiu mutações tanto na organização da produção quanto em seus processos de reterritorialização e desterritorialização. A automação, a robótica e a microeletrônica, desenvolvidas dentro de um quadro recessivo intensificado, culminaram na desproletarização de grandes contingentes de operários, tendo as propostas de flexibilização, desregulamentação e privatização acelerada encontrado forte impulso no neoliberalismo da gestão federal do final da década de 1980 e início da de 1990 (ANTUNES, 2008).

A necessidade de elevação da produtividade dos capitais no Brasil deu-se através da reorganização da produção, da redução do número de trabalhadores, da intensificação da jornada de trabalho dos empregados, do surgimento dos Círculos de Controle de Qualidade (CCQ's) e dos sistemas de produção dentro da lógica do toyotismo. Esse processo ocorreu por meio da implantação dos princípios da acumulação flexível e do ideário japonês, das formas de subcontratação e de terceirização da força de trabalho, da transferência de plantas e unidades produtivas, em que empresas tradicionais passam a buscar, além de isenções fiscais, níveis mais baixos de remuneração da força de trabalho combinados com uma força de trabalho sobrando, sem experiência sindical e política e carente de qualquer trabalho (ANTUNES, 2008).

Constatou-se, dentro desse contexto, uma ampliação das modalidades mais desregulamentadas de trabalho, distantes e mesmo burladoras da legislação trabalhista, gerando uma massa de trabalhadores que passam da condição de assalariados com carteira a trabalhadores sem carteira assinada. A partir dos anos de 1990, aumentou significativamente no país o número de empresas de terceirização, locadoras de força de trabalho temporária, para dar conta da grande demanda do mercado empresarial por trabalhadores temporários, sem vínculo empregatício e sem registro formalizado (ANTUNES, 2008).

Se, no passado recente, só marginalmente nossa classe trabalhadora presenciava níveis de informalidade, desde a década de 1990 esses níveis se ampliaram muito, especialmente quando se concebe a informalidade em sentido amplo, isto é, desprovida de direitos e sem carteira de trabalho. Desemprego ampliado, precarização exacerbada, rebaixamento salarial acentuado, perda crescente de direitos, esse é o desenho mais frequente da nossa classe trabalhadora (ANTUNES, 2008, p. 106-107).

Ampliou-se, segundo Antunes (2008), o desenho heterogêneo e multifacetado caracterizador da classe trabalhadora brasileira que apresenta, além das clivagens entre os trabalhadores estáveis e precários, de gênero, dos cortes geracionais entre jovens e idosos, entre nacionais e imigrantes, brancos e negros, qualificados e desqualificados, empregados e desempregados, as estratificações e fragmentações acentuadas pelo processo crescente de internacionalização do capital.

Conforme Lopes (1999), o sistema de instituições políticas do Estado molda o universo dos eventos potencialmente realizáveis, cumprindo-se as suas determinações funcionais e assegurando a continuidade de sua existência e de seu poder. Para que um determinado tema social possa ter tratamento político, ou seja, possa existir enquanto evento realizável é preciso que esteja no raio de ação permitido pela estrutura de alguma instituição política; e a inexistência de condições objetivas que deem sentido real a um possível evento se constitui como um poderoso mecanismo de seleção. Os eventos estruturalmente possíveis que são efetivamente realizáveis são aqueles que possam ser percebidos e problematizados pelo senso comum (LOPES, 1999). Estaria a proteção social dos trabalhadores entre os eventos estruturalmente possíveis e efetivamente realizáveis hoje, no Brasil? Como esse tema tem sido colocado e/ou exigido pela nossa sociedade e tratado pelo Estado? Há possibilidades de avanço para além das políticas e iniciativas pontuais hoje existentes, que estão longe de responder às questões da complexa e heterogênea classe trabalhadora brasileira?

Comprendemos a previdência e a seguridade social como formas que vêm sendo

constituídas, ainda que de maneira insuficiente, para a garantia de uma proteção social generalizada e/ou mais especificamente direcionada aos trabalhadores. Ao tratarem da organização e da constituição do sistema de previdência social brasileiro, Oliveira e Teixeira (1989) apontam que na concepção de seguro social, o trabalhador deveria garantir, em boa parte por seus próprios meios, a continuidade do recebimento de rendimentos proporcionais ao seu salário, em casos de infortúnios que o afastassem do seu trabalho, estando, portanto, atrelado à questão salarial. Já na concepção de seguridade social, parte-se do pressuposto de um Estado que teria obrigações naturais e inalienáveis para com todos os cidadãos, garantindo a permanência de um mínimo de bem-estar à população. Contudo, as teses da seguridade social nunca foram verificadas, em sua forma pura, no Brasil. A concessão de benefícios e serviços nunca deixou de exigir a contribuição dos segurados e o valor dos benefícios pecuniários não deixou de ser proporcional às contribuições e estas, aos salários (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Para Antunes (2008), no processo de precarização estrutural do trabalho, os capitais globais exigem também o desmonte da legislação social protetora do trabalho, o que significa:

Aumentar ainda mais os mecanismos de extração do sobretrabalho, ampliar as formas de precarização e destruição dos direitos sociais arduamente conquistados pela classe trabalhadora, desde o início da Revolução Industrial, na Inglaterra, e especialmente pós-1930, quando se toma o exemplo brasileiro (ANTUNES, 2008, p. 109).

1.3.4 Apontamentos, questionamentos e proposições frente às transformações do trabalho e de suas condições

A questão operária constituiu, para Castel (2009), uma força de contestação que reuniu a organização estruturada em torno de uma condição comum, a posse de um projeto de futuro e de um modelo alternativo de sociedade, bem como o sentimento de ser indispensável para a máquina social. Aqueles a quem este autor chama de ‘supranumerários’, que não se encontram ligados aos circuitos de trocas produtivas e que são considerados socialmente inúteis, só podem, no entanto, alimentar a esperança de serem um pouco menos mal colocados na sociedade atual (CASTEL, 2009).

Conforme Sennett (2010), o ‘sentir-se necessário’ é condição fundamental para que os indivíduos se percebam dignos de confiança, o que tem sido um desafio no capitalismo moderno, onde, na reengenharia das instituições, as pessoas são tratadas como descartáveis.

De acordo com Castel (2009), não só a situação dos que não trabalham é inquietante,

como também a precariedade da situação daqueles que trabalham, sendo que grande parte da população encontra-se eternamente ameaçada de estar aquém do patamar que lhes permita uma autonomia mínima, com ocupações instáveis, sazonais, intermitentes, com os mais baixos salários e menor cobertura pelos direitos sociais, acampando nas fronteiras da sociedade salarial. Os principais problemas resultantes da degradação da condição salarial são o desemprego elevado, a precariedade, a ruptura das solidariedades de classe, a falência dos modos de transmissão familiar, escolar e cultural e a ausência de perspectivas de projeto para controlar o futuro (CASTEL, 2009).

Esse autor problematiza a existência de populações caracterizadas por uma incapacidade para acompanhar a dinâmica de uma sociedade salarial, seja por alguma desvantagem, seja por disporem de muito poucos recursos para se adaptarem ao ritmo das transformações.

Assim, as regulações que comandam a integração do trabalho em seus diferentes papéis tornaram-se mais flexíveis e a crise atual é a da integração através do trabalho, havendo profundas transformações das relações dos sujeitos sociais com o mesmo. A crise da condição de assalariado fragiliza as proteções sociais e pode levar, novamente, à insegurança social (CASTEL, 2009).

É necessário que se questione sobre aqueles que não trabalham, não por não serem capazes de, mas por não haver trabalho para eles – são indivíduos sem lugar, presos entre a obrigação de trabalhar e a impossibilidade de fazê-lo segundo as formas prescritas; coloca-se o imperativo categórico do trabalho, sem haver, para muitos, a possibilidade de acesso ao mesmo (CASTEL, 2009).

Segundo Antunes (2008), conforme dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), cerca de 1 bilhão de pessoas encontram-se desempregadas ou em condições precárias de trabalho, o que representa algo em torno de um terço da força humana mundial que trabalha. Também para esse autor:

O direito ao trabalho é uma reivindicação necessária não porque se preze e se cultue o trabalho assalariado, heterodeterminado, estranhado e fetichizado (...), mas porque estar fora do trabalho, no universo do capitalismo vigente, particularmente para a massa de trabalhadores e trabalhadoras (que totalizam mais que dois terços da humanidade) que vivem no chamado Terceiro Mundo, desprovidos completamente de instrumentos verdadeiros de seguridade social, significa uma desefetivação, desrealização e brutalização ainda maiores que as já vivenciadas pela classe-que-vive-do-trabalho (ANTUNES, 2008, p. 114).

Outras questões que nos são propostas por Castel (2009) a respeito do direito ao trabalho e da proteção social são: É concretamente realizável que cada um encontre, conserve ou reencontre um lugar no *continuum* das posições socialmente reconhecidas, na base de um trabalho efetivo, condições decentes de existência e direitos sociais? O que acontece se as medidas adotadas pelo Estado são insuficientes para assegurar o trabalho para todos? Estarão essas medidas à altura das rupturas que se aprofundaram? A proteção social deve ambicionar a libertação de todos os cidadãos da necessidade, ou deve ser preferencialmente vinculada ao trabalho? Pode o desemprego ser coberto a partir do trabalho? Quais são, concretamente, os recursos mobilizáveis para enfrentar essa nova conjuntura? (CASTEL, 2009).

Na tentativa de apontar alguns caminhos para se pensar sobre essas questões, Castel (2009) coloca que o Estado Social busca um compromisso entre os interesses do mercado e as reivindicações do trabalho, porém não se observa uma real transformação política das estruturas da sociedade, constatando-se também o caráter inacabado e frágil das conquistas sociais. Esse autor considera que a política do Estado Social deve mobilizar parte dos recursos de uma nação para assegurar sua coesão interna, garantir a proteção social generalizada, a manutenção dos grandes equilíbrios e a condução da economia (CASTEL, 2009).

Não obstante, de acordo com Sennett (2010), os dependentes do Estado são tratados com a desconfiança de serem parasitas sociais:

A destruição das redes assistenciais e dos direitos é por sua vez justificada como libertando a economia política para agir com mais flexibilidade, como se os parasitas puxassem para baixo os membros mais dinâmicos da sociedade. Veem-se também os parasitas sociais como profundamente alojados no corpo produtivo – ou pelo menos isso é o que passa o desprezo pelos trabalhadores aos quais se precisa dizer o que fazer, que não tomam iniciativa por conta própria. A ideologia do parasitismo social é um poderoso instrumento no local de trabalho; o trabalhador precisa mostrar que não está se aproveitando do trabalho dos outros (SENNETT, 2010, p. 167).

Segundo Castel (2009), o poder público é a única instância capaz de impor um mínimo de coesão à sociedade, sendo o Estado Social nossa herança e nosso horizonte – a forma assumida pelo compromisso entre a dinâmica econômica (lucro) e a preocupação da proteção (solidariedade). Esse autor assinala que o Estado Social, através do ideal social-democrata, realiza suas finalidades políticas por meio das reformas sociais, havendo, no entanto, somente traços dessa forma de Estado em diferentes constelações sociais, colocando-se, agora, a exigência da invenção de uma nova versão dessa montagem. Propõe, também, que esses desafios sejam respondidos por meio de missões interministeriais e da mobilização dos

diferentes atores envolvidos (CASTEL, 2009).

As formas de financiamento da proteção social devem ser fundadas numa divisão mais extensa e menos injusta, com uma solidariedade ampliada, não desproporcional sobre os assalariados e sobre as empresas. Castel (2009) entende não haver coesão social sem proteção social e pontua que, na sociedade salarial, o que se deveria buscar seria não o consenso, mas a regulação dos conflitos; não a igualdade de condições, mas a compatibilidade de suas diferenças; não a justiça social, mas o controle e a redução da arbitrariedade dos ricos e poderosos; não o governo de todos, mas a representação de todos os interesses e seu debate no cenário público.

Antunes (2008) faz a defesa de uma vida cheia de sentido em todas as esferas do ser social, dada a multilateralidade humana, e isso

Somente poderá efetivar-se através da demolição das barreiras existentes entre tempo de trabalho e tempo de não-trabalho, de modo que, a partir de uma atividade vital cheia de sentido, autodeterminada, para além da divisão hierárquica que subordina o trabalho ao capital hoje vigente e, portanto, sob bases inteiramente novas, possa se desenvolver uma nova sociabilidade. Uma sociabilidade tecida por indivíduos (homens e mulheres) sociais e livremente associados, em que ética, arte, filosofia, tempo verdadeiramente livre e ócio, em conformidade com as aspirações mais autênticas, suscitadas no interior da vida cotidiana, possibilitem as condições para a efetivação da identidade entre indivíduo e gênero humano, na multilateralidade de suas dimensões, em formas inteiramente novas de sociabilidade, em que liberdade e necessidade se realizem mutuamente. Se o trabalho se tornar dotado de sentido, será também (e decisivamente) através da arte, da poesia, da pintura, da literatura, da música, do tempo livre, do ócio, que o ser social poderá humanizar-se e emancipar-se em seu sentido mais profundo (ANTUNES, 2008, p. 113).

Esse mesmo autor traz importante questionamento: “Como é possível hoje articular valores inspirados num projeto que olha para uma sociedade para além do capital, mas que tem que dar respostas imediatas para a barbárie que assola o cotidiano do ser que vive do trabalho?” (ANTUNES, 2008, p. 172) e assinala aquilo que poderia ser um bom ponto de partida: o desenvolvimento de uma crítica contemporânea e profunda à (des)sociabilização da humanidade sob o capital.

II - REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

2.1 A constituição do Programa de Reabilitação Profissional no INSS

Segundo Soares (1991), o movimento previdenciário brasileiro estatal foi projeto da classe empresarial do país, para garantir condições mínimas de estabilidade aos seus trabalhadores e, segundo Braga (1980), para esvaziar o movimento operário, introduzindo a assistência médica e reduzindo os efeitos das precárias condições de trabalho e do salário real próximo ao nível da subsistência.

Conforme descrito no Capítulo anterior, em 1923, a Lei Elói Chaves criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), organizadas no âmbito de cada empresa, com recursos para a assistência, aposentadorias e pensões destinadas aos empregados e seus dependentes, provenientes dos trabalhadores e dos empregadores, cabendo ao Estado o papel de normatizador entre essas classes. A partir de 1930, com a regulamentação da legislação trabalhista, o Estado criou os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), com administração estatal e uma política contencionista, sustentados fundamentalmente pelas contribuições dos assalariados. De acordo com Fleury (1994), cada IAP possuía legislação, administração e sistema contributivo e de benefícios próprios, cuja liberalidade dependia do poder de barganha de cada categoria de trabalhadores.

Em 1943, a Portaria Nº 83 do, então, Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio determinou que os Institutos de Aposentadoria e Pensões organizassem serviços de reeducação e readaptação de segurados e aposentados por invalidez, o que ocorreu somente em alguns IAP de São Paulo e Minas Gerais, dadas as características contencionistas da previdência (SOARES, 1991).

O Decreto-Lei nº 7.036/1944, regulamentador da reforma da Lei dos Acidentes do Trabalho, faz referência, em seu artigo 90, à readaptação profissional destinada aos incapacitados para o trabalho, devendo restituir-lhe, no todo ou em parte, “a capacidade na primitiva profissão ou em outra compatível com as suas novas condições físicas”, prevendo-se, para isto, a “prática da fisioterapia, da cirurgia ortopédica e reparadora, mas ainda do ensino conveniente em escolas profissionais especiais” (BRASIL, 1944, s/p). Segundo Maeno e Vilela (2010), isso refletia a natureza das restrições físicas, fundamentalmente decorrentes de acidentes do trabalho, bem como a abordagem terapêutica vigente à época.

Após 1945, a redemocratização da previdência social e a divulgação pela Organização

Internacional do Trabalho (OIT) da seguridade social com uma concepção ampliada para além dos benefícios tradicionais, culminaram na criação da Lei 3.087/1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, que unificou o sistema previdenciário a todos os trabalhadores em regime de CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) no que diz respeito à legislação referente aos Institutos de Aposentadoria e Pensões. Dentre as novas atribuições incorporadas à LOPS, estava a assistência reeducativa e de readaptação profissional aos segurados que recebessem auxílio-doença, aposentados e pensionistas inválidos. Tal assistência se efetivou na Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e em outras entidades do gênero, subsidiadas com recursos da previdência social, o que reforçava seu caráter assistencialista (SOARES, 1991).

Segundo Maeno, Takahashi e Lima (2009), no Decreto-Lei nº 48.959/1960:

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” (MAENO, TAKAHASHI E LIMA, 2009, p. 54).

Esse Decreto, ao considerar a necessidade de integração das atividades componentes da reabilitação profissional, determinava que os setores de manutenção de benefício, de assistência médica e os Centros de Reabilitação Profissional deveriam trabalhar articuladamente (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009).

A unificação do sistema previdenciário foi efetivada pelo Decreto-Lei nº 72, em 1966, quando os IAP passaram a constituir o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (BRASIL, 1966).

Em 1963, os serviços de Reabilitação Profissional existentes nos IAPs foram centralizados na Superintendência dos Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social (SUSERPS) e a partir de então, a prestação dos serviços passou a ser centralizada por regiões e não mais por categorias profissionais, incluindo o treinamento profissional nas oficinas de reabilitação da previdência, em empresas ou entidades de ensino profissionalizante (SOARES, 1991).

Soares (1991) aponta que, ao final dos anos 1970, funcionavam, em grandes núcleos urbanos, Centros de Reabilitação Profissional (CRP) que tinham como prioridade atender aos

casos de acidentados do trabalho, antes da fase final de seu tratamento clínico. Lancman (2004) assinala que se tratava de centros interdisciplinares, voltados para a avaliação, a recuperação, a reabilitação – sobretudo a física – e a habilitação profissional, sendo essas ações restritas aos trabalhadores contribuintes com o sistema previdenciário. Segundo Maeno, Takahashi e Lima (2009), os Centros e os Núcleos de Reabilitação Profissional, unidades de maior e menor porte, respectivamente, dispunham de setores assistenciais terapêuticos, oficinas de ensino e treinamento profissionalizante, pesquisas de mercado, bem como recursos materiais e humanos. Conforme Struffaldi (2011), na década de 1980 existiam 19 Centros e 21 Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP) no Brasil, sendo, os núcleos, unidades instaladas em municípios e/ou bairros de grandes metrópoles onde havia uma demanda expressiva para a Reabilitação Profissional. O estado de São Paulo contava com 4 Centros em Bauru, Campinas, Santos e São Paulo e, inicialmente, 2 Núcleos, em Ribeirão Preto e São Bernardo do Campo, sendo constituído posteriormente um na Capital, na Vila Mariana (STRUFFALDI, 2011).

O Centro de Reabilitação Profissional de São Paulo foi o primeiro a ser montado, em 25 de setembro de 1960:

Tinha uma direção geral que era um médico ortopedista, uma chefia administrativa que era uma assistente social (...) e depois tínhamos os setores administrativos de compras e pagamentos (...), tinha o pessoal de administração de recepção e registro, de arquivo médico e estatística, tinha a cozinha e uns setores que eram diretamente ligados a nós. Todos eram funcionários, ninguém era terceirizado à época e nós tínhamos setor de órteses e próteses, mercado de trabalho, pesquisa e mercado de trabalho e os grupos de serviço social, psicologia, farmácia, enfermagem, e setor de fisioterapia, setor de terapia ocupacional e oficina de Reabilitação Profissional. A chefe da oficina era uma terapeuta ocupacional. Então nós tínhamos terapeuta ocupacional inserida na oficina de reabilitação, eram 2, 17 terapeutas ocupacionais no setor de terapia ocupacional, 45 fisioterapeutas na fisioterapia. No setor de órteses e próteses tínhamos um fisio, uma TO e um médico (STRUFFALDI, 2011, p. 1).

Segundo Struffaldi (2011), o Centro de Reabilitação Profissional de São Paulo contava com 354 funcionários divididos em 19 equipes, havendo um médico, um psicólogo e um assistente social em cada equipe e, no decorrer do tempo, passou a haver um terapeuta ocupacional e um fisioterapeuta para cada uma delas, depois para cada duas, sendo observada a redução gradativa desse número de profissionais, com as aposentadorias e a ausência de novas contratações específicas. Ao longo dos anos de 1980 e 1990, outros Centros de

Reabilitação foram montados no país e os funcionários oriundos de estados como Bahia, Ceará, Piauí e Maranhão voltaram à terra natal e levaram as vagas, outra das causas da diminuição do número de funcionários e também de possibilidades de contratação para a Reabilitação Profissional (STRUFFALDI, 2011).

Com relação ao funcionamento deste CRP:

Porque o histórico da Reabilitação Profissional no país é o seguinte: começaram com os grandes Centros de Reabilitação Profissional, onde tínhamos tudo. Em São Paulo funcionava das 8 às 21 horas, eram dois turnos de trabalho onde você fazia 8 horas (...). Tinha (...) geralmente de 100 a 150 segurados por equipe, onde existia uma coordenação técnica em cada uma dessas equipes. Você avaliava e tinha alguns procedimentos com protocolos de atendimento, para avaliação do segurado, traçando o programa que ele iria fazer a curto, médio e longo prazo e o prognóstico do atendimento. Nós tratávamos na Reabilitação Profissional, abordando mobilidade articular, força muscular, coordenação, treino de AVDs e AVPs, além da avaliação para volta ao trabalho que era o último que nós fazíamos, obviamente. Essa abordagem era a última e mais diretamente afeta à Oficina. Atendíamos apenas aos beneficiários em Programa de Reabilitação Profissional e encaminhados pelos 19 GMPs que eram os Grupamentos Médico Periciais. Nas Agências da Previdência Social que eram as APS do INPS, em cada uma delas tinha equipes de perícia médica previdenciária e equipes de perícia médica acidentária, com coordenadores em cada uma dessas áreas. Os médicos avaliavam e determinavam a necessidade de Reabilitação Profissional ou não, e em caso de positivo encaminhavam o segurado para o CRP (STRUFFALDI, 2011, p. 2).

O segurado tinha sua programação do dia todo ou meio período, a depender de suas necessidades e de seu programa de reabilitação, previamente elaborado pela equipe após suas avaliações iniciais na fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, grupo de órtese e prótese, serviço social. (...) O segurado tinha horário para as refeições, quando necessário tinha atendimento na enfermagem e farmácia, recebia remédio, curativos. O SPMT (Serviço de Pesquisa e Mercado de Trabalho) fazia o levantamento não só da empresa à qual o indivíduo estava vinculado, mas também do mercado de trabalho para abrir mercado para reinserção desses indivíduos (...). Nós tínhamos também a parte de oficina, onde existia serra circular, serra de fita – que é o trabalho em marcenaria, trabalho de vidraçaria, ‘n’ áreas de trabalho, grandes máquinas, máquinas profissionais, de oficinas, montadas em todo o subsolo do Centro de Reabilitação Profissional no Ipiranga e, posteriormente no “Maria Zélia” (STRUFFALDI, 2011, p. 4-5).

Com relação às mudanças nas demandas colocadas ao Programa de Reabilitação Profissional do Instituto, o que Struffaldi (2011) atribui às transformações do mercado de trabalho, essa mesma autora nos traz que hoje os segurados atendidos pelo Programa não são mais os ‘grandes amputados ou lesionados’, tendo sido verificado um aumento considerável

dos casos de LER/DORT.

Dentro dos antigos Centros de Reabilitação Profissional, havia também escolas de ensino básico, na época o ensino primário; no de São Paulo era disponibilizado o ensino de 1ª a 4ª séries durante os períodos da manhã, tarde e noite, além de cursos de datilografia (STRUFFALDI, 2011).

Lancman (2004) e Soares (1991) problematizam que o processo observado nesses centros de reabilitação não garantia a volta e/ou a manutenção dos trabalhadores em seu trabalho, sendo que na época de seu funcionamento, somente metade dos trabalhadores permaneciam no mercado formal de trabalho e a maior parte era absorvida pelo mercado informal, observando-se situações de subemprego e de desemprego. Para Lancman (2004), após ser desligado do Programa de Reabilitação Profissional, o segurado permanecia sem qualquer proteção legal e corria o risco de ser tratado de maneira desigual dentro da empresa, não havendo garantia de acompanhamento do segurado após o seu desligamento do Programa. Aponta, ainda, a não realização, pelo mesmo, de qualquer ação preventiva no sentido de evitar novos acidentes do trabalho. Segundo Soares (1991), esse campo estava sendo construído por um novo técnico, o orientador profissional, que acabou se extinguindo no mercado de trabalho e que não chegou a se caracterizar como categoria profissional nem possuiu um curso de formação. Com relação a isto, Struffaldi (2011) nos coloca que “todos de uma hora para outra viraram OP – orientador profissional – sendo que não existe essa categoria profissional dentro da própria instituição” (STRUFFALDI, 2011, p. 9-10).

Atualmente, o que se observa nesse sentido é que os trabalhadores cuja espécie de benefício de auxílio-doença é a acidentária possuem a garantia, pela legislação trabalhista, de um ano de estabilidade em seu emprego (BRASIL, 1991). Quanto ao acompanhamento dos reabilitados após seu desligamento do Programa de Reabilitação Profissional do INSS, o mesmo começou a ser realizado em 2009, a partir da Pesquisa da Fixação, no qual os segurados reabilitados são entrevistados por duas vezes ao longo de um ano, com o intuito de verificar como está sua inserção no mercado de trabalho. A questão da ausência de garantias permanece como um dos grandes desafios da reabilitação profissional, apontada por diversos estudiosos da área e discutida pelas terapeutas ocupacionais entrevistadas na presente pesquisa.

Já com relação aos orientadores profissionais, os técnicos do Programa que atuam na preparação dos segurados para o retorno ao mercado de trabalho permanecem sendo assim

denominados na prática cotidiana, sendo que, de acordo com o Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional de 2011, que rege internamente as ações do Programa, esses profissionais são designados como “responsáveis pela orientação profissional”, o que será mais bem descrito no item posterior do presente texto.

Em 1977, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que centralizava as atividades médico-assistenciais e as de reabilitação, que compreendiam o tratamento médico-cirúrgico, reabilitação física e reabilitação profissional. Isto se deu até junho de 1990, quando o Decreto 99.350 criou o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, mediante a fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS) com o INPS, com a atribuição de gerenciamento das contribuições sociais destinadas ao financiamento da previdência social, além de assegurar ao trabalhador o direito do recebimento dos benefícios por ele administrados, não mais prevendo a assistência à saúde até então realizada pelo INAMPS (SOARES, 1991).

A Lei Orgânica da Saúde de 1990, no que diz respeito à reabilitação direcionada à reinserção no trabalho, determinou que a reabilitação física passasse a ser de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), estando o INSS encarregado da reabilitação profissional e do pagamento dos benefícios durante o período de afastamento do trabalho (BRASIL, 1990).

Segundo Gollegã, Luzo e De Carlo (2001), a reabilitação física em terapia ocupacional desenvolve ações de reabilitação voltadas principalmente às disfunções motoras: exercícios, técnicas de manipulação corporal, compreendendo também o uso de equipamentos para mobilização, estabilização e adaptação, dentre outros, objetivando a autonomia dos indivíduos tanto em seu desempenho funcional quanto no ocupacional. Quanto à reabilitação física em geral, consideramos como aquela na qual se observa o desenvolvimento de intervenções destinadas, prioritariamente, à recuperação da capacidade física e funcional dos indivíduos, sob os mais variados enfoques e realizadas por diversos profissionais da área da saúde.

Compreendemos que a reabilitação profissional, por sua vez, destina-se ao processo de retorno ao trabalho de indivíduos que dele estão afastados, sendo um campo composto por variadas intervenções e por diversos atores, podendo ou não compreender ações de reabilitação física/funcional – junção anteriormente observada nos grandes Centros de Reabilitação Profissional do INSS e extinta após a Lei 8.080. O INSS é o órgão legalmente responsável, segundo a Lei 8.213/91, pela Reabilitação Profissional dos trabalhadores segurados. Além disso, verificam-se outros serviços, principalmente na área da saúde, que

denominam suas práticas como sendo de reabilitação profissional e desenvolvem ações diversificadas em direção à preparação dos indivíduos para a retomada de sua vida profissional.

Maeno, Takahashi e Lima (2009), ao se referirem à separação entre as atribuições da reabilitação profissional e aquelas da reabilitação física e psicossocial, apontam para a artificialidade dessa divisão entre áreas diretamente imbricadas. Para Lancman (2004), a separação entre recuperação física, reabilitação profissional e retorno ao trabalho não é possível, pois se trata de um processo contínuo e único.

Segundo Maeno e Vilela (2010):

A reabilitação profissional pressupõe tanto o esgotamento das possibilidades da intervenção terapêutica no âmbito do setor Saúde, específicas para cada caso, como também a devida cobertura previdenciária durante o período de incapacidade para a função habitual. Essa sincronia nos procedimentos depende de uma compreensão comum das áreas da Saúde e da Previdência Social sobre os conceitos de incapacidade e de reabilitação profissional (MAENO; VILELA, 2010, p. 94).

Nos anos de 1990, aprofundou-se o sucateamento da Reabilitação Profissional no Instituto, ocorrendo também um importante enxugamento do quadro de recursos humanos, tendo o Plano de Modernização da Reabilitação Profissional, através do Decreto 2.172/1997 determinado, dentre outras ações, o fim de qualquer atividade terapêutica das equipes e implantando-se um subprograma denominado Reabilita (BRASIL, 1997; MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009). Sobre esse sucateamento:

Na década de 90, 96, 97 (...) já começava a descentralização sem o nosso conhecimento (...); veio um que caiu de paraquedas e resolveu que tinha que ter uma descentralização, que não podia mais dar órtese e prótese, só que não entendíamos o porque e nem sabíamos, à época, o que estava acontecendo. (...) Era diariamente um que se aposentava, era um que se transferia e aí nós ficamos com equipes extremamente reduzidas, já não se fazia daquela maneira, deixou muito a desejar; a Oficina já não funcionava como deveria funcionar, os tratamentos já não eram feitos daquela maneira, já se tinha um outro foco que ao mesmo tempo não se conhecia muito bem. (...) a coisa degingolou, outros mais se aposentaram, então foi afunilando (...). Falta de ter um empreendimento da instituição na Reabilitação Profissional, que começou a ser achada por pessoas que não conhecem, porque demora, você... não é pastelaria que você coloca e sai o segurado (...); precisa de tempo para avaliar um segurado, que precisa de recursos, de meio ambiente no local de trabalho, de todos insumos para que o trabalho (...) da Reabilitação Profissional possa acontecer (...) Você veja: o último concurso para a Reabilitação Profissional específico foi em 1978, que eu prestei, (...) então não tinha nenhuma preocupação, como é que você vai repor? (...) São quase 20 anos sem concurso, as pessoas se aposentam (STRUFFALDI, 2011, p. 10-11).

Segundo Struffaldi (2011), o Centro de Reabilitação Profissional da cidade de São Paulo ‘fechou as portas’ em janeiro de 2002, contando com 35 profissionais de nível superior que seriam descentralizados para as diversas Gerências Executivas do Instituto, que tinham como uma de suas metas a implantação dos serviços de Reabilitação Profissional em cada uma delas.

De acordo com o Decreto 3.048/99, as pessoas com deficiência passarão por Programa de Reabilitação Profissional mediante a celebração de convênios de cooperação técnica-financeira firmados entre o INSS e as instituições e associações de assistência às pessoas com deficiência (BRASIL, 1999).

No artigo 203 da Constituição Federal, consta como um dos objetivos da assistência social a promoção da integração ao mercado de trabalho e a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária (BRASIL, 1988).

O artigo 89 da Lei 8.213 coloca que a habilitação e a reabilitação profissional deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho e às pessoas com deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vivem. Compreendem ainda o fornecimento de aparelho de prótese, órtese e instrumentos de auxílio para a locomoção quando a perda ou redução da capacidade funcional puder ser atenuada por seu uso e dos equipamentos necessários à habilitação e reabilitação social e profissional, bem como a reparação ou substituição dos aparelhos mencionados. Importante ressaltar que o artigo 93 dessa mesma Lei prevê que as empresas com cem ou mais empregados estão obrigadas a preencher de 2% a 5% dos seus cargos com funcionários reabilitados ou pessoas com deficiência habilitadas (BRASIL, 1991).

Sobre a participação dos segurados no Programa de Reabilitação Profissional do INSS, a Lei 8.213 determina, em seu artigo 90, que a reabilitação profissional é devida aos segurados, inclusive aposentados e, na medida das possibilidades do órgão da Previdência Social, aos seus dependentes (BRASIL, 1991). Com relação à obrigatoriedade da participação no Programa, o artigo 77 do Decreto 3.048/99 determina que o segurado em gozo de auxílio-doença está obrigado, independentemente da sua idade e sob pena de suspensão de seu 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).

De acordo com essa lei, concluído o processo de habilitação ou reabilitação social e profissional, a previdência social emitirá certificado individual, indicando as atividades que poderão ser exercidas pelo beneficiário, nada impedindo que este exerça outra atividade para a qual se capacitar (BRASIL, 1991).

O Decreto 3.048/99, que regulamenta a previdência social brasileira, define como as principais atribuições da Reabilitação Profissional (BRASIL, 1999):

- A avaliação do potencial laborativo, com vistas à definição da real capacidade de retorno ao trabalho dos segurados, que consiste na análise global dos seguintes aspectos: perdas funcionais; funções que se mantiveram conservadas; contraindicações; potencialidades de prognósticos para retorno ao trabalho; habilidades e aptidões; potencial para aprendizagem; experiências profissionais e situação empregatícia; nível de escolaridade; faixa etária e mercado de trabalho;
- A orientação e acompanhamento da programação profissional que consiste na condução do reabilitando à escolha consciente de uma nova função/atividade a ser exercida no mercado de trabalho. Deve considerar os seguintes elementos básicos: conhecimento de seu potencial laborativo; os requisitos necessários ao exercício das profissões e as oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho. O planejamento e a preparação profissional devem ser realizados mediante a utilização de recursos disponíveis na comunidade, tais como cursos e treinamentos;
- A articulação com a comunidade para parcerias, convênios e outros com vistas ao reingresso do segurado no mercado de trabalho, o levantamento de tendências e oportunidades oferecidas, preferencialmente, na localidade de domicílio do reabilitando, todavia, não caracterizando obrigatoriedade por parte do INSS a sua efetiva inserção, conforme parágrafo 1º do artigo 140, Decreto 3.048/99;
- O acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho que consiste no conjunto de ações para constatar a adaptação do reabilitado ao trabalho, a efetividade do processo reabilitatório e para fornecer dados que realimentem o sistema gerencial visando à melhoria do serviço.

O referido Decreto determina ainda, em seu artigo 137, que a execução das funções acima elencadas deve ser realizada, preferencialmente, por equipe multiprofissional

especializada em medicina, serviço social, psicologia, sociologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras afins ao processo (BRASIL, 1999).

Atualmente, o INSS é dividido nacionalmente em 101 Gerências Executivas, contando cada uma com uma Equipe de Reabilitação Profissional responsável pelo atendimento das agências dos municípios pertencentes à sua região. Em 2008, foram contratadas pelo Instituto, através de concurso público, 101 terapeutas ocupacionais direcionadas a cada uma das Gerências. Já em abril de 2010, foram realizadas outras 82 contratações, como parte de um recente projeto de Revitalização da Reabilitação Profissional (BREGALDA; LOPES, 2011).

A “Carta de São Paulo”, documento elaborado em 2003 conjuntamente pelas equipes de Reabilitação Profissional do INSS em âmbito nacional, entidades e organizações não governamentais, serviu como um diagnóstico da situação da Reabilitação Profissional no INSS, sendo utilizada como um dos principais instrumentos para a construção do Projeto de Revitalização da Reabilitação Profissional, proposto pelo Ministério da Previdência Social, em 2008. O projeto tem como característica a retomada do processo de Reabilitação Profissional num contexto macro, de política de saúde do trabalhador, aliado aos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Educação. Propõe o retorno de algumas ações como a recomposição e a capacitação de equipes multidisciplinares, sendo a admissão de 101 novos servidores, Analistas do Seguro Social com Formação em Terapia Ocupacional, o início do processo da recomposição dessas equipes, que, naquele momento, apresentavam um enorme déficit de servidores para a prestação do serviço (CANNALONGA, s/d).

No final da década de 1970 e início da de 1980, foram contratadas nacionalmente pelo Instituto cerca de 80 profissionais para o cargo intitulado como de Terapeuta Ocupacional, sendo 20 delas destinadas ao estado de São Paulo. Sobre a atuação da terapia ocupacional no antigo Centro de Reabilitação Profissional de São Paulo:

Fazíamos um trabalho excelente, os nossos segurados eram grandes lesionados, amputações sempre, problemas de coluna, lesões de plexo, então você tinha efetivamente pessoas que precisavam de tratamento e nós fazíamos o tratamento; o indivíduo tinha toda aquela evolução, nós não tínhamos problema de tempo, de ficar com o segurado no Programa. Tínhamos auxiliares nos setores administrativos (...) que pegavam e levavam os prontuários para o arquivo, (...) faziam entrada e saída dos segurados, davam os vales para lanche e preparavam os nossos ambientes para a terapia ocupacional, então para as atividades: “Eu vou receber segurado que será atendido com atividades com fios, atividades com papel, dentre outras”, eles preparavam as mesas e nós atendíamos os segurados. Nós tínhamos uma sala de avaliação onde você avaliava e reavaliava os segurados, era avaliação inicial onde você determinava a programação, depois nós tínhamos

reavaliações mensais e a reavaliação final para alta do segurado; o segurado recebia alta da terapia ocupacional. Fazíamos treinos de próteses, confecção de órtese, o treino ao uso de órtese e o treino ao uso de prótese (STRUFFALDI, 2011, p. 3).

Segundo Struffaldi (2011), na década de 1980, o trabalho da terapia ocupacional no CRP de São Paulo era direcionado principalmente à reabilitação física/funcional dos segurados, que ao terem ‘alta’ do setor de terapia ocupacional eram encaminhados para as Oficinas de Reabilitação Profissional para profissionalização – que contavam com os chamados professores de ofícios e nas quais também se observava a presença de terapeutas ocupacionais – ou para a reinserção no mercado de trabalho a partir do contato com as empresas de vínculo dos segurados e/ou da realização de cursos de qualificação profissional, trabalho realizado pelos assistentes sociais e que se aproxima da configuração atual do Programa de Reabilitação Profissional do Instituto.

A equipe dava o indivíduo pronto para o trabalho e a assistente social pegava aquela função, levava para a equipe, a equipe discutia e de acordo com todo o desenvolvimento em todas as áreas, inclusive do próprio serviço social, que era parte integrante da equipe, inclusive formava com o médico a denominada equipe básica, dizíamos o que podia fazer e como podia fazer (STRUFFALDI, 2011, p. 6).

A análise do posto de trabalho, que será abordada com maior detalhamento no Capítulo III da presente pesquisa, constituiu-se como ação fundamental para o reconhecimento da importância da terapia ocupacional no Programa de Reabilitação Profissional, sendo um dos componentes principais para se justificar a contratação das 183 novas terapeutas ocupacionais nos anos de 2008 e 2010.

Em 1995 (...), montei um grupo dentro da reabilitação para fazer análise de posto de trabalho, porque se tornara difícil para as assistentes sociais e sociólogas definir volta ao trabalho dos segurados sem o suporte de uma equipe multidisciplinar (STRUFFALDI, 2011, p. 9).

Então nós tínhamos vários segmentos da sociedade onde começamos a puxar para dentro do CRP para fazer as análises de postos, para ver como que poderíamos fazer, e quem ia eram as terapeutas ocupacionais (STRUFFALDI, 2011, p. 10).

A terapeuta ocupacional Maria Cristina Blanco Struffaldi, que teve atuação fundamental na luta pelo reconhecimento da Reabilitação Profissional e da terapia ocupacional no INSS e pela inserção de novas terapeutas ocupacionais no Instituto, nos anos

de 2008 e 2010, justificou a necessidade da contratação dessas profissionais a partir da defesa da especificidade e da competência técnica da terapia ocupacional no que concerne à análise de posto de trabalho, atividade fundamental realizada pelo Programa de Reabilitação Profissional:

Nessas idas para Brasília, com o grupo que se reunia periodicamente, eu falava muito sobre análise de posto de trabalho (...): a empresa, a lei, o chão de fábrica, o trabalhador, a família, a sociedade, a terapia ocupacional, e sempre a terapia ocupacional, se não tivesse terapia ocupacional não iria adiantar. Surgiria um concurso, “Quando?” (...) e eu fazendo, escrevendo, e sempre lá nas oportunidades com presidente, com ministro (...): “*enquanto não tiver terapeuta ocupacional não vai adiantar, porque é a profissão que tem por formação básica a análise de posto de trabalho, a análise da atividade, dividido em fases para saber quem pode fazer o que, onde*”. (...) Em um dado momento, em uma oportunidade, acho que eu perturbei tanto, tanto, tanto que a terapia ocupacional surgiu para concurso público na área da RP, que foi o concurso de vocês... não houve concurso com formação em nenhuma outra área das existentes nos ex CRP (STRUFFALDI, 2011, grifo da entrevistada).

2.2 Descrição das atividades do Programa de Reabilitação Profissional do INSS

A perícia médica do INSS, como um todo, ao avaliar que um segurado possui potencial para o retorno ao trabalho, porém em função diversa da habitual ou na mesma função com restrições, pode realizar o encaminhamento para o Programa de Reabilitação Profissional do Instituto, observando-se também outros critérios, como a estabilização do quadro clínico dos segurados. Segundo Maeno, Takahashi e Lima (2009, p. 54), “a reabilitação profissional atua nos casos em que a incapacidade e a consequente restrição laboral seja avaliada como estabilizada e de longa duração”.

Para Maeno, Takahashi e Lima (2009), a Perícia Médica e a Reabilitação Profissional, ambas subordinadas à Seção de Saúde do Trabalhador no INSS, não atuam de forma integrada e, sem a devida integração entre elas e os demais setores governamentais, o processo de Reabilitação Profissional se reduz ao encaminhamento burocrático dos segurados para suas empresas de vínculo.

Maeno e Vilela (2010) colocam como premente a definição de critérios de avaliação da incapacidade e da funcionalidade que possam ser adotados tanto pelo setor da saúde quanto pela previdência social, facilitando a avaliação, a comunicação e o trabalho articulado na busca da reinserção social e profissional dos indivíduos em questão, sugerindo como base

desses critérios a Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF). Essa classificação já é utilizada pelos peritos médicos e pelas assistentes sociais do INSS, para fins de avaliação e concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), direcionado a pessoas idosas (acima de 65 anos) e a pessoas com deficiência que possuam renda familiar per capita mensal inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

Definida a indicação para o Programa, acontece o primeiro atendimento do segurado, que consiste em uma entrevista inicial realizada por um dos “responsáveis pela orientação profissional” e na realização da primeira perícia no setor, nas quais se avalia o seu potencial laborativo e se decide sobre a sua elegibilidade para a Reabilitação Profissional. No Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional (BRASIL, 2011), consta que a função de responsável pela orientação profissional deve ser exercida somente por servidores com curso superior, sendo mencionadas as profissões de assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, sociólogo, técnico em assuntos educacionais e de outras áreas afins (BREGALDA; LOPES, 2011).

A avaliação inicial de elegibilidade consiste no preenchimento conjunto do Formulário de Avaliação do Potencial Laborativo (FAPL), composto por: diagnóstico; descrição das alterações anátomo-funcionais; descrição das limitações laborativas/restrição ao desempenho da função exercida; potencial laborativo e solicitação de procedimentos (avaliação fisioterápica, avaliação psicológica, protetização, exame especializado, descrição da função e análise do posto de trabalho), sob responsabilidade do médico perito, igualmente responsável pela avaliação do processo de protetização, se necessário (BREGALDA; LOPES, 2011).

Esse formulário possui também uma parte a ser preenchida pelo responsável pela orientação profissional, constituída pelos dados cadastrais e complementares; identificação da empresa de vínculo; descrição da atividade exercida; histórico do afastamento; experiência profissional anterior; histórico profissional (cursos/treinamentos, além de dados referentes à escolaridade, condição socioeconômica, composição familiar e prognóstico de retorno ao trabalho). A avaliação conta ainda com a elaboração da análise conjunta (feita pelo médico perito e pelo orientador profissional) e do laudo conclusivo, em que se define a elegibilidade para o Programa de Reabilitação Profissional (BREGALDA; LOPES, 2011).

Quando o segurado é considerado elegível, iniciam-se os contatos com a empresa de vínculo para o seu retorno e o trabalho de preparação para o desenvolvimento profissional em função diversa da habitual ou na mesma função com restrições, o que passa, em muitos casos,

pela necessidade de elevação da escolaridade e pela realização de cursos profissionalizantes e/ou de qualificação e aperfeiçoamento profissional (BREGALDA; LOPES, 2011).

Observando-se a existência de vínculo empregatício, prioriza-se a reinserção do segurado em sua empresa. Segundo a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) de 2010, os empregos formais, tanto celetistas quanto estatutários, são considerados de maior qualidade, pois esses trabalhadores usufruem de maior amparo legal (BRASIL, 2010).

Nesses casos, solicita-se formalmente à empresa a readaptação profissional numa função compatível com as restrições apresentadas pelo indivíduo. No momento da indicação de uma nova função pela empresa de vínculo e após avaliação de sua compatibilidade pela equipe do Programa, o segurado é convocado a manifestar sua opinião e posição sobre ela. Podem, então, ocorrer desde a sua concordância imediata até situações de dúvidas e inseguranças que se buscam resolver por meio de atendimentos aos indivíduos, onde se abordam as questões pertinentes ao complexo processo de retorno ao trabalho, e também através de contatos com a empresa, passando por visitas a ela para conhecer o posto de trabalho indicado e outros postos existentes, podendo sanar dúvidas da equipe e do segurado quanto à compatibilidade da função e levantar questões de outras ordens, como, por exemplo, o relacionamento com os colegas de trabalho, a serem consideradas para que possa ocorrer a reinserção no trabalho. É fundamental que se leve em conta que esse processo está atravessado pelo recebimento do benefício, fonte de renda do indivíduo e, muitas vezes, única fonte de sustento próprio e familiar (BREGALDA; LOPES, 2011).

Após as referidas intervenções, verificando-se a compatibilidade da atividade, o segurado realiza um treinamento na função indicada pela empresa, geralmente com duração de 30 dias, podendo ser prorrogado caso necessário. Na Gerência de Jundiaí, por exemplo, o acompanhamento dos treinamentos nas empresas e da realização de cursos é de responsabilidade das terapeutas ocupacionais, ocorrendo numa periodicidade semanal ou quinzenal, conforme as necessidades que se configurem. Pode ocorrer uma visita à empresa com a finalidade de se verificar as reais condições do treinamento e/ou se o mesmo deve ser interrompido a fim de que se construam outras estratégias para a reinserção do segurado no mercado de trabalho, objetivo central da Reabilitação Profissional (BREGALDA; LOPES, 2011).

Durante essa etapa, diversas são as intercorrências e as ações desenvolvidas pela equipe para auxiliar o segurado a lidar com o retorno ao trabalho e com as questões suscitadas

nesse processo de reinserção. Ocorrem desde situações em que os segurados manifestam o receio de não conseguirem desempenhar as atividades propostas, de sofrerem uma piora em seu estado geral de saúde, de não serem bem recebidos pelos colegas de trabalho, passando por dificuldades de adaptação à nova rotina de trabalho pelos mais variados motivos, até o descumprimento por parte da empresa com relação às atividades que haviam sido combinadas, não se observando as condições para sua realização pelos segurados. A equipe, à medida que tais situações vão se apresentando, busca construir estratégias conjuntamente com os segurados e/ou com a empresa, que vão desde o auxílio para o enfrentamento do medo e de situações adversas, até a construção de outros caminhos que não o retorno à empresa de vínculo, quando este se verifica inviável. Nos casos em que se transcorre o treinamento, ao término do mesmo a empresa envia à equipe do Programa de Reabilitação Profissional os relatórios de avaliação e de frequência, nos quais são verificados aspectos sobre o trabalho desenvolvido pelo segurado, desde questões como destreza manual, rapidez, iniciativa, independência e produtividade até relacionamento com o avaliador, concluindo-se pela sua aptidão ou inaptidão à função (BREGALDA; LOPES, 2011).

Caso a empresa o considere apto, agenda-se um novo atendimento, no qual o segurado exprime suas opiniões e percepções acerca do processo e, havendo concordância dele e da equipe do Programa com a avaliação feita por sua empresa de vínculo, emite-se o ‘Certificado de Reabilitação Profissional’, atestando a função para a qual foi reabilitado. Posteriormente, o segurado é desligado do Programa, com a cessação concomitante de seu benefício de auxílio-doença e retorno à empresa de vínculo (BREGALDA; LOPES, 2011).

Conforme assinalado por Simonelli et al. (2010), a compatibilidade da função para a qual os segurados são reabilitados não é questionada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, o que confere ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS uma grande responsabilidade na emissão dos certificados.

Caso seja considerado inapto, primeiramente busca-se a apreensão do ocorrido e, se avaliado que realmente não foram oferecidas as condições favoráveis à reabilitação do segurado, trabalha-se para a construção de estratégias que possibilitem seu retorno à empresa em outra função, desde que exista disponibilidade de ambas as partes – indivíduo e empresa. Não havendo possibilidade, em geral se opta pela realização de atividades de qualificação profissional em área de interesse do segurado, não necessariamente relacionada ao cargo exercido ou ao ramo de atuação da empresa, e na qual existam condições de geração de renda

e possibilidade de se angariar recursos para o próprio sustento (BREGALDA; LOPES, 2011).

Muitas são as razões para a não concretização da reinserção profissional na empresa de vínculo, tais como a inexistência de legislação que determine a obrigatoriedade de sua efetivação por parte dela, a ausência de funções compatíveis e/ou de vagas disponíveis, a indisponibilidade da empresa em reinserir seu funcionário com capacidade laborativa reduzida, a inexistência de um programa empresarial para receber os funcionários que retornam de um processo de afastamento do trabalho, além do descaso e/ou do despreparo de grande parte das empresas para lidar com essas questões (BREGALDA; LOPES, 2011).

Maeno, Takahashi e Lima (2009) assim se pronunciam sobre a reinserção dos indivíduos em suas empresas de vínculo através do Programa de Reabilitação Profissional do Instituto:

Essa prática, comum em todo o país, leva à existência de cidadãos de segunda classe dentro das empresas, constituída por adoecidos e “reabilitados”, que em um contexto de exigência de metas e produtividade, não considera as diferenças entre as pessoas, igualando-as no tocante às demandas de desempenho, o que abre possibilidades para o desenrolar de situações de humilhações e assédio moral (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009, p. 56).

Também nas ocasiões em que o segurado não possui vínculo empregatício, parte-se para a construção de estratégias que visam ao seu retorno ao mundo do trabalho, passando pela definição de interesses a partir dos quais serão realizadas ações que levem ao desenvolvimento do segurado em outra área de atuação profissional. A construção dessas estratégias tem se limitado, basicamente, ao encaminhamento, orientação e acompanhamento escolar dos segurados, considerando-se que na maior parte das situações a elevação de escolaridade é exigida pelo mercado de trabalho, e ao encaminhamento e acompanhamento para/de cursos de qualificação e aperfeiçoamento profissional em variadas áreas de interesse (BREGALDA; LOPES, 2011).

O Programa não prevê a efetiva inserção no mercado formal de trabalho ou o acompanhamento do desenvolvimento do trabalho autônomo do segurado na área de atuação para a qual se qualificou. Realiza-se a Pesquisa da Fixação para acompanhamento de sua inserção no mercado após o desligamento do Programa, que se dá pela solicitação de dois retornos do segurado ao setor de Reabilitação Profissional ao longo de um ano após seu desligamento, e deve fornecer subsídios para a avaliação do Programa (BREGALDA; LOPES, 2011).

O artigo 140 do Decreto 3.048/99 coloca não ser obrigação da Previdência Social a manutenção do segurado no mesmo emprego ou sua colocação em outro para o qual tenha sido reabilitado, cessando o processo de reabilitação profissional com a emissão do certificado acima referido (BRASIL, 1999). Ou seja, nos casos de retorno à empresa após um treinamento de reabilitação profissional concluído com êxito, não há garantia legal da permanência do segurado em sua empresa de vínculo (salvo nos casos de acidente do trabalho onde há uma estabilidade de um ano, o que não se relaciona ao fato de ser ou não reabilitado), e nos casos em que não é possível o retorno à empresa como reabilitado ou não há vínculo empregatício, garante-se a capacitação do segurado em sua área de interesse, sem garantia de sua reinserção no mercado de trabalho. Maeno e Vilela (2010) consideram o processo de reabilitação profissional parcial e incompleto, não se constituindo na reinserção efetiva dos segurados ao trabalho.

De acordo com alguns dados sobre a Perícia Médica e a Reabilitação Profissional no INSS, tem-se que no Brasil, no mês de julho de 2011, 68,82% das perícias realizadas foram favoráveis, ou seja, decidiram pela concessão dos benefícios previdenciários pleiteados pelos segurados, sendo considerados os de auxílio-doença – previdenciário e acidentário –, aposentadoria por invalidez e auxílio-acidente. Com relação ao auxílio-doença, 86,07% dos benefícios concedidos nesse mesmo mês são da espécie previdenciária, e 13,93%, da acidentária. Das perícias com resultado favorável, houve sugestão de limite indefinido (aposentadoria por invalidez) em 2,3%; de revisão de 2 anos em 0,85%; e de reabilitação profissional em 0,96%, o que corresponde 3.453 pessoas (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2011).

Conforme o Boletim Estatístico de Reabilitação Profissional (BERP) de agosto de 2011, a média do Índice de Segurados Reabilitados (ISR), de março a julho de 2011, foi de 60,57% na Superintendência I, correspondente ao estado de São Paulo, e de 58,74% no Brasil, considerando-se o número de segurados reabilitados dentre os que foram encaminhados pela perícia médica e avaliados como elegíveis pela equipe do Programa de Reabilitação Profissional. Em julho de 2011, foram encaminhados 3.631 segurados ao Programa no país, tendo 689 sido avaliados como inelegíveis ao mesmo; 239 considerados como casos para retorno imediato ao trabalho, situação em que ocorre a cessação do benefício de auxílio-doença; e 2.114 tidos como elegíveis, sendo que destes, 1.215 foram reabilitados. No estado de São Paulo, o total de encaminhamentos no referido mês foi de 905, sendo 167 inelegíveis,

45 casos de retorno imediato ao trabalho e 510 elegíveis, com o total de 330 reabilitados (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2011).

2.3 Considerações gerais sobre a Reabilitação Profissional

Bernardo (2006), ao tratar das questões referentes aos segurados incapacitados para sua atividade de trabalho habitual e que passam pela Reabilitação Profissional do INSS, pontua que a passagem pelo Programa e a ciência do desligamento após o cumprimento do mesmo constituem, para os segurados, um período de indefinição em relação às condições futuras de sobrevivência e de retorno ao trabalho. A autora coloca algumas das consequências do afastamento do trabalho, sentidas pelos trabalhadores, como a perda na conformação de sua identidade social e a expectativa negativa de reabsorção no mercado de trabalho. Destaca, ainda, as dificuldades vivenciadas pelo trabalhador em seu percurso do reconhecimento da doença ao encaminhamento para a Reabilitação Profissional, como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, principalmente nos casos de necessidade de procedimentos de maior complexidade, a significativa mudança na rotina trazida pelo afastamento do trabalho e a desconfiança de médicos-peritos com relação à veracidade de suas doenças e queixas (BERNARDO, 2006).

Segundo Maeno e Vilela (2010),

A construção de uma política pública de reabilitação profissional exige: a inserção da saúde do trabalhador nas políticas de desenvolvimento econômico; a desconstrução da cultura e da máquina previdenciária voltada prioritariamente para os custos; a real articulação da Saúde e da Previdência Social em projetos nacionais e locais; a inclusão do caráter distributivo nos planos de modernização; o monitoramento da trajetória dos trabalhadores; e a transparência institucional (MAENO; VILELA, 2010, p. 87)

Para esses mesmos autores, a reabilitação profissional é parte do processo de intervenção que incide sobre o indivíduo, articuladamente com a intervenção sobre o processo terapêutico e sobre as condições nocivas de trabalho, que geraram o agravo e/ou acolherão novamente o trabalhador (MAENO; VILELA, 2010).

Considera-se o processo de recuperação do trabalhador e do retorno ao trabalho como contínuo e único: "cuidar do retorno do afastado ao trabalho, conhecer o início do processo de adoecimento e intervir nesse processo para prevenir novos acometimentos" (LANCMAN; GHIRARDI, 2004, p. 12).

Conforme Lancman e Jardim (2004), o ideal do retorno ao trabalho, historicamente

considerado como o final de um processo de reabilitação bem-sucedido, tende a se realizar cada vez menos, sendo o crescente processo de exclusão de trabalhadores um desafio a ser enfrentado no campo da saúde do trabalhador.

Creemos que um ‘processo de reabilitação bem-sucedido’ seja aquele que culmina em uma reinserção do trabalhador em atividades profissionais cujo desempenho cotidiano lhe seja, de alguma maneira, satisfatório, e lhe permita, além da garantia de sua subsistência, sentir-se socialmente útil e capaz; em que o trabalhador reúna condições para a permanência do exercício dessas atividades no mercado de trabalho, e, além disso, esteja amparado por um sistema de proteção social nos casos de uma nova redução de sua capacidade de trabalho. Consideramos que essas condições passam pelas relações que os indivíduos estabelecem não só com/no trabalho, mas nas diversas esferas de participação social e, ainda, por seu contexto de vida e pelo mercado de trabalho, com suas possibilidades e limites, o que pode ser ilustrado com os relatos de duas das entrevistadas participantes da pesquisa:

A pessoa realmente preparada, capacitada, não está só relacionado à questão das habilidades que a pessoa tem que ter para voltar ao trabalho, das habilidades técnicas, de profissionalização para exercer uma função, mas de como essa pessoa vive esse outro momento, essas outras relações de trabalho (E10, p. 33 e 34).

Uma pessoa capacitada para o mercado de trabalho (...) depende do mercado de trabalho também, que mercado é esse de trabalho? (...) Depende se ela mora perto de uma região que tem trabalho, se ela mora em um lugar de periferia em que em qualquer lugar que ela for trabalhar ela demora 2 horas. Estar capacitado é ter (...) os recursos que sejam necessários para desempenhar algum tipo de trabalho (...), se fazer acreditar, acreditar no potencial que ele tem, valorizar toda a trajetória profissional (E35, p. 38 e 39).

Segundo Maeno e Vilela (2010), a superação dos impasses da reabilitação profissional passa necessariamente pela compreensão do mundo do trabalho contemporâneo e pelas práticas de prevenção de agravos em todos os níveis de intervenção.

De acordo com Lancman e Ghirardi (2004):

A reintegração dos trabalhadores com restrição laboral passa, ainda, por relações diversas, como a questão da desvalorização ou supervalorização da capacidade individual dos trabalhadores nos novos postos de trabalho, por uma necessária mudança de identidade e pelas relações com os demais trabalhadores, que deverão assumir tarefas que os restritos não podem realizar, apenas para citar alguns aspectos. Levar em conta todos estes aspectos é fundamental para que o trabalhador, uma vez retornando ao trabalho não seja demitido, discriminado como *restrito* ou *encostado* e para que o retorno ao trabalho não se transforme numa forma de exclusão tardia do acidentado (LANCMAN; GHIRARDI, 2004, p 12).

Maeno e Vilela (2010) colocam que se o entendimento e a integração entre as três áreas afins - trabalho, saúde e previdência – são de difícil consolidação, a desejada ação intersetorial mais ampla, envolvendo setores como a economia, as políticas industriais, o meio ambiente e a educação, permanece muito distante da realidade.

É importante ter-se em conta que o retorno ao trabalho não pressupõe o controle total da dor, e sim o alcance de um estado em que se conquista certa estabilidade no quadro clínico, com diminuição da intensidade e da frequência das crises algícas. É preciso um espaço real para a manutenção de tratamento, seja físico ou psicológico, que exija saídas durante a jornada de trabalho. Para que isso seja possível, é fundamental que haja uma relação de confiança entre o reabilitando, a equipe de reabilitação profissional e a empresa, além de uma relação trabalhista que inclua a estabilidade por tempo prolongado (MAENO; VILELA, 2010, p. 95)

Para Maeno e Vilela (2010, p. 93), “a saúde do trabalhador, incluindo a reabilitação profissional, ainda é um direito constitucional a ser conquistado na prática”.

2.4 Terapia ocupacional e reabilitação profissional

2.4.1 Considerações acerca da terapia ocupacional

Apresentam-se, aqui, pressupostos tomados como referências para se discutir a terapia ocupacional, a atividade humana e os papéis que o terapeuta ocupacional é chamado a exercer, técnica e politicamente.

Segundo Quarentei (1994), houve uma ampliação conceitual de “atividade” enquanto instrumento de trabalho da terapia ocupacional, da questão da atividade terapêutica para a diversidade das ações humanas. Essa mesma autora (1999) pontua que a terapia ocupacional já criou uma diversidade de concepções sobre a potência da atividade humana, algumas reducionistas e outras tomadas na sua complexidade - política, cultural, social, antropológica, econômica, vital -, isto é, não abstraídas do vivo, da vida. Em consonância, Galheigo (2003) refere ser necessário desconstruir os mitos que cercam a questão do uso das atividades em terapia ocupacional, no sentido de que não será a atribuição de propriedades terapêuticas às atividades ou a centralização do processo terapêutico na relação terapeuta-paciente-atividade que levará a ações transformadoras, não se podendo desconsiderar as condições concretas da vida das pessoas, fora do âmbito de sua ação profissional.

A terapia ocupacional vem gradativamente conduzindo a questão-enunciado da atividade como potência construtora-transformadora do sujeito e da vida, possuindo a

capacidade de criação de estratégias para abordar as diferentes problemáticas da existência humana, considerando que a vida constitui-se num *continuum* de atividades (QUARENTEI, 2001).

A atividade humana não é tida aqui como apenas a realização de tarefas, produção de produtos ou aquisições, mas como acontecimentos de vida, sempre plenos de sentidos e ligados às necessidades – ou seja, ao que é necessário para a continuidade, seja com relação à sobrevivência, à sociedade ou à cultura, bem como à potência de criação e de inovação de estratégias presente no vivo (QUARENTEI, 2001). Para Barros, Lopes e Galheigo (2007), as atividades não possuem significados fixos, contendo significados múltiplos que se sobrepõem e que são expressões de identidades, além de participarem de processos de formação de identidades – atividades que são, além de um processo relacional, um processo político. Barros, Ghirardi e Lopes (2002) as compreendem como estando no interior de processos reais de vida, devendo ser pensadas singularmente para cada pessoa ou situação, e sempre referidas à história grupal, à classe social e ao universo simbólico; colocam, ainda, que os significados e sentidos atribuídos são percebidos pela pessoa no interior do arcabouço sócio-histórico de que é parte.

Quarentei (2007) as enuncia como algo da ordem do sujeito e do coletivo e do exercício de um poder produtivo e não apenas repressivo ou de dominação, entendendo-as como territórios existenciais, no sentido de acontecimentos, lugares e tempos de existência e de criação de modos de viver, sentir, saber; e territórios porque materialidade de vidas singulares e coletivas em movimento contínuo de recriação no mundo. Segundo Barros, Ghirardi e Lopes (2002), trata-se não mais de trabalhar com a atividade como uma abstração esvaziada de sentido para os indivíduos, devendo-se buscar o equacionamento de suas necessidades reais.

A atividade é percebida, vivida e interpretada por cada um de seus atores (a pessoa, o terapeuta ocupacional, o grupo imediato, a cultura e os valores buscados) e é modificada pelo intento de transformação presente nos objetivos do programa em que se inscreve (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002, p. 102).

A terapia ocupacional, a partir da apreciação das ações dos sujeitos, da atividade e daquilo que lhes acontece, fornece instrumentos para: a tomada de consciência e apropriação pelo sujeito de sua potência no mundo; o autoposicionamento na experiência; a afirmação de sua vida e o movimento de expansão da mesma; o engendramento de novas formas de viver (QUARENTEI, 2001).

A constituição histórica do papel do terapeuta ocupacional se deu como fruto de sua adequação às contraditórias condições da realidade social, sendo que, para se analisar este papel, é necessário identificar o tipo de sociedade em que esta prática social foi engendrada e as conjunturas político-econômicas que dimensionaram e caracterizaram seu papel técnico-político (SOARES, 1991).

Galheigo (2003) nos coloca como uma das tarefas do terapeuta ocupacional, o favorecimento da organização do coletivo e a construção da cidadania plena. Segundo a autora, o terapeuta ocupacional:

Poderá auxiliar o sujeito, o grupo e a coletividade a compreender suas próprias necessidades e definir suas estratégias de lidar com os conflitos cotidianos, a ressignificar seu fazer e pensar sua ação no mundo, respeitando-se os diferentes momentos e possibilidades dos envolvidos. Será por meio da ação grupal e coletiva que poderá se dar a manifestação das solidariedades e o fortalecimento da trama social (GALHEIGO, 2003, p. 44).

As ações interdisciplinares e a necessidade de incorporação de conhecimentos socioantropológicos aos conhecimentos específicos permitiram, ao terapeuta ocupacional, o entendimento e o desenvolvimento de metodologias de abordagens individuais e coletivas em outros campos que não somente o da saúde, como os da assistência social, dos trabalhos comunitários, do meio ambiente e das relações interculturais (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007). O terapeuta ocupacional sente-se posto em questão ao perceber que sua prática está inscrita em um processo histórico, possuindo uma dimensão técnica e uma dimensão política inseparáveis (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002).

Barros, Ghirardi e Lopes (2002) problematizam a distância entre os objetivos abstratos da intervenção da terapia ocupacional e a possibilidade efetiva de se alcançar uma inserção ou uma reinserção social, pontuando o distanciamento entre os objetivos explícitos das instituições e os resultados de suas ações.

Considerando-se os trabalhadores a que as terapeutas ocupacionais participantes do presente estudo direcionam suas ações, e ampliando-se a compreensão da realidade desses trabalhadores para além das questões envolvidas nos processos de adoecimento e perdas na capacidade de trabalho e de afastamento de suas atividades profissionais, acredita-se que a terapia ocupacional social pode contribuir para uma concepção ampliada de ser humano desejada neste estudo, pois, segundo Barros, Lopes e Galheigo (2007), tem trabalhado com questões emergentes de contradições sociais marcadas pela desigualdade e pela presença crescente de grandes contingentes populacionais vivendo formas de dissociação de vínculos,

vulnerabilização das redes sociais e precarização do trabalho.

Outra das contribuições da terapia ocupacional social que se aproxima às pretensões do presente estudo, com relação à compreensão das práticas dos terapeutas ocupacionais dentro de um amplo contexto sócio-histórico-cultural, trata-se da busca, segundo Barros, Ghirardi e Lopes (2002), de novos referenciais teóricos mais complexos, históricos e dinâmicos, que permitam reconhecer o sujeito como um ser social, inserido num processo cultural e em práticas históricas.

Para Malfitano (2005), o terapeuta ocupacional deve pensar políticas públicas, conhecer leis específicas que se referem aos grupos populacionais com os quais se está intervindo, bem como construir propostas e atuar no âmbito público. Deve incorporar o aspecto político ao seu cotidiano de trabalho, estabelecendo o diálogo entre a microestrutura e a macroestrutura – seu cotidiano de ações com a população alvo e no aspecto das políticas sociais, respectivamente, articulando políticas que viabilizem a esta população o acesso aos direitos (MALFITANO, 2005).

Segundo Quarentei (2007, p. 1), os terapeutas ocupacionais possuem, na profissão, a oportunidade de “pensar a vida humana no singular e no coletivo pela via da ação, da atividade no mundo”.

O terapeuta ocupacional tem, portanto, uma posição privilegiada ao poder contribuir para a elaboração crítica do cotidiano do sujeito. O poder refletir a vida cotidiana e suas determinações, esse olhar estrangeiro para o que parece rotina imutável, contribui de forma marcante para os movimentos de auto-determinação do sujeito, de reorganização do coletivo, ressignificação do cotidiano (GALHEIGO, 2003, p. 108).

Enfim, parte-se da visão dos terapeutas ocupacionais como profissionais que insistem em lutar por maior dignidade aos sujeitos de suas ações (MEDEIROS, 2003).

2.4.2 Terapia ocupacional, trabalho e reabilitação profissional: uma revisão bibliográfica dos temas

Realizou-se um trabalho de levantamento em toda a coleção dos 2 principais periódicos brasileiros da Terapia Ocupacional – Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos e Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo – que pretendeu caracterizar sua produção científica acerca das temáticas referentes ao trabalho e à reabilitação profissional.

Foram pesquisados, através de varredura manual, os volumes desses 2 periódicos, sendo selecionadas as publicações que abordam, de maneira central, as seguintes temáticas: trabalho; saúde do trabalhador; afecções relacionadas ao exercício profissional; geração de renda; reabilitação profissional; inclusão através do trabalho; ergonomia.

Realizou-se também a pesquisa dessas temáticas no periódico *Occupational Therapy International*, nos volumes de 3 a 18, que se encontram disponíveis na internet. Além disto, fez-se levantamento, a partir do Banco de Teses e Dissertações da CAPES, de estudos que relacionassem os descritores *trabalho* e *terapia ocupacional*, ou *reabilitação profissional* e *terapia ocupacional*.

Dos 69 artigos encontrados nessa revisão bibliográfica, somente 6 tratam de questões referentes à reabilitação profissional e, destes, 2 estabelecem relações entre esse campo e a terapia ocupacional.

22 artigos apresentam estudos sobre afecções relacionadas ao trabalho, abordando-se desde as relações entre tipos de trabalho e/ou categorias profissionais e processos de adoecimento físico e psíquico, passando por proposições de análise de postos de trabalho, até intervenções da terapia ocupacional dentro dessas temáticas.

Em 10 publicações, trata-se de questões de trabalho e/ou geração de renda direcionadas às populações com deficiência e, em 9, a pessoas com transtornos mentais, havendo revisões bibliográficas sobre os temas nessas duas áreas; apresentação de iniciativas e serviços de inclusão pelo trabalho e geração de renda; e discussões acerca das estratégias adotadas para a construção de oportunidades de trabalho e renda com essas populações.

7 artigos abordam o trabalho de forma mais geral, como as questões da organização e das relações de trabalho, as transformações no mundo do trabalho e o valor do mesmo para os indivíduos. 2 estudos se reportam mais especificamente ao campo da Saúde do Trabalhador e 13 publicações trazem outros assuntos acerca das temáticas pesquisadas na presente revisão.

Nos 4 subitens abaixo, serão elencados, resumidamente, os principais pontos a que se referem os artigos pesquisados.

2.4.2.1 Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar

Em pesquisa dos 19 volumes dos Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, foram encontradas 23 publicações que contêm os temas acima elencados.

Desses artigos, somente 2 se reportam especificamente ao tema da Reabilitação

Profissional, tratando-se de um ensaio no qual Bregalda e Lopes (2011) apresentam ações desenvolvidas pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS em uma de suas Gerências Executivas, trazendo elementos para reflexão acerca dos processos de retorno ao trabalho de segurados participantes do Programa e algumas contribuições da terapia ocupacional nesse campo, e de um resumo de dissertação em que a autora (BERNARDO, 2010) aborda os significados do trabalho e da Reabilitação Profissional do INSS para os trabalhadores incapacitados para o exercício da profissão habitual.

1 dos artigos (TOYODA, 1991) trata do lançamento do livro “Terapia Ocupacional: Lógica do Capital ou do Trabalho?”, de Léa Beatriz Teixeira Soares, obra que trouxe importante contribuição para a terapia ocupacional no campo do trabalho.

Lopes e Garcia (2010) trazem para discussão as condições de vida e o universo do trabalho e da escola de adolescentes trabalhadores na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), abordando-se, entre outras questões, aspectos positivos e negativos do trabalho na visão dos adolescentes, valores que atribuem ao trabalho, bem como a caracterização das atividades de trabalho mais comumente exercidas por eles.

Os autores Rodrigues et al. (2009), Carretta (2003) e Dakuzaku (1996) abordam a questão do trabalho circunscrita às pessoas com deficiência, trazendo, o primeiro deles, a caracterização das pessoas com deficiência em idade economicamente ativa e o mapeamento das instituições de assistência atuantes no município de São Carlos, enfatizando sua condição laborativa e de saúde e a viabilidade de sua inserção no mercado formal e informal de trabalho. Os 2 últimos apresentam e discutem estratégias de inserção no trabalho voltadas às pessoas com deficiência, sendo que Carretta (2003) apresenta o modelo de gestão cooperativa como uma possibilidade alternativa de geração de trabalho e renda, bem como de participação e inclusão social, às pessoas com deficiência, e Dakuzaku (1996), por sua vez, traz uma revisão bibliográfica sobre interferências na inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho, decorrentes das mudanças tecnológicas e organizacionais, apontando dificuldades observadas e algumas estratégias desenvolvidas para essa inserção.

2 publicações (SILVA; LUSSI, 2010; LUSSI, 2010) discutem a questão do trabalho e da geração de renda no campo da saúde mental. Silva e Lussi (2010) realizam um levantamento de projetos e empreendimentos de geração de renda vinculados à assistência à saúde mental, no município de São Carlos/SP, identificando as concepções de trabalho adotadas pelos responsáveis por tais projetos e empreendimentos. Lussi (2010) apresenta um

resumo de sua tese de doutorado, em que buscou identificar as concepções acerca do trabalho, elaboradas por usuários de serviços de saúde mental em oficinas de geração de renda ou em cooperativas sociais integradas, e investigar se eles estabelecem relações entre trabalho, processos de reabilitação psicossocial e rede social.

3 artigos abordam afecções relacionadas ao exercício de atividades profissionais, mais especificamente as LER/DORT, sendo pontuados pelas autoras (SANTOS; ARAÚJO, 2008; UENO; TOYODA, 2002; SIQUEIRA; LIMA, 1996), respectivamente, a verificação de tendências de publicações, em bases de dados eletrônicas, sobre a síndrome do túnel do carpo, apontando-se a inexistência de artigos relacionados à terapia ocupacional neste levantamento e a importância de estudos em terapia ocupacional que abordem o impacto da síndrome e do tratamento sobre a participação da pessoa em atividade; o estudo dos sintomas característicos das Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) numa universidade pública, analisando-se a situação de trabalho de funcionários de limpeza, de gráfica e de banco; e a apresentação e caracterização das LER e perspectivas de intervenção, enfatizando-se a atuação da terapia ocupacional nesse campo.

Nessa mesma linha, Rossi, Ferrigno e Cruz (2011) apresentam uma investigação da prevalência de acidentes de trabalho típicos com lesão de membro superior em uma universidade pública, bem como o mapeamento da ocorrência dos mesmos em seus departamentos e serviços.

5 artigos trazem análises e/ou propostas de intervenção relacionadas a locais/postos de trabalho e/ou categorias de atividades profissionais (ALENCAR, 2011; CREMASCO; CONSTANTINIS; SILVA, 2008; SILVA et al., 2006; EMMEL et al., 2002; WATANABE; STAHL, 1996), apresentando, respectivamente: a verificação das influências de crenças referentes ao trabalho no surgimento de sintomas relacionados à saúde dos trabalhadores e em sua produtividade, no setor de frangos de corte em uma empresa; o estresse profissional na visão de militares do corpo de bombeiro e seus reflexos na saúde dos mesmos, segundo a perspectiva desses profissionais; uma apreciação e intervenção ergonômica em uma indústria de componentes para calçados e algumas contribuições da terapia ocupacional na área de ergonomia; um trabalho de identificação da percepção de trabalhadores de uma indústria de grande porte acerca de suas atividades dentro e fora do trabalho, através de instrumentos desenvolvidos a partir dos pressupostos da terapia ocupacional; a terapia ocupacional na empresa e a saúde do trabalhador, por meio de uma reflexão sobre a prática desenvolvida em

uma empresa e com ênfase no trabalho multiprofissional e nas relações entre saúde e trabalho, trabalhador e trabalho, doença e trabalho.

Santos (2008) relaciona a gestão de pessoas à capacitação em terapia ocupacional em saúde mental no trabalho, apontando a necessidade de exploração de possibilidades de intervenção da terapia ocupacional na área organizacional.

Bernardino e Bento (2002) discutem as mudanças na organização da produção e sua relação com as condições de trabalho e saúde no Brasil.

Medeiros (2002) nos apresenta uma revisão bibliográfica sobre saúde mental e trabalho, salientando a importância do tema para a terapia ocupacional e as importantes contribuições que a mesma tem a oferecer nessas questões: de ações de investigação a contribuições técnicas.

Oliveira (2000) discute questões surgidas no exercício da atenção à saúde do trabalhador, buscando um paralelo entre as concepções de trabalho, educação e saúde presentes na formação profissional e as práticas produzidas por esses conhecimentos na terapia ocupacional.

Chamone (1990) traz um conceito de trabalho enquanto ação transformadora, que leva à satisfação de necessidades humanas imediatas.

2.4.2.2 Revista de Terapia Ocupacional da USP

A partir de levantamento realizado em todos os 21 volumes desse periódico, de 1990 a 2010, foram encontrados 34 artigos a respeito das temáticas pertinentes ao estudo.

Gravina, Nogueira e Rocha (2003) trazem um estudo sobre facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho no processo de reabilitação profissional em um banco, sendo este o único artigo desse periódico a abordar especificamente o tema da reabilitação profissional (GLINA; ROCHA, 2003; GRAVINA; NOGUEIRA; ROCHA, 2003).

9 artigos tratam de questões relacionadas a determinadas categorias profissionais e/ou de locais de trabalho. Alencar (2010) investiga as relações existentes entre os distúrbios osteomusculares de trabalhadores que cuidam de idosos em instituições de longa permanência e a organização de suas atividades de trabalho. Alguns autores discutem condições de trabalho e sintomas relacionados à saúde de catadores de materiais recicláveis, e também fatores de risco de distúrbios músculo-esqueléticos em atividades de trabalho de operadores de produção em uma empresa desse ramo (ALENCAR; CARDOSO; ANTUNES, 2009; ALENCAR,

2009).

Outros tratam das relações entre trabalho e saúde mental e suas implicações nos processos de envelhecimento, buscando a compreensão dos processos que geram sofrimento psíquico e de seus reflexos na vida, na saúde e no trabalho, junto a agentes de trânsito, bem como de uma análise ergonômica da atividade profissional desses trabalhadores, para a compreensão da relação entre desgaste e envelhecimento precoce no trabalho (LANCMAN; SZNELWAR; JARDIM, 2006; GONÇALVES et al., 2005).

Lancman et al. (2003) trazem ainda uma discussão acerca da importância e das possibilidades de intervenção da terapia ocupacional no campo da saúde e trabalho, tendo como foco a prevenção de riscos ambientais, a partir de um grupo de reflexão junto a trabalhadores de um hospital universitário. Glina e Rocha (2003) colocam temas relacionados a condições de trabalho e sintomas de dor muscular e estresse de/em estagiários de um banco.

Alves et al. (2002) discutem a prática da Terapia Ocupacional na avaliação de posturas adotadas pelos trabalhadores em uma fábrica de joias, em situação real de trabalho, e Lancman et al. (2000) apresentam uma pesquisa/intervenção no processo de trabalho em um restaurante universitário, com uma abordagem ergonômica e de grupos de reflexão sobre o trabalho, discutindo o alcance dessas metodologias.

Demais autores, em 12 artigos, trazem para a discussão temas que relacionam o trabalho a pessoas com deficiência, pessoas com transtornos mentais e/ou populações em desvantagem.

Com relação a pessoas com deficiência, apresentam-se temáticas diversas (TOLDRÁ; MARQUE; BRUNELLO, 2010; TOLDRÁ, 2009; TOLDRÁ; SÁ, 2008; SIMONELLI; CAMAROTTO, 2005; GHIRARDI, 2004; TISSI, 1999), colocando-se, respectivamente: a reflexão sobre experiências, desenvolvidas por instituições especializadas, de preparação e inclusão de pessoas com deficiência intelectual no mercado de trabalho; a opinião de pessoas com deficiência acerca da legislação de reserva de vagas no mercado de trabalho; as ofertas de profissionalização destinadas a pessoas com deficiência, desenvolvidas por instituições governamentais e não governamentais, no município de Campinas; a aplicação de um método de análise de tarefas industriais em uma indústria aeronáutica, para a identificação de postos de trabalho potencialmente ocupáveis por pessoas portadoras de necessidades especiais e para a orientação da empresa na política de contratação dessa população; as cooperativas de trabalho como espaços de inclusão social de pessoas com deficiência; e a abordagem das

temáticas da deficiência e do trabalho a partir do eixo inclusão/exclusão social e do depoimento e observação do trabalho de pessoas com deficiências físicas, atuantes no comércio ambulante na cidade de São Paulo.

Perspectivas relacionadas a projetos de inclusão no trabalho de pessoas em situação de desvantagem são discutidas por Nicácio, Mângia e Ghirardi (2005), que apontam a necessidade de superação das formas de intervenção norteadas pelo trabalho terapêutico e protegido, apresentando as cooperativas sociais como um dos caminhos para essa superação.

OLIVER et al. (2002) problematizam a questão das oficinas de trabalho, direcionadas a pessoas com ou sem deficiências ou transtornos psíquicos, como forma de sociabilidade ou de geração de renda, com a compreensão dos significados atribuídos por alguns dos participantes de duas oficinas de geração de renda.

Mângia (1997) aborda a questão da ilusão de liberdade trazida pelo trabalho por meio das premissas do tratamento moral em psiquiatria, caracterizando-se o projeto de constituição de uma instituição psiquiátrica em Franco da Rocha/SP, e Pereira (1998) traz um estudo dos diferentes usos do trabalho e suas características junto a pacientes internados nessa mesma instituição.

Kinker (1997), Ogawa (1997) e Nogueira (1997) discutem experiências de inserção no trabalho de usuários de um programa de saúde mental, levantando questões sobre o significado destas em relação ao mundo do trabalho; colocando a oposição dessas novas experiências com relação às bases teórico-práticas do tratamento moral; e discutindo a restituição do direito ao trabalho para essa população, entendendo-se o trabalho como instrumento para reconstrução de subjetividades, respectivamente.

Em 4 artigos são colocados temas referentes à saúde mental no trabalho, à psicodinâmica do trabalho, à subjetividade e à organização do trabalho e às relações entre esses diversos temas (LANCMAN; JARDIM, 2004; MOLINIER, 2003; SAINT-JEAN, 2003; LANCMAN et al., 2002), referindo-se, respectivamente, ao impacto do trabalho na saúde mental de técnicos de controle de tráfego; a discussão de aspectos metodológicos em psicodinâmica do trabalho, trazendo-se a utilização da própria subjetividade como forma de compreensão da subjetividade de sujeitos em situação de trabalho; a discussão das ligações entre a organização do trabalho e a saúde mental dos trabalhadores; e a contribuição para a formulação teórica dessas relações – entre trabalho e saúde mental – a partir da compreensão de aspectos subjetivos do trabalho em postos avançados de engenharia de tráfego.

Outros autores discutem de forma mais geral alguns aspectos relacionados ao mundo do trabalho (SAINT-JEAN; THERRIAULT, 2007; OLIVEIRA, 2003; MÂNGIA, 2003; LANCMAN; GHIRARDI, 2002; OLIVER, 1990), tratando, respectivamente, da demonstração das diferenças fundamentais entre os conceitos de trabalho, estudo e produtividade; de uma descrição panorâmica da história do trabalho humano, da escravatura ao capitalismo dos dias atuais; da apresentação dos aspectos principais das relações entre alienação e trabalho presentes na obra de Marx; da discussão de novas perspectivas práticas e teóricas em terapia ocupacional no campo da saúde e trabalho; e do levantamento de questões acerca do conceito de trabalho utilizado no modo de produção capitalista e as suas interferências na prática de terapia ocupacional.

2 artigos tratam das questões dos DORT - distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho (SILVA; GUIMARÃES; RODRIGUES, 2007; MARTINS et al., 2002), abordando, respectivamente, uma bibliografia sobre a efetividade dos programas de retorno ao trabalho para indivíduos com desordens musculoesqueléticas em membro superior; e a identificação das redes semânticas construídas sobre os DORT, em sujeitos participantes e não participantes de um programa de saúde do trabalhador.

2.4.2.3 Occupational Therapy International

Foram identificados, nos volumes de 3 a 18, correspondentes ao período de 1996 a 2011, 9 artigos sobre as temáticas da pesquisa, sendo que 3 deles abordam a reabilitação profissional e, destes, 1 se refere ao papel da terapia ocupacional enquanto gestores de um programa de retorno ao trabalho.

Wallstedt-Paulsson, Erlandsson e Eklund (2007) apresentam um estudo sobre as experiências de clientes participantes de uma unidade de reabilitação para o trabalho na Suécia, após um ano de acompanhamento nesse serviço. Russo e Innes (2002) apresentam um estudo sobre o papel de gestores em um programa de retorno ao trabalho em Sidney, Austrália, examinando esse papel assumido por diferentes profissionais responsáveis por providenciar serviços de reabilitação profissional, dentre eles o terapeuta ocupacional. Kearns (1997) defende, no campo da reabilitação profissional, a realização de um trabalho proativo para manutenção do emprego de pessoas doentes, acidentadas e com deficiência, não permitindo que os funcionários das empresas acabem na rede de assistência social; defende

também uma atuação interdisciplinar, colocando que as funções dos profissionais de recursos humanos devem se dar em três níveis: político, prático e de planejamento.

Silva *et al.* (2011) trazem um estudo sobre os efeitos da dor crônica na participação social de trabalhadores brasileiros, focando em como eles lidam com suas restrições e abordando a importância dos terapeutas ocupacionais compreenderem os recursos utilizados pelas pessoas com dor crônica, no planejamento do tratamento centrado no cliente.

Cederlund, Iwarsson e Lundborg (2007) abordam as influências da exposição de trabalhadores suecos à vibração de membros superiores, nas questões que dizem respeito à sua qualidade de vida.

Llord e King (2001) discutem sobre o estresse ocupacional em profissionais da área da saúde, apresentando uma revisão de artigos que relacionam a terapia ocupacional com o estresse ocupacional na Austrália, Canadá, Reino Unido, Estados Unidos e Suécia, apontando a necessidade de mais pesquisas para esclarecer a natureza do estresse experimentado por terapeutas ocupacionais e identificar os fatores de risco e de proteção referentes à profissão.

Creegan e Williams (1997) apresentam um projeto piloto destinado a proporcionar a pessoas com esquizofrenia em Dundee, na Escócia, oportunidades de trabalho por meio da integração de uma oficina abrigada com a comunidade empresarial local, discutindo-se os benefícios dessa iniciativa e os papéis dos terapeutas ocupacionais na avaliação, tratamento e encaminhamento de seus clientes, devendo-se trabalhar para a criação de oportunidades para um emprego remunerado. Kim e Colantonio (1997) apresentam um estudo em que examinaram a mudança de estatuto profissional em indivíduos dez anos após sofrerem ferimento traumático na cabeça, explorando a percepção dos participantes de como isso afetou os seus planos de carreira.

Westmorland (1996) revisa os conceitos de desenvolvimento comunitário e trata da participação das partes interessadas no desenvolvimento de um consórcio de emprego em Ontário, no Canadá, e da maximização das oportunidades de emprego para pessoas com deficiência; discute-se também o potencial de contribuição dos terapeutas ocupacionais nesse processo.

2.4.2.4 Banco de Teses e Dissertações da CAPES

Foram encontrados 3 trabalhos que relacionam os termos *trabalho* e *terapia ocupacional*, ou *reabilitação profissional* e *terapia ocupacional*. Maxta (2007) traz uma

reflexão sobre atividades humanas e sua relação com o trabalho e a saúde em um empreendimento autogestionário de trabalho, a partir dos pressupostos e referenciais da terapia ocupacional, da saúde do trabalhador e da economia solidária. Figueiredo (2004) estuda o impacto das intervenções dos serviços de terapia ocupacional em um hospital público e as conseqüentes mudanças produzidas em pacientes que sofreram lesões de mão no trabalho. Carvalho (2003) analisa como se organizam os setores de trabalho de uma unidade de prisão provisória e se eles cumprem a função de educar, qualificar e profissionalizar o preso, enfatizando a contribuição da terapia ocupacional na organização do trabalho prisional do Sistema Penal e na integração do preso ao seu novo ambiente.

2.4.3 Contribuições da terapia ocupacional no campo do trabalho e da reabilitação profissional

No que se refere à saúde, e particularmente à terapia ocupacional, após a Primeira Grande Guerra, quando se consolidavam as determinações funcionais do Estado Capitalista moderno, como o aumento da presença estatal nas áreas sociais, abria-se espaço para a readaptação e a reabilitação, fundamentais ao controle e à reciclagem, requalificação, produção e reprodução da força de trabalho, sob progressivo agenciamento do Estado (LOPES, 1999).

Segundo Lancman e Ghirardi (2004), o binômio trabalho-reabilitação remete às origens da terapia ocupacional, tendo o processo de retorno ao trabalho e ao mundo da produção de bens sociais pautado muitas das intervenções do campo, já nas primeiras práticas asilares, e, posteriormente, na reabilitação dos pós-guerras norte-americano e europeu.

A terapia ocupacional, de acordo com Soares (1991), emergiu no interior do processo de parcelamento do trabalho na área da saúde, tendo como objetivo atender a uma demanda ampliada da força de trabalho, buscando tornar produtivos os doentes crônicos e os incapacitados do trabalho e da guerra.

Young e Quinn (1992) apontam haver evidência estatística de que os serviços sociais e de saúde dependem da especialidade dos terapeutas ocupacionais para maximizar a independência, a competência e a conseqüente inserção social daqueles que precisam de sua ajuda.

Para Nicolau e Watanabe (2001), a terapia ocupacional nasceu para habilitar e/ou reabilitar e inserir no mundo do trabalho uma população que dele estava excluída, como as

pessoas com transtornos mentais, com deficiências físicas e/ou sensoriais, com deficiências mentais e pessoas em instituições penitenciárias.

Na década de 1940, período de reaquecimento econômico e de entrada dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial, retomaram-se os programas de reabilitação profissional dos incapacitados físicos e dos doentes mentais, realizados por equipes multidisciplinares nas quais estava a terapia ocupacional. Esses programas foram difundidos por todos os continentes em decorrência do Movimento de Reabilitação e da seguridade social, duas vertentes fundamentais de âmbito internacional. (SOARES, 1991).

Para Soares (1991), o Movimento de Reabilitação conquistou uma série de leis protecionistas para o deficiente físico e mental e de programas especiais na previdência social e em serviços hospitalares, além da fabricação de órteses e próteses em melhores condições de adaptação aos indivíduos. Enquanto esse movimento se originava, sobretudo nos países que participaram das duas Grandes Guerras, como consequência do surgimento de grande número de incapacitados físicos, no Brasil existia uma maior preocupação com os doentes crônicos, com deficiências congênitas, acidentados no trabalho, de trânsito, domésticos ou por doenças ocupacionais, dando-se nesse contexto a inserção e formação de profissionais como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Lancman (2004) assinala que a terapia ocupacional surgiu no Brasil, nos anos de 1950, a partir de um acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), e voltava-se à reabilitação em suas diferentes vertentes, entre elas a reabilitação profissional, na qual se passaram a promover a reabilitação e a reinserção profissional de trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho ou portadores de doenças profissionais. Segundo Soares (1991), a OIT difundiu a necessidade de reabilitação profissional dos acidentados do trabalho, e a UNESCO, propostas e recursos sobre a educação especial voltada às populações com deficiência.

Desta forma, a ONU havia assumido a coordenação, o planejamento e o suprimento de reforços às áreas não cobertas pelas outras organizações mencionadas, bem como a formação de recursos humanos para a confecção de órteses e próteses. A OMS era responsável pela preparação dos profissionais de reabilitação – médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, orientadores profissionais, dentre outros. À OIT cabia a reabilitação profissional via previdência social, e à UNESCO, a educação especial, principalmente de pessoas com

deficiências mentais e sensoriais, sendo que mais tarde o Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF), passou a incrementar os esforços no campo da reabilitação (SOARES, 1991).

Conforme Lopes (1991), a ONU elegeu, em 1951, como local adequado para a implementação de um centro de reabilitação na América Latina, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Um dos motivos para essa escolha foi o fato de ele se localizar na cidade de São Paulo, um grande centro urbano-industrial, e assim atender a recolocação profissional de grande número de incapacitados da região. Para tanto, decidiu-se, igualmente, pela formação de profissionais de reabilitação, dentre eles, terapeutas ocupacionais, o que passou a ocorrer no Instituto Nacional de Reabilitação – INAR, fundado em 1954, junto ao Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da FMUSP (LOPES, 1991).

Soares (1991) aponta o fato de o Hospital das Clínicas ser um complexo hospitalar ligado a um centro universitário modelo e de renome internacional como um dos fatores que assegurou a implantação do projeto, e assinala a criação do INAR em 1956 e sua oficialização em 1958, sob a denominação de Instituto de Reabilitação da Universidade de São Paulo (IR). Acrescenta que os atendimentos realizados nesse instituto privilegiavam os aspectos clínicos e nosológicos do tratamento, em detrimento da caracterização social da clientela ou de sua reabilitação profissional. As atividades assistenciais do IR foram sendo gradativamente suspensas, e a partir da década de 1960 restavam somente as funções de ensino, que se tornaram precárias devido à supressão das atividades práticas do instituto. Assim, encerra-se o Centro de Demonstração de Técnicas de Reabilitação, proposto pela ONU e assumido pelo governo estadual e pela Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da USP, havendo a perda de um modelo de trabalho multidisciplinar integrado e bem equipado cuja produção de conhecimento transcendia a área médica (SOARES, 1991).

Nota-se, portanto, que a reabilitação profissional vem se desenvolvendo desde o início da constituição da terapia ocupacional no Brasil, com proposições, ações e locais de atuação diversos ao longo da história da profissão no referido campo. Segundo Lancman (2004), a terapia ocupacional sempre buscou a inclusão dos indivíduos no trabalho como objetivo último das ações de reabilitação. A recente contratação de 183 terapeutas ocupacionais pelo INSS configura um novo universo de possibilidades profissionais e de reflexão e proposição quanto às suas práticas dentro de um velho campo, o da reabilitação profissional.

Sobre as populações atendidas e o foco de atuação dos terapeutas ocupacionais, Soares (1991) coloca que a terapia ocupacional fomentou-se inicialmente pela lógica da produtividade associada ao assistencialismo, atendendo principalmente vítimas do trabalho e seus dependentes. Ao mesmo tempo, as classes hegemônicas requisitaram também a atenção desses profissionais, visando não mais à produtividade, mas à sociabilização, à aquisição de habilidades, à independência nas atividades de vida diária, observando-se, de um lado, a terapia para o trabalho, e, do outro, a terapia para o não-trabalho, constituindo-se como duas abordagens técnicas correspondentes a classes e funções sociais distintas (SOARES, 1991).

Considerando-se a terapia ocupacional como um campo onde se desenvolvem ações destinadas a pessoas que, por alguma problemática específica, temporária ou definitiva, encontram dificuldades de participação na vida social (USP, 2008), fica claro se tratar de uma profissão que muito tem a contribuir nos processos de reinserção de indivíduos que se encontram afastados de suas atividades de trabalho por motivos de adoecimento ou acidente, afastamento que costuma levar a um redimensionamento de toda a participação social, das atividades e dos papéis cotidianamente exercidos.

Os terapeutas ocupacionais, ao alargarem seu campo de ação para a prevenção e para a intervenção em situações concretas de trabalho, começam a reconhecer, no seu instrumental de trabalho e na sua experiência profissional, acumuladas a partir da atuação em serviços voltados à reabilitação profissional e psicossocial, diversas características e saberes, que fazem dele um profissional ímpar neste campo, pela sua experiência particular no uso e estudo de atividades ou pela busca de uma compreensão mais global dos indivíduos (LANCMAN, 2004, p. 79).

Segundo Oliveira (2004), a constituição da terapia ocupacional no Brasil se deu dentro das perspectivas de um trabalho basicamente clínico, mesmo quando inserido em programas vocacionais, mantendo-se essa característica até o final dos anos 1970, quando os terapeutas ocupacionais, ao se confrontarem com seu papel de adaptadores, foram levados a exercer um papel mais participativo e crítico, tanto nos espaços de saúde quanto nos espaços sociais, trabalhando junto aos indivíduos na direção do exercício de seus direitos e de melhores condições de vida.

De acordo com Soares (1991), nos Centros de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) instalados em diversos estados brasileiros e destinados aos acidentados do trabalho, doentes ocupacionais e demais incapacitados, observava-se uma rígida estrutura funcional, com a supremacia do modelo clínico e conseqüente limitação das possibilidades de um trabalho multidisciplinar integrado, sendo o treinamento de habilidades

e o encaminhamento a oficinas profissionalizantes o contexto em que a terapia ocupacional foi se desenvolvendo nesses locais. A terapia ocupacional cumpria, então, funções no plano econômico, ao recuperar os incapacitados do exército de reserva, ao mesmo tempo em que participa da divisão técnico-científica e corrobora o consumo e a capitalização da saúde, cuidando da mesma como valor de uso para a força de trabalho e para as classes hegemônicas (SOARES, 1991).

Sobre o modelo reducionista em terapia ocupacional:

Nesse processo técnico, obtém-se como resultado uma nova atividade, agora revestida do teor terapêutico, cujo poder é capaz de recuperar o ser humano, de reformular os seus conflitos e desenvolver sua potencialidades. Entretanto, este homem precisou ser excluído de seu meio social e ser colocado na assepsia do espaço institucional, no qual, muitas vezes, não teve o direito elementar de ir e vir ou de escolha sobre o uso do seu corpo para, então, ser solicitado a colaborar nos vários setores técnicos. Esta aquiescência é fruto de valores introjetados em nossa sociedade, que tem sido disciplinada a encarar o desconhecido submetendo-se aos ditames da ciência, da ordem médica, do destino social. Por esta ótica, as características sociais da pessoa (condições de vida, cultura, trabalho) tem ingressado como pano de fundo nas terapias, ainda que estejam à mostra em seus corpos, suas posturas, seus trajés, suas doenças, sua linguagem. Mas, na maioria das vezes, quando consideradas, ingressam com forte carga ideológica, de um lado, valorizando o “status” social da clientela de poder aquisitivo e, de outro, desprestigiando a condição de outra classe social e o correspondente programa terapêutico, através de argumentos como insalubridade, ignorância e pobreza (SOARES, 1991, p. 181).

A terapia ocupacional tem buscado a superação do modelo reducionista das ações denominadas como reabilitação profissional, voltando-se também para a prevenção do adoecimento e dos acidentes e para a intervenção e vigilância em empresas, estabelecendo um perfil profissional que alia experiência na intervenção a partir da ação humana a uma observação complexa e singular dos indivíduos em sua relação com o trabalho (LANCMAN; GHIRARDI, 2004).

Soares (1991) aponta que, se a necessidade de criação da terapia ocupacional nasceu do impulso das forças produtivas, para ampliação do exército industrial ativo a partir do binômio trabalho-recreação, sua natureza foi se modificando ao longo das décadas, passando a cumprir funções de natureza político-ideológica em lugar das estritamente econômicas. Aponta, como referenciais teóricos fundamentais para a superação dessa prática alienante e alienada, a visão unitária e globalizante do homem e da estrutura social de produção, da dimensão criativa do trabalho humano e da historicidade das necessidades sociais (SOARES, 1991).

Trudel (2004) destaca a contribuição do trabalho para a construção da identidade, para a organização da vida cotidiana e para a participação das pessoas na vida social, colocando esse fato como fundamental para a terapia ocupacional, acrescentando que o engajamento no trabalho ou em quaisquer atividades da vida cotidiana representa um fator de saúde para a mesma.

Lancman e Ghirardi (2004) propõem uma discussão que relacione o trabalho, em sua centralidade na organização social e psíquica das pessoas e na constituição de sua identidade, com as diversas esferas da vida, objetivando a construção de um paradigma de intervenção mais preventivo e coletivo.

Soares (1991) enuncia que a consciência crítica sobre as funções sociais da terapia ocupacional nas instituições de saúde e nas políticas sociais possui como perspectiva a transformação da realidade observada e de outras práticas profissionais, no que diz respeito à melhoria do atendimento, à intervenção institucional e à conquista do direito social à saúde e ao trabalho para todos os cidadãos.

Sobre as áreas de atuação e as ações desenvolvidas pela terapia ocupacional, tem-se a participação em equipes de Departamentos de Saúde Ocupacional e de Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho de empresas, intervindo na prevenção de agravos à saúde do trabalhador, na identificação de riscos de acidentes ou adoecimentos do/no trabalho, nas avaliações funcionais e dos aspectos psíquicos do trabalho, na conscientização dos efeitos do trabalho sobre os indivíduos e nos programas de realocação de indivíduos com restrições ocupacionais. Do ponto de vista do tratamento, os terapeutas ocupacionais têm atuado cada vez mais em serviços públicos de saúde, serviços-escola e clínicas privadas, no atendimento a trabalhadores com doenças do trabalho (LANCMAN; GHIRARDI, 2004).

Watanabe e Gonçalves (2004) destacam a cidade de São Paulo como polo da atuação dos terapeutas ocupacionais na área de saúde e trabalho no Brasil, a partir da criação, no setor público de saúde, de centros de referência municipais e estaduais especializados em saúde do trabalhador, em 1989, o que foi ampliado posteriormente para outras capitais, estando esses profissionais presentes nas equipes multidisciplinares que passaram a compor esses centros. Lancman (2004) pontua que esses espaços surgiram como resposta a reivindicações de trabalhadores e sindicatos, tendo como contexto o final do regime militar, o crescimento dos movimentos populares e o fortalecimento dos sindicatos, sendo que ao final de década de 1980 já existiam mais de 100 desses serviços no país.

Nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, algumas das ações desenvolvidas pelos terapeutas ocupacionais são: a reabilitação de trabalhadores já adoecidos; a vigilância de ambientes de trabalho; ações educativas e de formação e capacitação de outros profissionais. No setor privado, desenvolvem-se ações como avaliação de postos de trabalho para adaptação destes aos trabalhadores, auxiliando nos processos de readaptação e reabilitação profissional no interior de empresas, podendo atuar também como prestadores de serviços – consultoria e/ou assessoria – em programas interdisciplinares em empresas (WATANABE; GONÇALVES, 2004).

De acordo com Oliveira (2004), as experiências em educação em saúde do trabalhador, que colocam o trabalhador no centro das discussões acerca do próprio conhecimento sobre o processo de trabalho em sua relação com a saúde, e em psicopatologia/psicodinâmica do trabalho, que tratam das ações que a organização do trabalho exercem sobre o homem e sua saúde mental, trazem contribuições como: a escuta do trabalhador nas ações de vigilância e de controle das condições de trabalho; a consideração da experiência e da subjetividade do trabalhador; a garantia de condições de espaços de diálogo sobre o trabalho, em que o trabalhador fosse a tônica.

Ainda segundo a autora:

Romper com a lógica da Terapia Ocupacional na reabilitação profissional não é, em princípio, ir ao encontro da reabilitação profissional dos acidentados/doentes do trabalho mas sim questionar os mecanismos de tal intervenção, principalmente a chamada reinserção profissional e a conseqüente capacitação para o retorno ao trabalho, sem propiciar ao trabalhador a discussão sobre o mercado de trabalho e o lugar dos indivíduos doentes/deficientes nele, deixando ao trabalhador, mais uma vez, a responsabilidade pela sua reintegração ao mundo trabalho e posterior marginalização/exclusão destes reabilitandos do processo produtivo; é, também, permitir sair do contexto da doença e buscar a saúde, prevenindo, identificando os riscos dos ambientes de trabalho, discutindo os aspectos sociais desta exclusão pelo mundo do trabalho ou até encontrando, em construções coletivas, formas e mecanismos de proteção à saúde (OLIVEIRA, 2004, p. 10).

A desconstrução de práticas em reabilitação profissional não cabe à terapia ocupacional e seus recursos, mas ao uso destes nas ações junto aos trabalhadores em prol de interesses institucionais, resquícios de modelos descontextualizados de intervenção. Deve-se tornar visível, tanto aos trabalhadores quanto aos parceiros institucionais, os diversos níveis de intervenção e as faces dessas práticas (OLIVEIRA, 2004).

Soares (1991), ao tratar do treinamento profissional do incapacitado, pontua a

necessidade de se desmistificar a integração do reabilitado ao mercado de trabalho enquanto símbolo de seu ajustamento à sociedade. O trabalho profissionalizante deve evitar as dicotomias planejamento/ação e trabalho intelectual/trabalho manual, buscando formas de execução nas quais o trabalhador conheça a totalidade e a dimensão de sua inserção no projeto global, evitando-se o isolamento e as relações autoritárias de trabalho, o que comumente se reproduzia nas oficinas de treinamento profissionalizante (SOARES, 1991).

A partir do reconhecimento do percurso da mão-de-obra incapacitada no mercado de trabalho, faz-se necessário superar as concepções acerca do trabalho que permeiam o meio social e sustentam as relações de subserviência, o isolamento e a marginalidade destes segmentos da força de trabalho. O treinamento da mão-de-obra para o mercado de trabalho, ideologia amplamente difundida pelos profissionais; o trabalho como forma de expiação de falhas morais, de orientação religiosa; o trabalho como meio de ascensão social, de sobrevivência, de integração social e outras concepções, estão subjacentes à consciência da clientela e da sociedade (SOARES, 1991, p. 201).

O conhecimento do trabalhador no seu exercício profissional – atividade humana/trabalho, para então se compreender e analisar as atividades e suas relações com o trabalho e vice-versa, constitui-se como objeto de atenção da terapia ocupacional no campo da saúde e trabalho. Seu objetivo é a promoção da saúde, do sentido e do prazer do trabalhador na realização de seu trabalho, transformando as relações consigo e com o trabalho e as relações sociais que estruturam sua identidade pessoal e profissional. O trabalhador torna-se mais ativo e crítico no processo de compreensão dos fatores que podem levar ao adoecimento profissional e do desenvolvimento da saúde em seus vários âmbitos, partindo-se de seus direitos e deveres com relação aos novos paradigmas laborais e de vida (WATANABE; GONÇALVES, 2004).

Soares (1991) pontua que o reconhecimento, pelos terapeutas ocupacionais, das dificuldades de absorção dos incapacitados na força de trabalho ativa, possibilita que os mesmos trabalhem mais atentamente com relação às condições reais do mercado de trabalho em busca de alternativas de inserção profissional.

Watanabe e Gonçalves (2004), ao estabelecerem correlações entre a terapia ocupacional e a ergonomia, destacam alguns pontos como: o reconhecimento da singularidade de cada caso e situação estudados e sua análise dinâmica; a participação e validação efetiva dos atores sociais envolvidos no processo, como os trabalhadores e seus familiares; o estabelecimento do vínculo; a atividade e sua análise; o caráter multidisciplinar e a ação em equipe. Sobre o aspecto psíquico do trabalho, pontuam que as práticas profissionais devem ser

orientadas por questionamentos sobre a relação do homem em atividade, com ênfase na efetiva saúde do trabalhador e na identificação e reconhecimento profissional do seu trabalho – atividade humana. Definem, em terapia ocupacional, a atividade como ação, atitude, ofício, trabalho e lazer; o instrumento de trabalho como análise e uso da atividade; e as áreas de atuação como educação, reabilitação, prevenção e promoção. Na ergonomia, atividade, método de trabalho e áreas de atuação são definidos, respectivamente, como trabalho prescrito e trabalho real; Análise Ergonômica do Trabalho (AET); e concepção de projeto, de correção e de mudança (WATANABE; GONÇALVES, 2004).

De acordo com Santos (2004), um dos métodos de avaliação ergonômica e um dos instrumentos básicos da terapia ocupacional é o estudo das atividades dos trabalhadores em sua situação real de trabalho e o recolhimento de informações dos trabalhadores, por meio da escuta dos mesmos.

Sobre a construção do conhecimento da terapia ocupacional no campo do trabalho, Lancman (2004) assinala que esta deve ser melhor desenvolvida teórica e metodologicamente entre os terapeutas ocupacionais, o que significa considerar a importância e influência do trabalho em todos os âmbitos da vida, apontando para a construção de um novo modelo de intervenção, voltado para uma abordagem preventiva e coletiva, para a compreensão da centralidade do trabalho na organização psíquica e social dos indivíduos e para a determinação da qualidade de vida e de tempo do não trabalho.

Com relação ao direcionamento da terapia ocupacional aos interesses da classe trabalhadora e à construção de seu papel profissional:

Não se definirá abstratamente no planejamento de saúde, mas se construirá no processo de inserção de trabalhadores e terapeutas sobre a dimensão prática do homem, do lazer ao trabalho. Se a terapia ocupacional destinada às camadas populares tem sido a terapia do trabalho, deve-se ampliá-la agora para a terapia do não-trabalho, buscando a emancipação dos assalariados e a constituição de novos homens, seres criativos, reflexivos e agentes de uma nova história social (...). Vislumbramos que a superação da atual divisão de trabalho em saúde, ao buscar a integração recriando não só o objeto de intervenção mas também o objeto de estudo, constituirá novos saberes e, portanto, profissionais de novo tipo. Quando este patamar conceitual e prático for atingido, novas questões estarão colocadas mas temos certeza de que as atuais crises de identidade quanto ao papel profissional já terão sido derrotadas pelo dinamismo do processo histórico (SOARES, 1991, p. 204).

III - PRÁTICAS E CONCEPÇÕES DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS

Os dados apresentados a seguir foram coletados com a aplicação do questionário enviado às 43 terapeutas ocupacionais atuantes – excetuando-se a pesquisadora – na Reabilitação Profissional do INSS, no estado de São Paulo, sendo as participantes, ou seja, aquelas que responderam ao instrumento, identificadas pela letra 'P', seguida por seu número correspondente, de 1 a 40.

Os relatos das entrevistadas são identificados pela letra 'E', seguida pelos números de 1 a 6. Quanto à entrevista que foi feita para obtenção de informações sobre a história da Reabilitação Profissional e da inserção da terapia ocupacional no INSS, a participante está identificada pelo seu sobrenome – Struffaldi – nos trechos em que discorre sobre a constituição da Reabilitação Profissional no Instituto, e pela letra 'T' nos demais relatos acrescentados às discussões das temáticas pertinentes ao longo deste capítulo.

Os relatos das entrevistadas foram transcritos em sua totalidade, somando 207 páginas que foram reduzidas a 195, após síntese do material transcrito feita por uma das entrevistadas, a pedido próprio e mobilizada pelo desejo de contribuir ainda mais com a pesquisa. Inicialmente, tomou-se como referência uma das entrevistas e, a partir de sua leitura, definiram-se os temas nos quais os dados foram categorizados, havendo uma ampliação dessas categorias na medida em que as demais entrevistas foram lidas. Como a primeira entrevistada selecionada foi bastante abrangente ao abordar as temáticas da pesquisa, apenas na leitura da segunda entrevista foram identificadas novas categorias, o que não mais aconteceu na da terceira.

As categorias determinadas para sistematização e análise foram: identidade de terapeutas ocupacionais; formação, aquisição e produção de conhecimento no campo da Reabilitação Profissional, no geral e na terapia ocupacional; mudanças após seu ingresso no Programa de Reabilitação Profissional; especificidade/diferenciação da terapia ocupacional; atuação/práticas das terapeutas ocupacionais no Programa; ações que gostariam de desenvolver; o caráter das intervenções; instrumentos da terapia ocupacional; o processo de reabilitação profissional; considerações e concepções sobre a Reabilitação Profissional; considerações acerca do 'trabalho'; legislação; equipe; metas; segurados; empresas; dificultadores do processo; necessidades/caminhos para melhoria das ações do Programa.

Obteve-se, dessa maneira, o total de 108 páginas de dados selecionados e categorizados que foram então editados, chegando-se a 50 páginas de excertos acerca das temáticas acima elencadas.

Os dados do questionário foram relacionados posteriormente aos coletados nas entrevistas, o que permitiu o aprofundamento de grande parte das temáticas abordadas, oportunizando maior reflexão e discussão sobre as mesmas, bem como uma melhor identificação de práticas e concepções que as terapeutas ocupacionais vêm desenvolvendo no campo estudado. Os relatos das entrevistas foram editados, analisados e reorganizados/recolocados de forma a apreenderem as atribuições e significações mais relevantes das entrevistadas acerca das temáticas da pesquisa, tentando abarcar as que apareciam com maior frequência e intensidade, mas também dando destaque aos apontamentos que, mesmo não recorrentes, foram avaliados pelas pesquisadoras como extremamente importantes para a discussão sobre a reabilitação profissional e seus desdobramentos e interfaces.

Assim, a forma de apresentação correlaciona os dados dos dois instrumentos adotados e que se seguem, em determinados trechos, por considerações, reflexões, questionamentos e análises das pesquisadoras, elucidados, em alguns momentos, por autores que tratam das temáticas desse estudo.

3.1 Participação na pesquisa e caracterização das participantes

Dos 43 questionários enviados, 40 foram respondidos, o que corresponde a 93% do total. Destes, 28 foram respondidos através de documento do *Word* enviado via *e-mail*, o que corresponde a 70% do total; 10 foram respondidos através do site www.surveymonkey.com – 25% do total e 2, via Correios – 5% do total.

Todos os terapeutas ocupacionais participantes do presente estudo, bem como os atuantes no Instituto no estado de São Paulo, são do sexo feminino; por esse motivo, como já explicitado, será adotada na pesquisa a expressão “as terapeutas ocupacionais”.

A média de idade das 40 participantes é de 31,2 anos. Destas, 22 (55%) são casadas, 15 (37,5%) são solteiras, e 3 (7,5%), separadas.

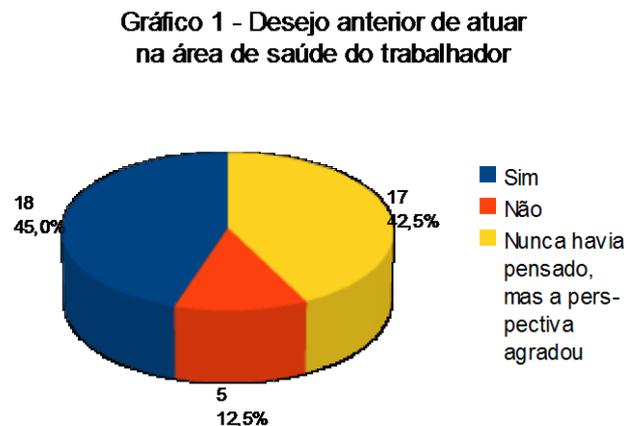
Com relação à região onde trabalham, 60% das participantes estão no interior do estado de São Paulo e 40% na Grande São Paulo – São Paulo, com 8 terapeutas ocupacionais; Santo André, São Bernardo do Campo e Osasco, com 2 em cada município; e Mogi das

Cruzes e Guarulhos, com 1 terapeuta ocupacional em cada. A listagem das Gerências Executivas a que pertencem as participantes da pesquisa encontra-se no Apêndice D.

3.2 O ingresso no Programa

Quanto ao ano de ingresso, 52,5% das terapeutas ocupacionais participantes entraram no INSS em 2008, 42,5% em 2010 e 2 delas, o que equivale a 5% do total, ingressaram nos anos de 1980 e 1985, ambas atuantes em São Paulo, Capital.

Observa-se que 87,5% das terapeutas ocupacionais gostariam de atuar na área denominada pela pesquisadora como de saúde do trabalhador, quando do seu ingresso no Instituto:



Quando do seu ingresso no Programa, 75% das terapeutas ocupacionais sentiam-se parcialmente preparadas para trabalhar nessa área, 15% não se sentiam preparadas e 10% consideravam estar preparadas para tal.

3.3 Formação acadêmica – ensino fundamental e médio

40% das participantes cursaram o ensino fundamental em escola particular, 37,5% em escola pública e 22,5%, em ambas. Quanto ao ensino médio, 62,5% o fizeram em escola particular, 32,5% em escola pública e 5%, em ambas.

3.4 Formação e capacitação profissional

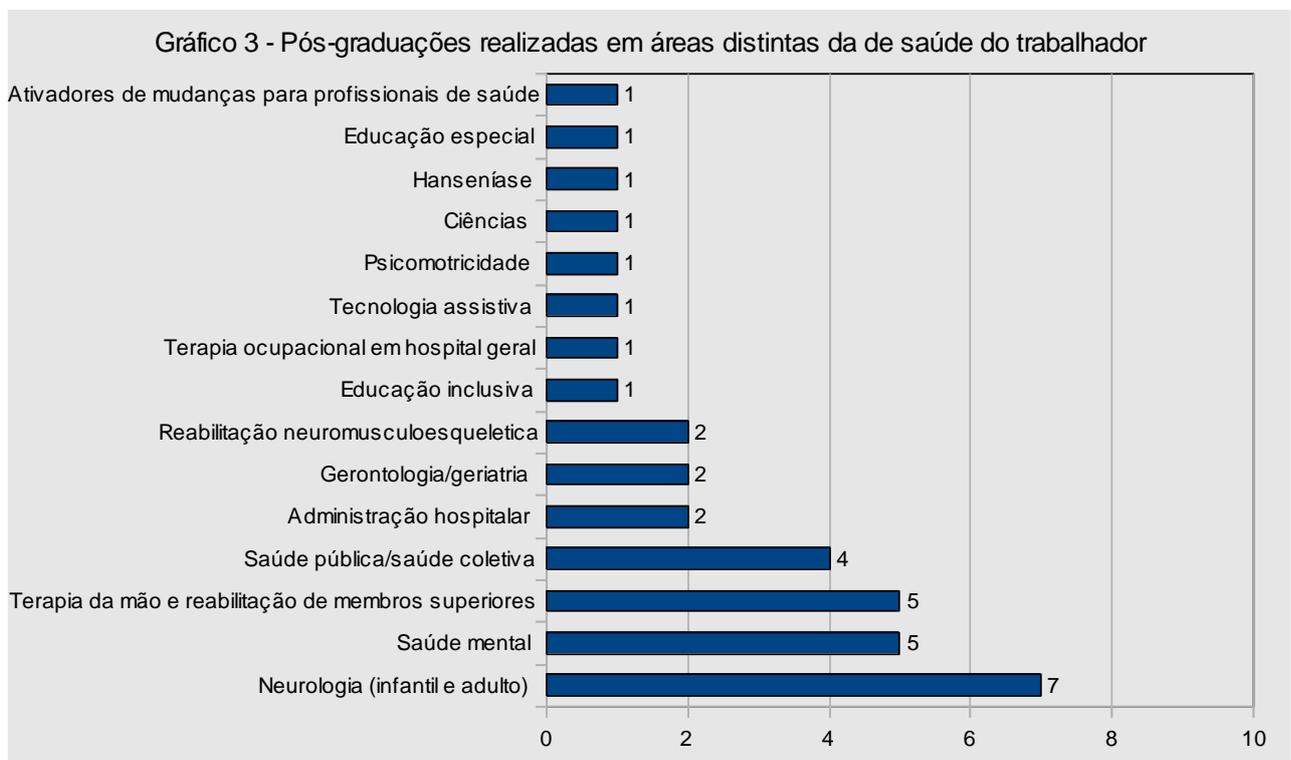
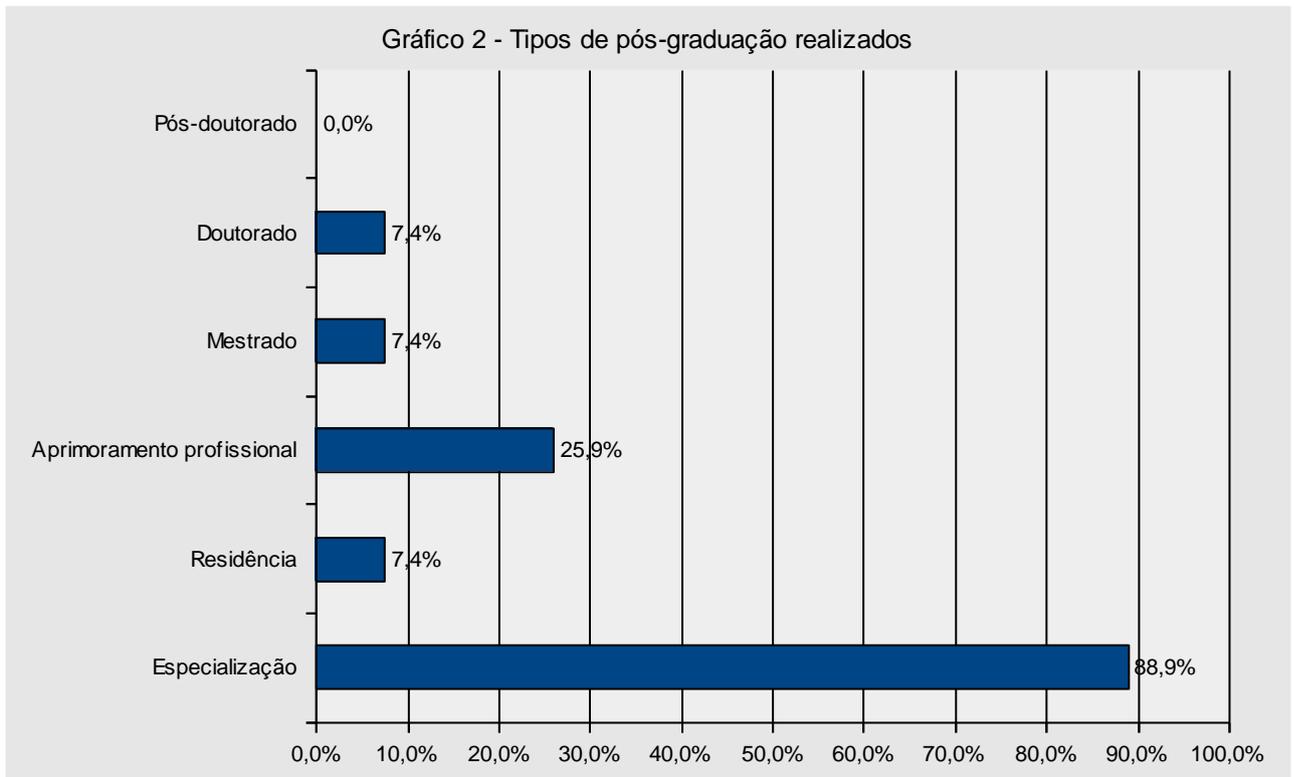
52,5% das terapeutas ocupacionais realizaram sua graduação em escola pública e 47,5%, em escola particular.

87,5% delas referiram ter entrado em contato, durante a graduação, com os temas saúde do trabalhador/reabilitação profissional, tendo os outros 12,5% dito que isto não ocorreu. Sobre a formação necessária conferida pela graduação para a atuação nas áreas, 75% das participantes avaliaram que a mesma lhes capacitou parcialmente para isto, tendo 20% considerado que não ocorreu a capacitação necessária, e somente 5% julgaram ter havido tal capacitação.

Nas entrevistas, E5 referiu que as temáticas do trabalho eram abordadas em disciplinas ministradas por professores mais atuantes nesses temas, não havendo disciplinas específicas sobre saúde do trabalhador e/ou reabilitação profissional. Outra delas, E4, enfatizou a importância dos estágios para a formação como um todo: “TO a gente aprende muito dessa forma, é vivenciando a atividade que você compreende ela de um jeito diferenciado e mais aprofundadamente” (E4, p. 3).

27 terapeutas ocupacionais, o que equivale a 67,5% do total, realizam ou realizaram algum tipo de pós-graduação, sendo que destas, 88,9% fazem e/ou fizeram especialização; 25,9%, aprimoramento profissional; 7,4%, residência; 7,4%, mestrado; e 7,4%, doutorado.

Das participantes pós-graduadas, 16 fizeram 1 pós-graduação, 7 realizaram 2, 3 fizeram 3 pós-graduações e 1 delas realizou 4, sendo que somente 3, do total, não foram concluídas. 1 das participantes pós-graduadas não especificou as suas respectivas áreas de formação ao responder ao questionário.



Das 4 que se qualificaram em saúde do trabalhador/reabilitação profissional, que

correspondem a 14,8% do total de terapeutas ocupacionais pós-graduadas, 50% consideram que a formação lhes capacitou parcialmente para as áreas, 25% que a mesma lhes conferiu a capacitação necessária, e 25%, que não houve tal capacitação. 3 delas realizaram especialização em ergonomia e 1 delas, em saúde do trabalhador.

E1, sobre a especialização realizada em Ergonomia e Sistemas de Produção, mencionou alguns pontos aprendidos – “O curso segue a escola francesa, que analisa a atividade, tudo aquilo que o empregado usa, formas que ele tem para ganhar tempo, as estratégias que eles adotam” (E1, p. 1) – e o quanto foi interessante entrar em contato com visões de professores com diferentes formações, como um médico do trabalho e um engenheiro de produção. Ela enfatiza também a questão do conhecimento e da análise de atividades de trabalho a partir da observação cotidiana: “Não é o fato de você ter nível superior (...) que de repente aquele faxineiro (...) não vai te trazer nenhum conhecimento; a gente precisa estar sempre pronto, observando. Eu estou no banco, eu estou observando o operador de caixa, como é que ele faz” (E1, p. 15).

Com relação à atual capacitação para a área, 65% das terapeutas ocupacionais declaram que têm realizado cursos em saúde do trabalhador/reabilitação profissional e/ou áreas afins.

Dentre as 25 que realizaram sua pós-graduação em e/ou também em outras áreas, 64% referem que isto lhes forneceu subsídios para a atuação na Reabilitação Profissional, porém somente em alguns aspectos; 24% consideram que a formação não lhes deu subsídios, e 12% pontuaram que isto ocorreu de forma significativa.

A partir dos dados sobre os tipos de pós-graduação realizados – em sua maioria, especialização e aprimoramento profissional, concentrados em áreas como neurologia, saúde mental, terapia da mão e saúde pública –, nota-se uma tendência à capacitação direcionada à área da saúde, na qual ainda se circunscreve a maior parte das contratações de terapeutas ocupacionais e a maior concentração de pós-graduações direcionadas à profissão.

3.5 Experiência profissional

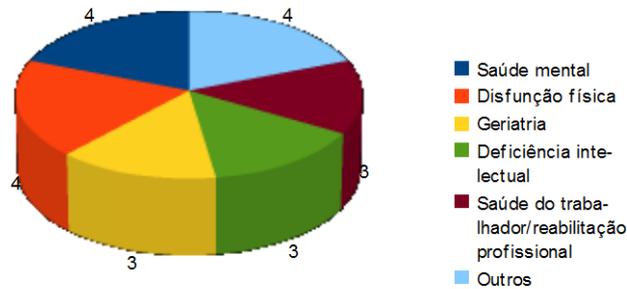
Anteriormente ao ingresso no INSS, 67,5% das terapeutas ocupacionais trabalharam com disfunção física/sensorial e 57,5% e 47,5%, respectivamente, com deficiência intelectual e distúrbios de aprendizagem. Outros 47,5% já haviam atuado na saúde mental, 30% na geriatria, 20% com dependência química, 17,5% na saúde pública/saúde coletiva, 12,5% na

área social, 10% em atividades de docência, e somente 5% e 2,5%, nas áreas de saúde do trabalhador e reabilitação profissional, respectivamente. Os demais 15% referem ter atuado em outras áreas, desta forma citadas pelas participantes: terapia da mão; neurologia; inclusão escolar de crianças com deficiência; atuação em queimaduras; estimulação precoce; auditoria; dor crônica; deficiência intelectual e disfunções físicas e sensoriais na infância e adolescência; reabilitação de membro superior; e neurologia – adulto e infantil.



Sobre a sensação de pertencimento a alguma área específica da terapia ocupacional, das 29 participantes que responderam essa questão, 18 (62% desse total) consideravam pertencer, especificamente, a uma determinada área:

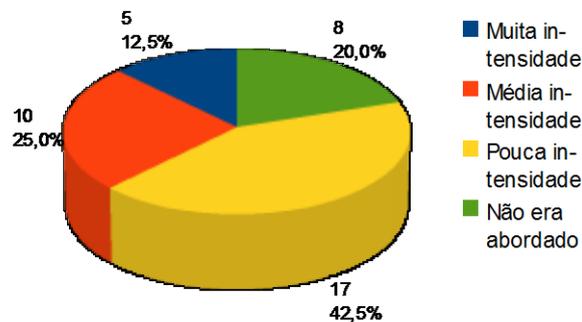
Gráfico 5 - Áreas de pertencimento



3.6 Abordagens e concepções acerca do tema 'trabalho'

No que diz respeito à intensidade com que lidavam com questões relacionadas ao mundo do trabalho nas experiências profissionais anteriores:

Gráfico 6 - Abordagem do tema 'trabalho' nas experiências profissionais anteriores



Aqui, pode-se ter um indício de que grande parte dos indivíduos atendidos pela terapia ocupacional não participa de maneira considerável do mercado de trabalho, estando dele à

margem. Isso pode indicar também a tendência geral de uma não consideração, por parte dos terapeutas ocupacionais, do trabalho como elemento central nas intervenções com sua população alvo, ou, ao menos, do trabalho no mercado formal e informal, para além das oficinas de trabalho protegido, direcionadas geralmente a populações com problemáticas específicas.

Reforça esse indício o fato de que, ao serem questionadas sobre o conhecimento de outras iniciativas de preparação de indivíduos para o retorno ao mercado de trabalho, a maioria das terapeutas ocupacionais mencionou iniciativas e ações voltadas a populações caracterizadas por uma determinada problemática, principalmente pessoas com deficiência, tendo sido a Associação para Valorização de Pessoas com Deficiência (AVAPE), citada por 6 participantes. Somente 2 terapeutas ocupacionais mencionaram locais como os Postos e Centros de Atendimento e Apoio ao Trabalhador (PAT e CAT) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).

No que concerne às concepções sobre ‘trabalho’, todas as entrevistadas levantaram questões referentes à sua grande relevância e centralidade na vida das pessoas, sendo que 2 delas consideram ser necessária uma atuação junto aos segurados para que percebam essa centralidade e possam assim transformar suas relações com o trabalho e sua visão acerca do mesmo, atribuindo-lhe outros sentidos que não somente a geração de renda para subsistência. Com relação a isso, Antunes (2008) nos traz que “uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho” (ANTUNES, 2008, p. 112).

Nas entrevistas, o trabalho apareceu como um componente muito importante na cadeia de significantes e significadores do fazer humano. Foram abordados aspectos que vão desde os significados atribuídos às diversas esferas da vida por meio e/ou a partir do trabalho; o seu papel integrador com os demais acontecimentos e espaços da vida cotidiana; o sentimento de pertencimento social e de contribuição com a sociedade ao trabalhar em algo considerado útil; os impactos do afastamento do trabalho; as relações estabelecidas no/com o trabalho; as transformações no mundo do trabalho, desde em sua organização até nos valores que lhe são atribuídos.

O trabalho tem papéis muito diferentes para as pessoas (...); permite (...) desde a questão da participação social, de que a pessoa passa a maior parte do tempo trabalhando, ela tem a possibilidade de ter outros encontros, produzir alguma coisa, de se valorizar por aquilo que está fazendo. (...) A profissão é uma das coisas que as pessoas utilizam mais para poder se apresentar (...), sentem-se orgulhosas quando são reconhecidas por aquilo que fazem. (...) Vai também, sim, passar pela questão de que “Eu preciso

pagar minhas contas e eu consigo com aquilo que eu faço, eu sei vender meu trabalho, meu trabalho tem valor” que é remunerado também, não é valor só em relação à construção da sociedade, de intervir nos espaços (E6, p. 7-8).

A reabilitação vem muito nesse momento de transformação do significado que essas pessoas dão para o trabalho (E5, p. 24-25).

Vai tendo as suas evoluções ao longo da história, que passa de um trabalho que você tem todo o controle sobre ele (...) até toda a transformação (...) de que ele vai ficando fragmentado, alienado, (...) você nem consegue comprar o produto que você produz (...), para outras relações que são até mais perversas (...), da organização do trabalho, fazendo com que você, sendo colega do outro, exija do outro uma produção porque aquilo te afeta (...). Mas, o que eu fico pensando a respeito dessas coisas todas é o valor que as pessoas dão ao trabalho. (...) É possível que algumas doenças hoje até aflorem mais porque o trabalho não tem mais significado, trabalho não é mais valor. (...) você tem ainda pessoas que valorizam muito a questão da carreira, de se tornar alguém produtivo, de se fazer algo significativo, de contribuir para a sociedade, mas eu acho que esse pensamento está se acabando (E2, p. 19-20).

A gente tinha que falar do mundo do destrabalho, que não tem trabalho, só tem doença e falta de trabalho, o nosso público é isso (E2, p. 19).

Concordamos com a questão da posição central que o trabalho ocupa na sociedade e com o papel integrador que exerce ao instrumentalizar os indivíduos para as diversas esferas da vida, transformando a realidade com e a partir do mesmo. Enfatizamos também a importância de se considerar o mundo do não trabalho – ou do ‘destrabalho’, como coloca E2 – nas ações da Reabilitação Profissional, visto se estar diante de situações de afastamento do mesmo e que podem ocasionar o redimensionamento dos múltiplos aspectos da vida; no entanto, mesmo se referindo ao não trabalho, o que se coloca é, ainda, o trabalho e a concepção de sua centralidade. Além disso, trata-se de indivíduos que se encontram na fronteira entre o mundo do trabalho e o do não trabalho.

Sobre a atuação para a transformação da visão que os segurados possuem a respeito do trabalho e da ampliação dos sentidos que atribuem ao mesmo, acreditamos ser este um assunto bastante delicado, pois não se desconstrói – e nem se deve fazê-lo – uma concepção de trabalho, constituída ao longo de toda uma trajetória profissional, em um universo de possibilidades limitadas como o do Programa de Reabilitação Profissional do INSS, bem como frente a situações de redução da capacidade de trabalho e do receio e insegurança que costumam gerar; tudo isso somado à precarização das condições do mercado de trabalho atual e ao fato de muitos desses indivíduos não terem vivenciado a possibilidade de exercerem

sentidos diversos em seu trabalho, no que diz respeito à escolha do que fazer ou ao exercício de sua potência, por exemplo.

Deve haver, cremos, um esforço conjunto no sentido de auxiliar os indivíduos a construírem, dentro da situação que atravessam, a partir de seu repertório profissional e de suas crenças a respeito do trabalho – tudo isso circunscrito às possibilidades oferecidas pelo Programa –, uma trajetória que leve ao exercício de uma nova atividade profissional, com toda a complexidade a isso inerente.

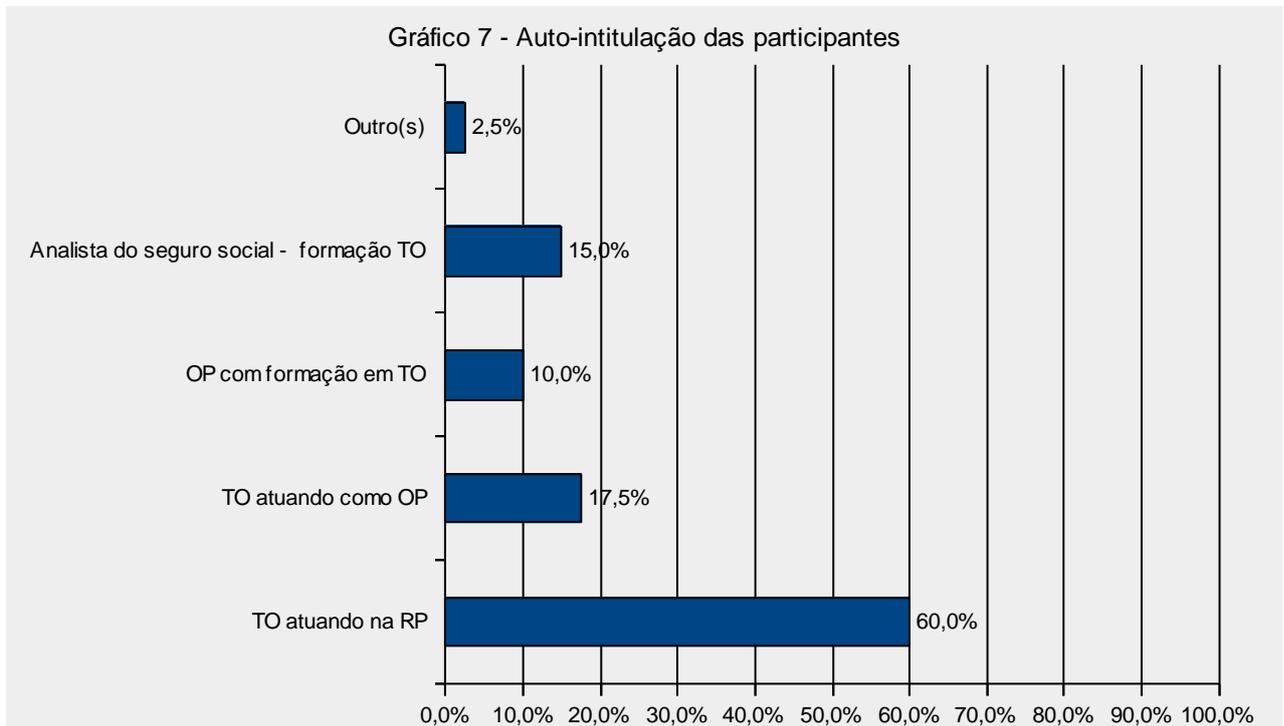
3.7. Autointitulação das terapeutas ocupacionais

Do total de participantes desse estudo, 24 se intitulam como terapeutas ocupacionais atuando na Reabilitação Profissional, 7 como terapeutas ocupacionais atuando como orientadores profissionais, 6 como analistas do seguro social com formação em terapia ocupacional e 4 como orientadores profissionais com formação em terapia ocupacional. 1 delas se intitula também como responsável pela orientação profissional, a partir da opção ‘outros’. 38 das 40 que responderam essa questão assinalaram apenas 1 das opções, tendo as outras 2 optado por 2 delas. No Instituto, o cargo assumido pelas terapeutas ocupacionais contratadas nos anos de 2008 e 2010 é o de Analista do Seguro Social com Formação em Terapia Ocupacional; nas décadas de 1970 e 1980, o cargo era o de Terapeuta Ocupacional.

As terapeutas ocupacionais têm defendido o reconhecimento de sua categoria profissional pelo INSS, o que implica desde a valorização do trabalho junto aos segurados a partir de sua especificidade profissional, até a redução da carga horária para 6 horas diárias, o que ainda não ocorreu.

Sobre se apresentarem como terapeutas ocupacionais aos segurados que atendem, 57,5% declaram que o fazem sempre, 22,5% que o fazem na maioria das vezes, 12,5%, raramente, e 7,5%, que nunca se apresentam enquanto tal. Segue o relato de uma das entrevistadas:

Quando eu falo que sou terapeuta ocupacional (...), alguns perguntam (...), aí eu já amarro no papel ocupacional, (...) pensando “O que são seus papéis ocupacionais? O que te ocupa tempo na vida? Para cuidar de você, para arrumar sua casa, para sair com sua família?” (...) “Se você não estiver conseguindo desempenhar isso de alguma maneira, bem, ou sozinho, o terapeuta ocupacional pode ajudar; ou então quando de repente um desses papéis está doente (...) e adocece todos os outros papéis, então a gente tem que cuidar disso” (E6, p. 40).



3.8 A identidade de terapeutas ocupacionais

Nota-se, no item anterior, a questão da identidade de terapeutas ocupacionais, sentida e/ou ao menos almejada pelas participantes da pesquisa, o que se pôde perceber de forma mais aprofundada em relatos como os que se seguem:

Então tem essa coisa da perda da nossa identidade. Eu acho que a gente não perde a identidade, é a perda da aplicação do nosso conhecimento, porque identidade, TO uma vez que você a tem, não vai perder, você não consegue deixar de ser TO. (...) É diferente o olhar que você tem das pessoas, da condição de vida delas (E2, p. 17).

Quando entrei no INSS, primeiro eu tive um momento de crise, de achar que eu não estava fazendo terapia ocupacional mais, que eu só estava fazendo serviço administrativo (...), mas agora (...) eu consigo perceber o diferencial dos atendimentos com meus segurados como terapeuta ocupacional (E5, p. 5).

Percebe-se a sensação de perda da identidade pelo fato de não mais estarem exercendo ações de práticas profissionais anteriores, em sua maioria de caráter clínico, assunto que será abordado mais adiante no presente texto. Em outros relatos, tem-se o sentimento inicial de distanciamento da identidade profissional ao se deparar com novas demandas e com uma realidade diversa da clínica, e, com o tempo, a percepção de que a identidade continua a

existir, embora dentro de outras configurações frente às novas práticas e concepções que vão sendo delineadas no cotidiano da Reabilitação Profissional do INSS.

Temos, então, questões que vão desde a sensação de uma identidade perdida a uma identidade reconfigurada dentro de novas exigências institucionais, que tornam necessário outro olhar para as potencialidades da profissão:

Antigamente, eu achava que terapia ocupacional era você ficar num setor ensinando treino de prótese, melhorando sua parte de habilidade manual, força manual, através das atividades, fazendo treino de escrita. Depois eu comecei a descobrir que a atividade do trabalho também é uma atividade muito... que faz parte da vida do indivíduo. Então, foi quando eu parti para esse estudo, estar próximo da atividade, das pessoas produtivas, estar lá conhecendo, tentando analisar, tentando achar melhores formas do indivíduo fazer... Mesmo na questão da readaptação, que você conhece a atividade, você pode dar algumas orientações para ajudá-lo a fazer aquela atividade sem prejudicar mais a sua integridade física, eu acho que isso é terapia ocupacional (E1, p. 1).

E2 traz também o prejuízo das ações enquanto terapeutas ocupacionais, decorrente da elevada burocratização das atividades do Programa: “A gente entra com uma vontade danada de ser TO (...) e as demandas do dia a dia, que são demandas de atendimento e de preenchimento de papéis, burocracias mil (...)” (E2, p. 5).

Faz-se necessário refletir se a sensação de perda de identidade é devida ao não exercício da clínica, ou se ocorre por um fator que precede e extrapola o caráter das intervenções: as terapeutas ocupacionais do Instituto têm encontrado dificuldade para construir, com os indivíduos atendidos e nos locais por onde eles circulam ou pretendem circular – mais especificamente, as empresas – ações transformadoras e que permitam o exercício da potência de ação nas esferas da produtividade e do trabalho. Estamos diante de um importante desafio: o de continuar construindo e exercendo a identidade e as potencialidades da terapia ocupacional dentro de um serviço burocratizado e rígido com relação à execução dos procedimentos previstos pelo Programa.

Importante salientar, ainda, que as intervenções das terapeutas ocupacionais e do Programa como um todo, independente de terem ou não caráter clínico, têm-se pautado por uma lógica individualizante, restringindo-se às condições dos trabalhadores isoladamente e não enquanto uma coletividade, não havendo também a necessária ampliação para a reflexão acerca das condições do mundo do trabalho.

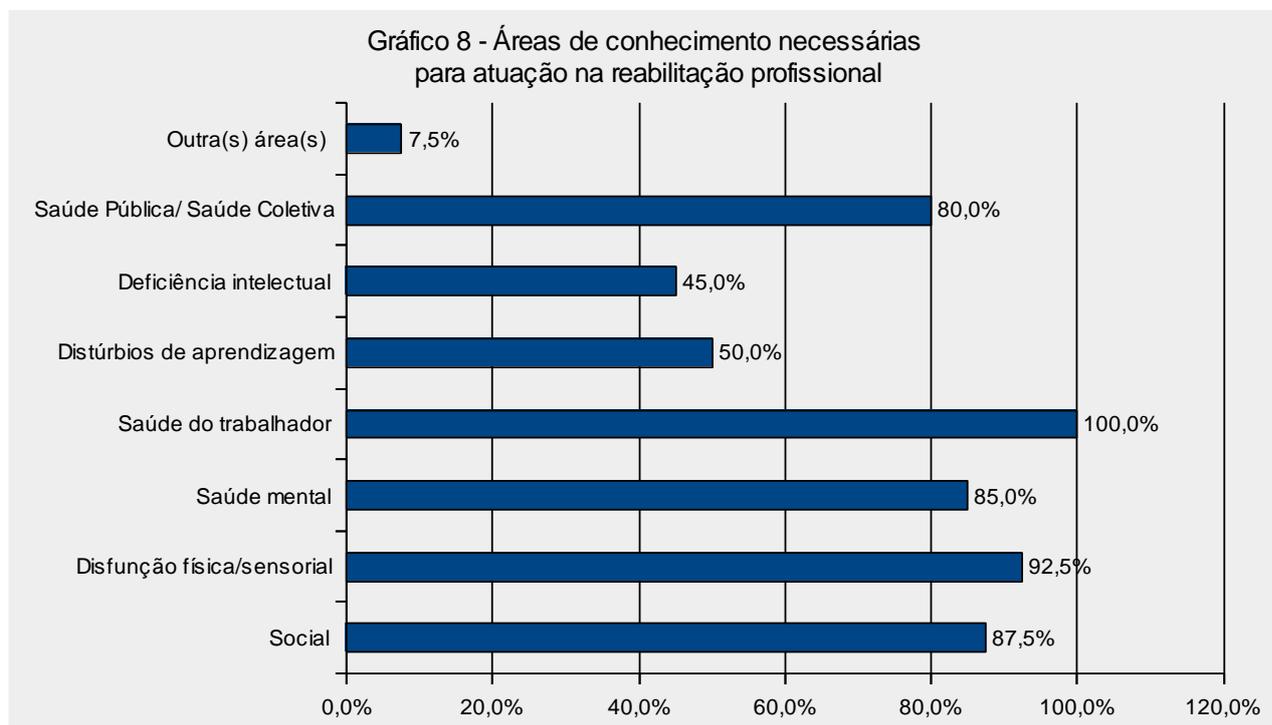
Além disso, há que se considerar, para além do Instituto, as transformações pelas quais vem passando o mundo do trabalho, com a precarização de suas condições e com uma

organização que parece prescindir, cada vez mais, de trabalhadores que necessitem, de alguma forma, do respeito às suas restrições e possibilidades de trabalho, característica da população atendida pelo Programa. Não se pode questionar somente a potência de ação da terapia ocupacional junto aos segurados, pois isso está intimamente relacionado à organização e aos valores atribuídos ao trabalho e aos trabalhadores na sociedade contemporânea, onde se tem observado, cada vez menos, o compromisso, o respeito e o incentivo à construção de potência e de sentido.

3.9 Conhecimentos que consideram importantes para sua atuação

Para a atuação na Reabilitação Profissional, as terapeutas ocupacionais consideram ser necessários conhecimentos das áreas de saúde do trabalhador (100% das participantes), disfunção física/sensorial (92,5%), social (87,5%), saúde mental (85%), saúde pública/saúde coletiva (80%) distúrbios de aprendizagem (50%), deficiência intelectual (45%), além de outras áreas, mencionadas desta forma por 4 das participantes: mercado de trabalho, política nacional; investigação/avaliação da capacidade cognitiva para o aprendizado de nova função; ergonomia; psicologia e direito. Depreende-se que as terapeutas ocupacionais, ou pelo menos parte delas, possuem a dimensão da complexidade da Reabilitação Profissional, que exige não só a inter-relação das diversas áreas mais comumente investidas pela terapia ocupacional, como também interfaces com outros campos e áreas que tratam, por exemplo, do mercado de trabalho e das políticas públicas relacionadas à proteção social dos trabalhadores.

No entanto, a área da Economia, tão intimamente relacionada às questões do trabalho e do mercado de trabalho, não fez parte das opções elencadas. Isso nos leva a crer que, apesar da noção da dimensão recoberta pela reabilitação profissional, as terapeutas ocupacionais carecem de uma ampliação no que diz respeito aos conhecimentos necessários para a atuação nesse complexo campo, que possam levar a uma compreensão sistêmica do trabalho como categoria sociológica.



85% consideram possuir, parcialmente, os conhecimentos necessários para a atuação na Reabilitação Profissional do Instituto e 15% alegam possuir tais conhecimentos.

E2 considera valorosa a produção de conhecimento da terapia ocupacional acerca do trabalho:

Produção de conhecimento na área de TO e trabalho, é muito valoroso o que se produz; tem a Léa com a Lógica do Capital e do Trabalho, você vai ter a Selma Lancman, TOs falando sobre trabalho, com contribuições riquíssimas e sendo usados por outros profissionais. Isso é interessantíssimo do ponto de vista de formação de identidade porque são pares falando sobre o trabalho, mesmo gente que foi para a área de Saúde Coletiva que nem a Lílian Magalhães, que tem coisa sobre LER, grupo de trabalho. Tem toda uma literatura que não é só em uma direção única, você vê gente mais na linha de saúde mental, mais da área da ergonomia... Sempre é uma visão mais global do indivíduo, envolvendo as questões de caráter, dele, da família, do cotidiano, envolvidas com essa questão do trabalho, impacto da falta do trabalho, ou do trabalho que adocece, sobre o sentido que a pessoa tem da identidade dela, do valor que ela tem como pessoa, acho que isso tudo a TO trabalha (E2, p. 24).

Sobre alguns pontos onde a produção de conhecimento em terapia ocupacional é escassa, como a questão do papel da terapia ocupacional na reconstrução da identidade profissional junto a indivíduos afastados de suas atividades de trabalho, E6 nos traz:

Acho que pensar no sentido de estruturar melhor que lugar é esse do terapeuta ocupacional, (...) pensando não só em relação à doença, à adaptação do posto de trabalho, porque tem muito trabalho em relação a isso,

mas eu encontro muito poucos trabalhos da TO falando de identidade profissional, de resgate da história, de valorização desse percurso de atividades profissionais (...). É engraçado porque uma das primeiras coisas que a gente foi fazer na história, depois das guerras, pensando no trabalho, na inclusão desses feridos de guerra, das pessoas que adoeceram no período da guerra, (...) para poderem voltar a produzir (...). A gente precisa resgatar isso (...) e entender o nosso lugar em relação aos recursos que a gente tem (E6, p. 39)

Com relação à insuficiente produção de conhecimento da terapia ocupacional no campo da reabilitação profissional – no sentido de não abordar, ou de fazê-lo incipientemente, as ações que podem ser ou são desenvolvidas pela terapia ocupacional junto a indivíduos que se encontram afastados de seu trabalho –, E6 relatou que, em sua busca por estudos que tratam especificamente desse tema, encontrou 2 livros: um (ROSS, 2007) que relaciona a terapia ocupacional à reabilitação vocacional – como é chamada a reabilitação profissional nos estudos publicados no idioma inglês – e outro (LLOYD, 2010) referente à reabilitação profissional em saúde mental.

Consideramos fundamental que a terapia ocupacional produza conhecimento direcionado à reabilitação profissional, visto que os estudos referentes à temática do trabalho que partem de experiências de outras instituições, submetidas a lógicas diversas da do INSS, podem contribuir para a construção de concepções, ações e proposições no campo, mas são insuficientes para pensá-las dentro da sua distinta realidade.

Quando a gente vê (...) e lê sobre terapia ocupacional em saúde do trabalhador, é uma visão muito diferente porque é uma visão da terapia ocupacional trabalhando no ambulatório, no CEREST, na empresa, e eu não consigo enxergar a aplicação disso dentro do nosso trabalho no INSS. (...) A gente pode trazer coisas de estudos feitos por TOs que trabalham na psicodinâmica do trabalho e saúde do trabalhador, (...) mas acho que é dentro de uma outra perspectiva, porque quando a gente vê, lê ou ouve alguma coisa dessas pessoas falando sobre o INSS, às vezes a postura é tão crítica (...); claro que eu acredito que tem muitas coisas que a gente precisa mudar, mas é possível fazer um trabalho lá dentro e a gente tem que tentar embasar esse trabalho, descrever, pensar melhor, objetivar como é feito, trazer teoria para embasar. (...) Tem que considerar (...) o histórico dessa instituição, os objetivos dela, (...) como a reabilitação profissional foi pensada lá dentro e a evolução que a reabilitação profissional teve (E5, p. 21).

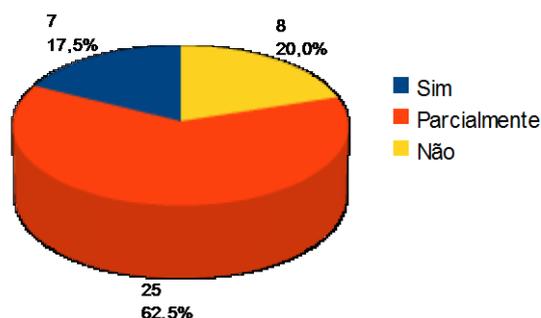
Sobre conhecimentos que avaliam como importantes para a atuação profissional no campo, parte das entrevistadas citou a Ergonomia, enfatizando nesse caso o olhar diferenciado e enriquecedor da terapia ocupacional no que concerne à análise de atividades, estando aí incluída a análise de postos de trabalho.

Foi citada também a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como um instrumento que pode oferecer importantes contribuições para a avaliação da situação dos segurados atendidos pelo Programa, embora isso ainda não se verifique na prática. E2 e E6, por exemplo, pontuam a ampliação das noções de saúde e adoecimento possibilitada por esse instrumento, bem como a questão da atividade e da participação como componentes centrais e determinantes da saúde dos indivíduos, pressupostos bastante presentes na terapia ocupacional. E4 discorreu sobre a importância de se ter noções sobre a saúde pública no cotidiano da Reabilitação Profissional, tanto para o entendimento de como a saúde dos indivíduos está sendo cuidada quanto para a realização das devidas orientações aos segurados, no sentido de buscarem um melhor atendimento às suas demandas de saúde.

3.10 A satisfação no trabalho e as funções básicas do Programa de Reabilitação Profissional

No que diz respeito à satisfação com relação à atuação no Programa, a maioria se declara parcialmente satisfeita.

Gráfico 9 - Satisfação com a atuação na reabilitação profissional



No entanto, quando questionadas se consideram contar com os recursos necessários para as intervenções específicas enquanto terapeutas ocupacionais, 65% declaram que não, 30% dizem que parcialmente e 5% dizem que possuem tais recursos. Dessa forma, e também por outras questões apresentadas ao longo do presente Capítulo, podemos supor que a satisfação parcial referida tende mais à insatisfação que à satisfação.

Com relação às quatro funções básicas da Reabilitação Profissional, segundo o Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional do Instituto, observa-se:

Gráfico 10 - Satisfação com a atuação na avaliação do potencial laborativo

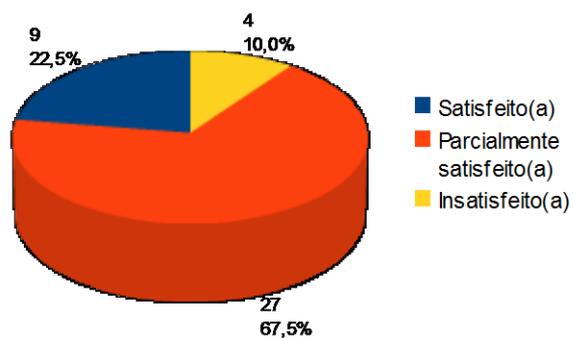


Gráfico 11 - Satisfação com a atuação na orientação e acompanhamento da programação profissional

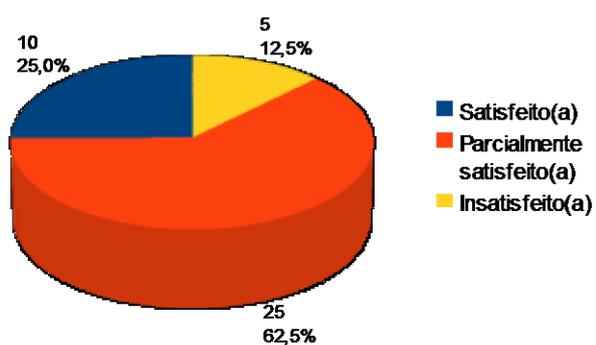


Gráfico 12 - Satisfação com a atuação na articulação com a comunidade

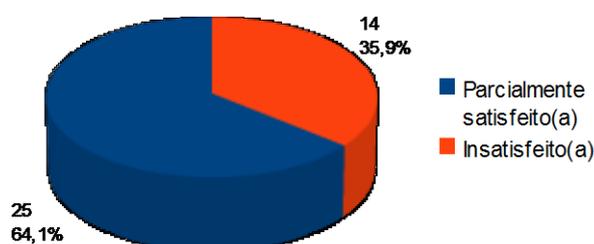
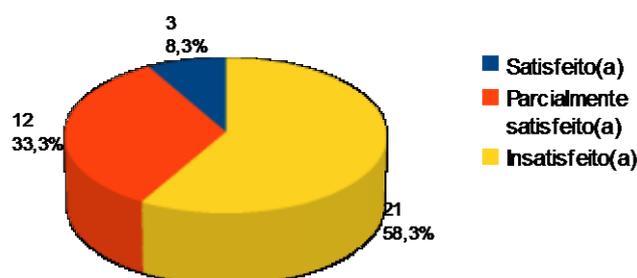


Gráfico 13 - Satisfação com a atuação na pesquisa de fixação



40 participantes responderam sobre as 2 primeiras funções, 38 sobre a terceira e 35 sobre a quarta. Os maiores índices de insatisfação foram verificados na articulação com a comunidade e na pesquisa de fixação, sendo de 35,9% e 58,3%, respectivamente.

Sobre a avaliação do potencial laborativo, as entrevistadas elencaram alguns dos aspectos mais comumente abordados por elas nessa atividade do Programa, tais como: motivação e interesses dos segurados; possibilidades de trabalho – sejam na empresa de vínculo ou como autônomos; diagnóstico situacional – como se apresentam as condições de vida dos segurados; questões referentes ao adoecimento e às limitações e possibilidades físicas/funcionais. Algumas apontaram também a dificuldade para a realização, de fato, de uma avaliação do potencial laborativo dos segurados em conjunto com o médico perito, conforme prevê o Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional, o

que passa, em diversos casos, pelo maior peso da opinião médica a respeito da capacidade laborativa dos segurados e de sua elegibilidade para o Programa.

Eu gosto de anotar, com as palavras do segurado, o que ele acha que ele teve (...). Essa avaliação ajuda muito, naquele primeiro encontro (...); nós vamos pensar no que você já fez, o que você tem de motivação profissional, de interesses, de possibilidades, na tua família, se tem alguém que trabalha, se tem alguém que está abrindo um negócio, se você quer montar um negócio com a tua esposa, a gente vai pensando em mil possibilidades (E6, p. 16).

Na avaliação do potencial (...) que a gente tem que fazer em conjunto com o médico (...), é uma avaliação que pouco acontece; a gente até avalia, entende o processo, mas é pouco ouvido aquilo que a gente tem a colocar e acrescentar naquele momento; (...) a gente tem conseguido mudar isso, mas é uma coisa que incomoda (E4, p. 17).

Avaliação do potencial laborativo, acredito que esteja aqui a nossa maior contribuição, porque a gente não trabalha com a identificação do que ele não consegue só, a gente tenta levantar as coisas que ele tem potencial, que isso não envolve só a capacidade física, envolve desejo, envolve experiências profissionais prévias, você tem que considerar todas essas coisas e acho que isso a gente faz bem (E2, p. 32).

Fica claro que as terapeutas ocupacionais percebem seu potencial profissional para avaliar a capacidade de trabalho de indivíduos que dele estão afastados, elencando os múltiplos aspectos que devem compor essa avaliação e sabendo da necessidade de participação dos segurados nesse processo, bem como dos demais membros das equipes de Reabilitação Profissional. O que nem sempre se verifica é a possibilidade desses múltiplos aspectos serem considerados na avaliação do potencial laborativo, costumando ser priorizada a visão médico-pericial sobre a capacidade e a incapacidade, hegemônica no Instituto e pautada pelas restrições físicas e funcionais decorrentes do adoecimento ou do acidente.

Com relação aonexo causal entre as atividades habituais de trabalho e o processo de adoecimento/acidente do trabalho, isso não tem sido estabelecido pelas terapeutas ocupacionais, que não possuem uma atuação de questionamento às empresas sobre os fatores que podem ter levado ao afastamento dos segurados atendidos. Sua atuação tem se restringido à avaliação do potencial laborativo com vistas ao retorno ao trabalho, seja para a mesma função com as devidas adequações, seja em função diversa da habitual, embora entre as atribuições da Reabilitação Profissional esteja a prevenção de acidentes do trabalho e de doenças profissionais. Aqui se pode notar, novamente, uma leitura e uma prática restritas ao sujeito que trabalha, e não às condições vivenciadas pelos trabalhadores.

Já no que se refere à orientação e acompanhamento da programação profissional, é importante esclarecer que nela se encontram, dentre outras ações, o treinamento de reabilitação profissional nas empresas e a realização de cursos de qualificação e aperfeiçoamento profissional.

O treinamento de reabilitação profissional consiste na realização, pelos segurados, de atividades inerentes a uma função proposta pelas empresas para o seu retorno ao trabalho e considerada compatível pela equipe de Reabilitação Profissional, durante um período de geralmente 30 dias, podendo ser prorrogado conforme a necessidade. Nos relatos das entrevistadas, foi possível apreender que, mesmo que o acompanhamento desse treinamento não costuma ocorrer da forma avaliada como ideal – visitas à empresa e ao posto de trabalho durante o mesmo – as terapeutas ocupacionais constituem-se como uma importante referência nesse processo, colocando-se junto aos segurados e disponibilizando-se para a mediação e resolução dos conflitos e intercorrências existentes durante sua permanência nas empresas. Nesse acompanhamento, elas levam em conta não somente as questões de adaptação das restrições físicas/funcionais às atividades do novo posto de trabalho e vice-versa, mas também as relações com os demais funcionários e o respeito àquilo que foi acordado entre empresa, INSS e segurados com relação as atividades a serem desempenhadas.

E eu sempre deixo muito claro: “Se você chegar lá e não for nada disso, você me liga de lá (...) e a gente já tenta resolver tudo, se for o caso suspende, volta para cá, sai daí” (E6, p. 23).

Quando eu vou entrar em contato com a empresa, eu sempre ligo na presença do segurado (...) e acho que isso muda muito. Tem, além da parte da empresa, a parte das intercorrências (...), os imprevistos, os percalços todos, e de como a gente vai acolhendo essas questões (...). A gente percebe as pessoas que tentam tripudiar, que vão testando todos os limites, e as pessoas que vão tentando fazer tudo dar certo, (...) mas que têm alguma intercorrência que a gente precisa interromper o Programa. (...) A parte da orientação é mesmo um caminhar junto, é saber o que está acontecendo nesse processo de reconstrução dessa identidade profissional, porque é um caminho de reconstrução de várias coisas (...), e aí eu acho que é um lugar onde eles também se sentem acolhidos, e isso no período da orientação profissional eu acho importantíssimo (E6, p. 16).

Coloca-se outra situação na qual as terapeutas ocupacionais não conseguem exercer uma função prevista pelo Programa da maneira como acreditam que deveriam: começa pela restrita participação dos segurados na definição da atividade profissional que irão desempenhar, passando pelo insuficiente acompanhamento do treinamento nas empresas, em

que situações como o descumprimento dos acordos poderiam ser evitadas se elas tivessem condições de estar mais presentes, visitando os locais de trabalho antes do treinamento e durante o mesmo. As visitas acabam ocorrendo, em sua grande parte, nos casos de conflitos e problemas como o descumprimento mencionado, não se configurando como uma prática existente em todos os treinamentos de reabilitação profissional realizados.

No que diz respeito aos cursos de qualificação e aperfeiçoamento profissional, as entrevistadas referem que essa ação é bastante relevante no sentido de ampliar as possibilidades de preparação para uma nova atividade profissional, principalmente nos casos em que não é possível o retorno à empresa de vínculo via treinamento, ou quando os segurados não possuem vínculo empregatício. Aparece também, em alguns dos relatos, a participação fundamental das terapeutas ocupacionais na identificação e construção de interesses dos segurados em novas áreas de atuação profissional, que culminam na realização de cursos com vistas ao incremento de suas chances de reinserção no mercado de trabalho. Segundo o Manual (BRASIL, 2011) que rege os procedimentos do Programa, deve haver o desligamento dos segurados do mesmo logo após o término do(s) curso(s); no entanto, algumas das entrevistadas tentam uma nova negociação com a empresa para reinserção dos segurados após essa qualificação, visto que com isso eles passam a ter uma nova capacitação profissional.

Em muitos casos, tem-se a simplificação desse processo de construção de interesses acerca de uma nova área profissional, explicada, dentre outros fatores, pelo número geralmente elevado de segurados atendidos, pela restrição de possibilidades de cursos, quase sempre reduzidos àqueles oferecidos gratuitamente pelas Prefeituras e/ou por comunidades locais e ao convênio entre o INSS e o Senai – que possui número limitado de vagas e terminou no final de 2011, ainda sem renovação –, e pela dificuldade de se levar em conta outros aspectos que não somente as restrições físicas e funcionais nessa construção. As terapeutas ocupacionais têm lutado pela ampliação tanto do leque de cursos ofertados, com o início da realização dos processos para aquisição de cursos via setor de Logística do Instituto, quanto pela composição de fatores como o repertório profissional e os interesses dos segurados na definição da área escolhida, o que está previsto no Decreto 3.048/99 e no Manual Técnico, porém nem sempre se observa no cotidiano do Programa.

Com relação à articulação com a comunidade, P36 acrescentou, ao final do questionário, “a necessidade da ampliação do rastreamento de recursos na comunidade para

formalizar parcerias que permitam oferecer aos segurados um retorno ao mercado de trabalho seguro, diversificado e eficaz”. Nas entrevistas, embora todas as terapeutas ocupacionais avaliem essa ação como fundamental para o cumprimento dos objetivos do Programa, constatou-se que em alguns locais essa articulação praticamente não ocorre ou é feita de forma bastante restrita, ao que atribuímos o índice de insatisfação entre 35,9% das participantes. Em outros, o que parece ser ainda a minoria, a mesma é realizada consistentemente e considerada como uma das ações mais essenciais para a construção de estratégias junto aos segurados, sendo colocado que somente o conhecimento da comunidade e de seus recursos, incluindo-se aí o mercado de trabalho e as possibilidades de qualificação profissional, pode levar a um processo consciente e satisfatório de instrumentalização dos indivíduos frente ao mundo do trabalho. Os trechos abaixo ilustram as diferentes situações encontradas na realidade do Programa de Reabilitação Profissional:

Ela é praticamente nula, a gente não tem muitas pernas para realmente conseguir isso; a gente fica muito restrito à cidade de (...) e tem muitos segurados de outras cidades. E para buscar isso em outros municípios é mesmo só com ajuda, no nosso caso com as estagiárias, de pedir “olha, liga aqui para mim hoje, procura se tem um curso de informática básica em Franco da Rocha”; e é muito difícil essa articulação. A gente deveria priorizar mais isso, mas com o acúmulo de casos, o acúmulo de atendimentos e de problemas que a gente tem que resolver durante o dia, a gente não consegue realmente se dedicar à estruturação disso (E4, p. 9 e 10).

Quando eu entrei no Programa, eu tinha uma visão mais crítica, era mais pessimista (...), pensei inclusive em sair desse trabalho porque eu me sentia enganando o segurado. Como eu vou falar para ele que depois que sair do benefício ele vai conseguir trabalho, vai conseguir reestruturar a vida dele, fazendo uma profissão totalmente diferente, que ele com 50 anos vai ser contratado em uma outra empresa? E o recurso da comunidade fez toda a diferença para mim, porque quando (...) eu comecei a entender o contexto do que está acontecendo em relação à inclusão dessas pessoas no mercado de trabalho, eu passei a acreditar. Ter o contato com a comunidade é tudo, porque como é que eu posso dizer para ele “Olha, pode ir embora que lá fora está tudo certo para você, tem várias oportunidades”, se eu não conheço a comunidade (...) e que possibilidades da comunidade são essas? (E6, p. 20).

É diferente quando eu falo “Olha, existe a legislação, existem vagas”. Tem um monte de anúncios na minha sala, de jornal (...). Eu falo “tá vendo, tem um monte de empresa procurando” (...) “Dá uma passada no CAT, vai assim de curioso, pergunta que vaga tem no teu perfil, com a tua escolaridade (...)”; porque é isso, é a possibilidade real do trabalho, aí eles falam “tem”. A gente lança mão também de muito recurso da internet, de procurar nesses sites, Deficiente Online, aquele outro, (...) O Via Rápida (E6, p. 19).

Tem-se aqui uma discussão bastante presente na terapia ocupacional e em demais

profissões que se dedicam à ampliação de possibilidades e de espaços de trocas afetivas e sociais junto a indivíduos e populações que encontram dificuldades de participação social: a necessidade do conhecimento do entorno, das demandas e características dos locais nos quais se deseja uma inclusão. Pensando a inclusão como um processo no qual deve haver tanto a instrumentalização dos indivíduos e populações para se apropriarem dos lugares sociais, quanto a preparação e melhoria desses lugares no sentido de permitirem e acolherem a coexistência de diversos modos de ser, as terapeutas ocupacionais do Instituto estão aquém desse processo, visto não estarem conseguindo efetivar sequer o levantamento dos recursos e das demandas existentes na comunidade, quanto mais realizar um trabalho com vistas à maior receptividade dos segurados pelo mercado de trabalho.

Quanto à pesquisa da fixação, cremos que o alto índice de insatisfação entre as participantes se deve também ao fato de que em boa parte dos locais ela não ocorre, ou é feita de maneira insuficiente de modo a não abarcar todos os segurados reabilitados, ou é realizada por outros profissionais que não as terapeutas ocupacionais. Essa outra função básica do Programa também é tida como de extrema importância, sendo que a partir dela se torna possível verificar se ocorre a permanência dos segurados reabilitados no mercado de trabalho e em que condições isso se dá. Seguem alguns dos excertos:

A pesquisa de fixação é quando a gente realmente descobre se deu certo a coisa ou não. (...) Alguns segurados vêm muitos satisfeitos (...); a gente constatava também que algumas empresas não continuavam respeitando as limitações (...). “Eles não estão respeitando o que a gente tinha combinado, o que a gente tinha feito no treinamento, vocês podem fazer alguma coisa?” Eu olho bem para eles: “sinceramente, a gente não tem mão para isso”; aí oriento quanto ao Ministério do Trabalho, procurar os direitos, mas essa parte de fiscalização não cabe à gente, então a gente fica meio limitado a algumas coisas (E3, p. 6 e 7).

A grande maioria que eu acompanhei até hoje, eles estavam na mesma função, alguns ainda estavam na mesma empresa, mas com alguma alteração na função em que foi feito o treinamento (...), alguns bem, alguns relatando que já estavam quase parando de novo. (...) O quanto é importante a pesquisa para a gente ver possíveis falhas que possa ter cometido e não vir a fazer de novo, (...) e também para perceber aquelas funções que a gente já viu que não eram muito legais (E4, p. 10 e 11).

Algumas das entrevistadas apontaram, ainda, a dificuldade sentida ao nada poderem fazer quando se deparam com situações trazidas pelos segurados, como o desrespeito, por parte das empresas, com relação à manutenção das condições de trabalho adequadas às suas possibilidades. Também apareceram críticas com relação à qualidade do instrumento

padronizado utilizado na pesquisa da fixação, no sentido dele não abarcar questões como a satisfação com a situação de trabalho atual, restringindo-se basicamente à permanência ou não dos segurados no mercado de trabalho. Essa ação é realizada por meio de 2 entrevistas com os segurados reabilitados após o seu desligamento, semestralmente, ao longo de um ano. Até o momento, não foi apresentado pelo INSS algum relatório sobre os seus resultados; ela vem sendo realizada desde 2009 e seus dados têm sido compilados e enviados periodicamente para as Superintendências Regionais do Instituto.

3.11 A especificidade da terapia ocupacional no Programa de Reabilitação Profissional

As participantes da pesquisa foram unânimes em afirmar que a terapia ocupacional se trata de uma profissão fundamental para o Programa de Reabilitação Profissional do INSS.

30 delas, o que corresponde a 75% do total das participantes, consideram ter implementado no Programa ações específicas da terapia ocupacional, sendo que destas, 23 (76,7%) referem tê-lo feito ao trazer melhoria na qualidade das intervenções que já vinham sendo desenvolvidas, sem novas ações específicas, mas com o enriquecimento das práticas a partir dos pressupostos da terapia ocupacional. As outras 7 (23,3%) declaram que o fizeram implementando novas atividades da terapia ocupacional, tais como: avaliação de terapia ocupacional em casos diversos; confecção de adaptações; elaboração de parecer específico da terapia ocupacional; início da avaliação das atividades realizadas pelos segurados, do posto de trabalho e adequação dos cursos aos anseios dos segurados.

Diversos foram os pontos identificados pelas entrevistadas no que se refere à especificidade da terapia ocupacional nas ações do Programa, sendo muito presente e forte em seus relatos a questão da formação e da atuação profissionais direcionadas à compreensão da atividade humana e de suas diferentes formas de realização e significação; ao trabalho para a construção de maneiras diversas de realização de atividades pelos indivíduos, incluindo possibilidades adaptadas; à análise das atividades; à construção conjunta de novos caminhos e trajetórias de vida; o olhar para os múltiplos aspectos da vida de atividades dos indivíduos; o auxílio para os seus processos de reinserção e/ou inclusão nos variados espaços sociais.

Outro aspecto bastante apontado e que não é necessariamente específico da terapia ocupacional foi a inauguração de espaços de escuta e de novas relações junto aos segurados dentro do INSS, o que reforça o significado do servidorismo público:

Tem gente que fala “Nossa, muito obrigado, você me atendeu tão bem, isso não existe no INSS, vou fazer até uma carta”; “Não, meu querido, eu estou aqui para isso, você devia exigir de todos os servidores esse comportamento, nós estamos aqui para servir o público” (E6, p. 35).

Tratando mais especificamente da Reabilitação Profissional, enfatizou-se nas entrevistas a potencialidade da terapia ocupacional – nem sempre exercida – na análise do posto de trabalho; na identificação de possibilidades de adaptação dos postos e ambientes de trabalho às condições dos segurados; na capacidade de ampliar o foco das intervenções para além da questão profissional propriamente dita, considerando as demais esferas da vida como fundamentais e determinantes para todo e qualquer processo de reinserção e/ou reconstrução que se deseje realizar; nos conhecimentos com relação ao corpo e aos cuidados que se deve ter com ele, no trabalho e nas demais atividades cotidianas; no papel fundamental para a criação de estratégias para a reinserção no mundo do trabalho, envolvendo desde ações que instrumentalizem os segurados até transformações nos locais de trabalho para os quais irão retornar.

Nossa especificidade fica mais na avaliação quando a pessoa vem para a Reabilitação Profissional, que a gente considera tanto a questão do posto de trabalho, da capacidade laborativa da pessoa, mas a articulação que a gente faz disso com as outras questões, quando a gente consegue conversar com a pessoa sobre a vida diária dela, (...) o que a gente precisa trabalhar antes de encaminhar ela para uma profissionalização (E5, p. 16).

Quando a gente fazia os laboratórios de atividades, os atendimentos na sala que a gente montava e construía as atividades; quando estou com eles na sala eu penso muito nisso, eu observo muito como eles trazem aqueles montes de pastas, exames e remédios (...) e aquelas pastas geralmente são todas reviradas, que você fala “Gente, acho que a pessoa vive dentro dessa pasta”. Isso é muito nosso, de pegar essas sutilezas da dinâmica de funcionamento deles, da vida mesmo. De não estar presa só no que está impossibilitando o trabalho, mas de pensar o que está impossibilitando tudo: “O que está acontecendo na sua vida? O que está tão difícil? Por que está tudo tão complicado?” (E6, p. 10).

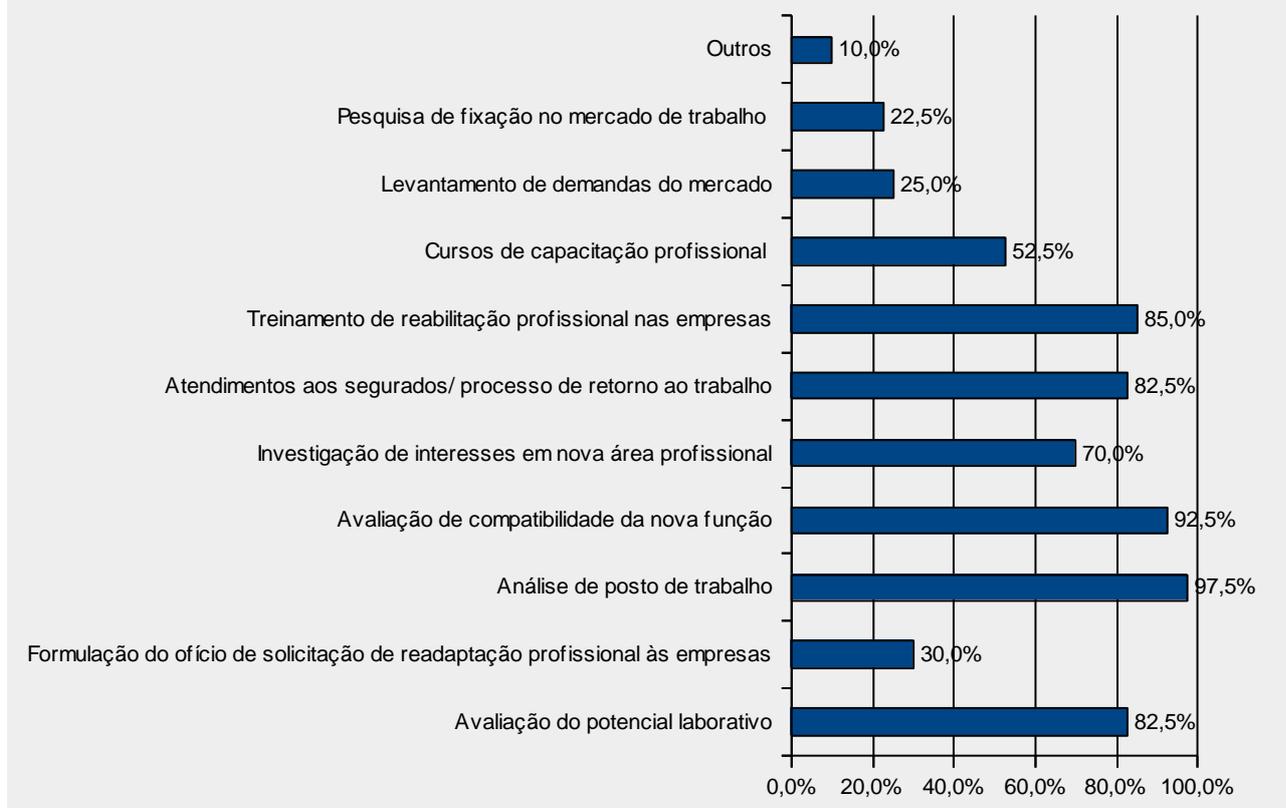
A TO, por ter essa característica de estudar a ação humana, de estudar nosso agir no mundo, tem muito a contribuir; a forma que a gente tem de olhar para isso, da observação, de oferecer formas diferentes da pessoa conseguir estar e agir dentro do que ela quer, dos objetivos que ela tem (E4, p. 3).

Se você pegar uma pessoa que cai com um psicólogo, tem todo um lado psique sendo trabalhado, mas se continua fazendo atividades que causam lesões, ele vai continuar sentindo dor, ele vai ter que ter alguém que acompanhe nessa área também; se ele for para a fisio e não trabalhar com as questões da casa, só com a questão funcional de fortalecimento e não

trabalhar a forma do fazer... Eu acho que essa essência, a forma do fazer, então é o fazer repensado, recriado, reorganizado (E2, p. 24 e 25)

Quando elencadas as ações previstas/desenvolvidas pelo Programa, 97,5% das terapeutas ocupacionais declaram encontrar especificidade (da profissão) na análise do posto de trabalho, 92,5% na avaliação de compatibilidade da nova função/atividade profissional dos segurados, 85% na viabilização e acompanhamento do treinamento de reabilitação profissional dos segurados em suas empresas de vínculo, 82,5% na avaliação do potencial laborativo e definição da elegibilidade dos segurados ao Programa, 82,5% na identificação de questões e construção de ações para enfrentamento e vivência das questões pertinentes ao retorno ao trabalho, 70% no trabalho de investigação, levantamento e construção de interesses dos segurados acerca de uma nova área de atuação profissional, 52,5% na viabilização e acompanhamento de cursos de capacitação profissional realizados pelos segurados. Menor especificidade profissional foi conferida a outras ações, tais como a formulação do ofício para solicitação de readaptação profissional às empresas e as restrições a serem observadas (30%), o levantamento de demandas e exigências do mercado de trabalho (25%), a pesquisa da fixação dos segurados no mercado de trabalho após seu desligamento do Programa (22,5%). Foram indicadas, por 10% das participantes, demais estratégias em que consideram encontrar especificidade: atendimentos em grupo; acompanhamento e treinamento nos casos de prescrição de órteses e próteses; articulação com serviços de saúde na comunidade em ações referentes à saúde do trabalhador; discussão de casos com os peritos médicos.

Gráfico 14 - Especificidade da terapia ocupacional nas ações do Programa



Com relação às mudanças que perceberam ocorrer em seus locais de atuação após o seu ingresso, aparecem, nas entrevistas, a construção de melhores relações com os segurados do que as que vinham acontecendo até então; um difícil trabalho para a transformação da visão de alguns dos membros da equipe a respeito dos segurados, de uma postura de culpabilização deles para a de compreensão e escuta; a ampliação da Reabilitação Profissional para além das atividades de elevação de escolaridade, retorno à empresa e realização de cursos de qualificação profissional.

Enfim, constatamos estar havendo melhoria, ou ao menos uma busca pela melhoria das ações do Programa – trabalho já desenvolvido pelas terapeutas ocupacionais contratadas nas décadas de 1970 e 1980, mas que foi perdendo sua força com a saída das mesmas e com o sucateamento sofrido pelo Programa como um todo –, a partir do ingresso das novas terapeutas ocupacionais no Instituto, no sentido de possibilitar a construção de espaços de escuta, avaliação e compreensão das situações de vida dos segurados para além da doença e/ou seqüela apresentadas, partindo-se de uma visão ampliada de Reabilitação Profissional, que pressupõe a criação de estratégias que ultrapassem o encaminhamento para as empresas

de vínculo ou para cursos. Pensamos que a visão que a terapia ocupacional direciona aos indivíduos, de maneira a considerar os múltiplos desdobramentos, significações e atravessamentos inerentes às suas maneiras de ser, estar e agir no mundo, constitui-se como parte essencial da formação e do desenvolvimento de práticas e concepções dentro da profissão, existindo, desta forma, uma potencialidade para a transformação das intervenções do Programa de Reabilitação Profissional do INSS. Os excertos abaixo ilustram algumas das mudanças apontadas pelas entrevistadas:

Segurado não entendia as coisas, segurado não tinha paciência, era bastante resistente, e mudou muito a postura do segurado depois do meu contato com ele (...). Sentei com o segurado, chamei para expor a situação, pra expor o objetivo do Programa. Mudou muito a postura dos segurados e o olhar para a reabilitação (E3, p. 8).

Segurado que a gente encaminhava para o curso e ele não ia (...) e depois a gente descobriu que ele tinha saído de casa, que tinha separado da esposa e que era alcoolista. (...) a gente conseguiu fazer esse encaminhamento para o CAPS AD; então são questões que extrapolam, mas não deveriam extrapolar a reabilitação profissional, porque se continuasse no uso de álcool e nesse momento da vida dele que ele estava, ele não ia conseguir fazer um curso, não ia conseguir voltar ao trabalho e ia acabar sendo desligado da perícia e não ia ser reabilitado. (...) É um pouco disso que a gente traz, não olhar só aquela questão imediatista de voltar ao trabalho da forma mais rápida possível, mas conseguir ver as outras questões da vida da pessoa (E5, p. 15).

Questionou-se, também, se alguma(s) dessas ações são exercidas somente pela terapia ocupacional em sua Gerência; se consideravam que alguma(s) delas deveria(m) ser exercidas somente pela terapia ocupacional, e se possuíam condições de trabalho para a realização das mesmas com qualidade e, se sim, de quais delas, tendo 37 das participantes respondido essas questões. Das ações previstas pelo Programa, 10 participantes, ou seja, 25% das que responderam, apontam que a análise do posto de trabalho é realizada somente pelas terapeutas ocupacionais em seus locais de trabalho, sendo que as demais ações previstas, quase que em sua totalidade, são feitas pelas terapeutas ocupacionais juntamente com profissionais de outras formações.



15 participantes, ou seja, 40,5% das terapeutas ocupacionais que responderam a questão, não consideram que alguma(s) dessas ações deveriam ser desenvolvidas exclusivamente pela terapia ocupacional. 22, ou seja, 59,5% delas consideram que alguma(s) das ações previstas pelo Programa deveria(m) ser exercida(s) somente por terapeutas ocupacionais, principalmente a análise de posto de trabalho:

Gráfico 16 - Ações consideradas como devendo ser exercidas somente pelas terapeutas ocupacionais, em número de citações



3.11.1 Análise de posto de trabalho e avaliação de compatibilidade das funções

Aqui, a análise de posto de trabalho está sendo considerada enquanto aquela realizada in loco, ou seja, nas empresas de vínculo dos segurados. Já a avaliação de compatibilidade das funções indicadas pelas empresas para a reinserção dos segurados é mais abrangente, podendo ser realizada com a análise de posto de trabalho, mas também de outras maneiras, como por meio de relatórios de descrição das atividades enviados pelas empresas.

Nas entrevistas, verificou-se que o formulário para Análise de Posto de Trabalho – um dos anexos do Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional de 2005 (e que foi retirado do mesmo em sua edição de 2011) vinha sendo utilizado pelas terapeutas ocupacionais para embasar sua análise de postos de trabalho, não ocorrendo o preenchimento completo desse instrumento pelas entrevistadas. Para tanto, elas também lançam mão dos conhecimentos que possuem acerca da análise de atividade e de conhecimentos sobre análise de posto de trabalho, presentes na terapia ocupacional e em áreas como a Ergonomia e adquiridos em sua formação profissional na graduação, pós-graduação e/ou nas experiências profissionais.

A gente tem uma identidade muito forte com a questão da análise de posto, (...) isso deveria ser só nosso (...). TO, se fizer Ergonomia, tem a visão muito mais aberta. Acho que a gente tem isso na nossa formação, pela análise de atividade, não estou nem falando por uma disciplina ‘Saúde do Trabalhador’,

estou falando pela nossa formação de base mesmo, isso é muito próprio da TO (E2, p. 21).

Conforme os dados apresentados nos gráficos 14, 15 e 16, nota-se que a terapia ocupacional atua de maneira significativa na análise de posto de trabalho, enxergando nessa ação desenvolvida pelo Programa uma forte especificidade da profissão, bem como na avaliação de compatibilidade das funções indicadas pelas empresas. Nos relatos das entrevistadas, percebe-se que tais ações são geralmente desenvolvidas em conjunto com os médicos peritos.

Quanto à participação dos segurados, eles podem ou não estar presentes no momento de avaliação do posto de trabalho e fornecer elementos para a avaliação de compatibilidade da função. O que se observa, no entanto, é que essa definição costuma ser realizada pela equipe do Programa, mesmo quando há a participação dos segurados durante todo esse processo, visto que costuma ser priorizada, conforme dados do gráfico 17, a adequação das atividades às suas limitações físicas/funcionais. Podem ser desenvolvidas novas estratégias quando as atividades não ficam claras aos segurados ou lhes geram insegurança, como visitas dos segurados para conhecer as atividades na empresa, telefonemas dos responsáveis pela orientação profissional para esclarecimentos de dúvidas, rediscussões da equipe sobre as atividades oferecidas pelas empresas, orientações aos segurados, construção junto aos segurados de ações para enfrentamento da situação de retorno ao trabalho, dentre outras.

A análise do posto de trabalho constituiu-se como ação fundamental para o reconhecimento da importância da terapia ocupacional no Programa de Reabilitação Profissional, sendo um dos componentes principais para se justificar a contratação de 183 novos terapeutas ocupacionais nos anos de 2008 e 2010, conforme colocado por Struffaldi (2011).

Com relação aos aspectos considerados pelas equipes para a avaliação de compatibilidade das funções indicadas pelas empresas, tem-se:

Gráfico 17 - Avaliação da compatibilidade das funções indicadas pelas empresas



Quando questionadas se é priorizada a tentativa de retorno dos segurados ao trabalho em sua função habitual, 51,3% das participantes referem existir essa prioridade. As entrevistadas consideram que a forma ideal de se avaliar as funções seria através da ida à empresa para análise de posto de trabalho, em todos os casos. Como isso nem sempre ocorre na prática profissional, adotam-se outras formas de realização dessa avaliação, tais como o envio de fotos do posto de trabalho e de relatórios de descrição das atividades pelas empresas e a descrição das atividades pelos segurados, quando eles as conhecem a partir das experiências profissionais anteriores em suas empresas de vínculo.

A gente avalia (...) como é, para a pessoa, fazer aquilo, e às vezes a descrição da empresa é suficiente para a gente avaliar. Às vezes a pessoa conhece o posto de trabalho, então também ajuda a gente a entender. (...) Ideal mesmo seria a gente poder se deslocar para toda empresa, (...) alguém fazendo aquela atividade lá e até avaliar o próprio segurado (...) pelo menos uma vez durante o treinamento (E4, p. 11).

Pode-se constatar, com as entrevistas, que tem havido um esforço para a ampliação tanto dos aspectos a serem considerados para analisar se uma função é realmente compatível a determinada pessoa, quanto da consideração das opiniões e questões dos segurados nessa definição, como se vê nos relatos abaixo:

Qualquer dúvida que tenha com relação à análise do posto de trabalho (...), eu tento conversar com a empresa (...). E a visita mesmo, se não esclarece, e de teimar também com o médico para que ele entenda o porquê da gente estar vendo outras coisas (E4, p. 12).

As questões físicas, as questões cognitivas e a condição emocional da pessoa. (...) eu saí desse posto certa de que ela tinha condições cognitivas e

físicas e falei para o médico “olha, não vai dar certo, porque ela está muito revoltada” (E2, p.14).

Tal ampliação se constitui em um importante desafio, visto que para o Instituto, a concessão do benefício de auxílio-doença – como sua própria nomenclatura explícita – é devida aos segurados que estão comprovadamente impossibilitados de exercerem suas atividades habituais de trabalho por motivo de doença ou de sequelas de acidentes, não havendo o devido espaço para questões de outras ordens. No caso da Reabilitação Profissional, destinada prioritariamente aos segurados que estão recebendo essa modalidade de benefício, o motivo que leva ao encaminhamento deles ao serviço é sempre referente à redução da capacidade laborativa pelos motivos acima citados; no entanto, as terapeutas ocupacionais colocam a necessidade de que sejam levados em conta outros aspectos que com eles interagem e que podem ser igualmente determinantes do processo de retorno ao trabalho, como as intercorrências sociais, as dificuldades impostas pelo mercado de trabalho, dentre outros.

3.12 Condições para o exercício das ações enquanto terapeutas ocupacionais

16 participantes, o que equivale a 43,2% dessas 37 terapeutas ocupacionais, consideram não possuir condições para exercer, com qualidade, nenhuma das ações previstas pelo programa; 7 delas, ou seja, 18,9%, acreditam possuir tais condições para exercer todas elas. Abaixo, tem-se as ações mais elencadas pelas terapeutas ocupacionais que referem ter condições de exercer, com qualidade, todas ou alguma(s) delas:

Gráfico 18 - Ações consideradas como possuindo melhores condições de execução, em número de citações



Sobre as condições de exercer, de forma efetiva e autônoma, ações enquanto terapeutas ocupacionais em seu cotidiano de trabalho, 62,5% referem ter, parcialmente, tais condições, 22,5% dizem possuí-las e 15% referem que isso não ocorre.

É alarmante o fato de quase metade das terapeutas ocupacionais avaliarem que não encontram condições para desempenhar, com qualidade, nenhuma das ações do Programa. A crença das participantes na potencialidade da terapia ocupacional nos processos de retorno ao trabalho a partir de suas ações no Instituto e na melhoria da Reabilitação Profissional tende a ser minada se não houver um processo gradativo de melhoria da estrutura do Programa e das condições de trabalho das equipes que o compõem.

3.13 Ações que gostariam de desenvolver

No que diz respeito a ações que gostariam de desenvolver como terapeutas ocupacionais no Instituto, foram elencadas pelas entrevistadas: treino funcional, individual e/ou grupal, direcionado a segurados com disfunções físicas, principalmente lesões de membros superiores; realização de grupos com os segurados no sentido de potencializar suas aptidões e capacidades para o trabalho e para demais esferas da vida; incremento dos recursos

para avaliação dos segurados em atividade; ampliação da atuação nas empresas de vínculo dos segurados, abrangendo desde a melhoria e o aumento das análises de postos de trabalho até uma atuação para conscientização dos demais funcionários acerca das situações vivenciadas por segurados afastados de seu trabalho e da reabilitação profissional; desenvolvimento de intervenções junto aos servidores do Instituto para melhoria de sua qualidade de trabalho e de vida; pesquisa/levantamento do público atendido pelo Programa para desenvolvimento de proposições voltadas às reais demandas existentes.

Questão de treino funcional e trabalho grupal para esse despertar potencialidades, mostrar o quanto eles são capazes ainda, que eles ainda tem a limitação, mas tem mais capacidade ainda, então é isso que eu sinto falta e queria fazer (E3, p. 13).

Ter tempo, um atendimento mais tranquilo, uma sala com materiais propícios (...) e até mesmo de servir como ferramenta de avaliação: se eu nunca vi aquele cara mexendo no computador (...) como é que eu vou saber realmente que ele vai ter condições? (...) Mas aí tem que ter o recurso para isso, uma autorização legal, ações mais de TO mesmo, mas que sejam reconhecidas como parte do trabalho; não só a gente tentar ir introduzindo isso aos poucos dentro do nosso trabalho, ali naquela brechinha do atendimento (E4, p. 13).

Saúde do trabalhador com os funcionários, eu poderia fazer (...); mas como é que eu ligo as pessoas ali, com aquela fila imensa? (E2, p. 21).

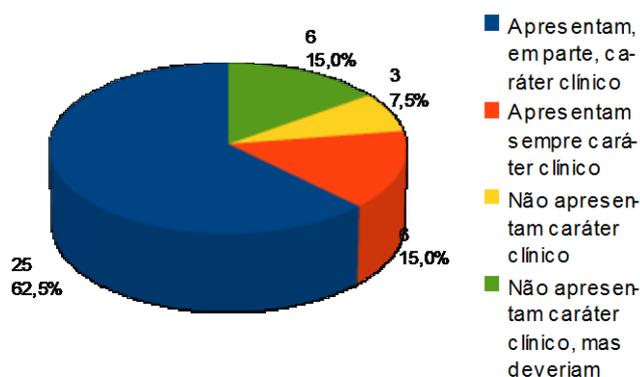
Eu já fiz essa proposta para a chefia a semana passada, que a gente precisava parar e fazer um levantamento do nosso público, um estudo do nosso público, para poder fazer proposição; senão você não tem proposição para fazer (E2, p. 28).

Outra questão que as terapeutas ocupacionais identificaram, nas entrevistas, como devendo ser mais exercida por elas, é a da participação nos processos de protetização dos segurados, compreendendo a avaliação, a prescrição e a adaptação dos segurados às próteses. A protetização e a atuação da terapia ocupacional nessa área são bastante variáveis entre as Gerências Executivas, havendo da não concessão de próteses até a existência de convênios com instituições de reabilitação física/funcional, garantindo desde a prescrição e concessão (realizadas pelo Instituto) até o treino dos segurados para adaptação às próteses, com maior ou menor participação das terapeutas ocupacionais ao longo dessas etapas.

3.14 O caráter das intervenções

Sobre a presença do caráter clínico, aqui aproximado do sentido de terapêutico, e pontuado pelas pesquisadoras, no questionário, como o processo e a relação estabelecida entre as partes – no caso, terapeuta ocupacional e segurado – a partir dos quais se realizam as intervenções:

Gráfico 19 - Presença do caráter clínico nos atendimentos



Nas entrevistas, conforme já referido no presente texto, observou-se que o distanciamento da prática clínica, à qual grande parte delas estava habituada, significou um distanciamento do próprio 'ser TO', da própria identidade profissional. Outro aspecto que expressa o caráter terapêutico presente nas concepções e formas de atuação das participantes é a composição das equipes considerada como a mais apropriada para a Reabilitação Profissional (p. 128), tendo uma parcela significativa delas assinalado profissões (além da própria, mencionada por todas) encontradas com frequência na área da saúde e com as quais a terapia ocupacional costuma compor equipes multiprofissionais, como a medicina, a psicologia, o serviço social e a fisioterapia, em detrimento de outras como a sociologia, a antropologia e o direito.

Algumas das entrevistadas falaram sobre a identificação de demandas dos segurados que, a seu ver, deveriam ser atendidas clínica/terapeuticamente, ora referindo o desejo de possuir a 'permissão' e/ou a estrutura necessária para a realização desses atendimentos; ora contando sobre as estratégias por elas criadas para dar conta, ao menos parcialmente, dessas demandas – denominando suas ações como de orientação ou de educação –; ora falando

sobre o pesar sentido quando constatam a insuficiência da rede de atenção à saúde para suprir tais demandas e a consequente dificuldade e/ou impossibilidade de realização dos encaminhamentos necessários. Percebe-se que a clínica referida diz respeito, principalmente, a ações na área de reabilitação física e funcional, como o trabalho para aquisição e/ou reaquisição de habilidades, ampliando-se para a confecção de adaptações para atividades cotidianas realizadas pelos segurados e orientações sobre formas de realização das mesmas, também sendo pontuadas, por algumas das entrevistadas, questões de outras ordens, como as referentes à saúde psíquica dos segurados.

Quanto ao encaminhamento e/ou acompanhamento dos segurados para tratamentos de reabilitação, como nas áreas física, mental/psicossocial, psicopedagógica, entre outras, 80% das terapeutas ocupacionais declaram que realizam esse tipo de ação e 20% referem não o fazer, por não se tratar de uma atribuição enquanto terapeuta ocupacional do Programa.

Acho que daria para fazer a questão de (...) troca de dominância, que agora a gente está com alguns casos com alguma coisa bem específica da terapia ocupacional (...) que eu falo “Não, aqui no INSS eu não conseguiria fazer esse atendimento clínico que eu não tenho condições”, mas eu fico conversando com o segurado sobre a troca de dominância e eu estou começando a pensar o que eu posso orientar, já que eu estou orientando esses segurados, para que eles possam fazer em casa, começar a usar a mão esquerda e de que forma eu posso orientar isso (E5, p. 20).

Acho que a mais importante é essa primeira vez que eu resolvi: “não, vou comprar o EVA porque eu não aguento mais”, não vou ficar dando a caneta na mão do segurado para ele pegar fazendo uma preensão com o polegar todo torto, (...) como eu, como TO, vou sustentar ficar vendo isso? Eu vejo o cara indo na TO, fez algumas sessões, ninguém orientou nada para ele (E4, p. 17).

Você faz na maior parte das vezes a pergunta: “você está acompanhando terapeuticamente com um psicólogo, com um terapeuta ocupacional, com algum profissional da área de saúde mental?” “Não”. Então aí você identifica outros problemas, que são muitos (...), não sei enumerar, mas que é questão da saúde não estar sendo cuidada, estar sendo mal cuidada (E2, p. 7).

Oliveira (2004) coloca que a constituição da terapia ocupacional no Brasil se deu dentro das perspectivas de um trabalho basicamente clínico, mesmo quando inserido em programas vocacionais, mantendo-se essa característica até o final dos anos 1970. Nesse período, os terapeutas ocupacionais, ao se confrontarem com seu papel de adaptadores, foram levados a exercer um papel mais participativo e crítico, tanto nos espaços de saúde quanto nos espaços sociais, trabalhando junto aos indivíduos na direção do exercício de seus direitos e de

melhores condições de vida (OLIVEIRA, 2004).

Acreditamos na impossibilidade de transposição, para a realidade do trabalho com os segurados no INSS, da lógica e das ações da prática clínica, devendo ser criadas estratégias que contemplem as necessidades dessa nova prática, considerando-se, ainda, que o tratamento terapêutico não se encontra entre as atribuições das terapeutas ocupacionais do Programa. Na realidade, não existe um rol de atribuições específicas da terapia ocupacional no Instituto, sendo esperado que elas desempenhem as atividades previstas por todos os membros da equipe designados como responsáveis pela orientação profissional, que dizem respeito às etapas do processo de reabilitação profissional, desde a definição da elegibilidade dos segurados até a capacitação profissional e o posterior desligamento do Programa.

E5 traz colocações a respeito do caráter dos atendimentos, já enunciando algumas das estratégias possíveis dentro da realidade de trabalho no Instituto. São as terapeutas ocupacionais sendo chamadas ao exercício de outros papéis para além da clínica, que devem levar a novas modalidades de ações junto aos indivíduos na construção de caminhos para o seu retorno ao trabalho e para um exercício digno e consciente de suas atividades enquanto trabalhadores.

Porque eu acho que não dá para explicar a nossa prática lá com os mesmos conhecimentos e abordagens que a gente tem na clínica, isso talvez que leve um pouco à crise (...); o que eu trago da formação é essa questão de pensar que a gente (...) está dentro de um sistema, dentro de políticas (...). A gente tem que tentar construir essa clínica, não é essa clínica, eu acho que é atendimento, essa relação que eu não sei ainda como chamar, mas contextualizada dentro do que é o INSS, dentro do que é reabilitação profissional (E5, p. 19-20).

Consideramos, no entanto, que a questão fundamental a ser colocada é anterior à da clínica. Cremos que a clínica, tal qual foi apresentada nos questionários e entrevistas, não se aplica à realidade da Reabilitação Profissional do Instituto e às suas atribuições. Porém, as novas modalidades de práticas e concepções que estão sendo construídas têm encontrado lugar para concretização dentro da lógica do Instituto? Terá a terapia ocupacional a possibilidade de exercer o seu potencial de transformação da realidade junto aos segurados em seus processos de retorno ao trabalho?

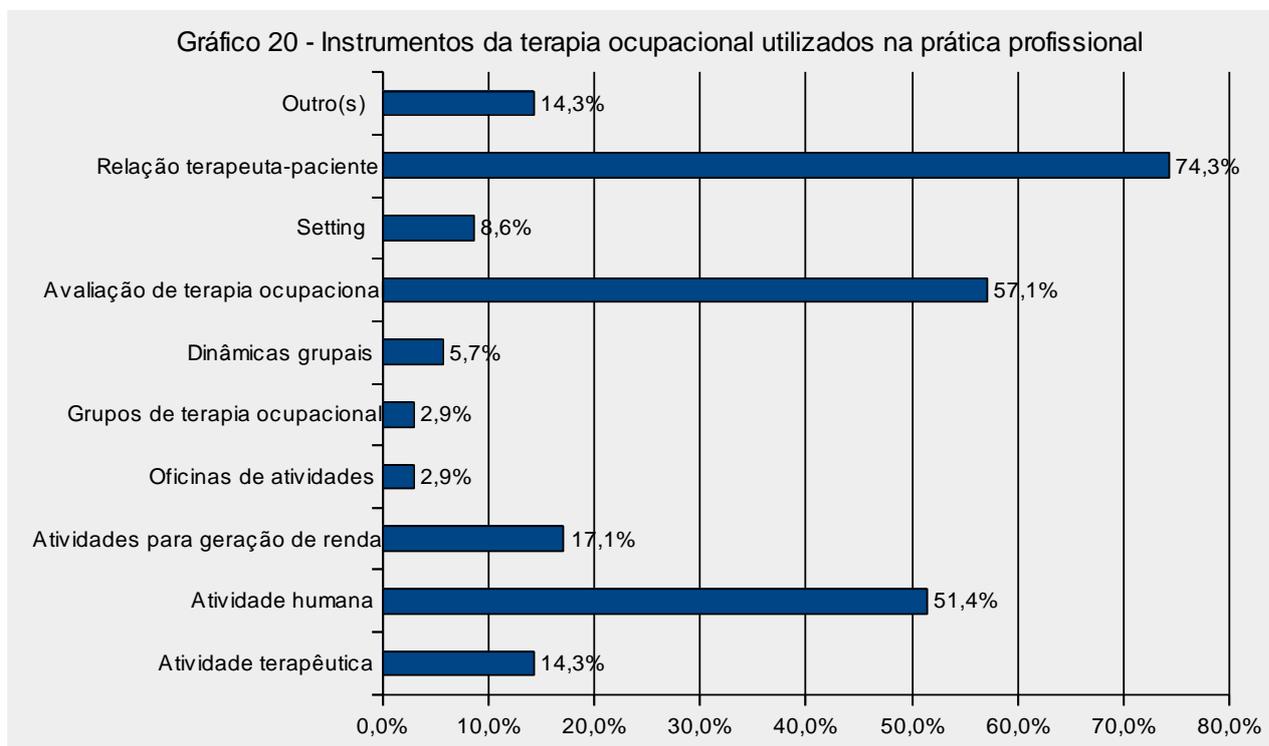
Acreditamos que isto poderá se concretizar, ao menos em parte, se houver melhoria da estrutura do Programa de Reabilitação Profissional (estrutura física das salas de atendimento, maior flexibilidade com relação às etapas do processo, incremento das possibilidades de

qualificação profissional oferecidas, dentre inúmeros outros aspectos) e das condições de trabalho das equipes, bem como uma mudança da lógica do Instituto, fundamentada na incapacidade de trabalho circunscrita somente aos segurados e às suas habilidades individuais. Importante ressaltar, ainda, a necessária articulação com os demais setores governamentais e da sociedade civil envolvidos, direta ou indiretamente, com as questões da Reabilitação Profissional – educação, cultura, emprego, saúde –, e de acontecimentos muito mais amplos como as transformações no mundo do trabalho, no qual se tem verificado uma crescente precarização.

Do contrário, as ações nas quais os indivíduos voltam a trabalhar de uma maneira “cheia de sentido” (ANTUNES, 2008) permanecerão restritas aos casos em que imperam a resistência e/ou a boa vontade de membros da equipe e de segurados que parecem conseguir um satisfatório retorno à atividade profissional mais por características individuais e/ou situacionais do que pela garantia de reais mecanismos de inserção e/ou inclusão no trabalho, por meio de políticas públicas articuladas e que vão ao encontro das necessidades dos trabalhadores brasileiros.

3.15 Instrumentos da terapia ocupacional

Quando questionadas sobre quais os instrumentos e objetos da terapia ocupacional de que lançam mão em sua prática profissional, das 35 terapeutas ocupacionais que responderam essa questão, o que corresponde a 87,5% do total das participantes, 74,3% apontaram a relação terapeuta-paciente; 57,1% a avaliação de terapia ocupacional; 51,4% a atividade humana; 17,1%, atividades para geração de renda; 14,3% a atividade terapêutica; tendo os elementos como setting; dinâmicas de grupo; grupos de terapia ocupacional; e oficinas de atividades, sido apontados por pequena quantidade das terapeutas ocupacionais (8,6%, o primeiro, 5,7%, o segundo, e 2,9%, os dois últimos). 5 terapeutas ocupacionais pontuaram outros instrumentos, como: educação (no sentido de orientações diversas e de indicação de terapêuticas aos segurados); indicação de órteses e adaptações; grupo de acolhimento e avaliação parcial de terapia ocupacional.



Todas as terapeutas ocupacionais realizam os atendimentos dos segurados individualmente e somente uma delas (2,5% do total) realiza atendimentos grupais.

Com relação ao setting, assinalado por somente 8,6% das participantes, as entrevistadas referiram que o mesmo não se configura em sua prática, o que constatamos se dever à não constituição de um setting terapêutico, tal qual estavam habituadas em suas experiências profissionais anteriores, como também ao fato de estarem no INSS, onde essa constituição fica dificultada pela lógica institucional direcionada à otimização e ao enxugamento dos recursos, incluindo-se nisso a Reabilitação Profissional – e pela imagem negativa que boa parte dos segurados possuem do Instituto, decorrente de experiências anteriores.

Ao mesmo tempo, constata-se, a partir de alguns dos relatos, que mesmo que não se chegue à configuração de um setting, os segurados no geral percebem estar dentro de um espaço diferenciado dentro do Instituto, com relação à escuta e ao acolhimento de suas demandas, dentro das possibilidades existentes.

Eu fico pensando minha salinha lá, não é um setting de TO, (...) ao mesmo tempo (...) essas pessoas conseguem observar a diferença que tem aquele atendimento (...) das outras relações que elas tiveram dentro do INSS: que não é mais aquela relação de guichê, com administrativo, de um perito que está avaliando só o momento em que ela vai ter o benefício cessado (...). A gente fica em um lugar complicado porque está dentro do INSS (...), mas a

gente tenta construir uma outra relação lá dentro (...). A construção desse setting não é só eu com a pessoa, ela é formada por toda a equipe (E5, p. 17-19).

Eu acredito que a gente consiga usar muitos instrumentos de avaliação, mas a gente não tem setting terapêutico: nossas salas não têm porta, é tudo aberto, dá para ouvir se quiser ouvir. Alguns segurados acabam fazendo elo terapêutico, vínculo, contam das histórias familiares, dos problemas, você escuta, dá uma devolutiva para a pessoa (E2, p. 7).

Não é setting terapêutico, é uma relação de poder; eu estou com o benefício na mão, eu que decido se você vai ficar com ele ou não (E2, p. 18).

A configuração de um setting em terapia ocupacional, terapêutico ou não, é compreendida pelas pesquisadoras como um espaço onde há confiança e respeito mútuos e se desenvolvem ações para melhoria das condições de vida dos indivíduos e para construção e instrumentalização de/para atividades que lhes sejam significativas. O estabelecimento da confiança e a constituição de um setting potencializador de ações transformadoras, embora se observem em alguns casos, ficam comprometidos ou dificultados pelas questões acima elencadas, sendo que em muitas das situações os segurados não chegam sequer a colocar o que realmente lhes está incapacitando, afligindo ou causando-lhes resistência com relação ao retorno ao trabalho.

No que diz respeito à atividade humana, elencada por 51,4% das terapeutas ocupacionais, as entrevistadas, no geral, possuem a concepção de que os segurados atendidos encontram-se sempre em múltiplas atividades, sendo o retorno ao trabalho mais uma delas e estando umas atravessadas pelas outras, havendo a composição de uma rica e dinâmica vida de atividades que deve ser considerada durante o processo de reabilitação profissional. Uma das entrevistadas pontuou, com relação à utilização desse instrumento em sua prática cotidiana, que o mesmo se restringe à atividade profissional dos indivíduos.

Pensando a questão da TO, eu acho que essa volta ao trabalho, esse curso, esse treinamento, é só um produto final do que a gente está fazendo ali (...). Acho que é conseguir perceber essa atividade com todas as outras questões que estão relacionadas a ela (...), o histórico dessa pessoa, a família, o lugar em que ela vive, o que ela pensa de trabalho, a experiência que ela teve do acidente, com a empresa, com os colegas de trabalho (...) e com o INSS (E5, p. 19).

Aparece a todo momento, não só pensando na atividade do trabalho, mas da pessoa estar ali, da pessoa se deslocar até lá, se ela se sente bem ou não estando naquele ambiente; atividade humana (...) abrange tudo isso que eu

falei (...), está em todos os momentos, dentro da avaliação e dentro do acompanhamento que a gente faz (E4, p. 16).

A atividade fica muito sujeita à atividade profissional, então, é o que ela faz? Como ela faz? (...) Na avaliação, a gente pergunta bastante da atividade da vida prática, atividades no lar, um quesito a mais para avaliação, porque a gente não tem muito com o que interferir nesse ponto (E1, p. 19).

Na faculdade a gente tinha aqueles APVD, AIVD, mas o que é que é o que? (...) E lá no livro tem uma definição (...) que é justamente o que eu penso da atividade humana: (...) pensa na atividade de cozinhar: quando você cozinha porque está faminto, você está fazendo uma atividade básica; se você vai cozinhar porque vai receber um amigo na tua casa, (...) é uma atividade de lazer, e quando você é cozinheiro, você está trabalhando quando está cozinhando. (...) quem dá o tom ali é quem está fazendo, (...) isso é a atividade humana, pensar qual é o tom que a pessoa dá para aquela atividade (E6, p. 14).

Partindo do pressuposto de que a vida se constitui num *continuum* de atividades e que a atividade humana não é apenas a realização de tarefas, produção de produtos ou aquisições, mas sim, acontecimentos de vida, sempre plenos de sentidos e ligados às necessidades (QUARENTEI, 2001) e de que este nos parece ser o entendimento das terapeutas ocupacionais entrevistadas, a baixa identificação da utilização desse instrumento em sua prática (apontado por pouco mais da metade das participantes) pode decorrer, dentre outros fatores, da dificuldade de se avaliar os indivíduos em atividade (diagnóstico do fazer humano) e de colocar as diversas atividades dos segurados dentre os elementos que compõem a proposição e o desenvolvimento das ações do Programa de Reabilitação Profissional.

Sobre a avaliação de terapia ocupacional, identificada por 57,1% das participantes como um instrumento utilizado em sua prática, foi possível encontrar, nas entrevistas, duas posições distintas: uma de que essa avaliação permeia todo o processo de reabilitação profissional dos segurados, desde a avaliação do potencial laborativo e de elegibilidade para o Programa, realizadas logo no início, passando pela avaliação de compatibilidade das funções propostas pelas empresas e pela definição dos cursos de qualificação profissional a serem realizados, até a construção de estratégias de enfrentamento do retorno ao trabalho a partir da avaliação das potencialidades dos segurados. A outra, de que a avaliação de terapia ocupacional ocorre somente em determinados momentos e destina-se a alguns dos segurados, quando estes, por exemplo, apresentam maior dificuldade para realização de suas atividades cotidianas e daquelas direcionadas à sua reinserção no mundo do trabalho, e também quando

demais membros da equipe possuem dúvidas quanto às reais restrições dos segurados para o desempenho de suas atividades.

Nas duas posições, são avaliados os aspectos físicos e funcionais dos segurados, a situação de vida em que se encontram, como vivenciam sua redução na capacidade de trabalhar e o afastamento de suas atividades profissionais, que estratégias criam para dar conta de suas atividades cotidianas frente às novas limitações, dentre outros, costumando existir maior enfoque nos aspectos mais relevantes de cada caso.

Eu olho muito como a pessoa está com relação à limitação, ao processo de adoecimento (...). Como que ela está conseguindo fazer as suas atividades em casa (...). O que ela não consegue, como ela resolve? Como é que ela pensa esse retorno ao trabalho, de conseguir propor alternativas? (...) dá para a gente se envolver nisso, com alternativas para a pessoa, de sugerir possibilidades, de pensar junto, de construir junto com ela esse percurso novo, que faz parte da terapia ocupacional, porque é ali, dentro de um recorte muito grande, que a gente faz (E4, p. 15-16).

Ela é feita durante qualquer parte do processo, depende da pessoa mesmo, tem pessoas que estão bem, (...) que aquela limitação pra ela não está acarretando um agravamento muito grande ou que já se adaptou de uma forma muito tranquila e precisa de menos acompanhamento; então se foca muito mais na parte profissional dela (...). E outros não, a gente fica preso naquela parte inicial de saúde, como é que a pessoa vai fazer para ir para um curso, para ir para a escola, se ela está me relatando todos esses problemas de saúde e todas as dificuldades dela (E4, p. 16).

Uma das entrevistadas elaborou uma avaliação de terapia ocupacional, utilizada em situações pontuais de sua prática:

A avaliação tem uma parte que é bem física, que vê amplitude de movimento, força muscular, sensibilidade (...) e a última parte do questionário que foi uma adaptação do modelo canadense de desempenho ocupacional (...). É só o roteiro, (...) 3 encontros para fazer, 2 dependendo, não é uma coisa rápida, então não dá para fazer no dia a dia (E2, p. 29-30).

Entendemos que a avaliação de terapia ocupacional compreende a utilização de um instrumento definido, com abordagem das questões pertinentes, como avaliação da condição física e funcional, situação atual de vida, histórico do adoecimento ou do acidente, interesses frente a uma nova área profissional, perspectivas de retorno ao trabalho, dentre outros, mas também permeia todo o processo de reabilitação profissional, com avaliações e reavaliações

constantes das atividades desenvolvidas junto aos segurados, dentro dos pressupostos da terapia ocupacional.

Um aspecto a ser enfatizado é a realização de avaliações de terapia ocupacional a partir da solicitação de outros membros da equipe ou da necessidade percebida pelas próprias terapeutas ocupacionais, visto ser esta uma profissão dotada de um arcabouço teórico-prático que possibilita o diagnóstico do fazer humano, no sentido de identificar atividades que os indivíduos realizam e/ou podem vir a realizar e como o fazem, pensando, inclusive, em possibilidades adaptadas e construindo formas individualizadas de avaliação, dependendo das condições físicas, cognitivas e psíquicas dos indivíduos.

A relação terapeuta-paciente, assinalada pela maioria das terapeutas ocupacionais e denominada por E5 como ‘relação terapeuta-segurado’, é tida nas entrevistas como ponto importantíssimo para o desenvolvimento dos processos de reabilitação profissional, sendo muitas vezes a condição fundamental e o ponto de partida para a compreensão e aceitação do Programa e para o trabalho de construção de uma nova identidade profissional junto aos segurados, ou, ao menos, de um projeto inicial para o desenvolvimento de atividades dentro de uma nova área profissional.

Assim como na questão do setting, as entrevistadas referem dificuldade para a conformação da relação terapeuta-paciente ou terapeuta-segurado, devido ao papel institucional por elas representado frente aos segurados, sendo possível, mesmo dentro desse contexto, o estabelecimento de vínculos de confiança e a construção de caminhos aos quais parte dos segurados atribui um valor de transformações benéficas para suas vidas. Para Sennett, “os laços de confiança são testados quando as coisas dão errado e a necessidade de ajuda se torna aguda” (SENNETT, 2010, p. 169), o que encontra ressonância em alguns dos relatos das entrevistadas que, diante de indivíduos que estão vivenciando um difícil momento decorrente da redução de sua capacidade de trabalhar em sua profissão habitual, podem estabelecer relações de confiança a partir das posturas por elas adotadas e das ações desenvolvidas com os segurados:

Se não há uma vinculação antes, fica tudo mais complicado, então acho que o ponto fundamental é o vínculo. Tem a questão de afeto também, acho que sem isso a confiança não começa, se não tem esse sentimento talvez a coisa trave no meio do caminho (E3, p. 16).

Às vezes, a gente só percebe que eles se vinculam a partir de alguma situação específica (...), que ele vê qual é a tua postura diante da empresa para falar dele: “Não, espera aí, essa pessoa está me olhando de um outro jeito” (E6, p.11).

E nós temos um problema: só depois de muito tempo na reabilitação que os segurados acreditam na gente, (...) até no primeiro ano, a pessoa não acredita que a gente está ali para o bem dele; é para cumprir um Programa, que eu estou trabalhando para o Governo e não para ele, então não tem relação terapêutica, não tem confiança, você vai ter confiança com um e outro (E2, p. 8).

Podemos perceber, principalmente pelos 74,3% que identificaram a relação terapeuta-paciente como o instrumento mais utilizado, que a atuação das terapeutas ocupacionais no Programa de Reabilitação Profissional do INSS tem sido sustentada, fundamentalmente, pelas relações estabelecidas com os segurados, variando desde aquelas onde simplesmente se aplicam os procedimentos previstos pelo Manual Técnico até a constituição de vínculos que potencializam a criação de estratégias satisfatórias de retorno ao trabalho junto aos segurados.

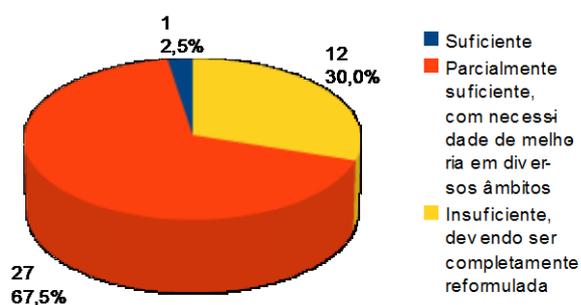
Pensamos que essa situação se deve, em parte, à restrição para o exercício de outros instrumentos da terapia ocupacional, por conta da precariedade de recursos (salas por vezes inadequadas, escassez ou inexistência de materiais e equipamentos, atendimentos reduzidos em duração e periodicidade), em que a observação e a avaliação dos indivíduos em atividade, por exemplo, ficam reduzidas ou impedidas de acontecer. Cremos que as terapeutas ocupacionais têm encontrado dificuldades para exercer os seus instrumentos profissionais nessa nova prática e, também, para reconhecer esse exercício sob novas formas.

3.16 Considerações acerca da reabilitação profissional

3.16.1 Estrutura do Programa

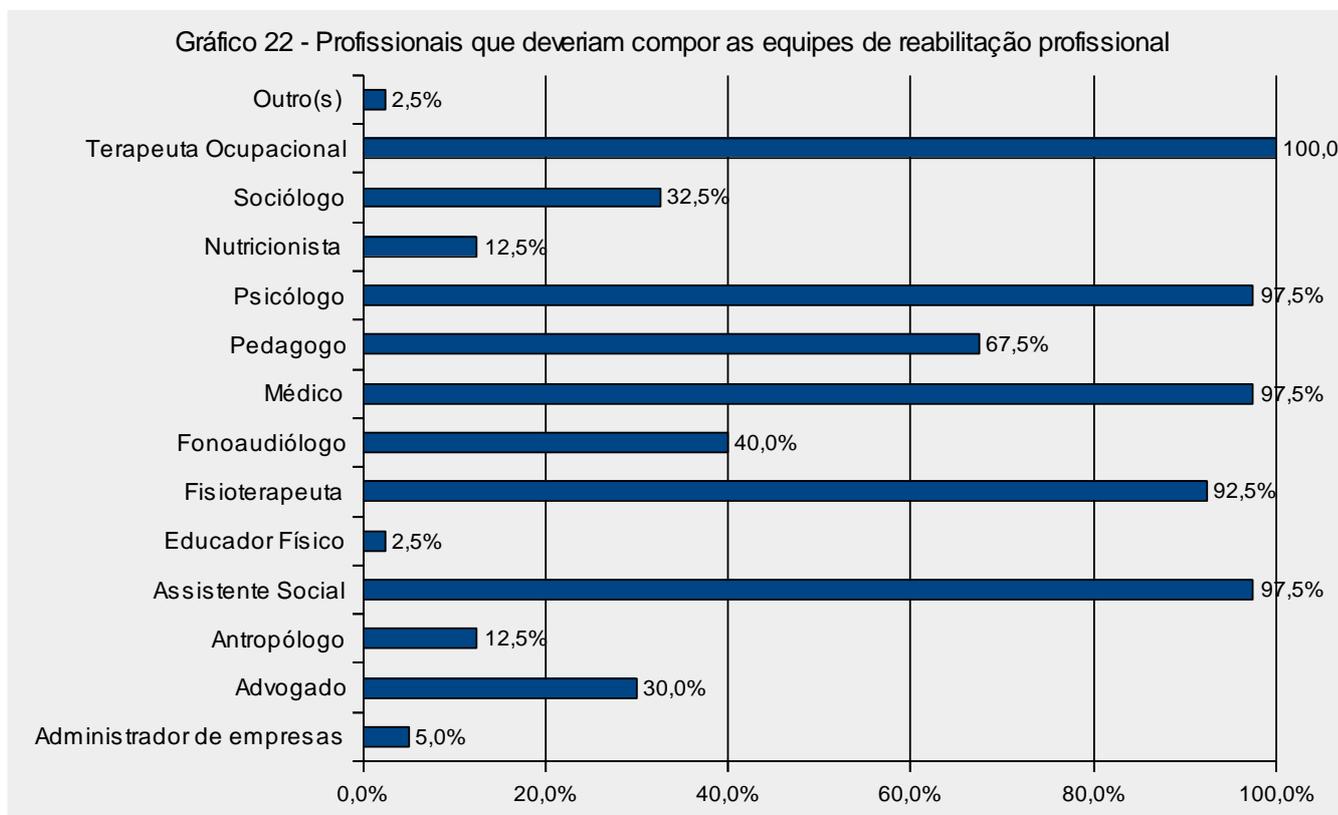
Quanto à estrutura de trabalho existente, aponta-se a necessidade da sua melhoria em diversos aspectos e/ou da sua reformulação completa. Mais uma vez, coloca-se o descontentamento das terapeutas ocupacionais diante das condições e possibilidades do Programa:

Gráfico 21 - Avaliação da estrutura de trabalho do Programa de Reabilitação Profissional



3.16.2 Considerações acerca das equipas do Programa

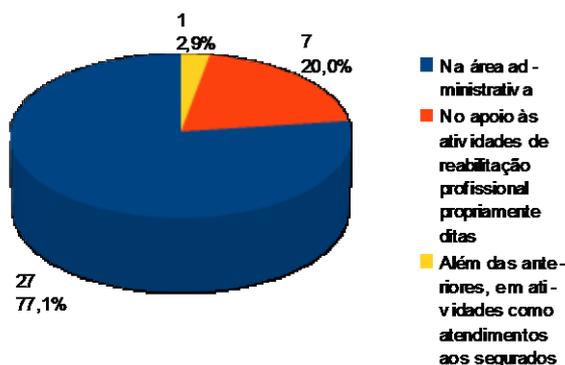
No que diz respeito à opinião das participantes sobre qual deveria ser a composição das equipas do Programa de Reabilitação Profissional do Instituto, 100% apontam a necessidade do terapeuta ocupacional e 97,5% a do médico, do psicólogo e do assistente social. 92,5% assinalaram a do fisioterapeuta, 67,5% a do pedagogo e 40%, a do fonoaudiólogo. 32,5% e 30% apontaram as profissões de sociólogo e de advogado, respectivamente. As profissões de antropólogo e nutricionista foram assinaladas por 12,5% das participantes, cada uma. Já as de administrador de empresas e de educador físico foram muito pouco mencionadas – 5% e 2,5%, respectivamente.



Quando questionadas se acreditam existir, de fato, um trabalho de equipe em seus locais de atuação, 42,5% declaram que parcialmente, 30% consideram que o mesmo não existe e 27,5%, que isto ocorre. Quanto ao sentimento de valorização por sua equipe de trabalho, 60% sentem-se valorizadas, 30% consideram que isso ocorre parcialmente e 10% referem não sentir tal valorização por parte da equipe.

Com relação ao trabalho dos estagiários, tem-se:

Gráfico 23 - Atuação dos estagiários no Programa de Reabilitação Profissional



Como se pôde verificar a partir do questionário, existe uma diversidade de situações com relação ao trabalho em equipe nas diferentes agências, havendo nas entrevistas menções que vão desde uma atuação coesa entre seus membros, com discussão sobre os casos e resoluções geralmente conjuntas sobre as condutas a serem tomadas, passando por situações em que está sendo construída essa questão das proposições e decisões consensuais, até a inexistência de um trabalho em equipe.

Em alguns locais, tem ocorrido uma desconstrução da hegemonia do saber e do poder do médico perito na decisão sobre a avaliação do potencial laborativo, a elegibilidade dos segurados ao Programa e a compatibilidade das funções e/ou dos cursos de qualificação profissional, havendo um trabalho para valorização do conhecimento dos demais profissionais em direção da análise conjunta, conforme determina o Manual Técnico; em outros, a hegemonia médica continua bastante acentuada.

A equipe é um facilitador muito grande, se não tivesse uma situação de equipe muito bem estruturada, que todo mundo está ali preocupado com as mesmas coisas, com os mesmos objetivos, (...) dificultaria muito (...). A gente consegue parar: 'olha a gente precisa discutir esse caso agora, (...) pensar quais são as possibilidades para oferecer'(E4, p. 8).

Não existe trabalho em equipe, eventualmente se discute o caso com o médico (E1, p. 16).

O médico tem um papel muito fundamental; (...) está sendo ótimo, ele tem um contato muito legal comigo, de entrar na minha sala, de me pedir

opinião, de interromper a avaliação dele para ir lá me perguntar (...). Eu acho isso muito legal, essa coisa de que não está pronto e que tudo bem perguntar, entendeu? Porque ninguém ali sabe pra caramba (E6, p. 26).

Existe a decisão médica e existe toda uma argumentação que você usa para convencer o médico de que ele [o segurado] tem que ficar mais tempo ou não, mas se o médico achar que ele é elegível, ele é (E2, p. 18).

Houve referência ao não reconhecimento por parte da equipe, mais especificamente do médico perito, da terapia ocupacional enquanto uma profissão capaz de compor, tecnicamente, a avaliação e as decisões acerca dos processos de reabilitação profissional dos segurados:

A maior dificuldade que eu vejo nisso é na relação com o médico perito, o como é difícil eles entenderem que eu estou ali como avaliadora também, que eu tenho uma formação completamente diferente da dele, mas que em muitos aspectos se cruzam (...). É importante a gente insistir em falar que eu estou avaliando como terapeuta ocupacional e não como, sei lá, sócio-profissional-administrativo (E4, p. 15).

Com relação às assistentes sociais, no geral, as terapeutas ocupacionais entrevistadas avaliam que elas têm trazido importantes contribuições ao Programa, como a ampliação da visão e da avaliação das condições de vida dos segurados atendidos e o incremento da composição da avaliação sócio-profissional, dentre outras. Sua atuação varia de acordo com as agências, daquelas que dedicam poucas horas semanais à Reabilitação Profissional às que são responsáveis pelo seu andamento em seus locais de trabalho.

Eu percebo que elas [as assistentes sociais] têm em mim uma pessoa para quem elas podem perguntar, (...) elas entendem que a gente pode trocar o tempo inteiro. (...) Tem muita coisa do serviço social que eu não conheço e que os segurados precisam saber, porque às vezes tem gente na família que precisa de algum recurso que elas têm para oferecer (E6, p. 27).

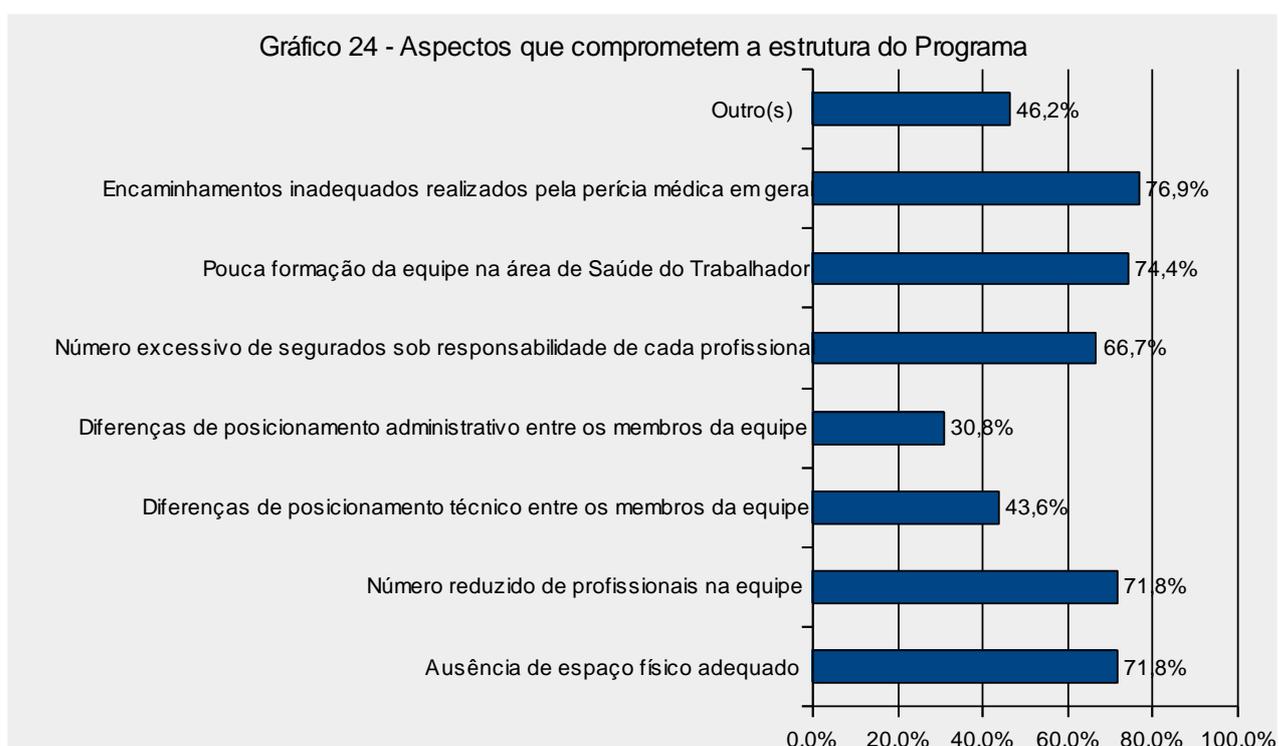
Acho que o ingresso do Serviço Social fez a gente ampliar a nossa visão para o social; se existia alguma coisa só centrada na clínica, o pessoal do Serviço Social veio para bagunçar; aqui, como já não era centrado na clínica, veio para acrescentar, esse jeito de lidar com as questões sociais que estão implicadas no trabalho, ou na falta do trabalho (E2, p. 19).

Em alguns dos relatos, pode-se notar a equipe como um ponto de apoio e de cuidado entre os seus membros, além de um espaço de trocas sobre as vivências, expectativas, projetos e angústias da prática cotidiana:

Eu acho que a equipe de Reabilitação Profissional tem um pouco mais de unidade, pelo menos aqui as pessoas se cuidam, ninguém deixa o outro se machucar, percebe que está tendo uma encrenca com o segurado, chega para dar uma ajuda, se está difícil para atender, “passa que eu atendo”... A pessoa está meio doente, “vai embora para casa, a gente resolve”, “não posso fazer aquela visita, você faz para mim?” (E2, p. 5-6).

3.16.3 Dificultadores do Programa

Quanto aos aspectos que comprometem a estrutura do Programa, os mais elencados pelas 39 participantes que responderam a questão foram:



46,2% das participantes trouxeram outros aspectos comprometedores da estrutura do Programa, como: a falta de cursos profissionalizantes para a capacitação dos segurados, no que diz respeito à quantidade, adequação e oferta dos mesmos – questão abordada por 8 participantes; ausência de conhecimento e valorização do trabalho da Reabilitação Profissional por profissionais do INSS; baixos salários oferecidos pelas empresas contratantes de segurados; falta de acessibilidade dos locais de trabalho e das vias de transporte público; empresas despreparadas para inserção de deficientes/reabilitados; cultura de incapacidade/aposentadoria por parte dos segurados; ausência de suporte da rede SUS;

ausência de diálogo com profissionais assistentes; metas e critérios de avaliação do serviço incompatíveis com a realidade e inconsistentes; ausência de atuação da equipe de maneira interdisciplinar; gestor do setor sem capacidade técnica e/ou de gerenciamento para atuar no campo da reabilitação profissional; profissionais com diferentes formações na equipe; falta de recursos materiais (órteses e próteses); falta de parcerias, do que decorrem as poucas opções de encaminhamento para cursos, para avaliações e para tratamentos; falta de um programa de capacitação profissional destinado às equipes de reabilitação profissional; inexistência de parceria com empresas para possibilidade de treinamento profissional dos segurados em empresas que não as de vínculo; o pouco reconhecimento e restrições para a atuação da terapia ocupacional; protocolo rígido a ser seguido durante todo o Programa.

Eu questiono desde o lugar em que a gente faz os nossos atendimentos, (...) do lado da sala da perícia, que talvez isso não seja o melhor lugar para fazer a reabilitação; questiono o tempo que a gente tem para fazer os atendimentos, o tipo de cobrança em relação ao período, prazo para a gente poder fazer a reabilitação dos segurados em 40 dias [período do treinamento de reabilitação profissional nas empresas, geralmente de 30 dias] (E6, p. 30).

Ninguém conhece como é, porque a Reabilitação Profissional está sendo construída (...). Para conversar com a Perícia é uma coisa complicada, para conversar com a Logística é uma coisa complicada, para conversar com a linha de frente [demais atendimentos ao público realizado nas agências] é uma coisa complicada, tudo, as pessoas não conhecem os trabalhos que cada um desenvolve (E4, p. 6).

O SUS também não ajuda muito, quase nada, algumas coisas a gente vê que o tratamento é muito demorado (...); é um todo, uma coisa juntando à outra (E3, p. 12).

Outro problema incrível: não temos parceria com o Ministério do Trabalho, a gente não tem força para fazer nada com a empresa (E30, p. 8).

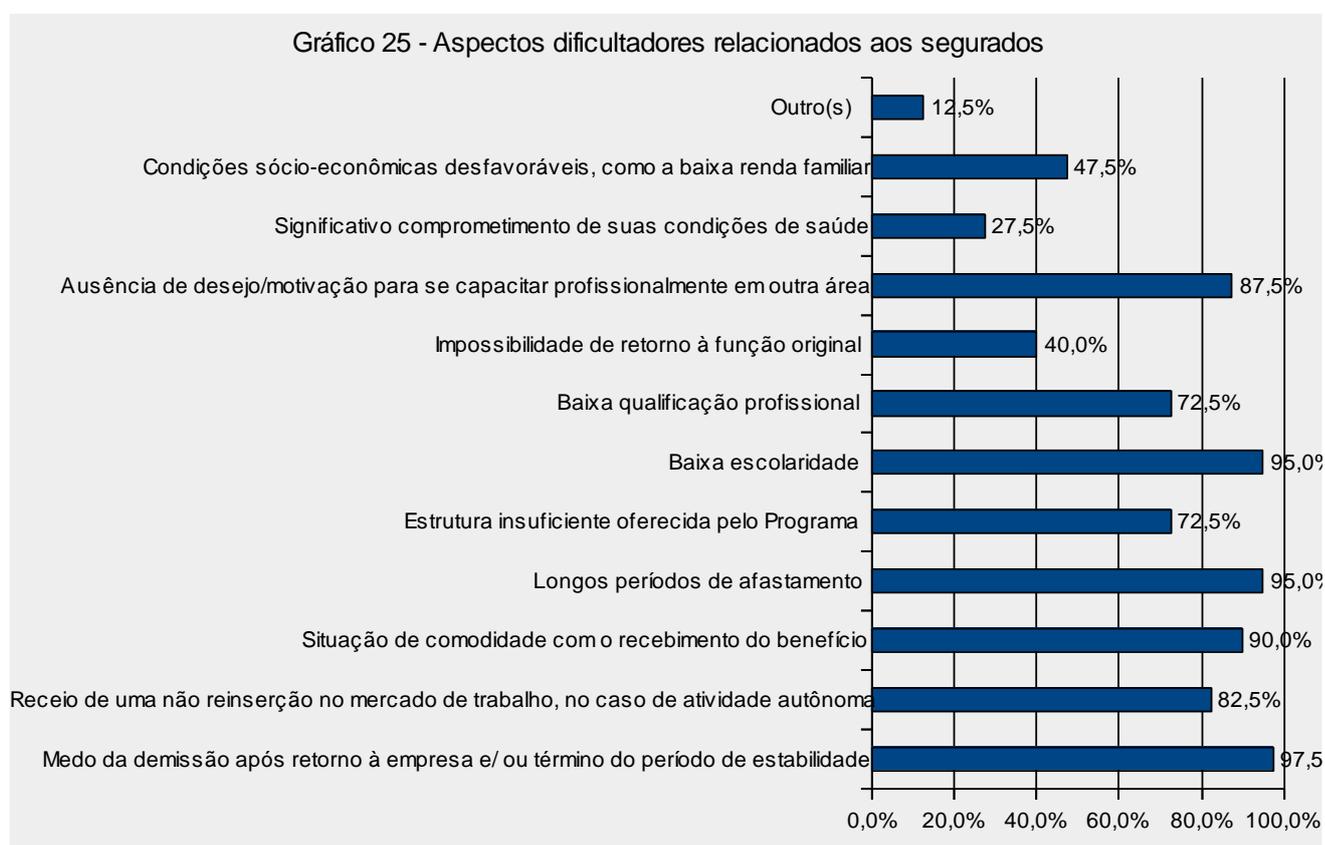
Os cursos que nós temos são poucos, restritos e chorados para conseguir (E2, p. 9-10).

Constata-se que as terapeutas ocupacionais têm a leitura de que as problemáticas que perpassam o processo de retorno ao trabalho dos segurados estão intimamente relacionadas à forma de constituição do Programa e às restritas possibilidades que ele oferece, mas extrapolam o INSS e a previdência social, sendo atravessadas por questões como a ausência

de parcerias com órgãos como o Ministério do Trabalho e Emprego, o insuficiente atendimento das demandas de saúde da população brasileira pelo Sistema Único de Saúde e a lógica do mercado de trabalho, que exclui e/ou dificulta a inserção daqueles que possuem restrições significativas em sua capacidade laborativa.

3.16.4 Considerações acerca dos segurados atendidos

Com relação aos aspectos que consideram dificultadores do processo e que se relacionam mais diretamente aos segurados:



Algumas das terapeutas ocupacionais pontuaram ainda, na opção 'outros': a pouca oferta de cursos de capacitação profissional; as dificuldades de adaptação à nova condição física ou psíquica; o sentimento de incapacidade; falta de iniciativa e postura passiva; segurados que recebem benefício e continuam trabalhando; “efeito rótulo”; segurados centrados na doença; falta de obrigatoriedade da empresa em reabsorver seu funcionário em função compatível; condições desfavoráveis de acessibilidade, dentre outros.

As entrevistadas discorreram sobre diversas demandas dos segurados, relacionadas com frequência à sensação de incapacidade para o trabalho e à expectativa de uma aposentadoria por invalidez quando chegam ao Programa. Referiram também dificuldades para uma participação efetiva dos segurados, tanto pelas demandas já expostas quanto por questões como: o histórico profissional consistente basicamente de atividades pesadas; o sofrimento decorrente da situação de adoecimento, do afastamento e das perspectivas de retorno ao trabalho; a dificuldade de pensar em uma nova área profissional, não tendo, inclusive, exercido essa escolha ao longo da vida; a insegurança diante das perícias, com relação à manutenção do benefício de auxílio-doença; o medo do desemprego; além das limitações do Programa diante das demandas dos segurados e da realidade do mercado de trabalho.

Eu acho que as pessoas chegam muito convictas de sua invalidez, porque já estão há anos tendo que provar que estão doentes, então existe um dizer que fala assim (...): “a pessoa que se dedica a provar que está doente, já está morta”; portanto os nossos segurados já chegam mortos ou inválidos, vamos dizer inválidos porque morto é muito forte, mas chegam inválidos. Eles ficaram 4, 5 anos afastados, tendo que provar que tinham uma tendinite, que não conseguiam voltar para sua função de origem e nunca foram encaminhados precocemente para uma reabilitação, (E2, p. 6).

Sobre o fato de que o Programa não consegue acolher e lidar suficientemente com as principais demandas trazidas pelos segurados:

Eu acho que o Programa de Reabilitação oferece muito pouco para as demandas que o segurado traz; o segurado traz uma demanda, quase 100% das vezes, que é a seguinte: “Eu dei tudo no meu trabalho, dei meu suor, vesti a camisa da empresa e hoje a empresa não me reconhece”. Então aquela percepção de que ele adoeceu no trabalho e de que hoje ele não está sendo cuidado, de que ele vai ser mandado embora, é demanda que ele me traz, e em relação a isso eu não tenho nada para oferecer para ele, nada, não tem; eu não sou apoio psicológico, eu não sou apoio terapêutico, eu não tenho poder de fiscalização em uma empresa, de multar caso não o aceite ou demitam, o INSS não tem nada para oferecer em relação a isso. (...) eles vêm com uma demanda de insegurança, medo do desemprego; medo do desemprego, não é medo de voltar ao trabalho (E2, p. 33).

Eles têm uma história profissional e os cursos que são oferecidos não cabem dentro da história, que é sempre muito laboral, de atividades braçais, e eles não podem mais fazer uma atividade dessa; eles não têm uma formação mínima para começar uma carreira, eles se acham velhos para começar uma carreira nova (E2, p. 36-37).

Para Castel (2009), existem, na atual conjuntura, populações talvez inintegráveis, caracterizadas por uma incapacidade para acompanhar a dinâmica da sociedade salarial, seja por alguma desvantagem, seja por disporem de muito poucos recursos para se adaptarem ao ritmo do progresso. São indivíduos que “perderam o trem da modernização e permanecem na plataforma com muito pouca bagagem” (CASTEL, 2009, p. 530).

Você só tem força de braço para trabalhar porque você não tem o intelecto, você vai fazer o que? Precisa colocar comida dentro de casa, você vai se submeter à jornada de trabalho de 10, 12 horas, com sobrecarga em membro superior, inferior e corpo, mente, alma, enfim (E2, p. 6).

Nosso serviço é voltado para as pessoas que, por não terem mais todas as condições físicas ou psíquicas para realizar o trabalho que tinham antes, ou pelo menos da mesma maneira, estão em um momento de fragilidade profissional (...), eles ficam ali em uma margem muito complicada em relação a essa questão de que “estou quase fora do sistema, mas também não queria sair”, e aí ficam tentando resgatar, muitas vezes pelo caminho que conhecem, que é o que fizeram a vida inteira, e têm muita dificuldade de aceitar a possibilidade de mudança (...). São pessoas que tem poucos recursos para conseguir se reestruturar profissionalmente (...). A maioria tem o trabalho que é sempre mais pesado, em que o principal instrumento de trabalho é o corpo (...). Quando não tem mais a força para ser instrumento de trabalho, “que outro instrumento resta para oferecer?” (E6, p. 33-34).

Em alguns relatos, verifica-se que no processo de reabilitação profissional, embora se observem dificuldades como as acima identificadas, ocorre também um trabalho de construção de possibilidades e potencialidades referentes a novas áreas profissionais junto aos segurados, que podem ser por eles vivenciados de forma satisfatória, como uma boa oportunidade. Em outros, nota-se a percepção de mudanças com relação às condições de vida e ao exercício da cidadania dos/pelos segurados.

Cada segurado é de um jeito, (...) com uns a coisa vai que é uma beleza: “o senhor vai precisar estudar”, “a senhora precisa voltar para a empresa, tem uma função nova lá esperando pela senhora”, mas alguns (...) tem que ser uma coisa mais firme, para que ele possa perceber que é capaz, porque se não ele vai continuar com aquele foco olhando só a limitação (...); quando eles vêem que realmente a gente ajudou, aí a coisa muda, então é muito gratificante (E3, p. 3).

E tem aqueles que você vê que estão lá, com aquela limitação, que é difícil para ele se deslocar até o lugar, mas o quanto que ele faz de esforço; então, a vontade da pessoa e dela compreender que aquilo é um oportunidade, por mais restrita que seja (E4, p. 8).

Eu percebo que aquele estereótipo que eu tinha de que as pessoas não conheciam os direitos e deveres delas, não conheciam a legislação, acho que isso está mudando um pouco, eles pelo menos têm uma ideia (E5, p. 26).

Seguem alguns casos nos quais as terapeutas ocupacionais referiram encontrar satisfação em seu trabalho junto aos segurados:

Aí ele saiu do atendimento, eu estava ali fora e ele (...) foi me cumprimentar (...) e falou “Ah, acho que eu consegui encontrar uma coisa para eu fazer” (...), “A Ione me falou que tem um curso de restauração de móveis” (...), “Eu vou dar a vida de novo para as coisas”; aí passou do trabalho, não é? (...) E eu achei maravilhoso, esse é nosso trabalho, é resgatar a vida mesmo (E6, p. 27-28).

A gente atendeu uma vez um morador de rua e a vida dele era em uma pastinha (...) e quando a gente explicou para ele, ele ficou muito feliz com a possibilidade da reabilitação e nos outros atendimentos ele sempre aparecia de camisa, calça social, sapato, tudo muito simples, mas ele sabia que estava indo para pensar em trabalho (...). Embora ele tenha um perfil de morador de rua que é muito complicado em relação à questão de regra, de horário, mas (...) são tão infinitas as possibilidades de trabalho que a gente tem que conseguir alguma coisa que seja possível para ele (E6, p. 12).

Arrumei o cargo para ela na parte administrativa, (...) a empresa não acreditava que era a mesma moça e ela começou a se destacar na hora do treinamento (...). Essa menina saiu de lá reabilitada, super contente, a empresa super contente com ela, ela estava dando conta do serviço de dois funcionários; esse foi um caso de sucesso (...) porque teve tudo para dar certo: teve uma equipe que considerou que naquele momento não ia dar nada certo porque ela tinha que ficar com a filha dela (...), que ela precisava se estruturar, se preparar para uma futura demissão; mais confiante nela mesma, volta para a empresa e mostra para a empresa que ela pode (E2, p. 34).

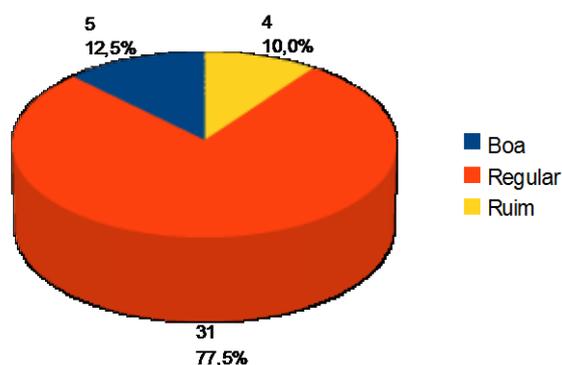
Com relação ao trabalho de informação e conscientização dos segurados acerca de seus direitos e deveres de trabalhadores e cidadãos, 82,5% das terapeutas ocupacionais referem que isto permeia praticamente todos os atendimentos realizados; 10% declaram que esse trabalho ocorre parcialmente nos atendimentos, e 7,5%, que isto ocorre, porém muito pontualmente.

Quando eu oriento um segurado que existe uma coisa chamada Cartilha do SUS (...), que eu falo que ele tem que exigir os direitos dele de cidadão (...), que ele não pode ficar *ad eternum* em uma fila, que ele tem que exigir o medicamento dele gratuito; “Ah, mas eu já fui na prefeitura”, “Então vamos te ensinar como é que você faz”, porque tem um caminho para fazer (E2, p. 28-29).

Sobre a aceitação do Programa pelos segurados, a maioria das terapeutas ocupacionais

considera ser regular.

Gráfico 26 - Aceitação do Programa pelos segurados



65% delas consideram que a vinculação da participação no Programa ao recebimento do benefício de auxílio-doença compromete parcialmente a sua aceitação pelos segurados; 30% pontuam que isto se dá e somente 5% consideram que não. Esse comprometimento se estende aos atendimentos realizados aos segurados e às relações que com eles estabelecem durante sua participação no Programa.

Exigir a verdade no ambiente do INSS é complicadíssimo (...) eles não acreditam que vão falar a verdade e que você vai fazer aquilo que você está falando (...) e eu dou chance: “olha, eu queria que você me falasse o que está acontecendo na sua vida, queria estar entendendo quais são os problemas que você está passando para eu poder te ajudar” (E2, p. 16).

62,5% das terapeutas ocupacionais não concordam com a obrigatoriedade da participação dos segurados no Programa. Quanto à recusa em participar, que acarreta a suspensão do benefício até a reconsideração dos segurados em passar a realizar as atividades previstas pelo Programa, parte das entrevistadas aponta não concordar com esse mecanismo e nem com a configuração de uma recusa em diversos dos casos. Isso porque o processo de retomada da vida profissional em uma área distinta da qual se está habituado, somado às perdas decorrentes das situações de doença ou acidente que levaram à redução da capacidade de trabalhar, com suas diversas repercussões, é bastante difícil e complexo, devendo ser

compreendida a dificuldade de aceitação do Programa por parte desses indivíduos.

Você não escolheu ser TO, ou você não foi levada a ser? De repente alguém chega e fala “Olha, você não pode mais ser TO, então o que você quer ser?” “Ai, nunca pensei nisso”; não pode falar isso no INSS entendeu, já é recusa já. Eu não penso desse jeito, mas tem gente que acha “Ah, a pessoa não quer fazer nada” (E2, p. 26).

Ele fica ali preso, não pode entrar com novo benefício, não pode voltar para a empresa, não tem muita saída para ele a não ser voltar para a Reabilitação pra ter o seu benefício de volta e de certa forma ser obrigado a estudar ou a ir para empresa, mesmo que a gente entenda que realmente ele precisa daquilo; porque o INSS não pode simplesmente dar alta para uma pessoa que está com uma limitação para voltar a trabalhar, isso também é muito complicado (...). Pelo menos aqui, a gente tenta conversar bastante com a pessoa antes de chegar ao ponto de levar a uma recusa; a gente conversa, explica, abre o leque de possibilidades (E4, p. 7).

O que você fala de motorista? Para mim não tem categoria mais difícil de reabilitar, porque tem perfil para motorista: é cara que não gosta de ser mandado, é cara que não gosta de ficar parado, é cara que não gosta de estudar e cara que foi muito inteligente, foi escolher uma profissão que ganhava bem, conseguiu manter casa, família; está aí agora: sofreu um acidente ou lesou coluna porque não só dirige, mas também carrega caminhão e descarrega, e agora? Ele ganhava lá seus R\$2.500, R\$3.000 por mês (...). Aí você quer fazer uma qualificação para assistente administrativo que vai ganhar oitocentos por mês, não vai entendeu, eu não ia também (E2, p. 24).

Nota-se que as terapeutas ocupacionais têm conseguido fazer uma leitura crítica da situação, compreendendo a complexidade dos processos de afastamento e de retorno ao trabalho e procurando trazer essa compreensão para sua atuação no Instituto. Apontamos, ainda, que é esperado que os segurados atendidos se sintam inseguros, ao menos a princípio, diante da estrutura reduzida oferecida pelo Programa e – tanto de capacitação profissional quanto de oportunidades efetivas de reinserção no mercado de trabalho, no sentido de estabelecimento de novos vínculos empregatícios ou de manutenção dos já existentes após o desligamento – e de sua nova condição de saúde e de vida. Vale ressaltar que essas oportunidades de reingresso e de permanência no mercado de trabalho também não são garantidas ou facilitadas por demais órgãos governamentais e/ou pela legislação relacionada aos direitos e à proteção social dos trabalhadores, havendo, especificamente para os reabilitados, somente uma alternativa compensatória de reinserção pela lei previdenciária 8.213, conhecida como Lei de Cotas (BRASIL, 1991), o que será melhor explorado

posteriormente no presente texto.

3.16.5 Considerações acerca das empresas de vínculo

No que diz respeito à receptividade das empresas com relação às perspectivas de retorno dos segurados em Programa de Reabilitação Profissional, 75% das terapeutas ocupacionais a avaliam como regular; 12,5% a consideram ruim, 12,5%, boa, sendo que nenhuma das participantes a avalia como ótima.

Nas entrevistas houve referências, principalmente: à reduzida cooperação das empresas para reabilitar seus funcionários, devida em grande parte à ausência de obrigatoriedade legal para reinseri-los em funções compatíveis; ao auxílio da Lei 8.213 – que determina que as empresas com mais de 100 funcionários devem ter de 2% a 5% do seu quadro de funcionários composto por pessoas com deficiência e/ou segurados reabilitados pelo INSS; à desvalorização das iniciativas de reinserção profissional por parte das empresas e de seus funcionários, por desconhecimento, despreparo e/ou desinteresse diante das situações dos funcionários afastados; ao desejo de realização de intervenções da terapia ocupacional dentro das empresas, contemplando desde o incremento das análises de postos de trabalho até uma atuação para conscientização sobre os processos de retorno de funcionários afastados, incluindo-se a Reabilitação Profissional.

A Reabilitação é uma mesa com 3 pezinhos: nós, segurados e a empresa. Muitas vezes a empresa é o pezinho que não contribui muito. Aqui (...) a maioria das empresas acaba atrasando todo o processo, a gente manda ofício, manda reiteração e a resposta nunca chega (...). A gente sente muita falta (...) de colaboração das empresas, que é parte fundamental, é do que a gente mais depende (E3, p. 6).

Para os dirigentes das empresas, se não houvesse essas legislações que protegessem o trabalhador, tivesse obrigatoriedade de contratação [referindo-se à Lei de Cotas], tivesse essas questões vinculadas ao acidente de trabalho, não haveria preocupação em reinserir o trabalhador e de oferecer outras condições de trabalho para ele (...). A gente vê que existe essa recepção do trabalhador, não só dos reabilitandos, mas das pessoas com deficiências, até o momento em que essa deficiência ou essa limitação (...) não está interferindo na produtividade do trabalhador e que a empresa não precisa fazer grandes modificações para receber essa pessoa (...). Tem a questão de responder à legislação, mas tem a questão de mostrar para sociedade que a empresa está tendo objetivos sociais também (E5, p. 27-29).

A empresa, por não ter obrigatoriedade, não reabilita, não oferece função; ou aquelas que oferecem uma função extremamente inadequada, ou até uma função (...) sem sentido, que não preenche a jornada toda de trabalho e acaba empobrecendo e vulnerabilizando mais ainda essa pessoa (E4, p. 7).

Tem FAP [Fator Acidentário de Prevenção], (...) essas coisas todas que estão deixando as empresas um pouco mais preocupadas, mas tudo isso dá para burlar. Já tem empresas contratando equipes inteiras de reabilitação, (...) então elas escondem, camuflam e a população acha “nossa, que empresa sensacional, eu posso fazer minha fisioterapia lá na empresa, olha que maravilha” – uma função que faz ter que fazer fisioterapia! (...) Algumas empresas estão se esforçando para não provocar lesões, mas mesmo assim provocam (...). São empresas, empresa visa lucro. (...) o empregador não está preparado para pensar o reabilitado como um ser produtivo, ele é um estorvo, um encosto. (...) Às vezes o cara tem uma limitação, mas vai se tornar produtivo em outra área, com outro foco e nem a empresa acredita nisso, nem o trabalhador e tampouco os colegas; os colegas se sentem lesados porque vão trabalhar mais, (...) os líderes são cobrados por produtividade, (...) essa cadeia sem fim de um cobrando o outro (E2, p. 8-9).

Quando há vínculo empregatício, a possibilidade de desempenhar uma função compatível nas empresas tem sido considerada pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS como a melhor forma de retorno ao trabalho. Pensamos, nesse sentido, que a aproximação com as empresas, conscientizando seus dirigentes e demais funcionários acerca da legislação pertinente, das situações pelas quais passam seus funcionários afastados e de suas potencialidades, bem como oportunizando a realização de treinamentos de reabilitação profissional em funções compatíveis, onde tais potencialidades possam ser percebidas concretamente, é fundamental para o retorno ao trabalho dos segurados em atividades nas quais possa existir satisfação de ambas as partes, funcionário e empresa.

Acreditamos, também, na necessidade de uma aproximação do Instituto com o Ministério Público do Trabalho e Emprego –, prevista pelo Manual Técnico que rege as ações do Programa, para notificação, em alguns casos, de situações vivenciadas pelos segurados, para que possam ser tomadas as providências cabíveis quando do desrespeito de seus direitos de trabalhadores, além da orientação para que procurem as Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego para informação e conscientização acerca desses direitos.

Para Antunes (2008), o direito ao trabalho deve ser defendido mesmo nas condições em que este se apresenta na sociedade contemporânea, pois estar fora do trabalho para as classes trabalhadoras, principalmente do Terceiro Mundo, significa estar em condições ainda piores do que as já vivenciadas no cotidiano do trabalho, visto não contarem com

instrumentos efetivos de seguridade social em seus países. Concordamos com isso e presenciemos as repercussões negativas que o afastamento das atividades laborais pode causar aos indivíduos. Tem-se, entretanto – como também coloca esse autor ao defender uma vida cheia de sentido dentro e fora do trabalho –, o desafio da defesa desse direito de maneira digna dentro do contexto da Reabilitação Profissional do INSS, em que se prioriza o retorno às empresas de vínculo como a forma mais efetiva de exercício desse direito, sendo a que mais se aproxima, hoje, de uma possibilidade de permanência no mercado.

Eu não acho que voltar para a empresa seja necessário, acho que é mais fácil, é o que mais tem garantia de emprego já que a gente não tem essa política de reinserção; teria que haver para a gente trabalhar com mais dignidade e a pessoa se qualificar em uma coisa de que gosta, sabendo que vai ser recolocada (E2, p. 34).

Verificam-se dificuldades de várias ordens, como as mencionados pelas entrevistadas. Além disto, não podemos perder de vista a lógica que direciona o mercado de trabalho, fundamentada na produtividade e na competitividade e na qual os indivíduos que adoecem e/ou se acidentam, perdendo parte de sua capacidade laborativa, encontram reduzidos espaços para permanência e/ou reinserção. Colocamos, então, alguns questionamentos: Que qualidade do retorno ao trabalho tem sido possível a partir das ações da Reabilitação Profissional, considerando-se, dentre outros fatores, a realidade do mercado de trabalho brasileiro? O Programa tem direcionado suas intervenções ao retorno para as empresas a qualquer custo ou tem sido possível buscar um exercício profissional digno para os segurados, em que eles reconheçam a possibilidade de construção de uma nova identidade profissional e sejam valorizados por aquilo que fazem?

Para Castel (2009), uma política que objetive controlar os efeitos da degradação da condição salarial e vencer o desemprego – e aqui ampliamos para a questão da reabilitação profissional que tangencia tais efeitos, visto que os segurados do INSS constituem uma importante camada salarial brasileira – não pode se apoiar exclusivamente na dinâmica das empresas e nas virtudes do mercado, sendo necessário o desenvolvimento de novas tecnologias de intervenção, distintas das ações com objetivo reparador, corretivo e assistencial, devendo haver um processo de tomada de consciência de que os problemas apresentados por alguns não devem ser interpretados como inadaptação pessoal, levando-se em conta as situações de emprego e as condições de vida dos indivíduos.

As terapeutas ocupacionais do INSS estão cientes da difícil tarefa de atuar com os

segurados em sua preparação para o retorno a atividades profissionais, diante da ausência de garantias e da insuficiência de mecanismos de facilitação tanto de sua reinserção quanto de sua permanência no mercado de trabalho. Sabem, também, que a insegurança e a resistência de alguns segurados com relação à participação no Programa envolvem questões que ultrapassam o universo e as possibilidades do INSS, e que têm pouco a oferecer diante de suas reais demandas. E, muitas vezes, por mais que interpretem os processos de retorno ao trabalho a partir da complexidade que lhes é inerente, compreendendo, ao menos em parte, os diversos fatores que lhes atravessam, encontram como a única possibilidade a atuação restrita ao indivíduo e às suas habilidades ou capacidades de adaptação a uma nova situação de trabalho.

3.16.6 Legislação

A legislação que rege e fundamenta a atuação da Reabilitação Profissional no Instituto, apresentada brevemente no Capítulo II do presente texto, foi abordada pelas entrevistadas de maneiras diversas. A chamada Lei de Cotas (Lei 8.213/91) – que conforme já explicitado, determina a inserção pelas empresas de pessoas com deficiência e/ou pessoas que foram reabilitadas pelo INSS em seu quadro de pessoal, no caso de contarem com mais de 100 funcionários – é tida como uma possibilidade de reinserção dos segurados sem vínculo empregatício no mercado de trabalho ou de manutenção deles em suas empresas de vínculo; algumas vezes, tem-se essa modalidade de reinserção como a única oportunidade vislumbrada, ou como a mais plausível. Algumas das entrevistadas demonstram satisfação diante dessa possibilidade; outras referem certo pesar frente à existência de uma lei de mecanismo compensatório em um sistema onde as empresas deveriam possuir a responsabilidade social diante da redução da capacidade laborativa de seus funcionários, devida em grande parte às atividades profissionais que eles desempenhavam. Mencionam ainda o fato de não haver, no Brasil, mecanismos para efetiva reinserção dessas pessoas no mercado de trabalho, com atuação conjunta entre os Ministérios da Previdência Social e do Trabalho e Emprego, por exemplo.

Embora a Lei de Cotas venha possibilitando a inserção de segurados reabilitados no mercado de trabalho, não podemos deixar de colocar uma questão: Como deverão se sentir esses segurados diante da consciência de ocuparem vagas que não foram definidas e conquistadas pelo critério de sua capacidade e/ou competência, mas sim pela obrigatoriedade legal das empresas em tê-los em seu quadro de funcionários?

Parte das entrevistadas identificou a legislação trabalhista como importante ponto de proteção dos direitos dos trabalhadores, com repercussões positivas para a atuação do Programa de Reabilitação Profissional, como a garantia de um ano de estabilidade, nas empresas, de segurados que sofreram acidentes do trabalho. Falou-se também da questão da obrigatoriedade legal da participação dos segurados, ao mesmo tempo em que não há obrigatoriedade alguma por parte das empresas de vínculo em reabilitar seus funcionários.

O que embasa a reabilitação, apesar de ter os procedimentos específicos, de ter as nossas orientações internas, são essas ações afirmativas, essas cotas [referindo-se ao art. 93 da Lei 8.213/91] e as empresas terem que contratar pessoas com deficiência (...). Não teria trabalho da reabilitação se não tivesse essa obrigatoriedade de contratação das empresas e não tivesse a legislação que ampara os trabalhadores em relação aos acidentes de trabalho, se a empresa não tivesse que continuar lá com esse trabalhador por mais um ano, não tivesse questão de indenização e outros direitos que os trabalhadores têm (E5, p. 27).

Acho que é [a Lei de Cotas] uma das grandes coisas que a gente tem para oferecer em relação aos segurados, eu falo sempre para eles, 'Eu entendo que você vem com uma condição diferente, você precisa ser respeitado por ter essa condição, e você entra nessa legislação para que você não esteja em uma situação de desvantagem quando estiver fora daqui'; porque esse é o maior medo deles, 'Eu estou em uma situação de desvantagem, eu sei' e 'A empresa vai saber quando você chegar lá com um certificado [o de reabilitação profissional], você vai entrar com a empresa sabendo que você tem uma limitação'. (...) E eu falo 'Surpreenda a empresa porque hoje as empresas não sabem o potencial de vocês'. (...) As empresas hoje oferecem funções muito básicas, serviços muito corriqueiros, que não exigem muita experiência, muito conhecimento, para esse tipo de vaga (...); isso é uma questão que a gente tem que trabalhar porque as empresas ficam esperando sempre pouco, um rendimento muito menor e a coisa não funciona bem assim (E6, p. 35-36).

Outro ponto levantado foi a insuficiência das leis existentes, no sentido de não ampararem diversas das ações demandadas pela prática cotidiana. Na legislação previdenciária, tem-se a definição de Reabilitação Profissional e de seu objetivo central, bem como dos beneficiários que têm direito a esse serviço, conforme apresentado no Capítulo II. Encontram-se, também, algumas atribuições da Reabilitação Profissional, que segundo o artigo 62 da Lei 8.213, deve habilitar o indivíduo para o desempenho de uma nova atividade que lhe garanta a subsistência ou aposentá-lo por invalidez, quando for considerado não recuperável (BRASIL, 1991), ou seja, a determinação legal é de que a Reabilitação Profissional do INSS atue somente até o momento em que os indivíduos sejam considerados – pela equipe do Programa – como habilitados ao retorno ao mercado de trabalho. Outro

aspecto abordado pela legislação é a questão da recusa dos segurados em participar do processo de reabilitação e a consequente suspensão de seu benefício de auxílio-doença até que reconsiderem sua participação. Ou seja, faltam elementos que direcionem as práticas a serem desenvolvidas; coloca-se a tarefa de reabilitar profissionalmente, mas não são identificadas formas a serem seguidas para tal. No Decreto 3.048, apresentado também no Capítulo II, são listadas as 4 funções básicas do Programa, com menção a atividades de parcerias que devem ser feitas, porém de uma forma bastante genérica e sem identificação de mecanismos para realização das articulações. Mesmo no Manual Técnico, documento que direciona internamente as ações da Reabilitação Profissional, há uma descrição das etapas a serem desenvolvidas durante todo o processo, com atribuições e codificações diversas, o que auxilia em parte e, por outro lado, coloca diversas restrições às ações das equipes técnicas, mas que não dá conta de abarcar a riqueza de situações vivenciadas na preparação dos indivíduos para seu retorno ao trabalho. Como exemplo: o desligamento dos segurados deve ser sempre codificado, havendo casos que não se encaixam em nenhum dos códigos, mas que se configuram, pela visão da equipe, em claras situações de desligamento para retorno às atividades profissionais. A nosso ver, a Reabilitação Profissional deveria, sim, estar mais bem descrita e amparada legalmente; no entanto, não há possibilidade disto dar conta de todas as situações de uma determinada prática. O que precisa ocorrer, além da construção de um arcabouço legal mais amplo sobre o campo e sobre a proteção social dos trabalhadores, no geral, é a melhoria da estrutura do Programa – o que também deveria ser garantido por lei – além de uma maior flexibilidade interna com relação à execução das atividades previstas pelo Manual Técnico.

A legislação muito mais, às vezes, atrapalha a gente do que ajuda. Essa questão da obrigatoriedade e o quanto é difícil você falar para a pessoa que ela está ali e que ela vai ter que cumprir [o Programa de Reabilitação Profissional]. (...) A ausência de legislação para a empresa também dificulta a gente; se a legislação colocasse que a empresa (...) tivesse uma responsabilidade maior com isso, ajudaria bastante (E4, p. 19).

Acho que nossa legislação poderia ser mais ampla, tem muita coisa que a gente procura respaldo e não tem. (...) E a empresa, onde fica? (E3, p. 15).

Ainda quanto ao Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional, as entrevistadas referem, ao mesmo tempo, a necessidade de padronização dos procedimentos após a descentralização da Reabilitação Profissional para as Gerências

Executivas e Agências do Instituto, e a rigidez estrutural desse instrumento, limitante de parte das ações percebidas pelas terapeutas ocupacionais como as mais adequadas a serem tomadas em determinadas situações, como exemplificado nos relatos a seguir:

Quando o CRP se desfez e nós fomos para as APS, precisava ter o manual de procedimentos para padronizar porque imagine, muitos lugares não tinham ninguém que era do antigo CRP, que pudesse passar a experiência, o procedimento (...). Antes nunca existiu nem os impressos próprios, cada um fazia mais ou menos de um jeito, então foi uma padronização porque ela foi necessária. De vez em quando a gente tem alguma dúvida, a gente volta no Manual; pelo menos ele está lá para a gente se basear (E1, p. 19)

A minha opinião sobre o nosso Manual é que precisa de um outro Manual. (...) tem os passos, e ainda que você, no meio do atendimento, perceba que não tem sentido nenhum para aquela pessoa voltar para a empresa de vínculo dela, eu tenho que mandar o ofício e se a empresa mandar a função, eu tenho que mandar ele para a função (E6, p. 1-2).

Coloca-se aqui a necessidade da reformulação das leis referentes à Reabilitação Profissional e à proteção social dos trabalhadores, para que se possa ir além da garantia de alguns poucos direitos limitados, por exemplo, a acidentes do trabalho ou doenças profissionais e de mecanismos compensatórios de inserção, como a Lei de Cotas. Existe a obrigatoriedade do Instituto em promover a capacitação profissional dos segurados para o mercado de trabalho, e destes, em participar da Reabilitação Profissional; é preciso existir mais que isto para que se tenham melhores condições de inserção e permanência no trabalho, não só dos indivíduos reabilitados, mas da classe trabalhadora brasileira.

3.16.7 Cumprimento de metas

Sobre as metas a serem cumpridas, que se relacionam principalmente ao tempo de permanência dos segurados no Programa de Reabilitação Profissional e que voltarão a se relacionar também com o número de reabilitados pelo Programa, as entrevistadas referem haver uma exigência de cumprimento das mesmas, em maior ou menor grau, dependendo das chefias e dos locais de atuação.

O número de segurados atendidos pelas terapeutas ocupacionais é bastante variável de local para local e, no geral, elas parecem ainda possuir uma relativa autonomia com relação à quantidade máxima de atendimentos que avaliam como estando dentro de suas possibilidades.

O tempo máximo de permanência dos segurados em Programa também possui variação entre as Gerências Executivas, não havendo nenhum mecanismo de desligamento automático quando se atinge o tempo médio previsto, sendo que as equipes conseguem justificar a permanência dos segurados por mais tempo a partir da não conclusão, até aquele momento, da capacitação necessária para o retorno ao mercado de trabalho.

Nota-se, nos relatos das entrevistadas, que as metas colocadas são tidas como não factíveis e não correspondentes à realidade do Programa e às demandas dos segurados atendidos. Há referências, ainda, ao fato das metas serem elaboradas e/ou cobradas por pessoas que desconhecem essa realidade e essas demandas.

Eu comecei não faz nem um mês [havia sido realocada em outra agência], hoje eu estou com 60 segurados, mas esse número vai aumentar (...). Eu estabeleci um máximo, porque se não eu não consigo atender. Se a gente for pensar no pessoal que está lá em cima cobrando da gente, a gente atende 200 (...). Eu estabeleci, a princípio, 80 casos, para 6 horas [diárias]. Varia muito, eu sei de gente que faz 6 horas e atende 160 casos, tem gente que faz as 8 horas e atende 100 casos, tem gente que faz 8 horas e atende 60. Acho que cada um tem uma dinâmica de trabalho e isso também tem que ser respeitado, cada um se organiza de uma maneira (E6, p. 32).

A meta é cobrada, mas não consegui cumprir, e aí? O que eles vão fazer? (...) Como eu vou fazer uma pessoa que não sabe ler e escrever, fazer elevação de escolaridade em 240 dias? (...) Traz um mágico aqui que a gente resolve (E6, p. 30).

Cumprir metas, nós não cumprimos, elas não são factíveis, não são pensadas por quem entende, por quem tem algum conceito de reabilitação profissional, de saúde do trabalhador (E2, p. 6).

Existe pouco conhecimento do que é o Programa de Reabilitação de modo geral (...). A gerente executiva (...) falou em uma reunião e eu achei que ela tinha toda razão: “Eu sou gestora, eu não conheço exatamente o processo de reabilitação, como ele funciona ali no cotidiano, na rotina do serviço, (...) eu não sei como interferir no sentido de dizer para vocês que tipo de coisas vocês poderiam fazer, eu não entendo como o serviço funciona, eu não sei o que cobrar, eu não sei o que mede a qualidade do serviço de vocês. Se o cara está empregado ou não, que eu só vou saber daqui a 2 anos? (...) Como eu vou cobrar de vocês como gestora que está passando dos 240 dias, se você está me dizendo que para fazer o Programa você precisa de mais de 240 dias?” Tem muitas indefinições, muita coisa que não conversa com a realidade do serviço, mesmo em relação à legislação (E6, p. 34-35).

Desacreditamos que as ações do Programa de Reabilitação Profissional são formuladas por totais desconhecedores de sua realidade. O que ocorre, provavelmente, é a existência de

uma outra lógica com relação à preparação dos segurados para sua volta ao trabalho, pautada na incapacidade física/funcional e, quando muito, psíquica dos segurados, e em uma breve preparação através do retorno em atividades compatíveis na empresa ou da realização de curso(s) de capacitação profissional, como etapas que devem ser realizadas sem maior ampliação para demais questões – como as intercorrências sociais, por exemplo – o que se pode deduzir pela estrutura restrita de trabalho oferecida às equipes técnicas. Daí o embate diário das terapeutas ocupacionais, que buscam inserir, dentro dessa estrutura, uma outra lógica de atendimento que tenta levar em conta, dentre outros aspectos, o tempo de adaptação dos segurados frente à redução de sua capacidade laborativa e às perspectivas de retomada de sua vida profissional.

3.16.8 Convênios e acordos de cooperação

Com relação à existência de convênios e/ou acordos com instituições, tanto para cursos profissionalizantes quanto para tratamentos de reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, dentre outros), observa-se que, no primeiro caso, a maioria das participantes conta somente com os convênios celebrados em nível estadual e federal; no segundo, somente uma pequena parte conta com o estabelecimento de convênios para fins de tratamentos dos quais os segurados necessitem.

Gráfico 27 - Convênios e parcerias para cursos profissionalizantes, em número de citações

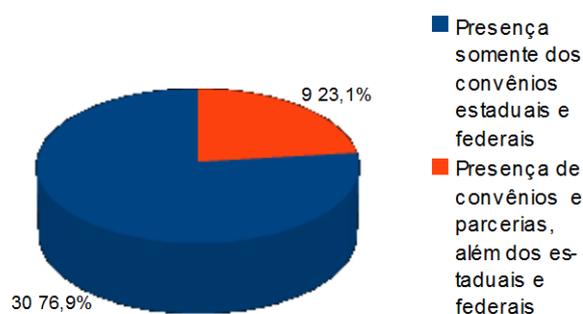
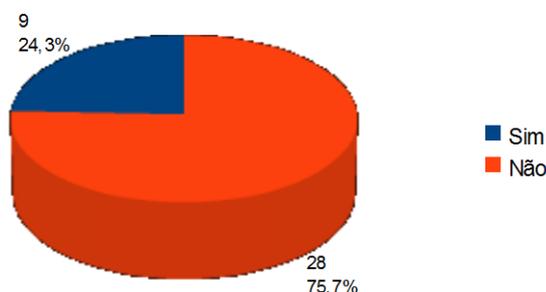


Gráfico 28 - Convênios e/ou acordos para tratamentos de reabilitação, em número de citações

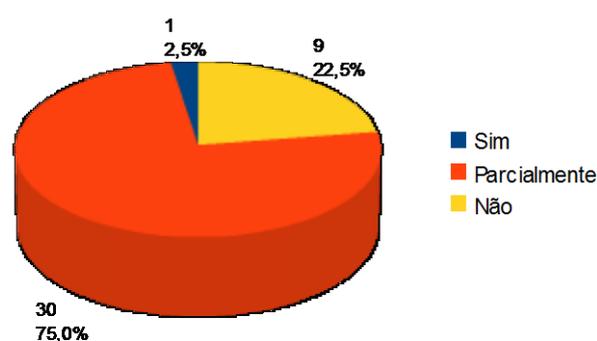


É clara a importância de se firmarem acordos e convênios nessas áreas. Porém, apresentam-se duas questões a isso referentes: a busca pelo estabelecimento de parcerias e convênios deveria ocorrer no âmbito de instâncias superiores, como o Ministério da Previdência Social (que firmou o convênio com o Senai de 2009 a 2011, ainda não renovado), garantindo-se a estrutura necessária para a qualificação profissional dos segurados, não devendo a mesma ser buscada somente por meio de ações isoladas das equipes técnicas ou das mesmas junto ao setor de Logística das Gerências Executivas onde atuam; outra questão é que essa necessidade de acordos e convênios demonstra a insuficiência da rede pública brasileira diante das demandas de saúde e, também, de qualificação profissional da população.

3.16.9 Considerações sobre os princípios e objetivos do Programa

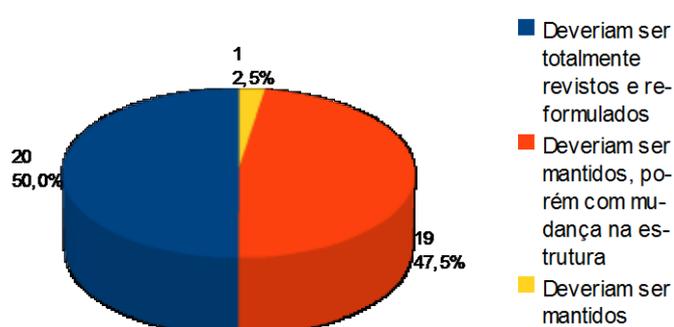
Quando questionadas se consideram que o Programa cumpre o seu objetivo de proporcionar aos segurados os meios indicados para a reinserção no mercado de trabalho e no contexto em que vivem, a maioria declara que o mesmo é atingido parcialmente:

Gráfico 29 - Cumprimento do objetivo do Programa



Sobre os princípios, objetivos e ideologias do Programa, a grande maioria das participantes aponta a necessidade de mudança total ou parcial dos mesmos:

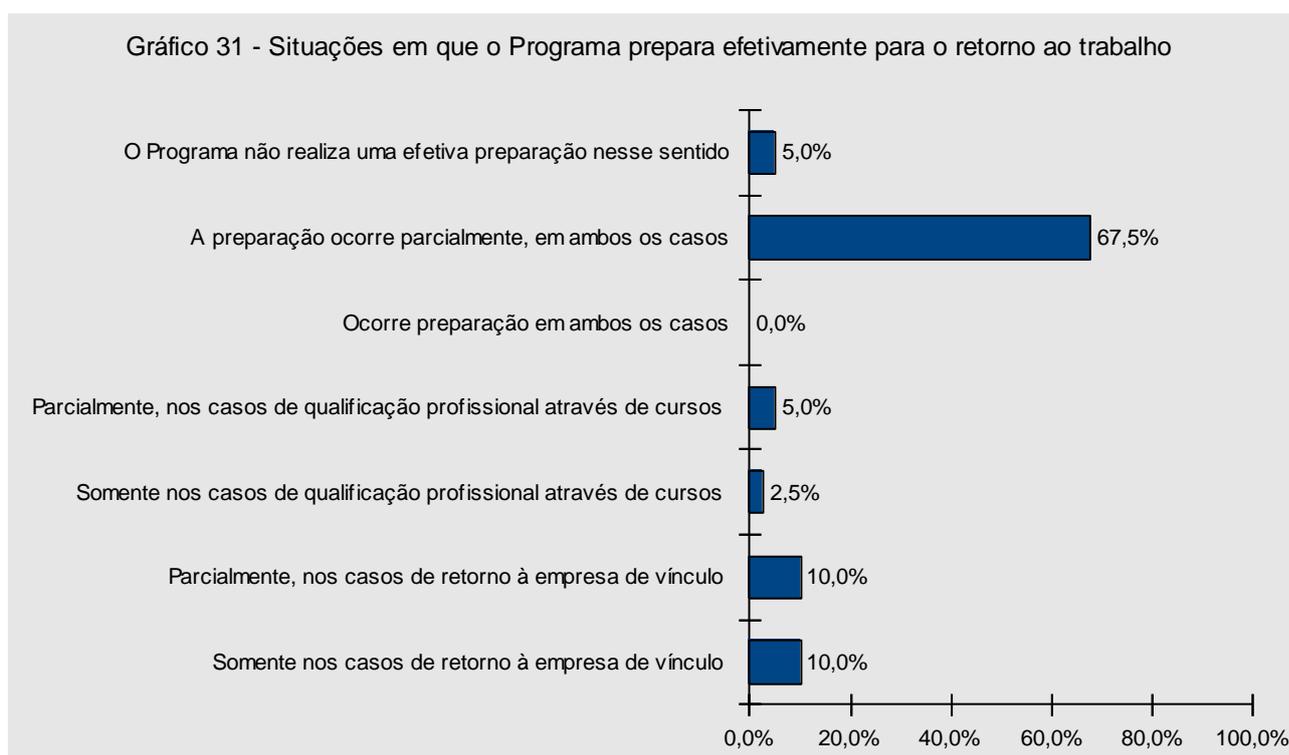
Gráfico 30 - Avaliação dos princípios, objetivos e ideologias do Programa de Reabilitação Profissional



Ainda sobre os objetivos da Reabilitação Profissional no Instituto, 67,5% das participantes acreditam que o Programa realiza de forma parcial a preparação efetiva dos segurados para o retorno ao mercado de trabalho, tanto nos casos de retorno à empresa de vínculo quanto naqueles onde se dá a qualificação profissional com a realização de cursos nas áreas de interesse dos segurados. 10% referem que essa preparação efetiva ocorre somente nas situações em que os segurados retornam como reabilitados às suas empresas de vínculo e

outros 10% dizem que tal preparação ocorre somente nessa situação, mas de maneira parcial.

Embora o retorno à empresa de vínculo venha sendo considerado como a melhor forma de reingresso ao trabalho, pelas questões já discutidas nesse texto, não se observa, nesses resultados, uma diferença significativa entre a efetividade do retorno às empresas e a realização de cursos de qualificação profissional, pela ótica das terapeutas ocupacionais.



A ‘preparação efetiva’ aqui colocada – circunscrita às possibilidades do Programa –, tal como pontuado no Capítulo II acerca de uma reabilitação profissional ‘bem-sucedida’, configura-se como aquela na qual o trabalhador retorna para atividades profissionais satisfatórias, permitindo-lhe, além da garantia de sua subsistência, sentir-se socialmente útil e capaz. Quando as terapeutas ocupacionais identificam que ela ocorre de maneira parcial, acreditamos quererem dizer que a volta ao trabalho nem sempre se dá nessas condições, nem sempre permite os sentimentos de satisfação e de utilidade social por parte dos segurados reabilitados, o que pôde ser confirmado nas entrevistas.

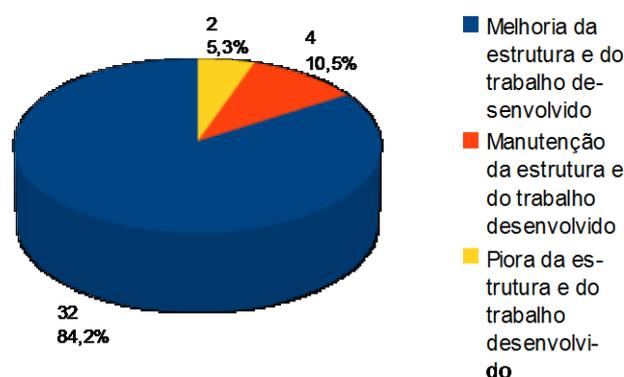
82,5% das terapeutas ocupacionais não concordam com o fato do INSS ser o único responsável legal pela Reabilitação Profissional dos segurados. Nas entrevistas, podemos perceber que essa posição se deve à percepção de que os processos de retorno e permanência ao/no trabalho exigem não só a melhoria da estrutura do Programa, mas, urgentemente, a

articulação com as demais esferas governamentais, com a responsabilização conjunta de Ministérios como os do Trabalho e Emprego, da Educação e da Saúde, para a construção de uma rede de ações tecida em torno da atenção e do cuidado à saúde dos trabalhadores, de melhores condições educacionais, abrangendo também o ensino profissionalizante, e de maiores chances de (re)inserção no mercado de trabalho.

Das 39 participantes que responderam a questão sobre a valorização do Programa pelos demais setores do INSS, 59% consideram não ocorrer tal valorização, e os outros 41% acreditam que isto se dá de maneira parcial.

Com relação ao futuro do Programa, a maioria das terapeutas ocupacionais vislumbra sua melhora:

Gráfico 32 - Perspectivas em relação ao futuro do Programa de Reabilitação Profissional



Sobre a visão direcionada às questões envolvidas no afastamento e retorno do/ao trabalho, considerando-se, aqui, a lógica que perpassa as ações do Programa, 53,8% das participantes consideram que a mesma não consegue lidar com tais questões de maneira eficaz e 46,2% declaram que isto ocorre relativamente. Nenhuma das participantes avaliou a visão do Programa como ampla e capaz de abordá-las eficazmente.

Ao serem questionadas sobre o conhecimento de outras iniciativas de preparação de indivíduos para o retorno ao mercado de trabalho, 22 terapeutas ocupacionais declaram conhecê-las e, destas, 20 acreditam que tais iniciativas poderiam ser, de alguma forma, incorporadas ao Programa. Esse assunto não foi devidamente aprofundado nas entrevistas, havendo, em uma delas, a menção de que o conhecimento anterior de uma Rede Social

encabeçada pelo Senac – que permitia, dentre outras ações, a articulação entre instituições para o encaminhamento de indivíduos para cursos de capacitação profissional e para vagas no mercado de trabalho – foi incorporado por essa terapeuta ocupacional ao cotidiano de sua atuação no INSS.

3.16.10 O processo de reabilitação profissional

Nas entrevistas, foi trazida a importância de se levar em conta que o tempo para aceitação da nova condição de vida é diferente para cada segurado, bem como para a compreensão e a aceitação do Programa. Em seus relatos, percebe-se a importância atribuída ao vínculo construído com os segurados durante todo o processo, desde a avaliação inicial até o desligamento, possibilitando que as questões mais relevantes para eles sejam consideradas, mesmo dentro da rigidez de procedimentos existente.

O Programa tem um tempo de acontecer na vida dos segurados; a gente vê que para alguns esse tempo já passou e é super difícil da gente conseguir puxar eles para o Programa, e tem aquelas pessoas que chegam no momento exato, em uma situação de estar quase perdendo as esperanças e aí, de repente, elas percebem que tem alguém querendo encontrar possibilidades junto com elas. Claro que tem todo o nosso protocolo, tem que seguir o Manual, mandar todos os ofícios (...), controlar a frequência, fazer os contatos todos com a empresa; mas eu acho que a parte da orientação acontece, ela é muito mais ampla do que só o contato com o segurado (E6, p. 16).

Tem-se, também, falas no sentido de que a Reabilitação Profissional, apesar de suas restrições e das condições de vida muitas vezes difíceis em que os segurados se encontram, configura-se como uma oportunidade de escolha de um novo caminho profissional e até mesmo de criação de novas relações com o trabalho, pontuando-se, ainda, a dificuldade em se reabilitar para uma função que tende a gerar uma renda inferior à recebida anteriormente ao afastamento, bem como a necessidade de realização de um trabalho de conscientização dos segurados acerca das reais possibilidades oferecidas pelo Programa e dos desafios a serem enfrentados quando do retorno ao mundo do trabalho.

Enquanto servidor público, eu coloco a realidade a ele: “Olha, a lei me diz isso, eu consigo te oferecer isso. Dentro dessa realidade, como eu posso te ajudar. “Eu não posso te dar mais do que isso porque a lei vai até aqui, mas se você conseguir me mostrar outras formas de fazer porque eu não estou conseguindo enxergar, a gente pode tentar caminhar junto (E2, p. 37-38).

Essa é a parte mais dolorida do processo para a gente TO, porque a gente sabe o quanto de potencial que as pessoas têm, o quanto de potencial de recursos que existem a serem oferecidos aí nesse mundo (...) e o INSS não tem o acesso formalizado e estruturado para isso ser obtido facilmente. (...) uma pessoa que sempre fez a mesma coisa (...), que foi realmente pegando o que vinha, o que o mundo oferecia pra ela, e daí ela ter que sentar com a gente e construir uma linearidade nisso (...). Como que ela vai construir se ela nunca tinha parado para pensar antes? Construir dentro daquele mundo que o INSS tem para oferecer que é muito pequeno (E4, p. 5-6).

“Você é médico, amanhã ou depois você não pode mais ser médico e vai ser secretário de médico, tudo bem para você? Você vai deixar de ganhar seus 10, 15 mil por mês no seu consultório e vai ganhar 800 reais que é isso que você paga para o seu secretário, ok para você?” (...) e eu falo isso em reunião (...): “Viu, eu não estou querendo convencer vocês que a gente tem que dar benefício para todo mundo, mas vocês têm que entender que essas decisões são muito dolorosas! Ele vai ter que fazer isso, mas não é de uma hora para outra, não vai ser fácil!” (E2, p.26-27).

As terapeutas ocupacionais sabem da coexistência de múltiplos acontecimentos imbricados no processo de preparação para a volta dos segurados a atividades profissionais diversas das habituais e são capazes de identificar grande parte deles. Em certa medida, têm conseguido inserir outros elementos nas avaliações e decisões conjuntas sobre os projetos delineados junto aos segurados, porém, na maior parte das vezes, de forma limitada e por meio de um exercício de resistência frente aos procedimentos exigidos e à brevidade dos mesmos. No entanto, trata-se de uma conquista o fato de acontecimentos para além da incapacidade laborativa, focada nas limitações decorrentes do quadro clínico, estarem sendo identificados e, em alguns momentos, levados em conta na composição dos projetos de Reabilitação Profissional dos segurados.

Mais especificamente sobre o desligamento dos segurados do Programa e sobre o que as entrevistadas avaliam ser um indivíduo capacitado para o retorno ao mercado de trabalho:

Uma pessoa capacitada para o mercado de trabalho (...) depende do mercado de trabalho também, que mercado é esse de trabalho? (...) Depende se ela mora perto de uma região que tem trabalho, se ela mora em um lugar de periferia em que em qualquer lugar que ela for trabalhar ela demora 2 horas. Estar capacitado é ter todos os recursos que sejam necessários para desempenhar algum tipo de trabalho (...). Eu tento usar recursos (...) em relação a essa questão do segurado se fazer acreditar, de acreditar no potencial que ele tem, dele valorizar toda a trajetória profissional que ele já fez (...); aí eles começam a olhar de um outro jeito para a própria história e para a possibilidade de fazer de outro jeito uma outra história (E6, p. 38-39).

Precisaria de um trabalho bem mais amplo da gente não ficar limitado só à questão do curso profissionalizante (...). A pessoa realmente preparada, capacitada, não está só relacionada à questão das habilidades que a pessoa tem que ter para voltar ao trabalho, das habilidades técnicas, de profissionalização para exercer uma função, mas de como essa pessoa vive esse outro momento, essas outras relações de trabalho (E5, p. 33-34).

Os segurados não saem com uma profissão; a identidade profissional, para ser construída e mesmo reconstituída, leva um tempo muito maior do que aquele que a gente usa com eles na reabilitação. Eles saem com a possibilidade dos caminhos, de saber onde estão as portas (E6, p. 36).

Que ela consiga ganhar o dinheiro dela, essa é a pessoa capacitada para o mercado de trabalho. (...) quando ela tem esse perfil de retorno, do enfrentamento da realidade, enfrentamento de que eu vou ter que arrumar esse emprego, só que isso não se dá assim do além, a pessoa tem que estar sendo muito bem acompanhada para ter esse tipo de atitude (...). O que o INSS chama de capacitada para o mercado de trabalho é ter realizado um curso de capacitação profissional e ponto. (...) Então nós ficamos entre esses dois sujeitos, a instituição e o segurado, intermediando (...) a expectativa do segurado e o que é determinado (E2, p. 37).

Chamamos a atenção para o fato de que as terapeutas ocupacionais elencaram algumas das características que os indivíduos devem ter, ou a necessidade de preparação para aquisição delas para um efetivo retorno ao trabalho ou, até mesmo, do conhecimento do mercado para, a partir disto, instrumentalizá-los diante das reais demandas existentes. No entanto, não foi mencionada a questão de que esse tipo de ação se torna pouco efetiva diante de um mercado de trabalho precarizado e excludente e de uma legislação insuficiente de proteção social dos trabalhadores. Os relatos das entrevistadas vão mais no sentido da inserção, que pressupõe o desenvolvimento de características, pelos indivíduos, que lhes permitam adaptar-se a um determinado espaço e/ou situação, que da inclusão, na qual deve haver um processo de transformação tanto daquele que deseja pertencer a determinado lugar social quanto deste para o acolhimento dos indivíduos em suas diversas formas de existência. Coloca-se a necessária ampliação do conceito de capacitação para o mercado de trabalho, que não se deve resumir às características e habilidades dos segurados, à realização de cursos de qualificação profissional e ao conhecimento do mercado de trabalho, embora, no cotidiano do Programa, não venha ocorrendo a possibilidade de se considerar questões para além destas.

P30 aproximou-se dessa colocação ao responder ao questionário:

Os casos de sucesso são poucos e dependem muito do segurado já se apresentar com recursos de personalidade que lhe imprimem condições de superação. Acredito que se a inclusão fosse obrigatória isso mudaria

radicalmente, se todos que tivessem uma garantia no retorno. Quando RP for política de Estado, talvez aí possamos acreditar em uma efetiva RP (P30).

3.16.11 A crença na Reabilitação Profissional, considerações gerais sobre o Programa e caminhos para a melhoria

No último item do questionário, solicitou-se às participantes que se posicionassem com relação a acreditarem ou não no Programa de Reabilitação Profissional, podendo discorrer sobre o assunto. Das 37 que se manifestaram, 5 referiram não acreditar no Programa e 32, ou seja, 86,5% delas, declararam sua crença no mesmo, apontando a necessidade de mudanças diversas.

Acredito que a ideologia, os objetivos do Programa de Reabilitação Profissional são bastante pertinentes às necessidades da população, porém acredito que as ações dentro do Programa poderiam ser revistas e ampliadas. As práticas, as ações e conhecimentos do Terapeuta Ocupacional poderiam ser melhor aproveitados em todo o processo de RP. Penso que esses profissionais com suas experiências e recursos de trabalho poderiam contribuir com ações que não se resumissem apenas à “orientação profissional”, mas também outras como atividades grupais, com vistas à reflexão sobre retorno laboral, despertar de potencialidades, também grupos voltados ao “treino funcional” (em casos de acidentes que geram limitações/amputações em MMSS) (P8).

Acredito no Programa quando o segurado recebe treinamento ou realiza curso de capacitação para uma área que seja “melhor” que a sua área de origem (melhor remuneração, menor esforço físico, boa oferta de emprego na área). Acredito no Programa quando o segurado participa ativamente do processo de reabilitação profissional, quando é capaz de fazer escolhas e é possível respeitar as escolhas do mesmo. Não acredito no Programa quando realizamos treinamento do segurado na mesma função de origem e esta não é plenamente compatível com seu quadro atual (...). Não acredito no Programa quando promove treinamento ou capacitação para uma área onde a remuneração será extremamente inferior à de sua função de origem; isto levará à resistência do segurado em cumprir o Programa e causará desestrutura familiar após a alta. Não acredito no Programa quando o segurado deve realizar estágio na empresa em função onde não haja identificação do segurado com a mesma, ou quando, pela falta de cursos disponíveis tenha que realizar curso de capacitação em área que não desperte seu interesse (P9).

Nas entrevistas, alguns dos aspectos levantados acerca da Reabilitação Profissional, no geral, foram a ausência de reconhecimento, por parte dos responsáveis pela formulação de políticas públicas e do próprio Instituto, da importância desse Programa para a sociedade

brasileira; a necessidade de ampliação das ações da Reabilitação Profissional para além da qualificação profissional propriamente dita, havendo maior consideração das demais questões de vida dos segurados; a questão da descentralização da Reabilitação Profissional, que está em construção e que pressupõe a necessidade de uniformização dos procedimentos através do Manual Técnico que direciona suas ações; a limitada estrutura do Programa diante daquilo que se propõe – o retorno ao trabalho dos segurados. Tudo isso permeado por uma postura crítica que reconhece, ao mesmo tempo, a relevância e as limitações estruturais do Programa, com o desejo e a crença na transformação da sua estrutura, em direção à sua melhoria e à busca de articulação com os demais setores sociais e governamentais relacionados à proteção social dos trabalhadores brasileiros.

A Reabilitação Profissional, na realidade, nunca foi vista como deveria ter sido vista, porque qualquer um que tivesse o mínimo de sensibilidade, o meu discurso é esse desde que eu entrei (...); o camarada que desse conta do que é a Reabilitação Profissional e o alcance dela para a sociedade, para uma comunidade, principalmente a brasileira, a situação (...) que a população tem, levando em consideração a sociocultural que é terrível (...); qualquer político teria feito disso um palanque, mas com a santa ignorância deles e tendo em mente, a maioria deles, o benefício próprio em termos de dinheiro muito rápido, eles nunca se aperceberam do grande palanque eleitoral que é a Reabilitação Profissional (...), isso se eles tivessem como política benfeitoria para a população, temos visto que não é bem isso que eles veem, porque senão, não deixariam a reabilitação profissional chegar no que chegou (T, p. 8).

Tomando os apontamentos desse último excerto, questionamos a viabilidade de um processo – fundamental – de valorização e incremento das ações de Reabilitação Profissional, diante da organização do trabalho e dos mecanismos de produção de mercadorias e de serviços, cada vez mais precarizados e que parecem prescindir de indivíduos que apresentam uma redução de sua capacidade laborativa e/ou restrições que devem ser respeitadas no desempenho de suas atividades profissionais. Isto, é claro, não diminui a importância do Programa de Reabilitação Profissional, que possibilita – mesmo que de maneira limitada – a concretização de oportunidades de realização de novas atividades profissionais de uma forma que considere as necessidades dos indivíduos diante das transformações por eles vivenciadas.

Ainda sobre a amplitude das questões a serem levadas em conta no que concerne à proteção social dos trabalhadores e à sua permanência e/ou reinserção no mundo do trabalho, Lopes (1999) assinala que, para a inclusão dos detentores da força de trabalho nas trocas sociais, faz-se necessário um correspondente processo de educação, de formação profissional,

além da solução de diversos problemas, tais como a moradia, a assistência à saúde física e mental do trabalhador e sua família e o transporte entre a casa e o local de trabalho.

A gente não pode restringir a Reabilitação Profissional só à profissionalização, à educação profissional, ao trabalho, ao retorno à empresa (...); tem que considerar as vivências dessa pessoa, o histórico dela, a família, o lugar em que ela mora, as relações que ela tem, para com isso trazer um processo de retorno para essa pessoa ao trabalho (E5, p. 23).

Eles tinham a ideia do Reabilita, de descentralizar, mas manter mais ou menos o formato que existia no CRP, e essa coisa se perdeu toda. Aí eles tentaram reerguer o Programa de Reabilitação, mas de um outro jeito, com uma cara nova que ninguém sabe exatamente qual é ainda hoje. Mas essa questão da descentralização tem esse lado bom porque você vai funcionar de acordo com uma dinâmica específica da agência (...). Apesar de ter toda nossa legislação, nosso manualzinho, mesmo assim a coisa destoa muito de uma agência para outra (E6, p. 1).

Com relação aos caminhos identificados como necessários à ocorrência da melhoria vislumbrada, as terapeutas ocupacionais entrevistadas enfatizaram, a todo momento, a necessidade da aproximação de demais setores governamentais e não governamentais (Ministérios da Saúde, da Educação e do Trabalho e Emprego; empresas; comunidade) como fator fundamental para a formulação e concretização de ações realmente eficazes de proteção social e de garantia do exercício dos direitos dos trabalhadores, que culminem na sua reinserção no mundo do trabalho de forma, como já colocado no presente texto, a respeitar sua necessidade de subsistência e/ou de provimento familiar, suas aptidões e interesses e seu direito ao trabalho. Os relatos são permeados pelo apontamento da importância de haver revisão e mudanças na estrutura e nas intervenções do Programa e dos demais setores envolvidos, direta ou indiretamente, na proteção dos trabalhadores brasileiros.

Teria que ser pensado realmente não só um novo modelo de reabilitação, mas um outro trabalho do Sistema de Saúde, um outro trabalho da perícia, um outro trabalho do Instituto, não consigo ver esse trabalho com as condições que a gente tem hoje (E5, p. 34).

Contar com muitos parceiros, conseguir novos caminhos. Muita gente não conhece Reabilitação, às vezes a empresa [também] não, então um trabalho, primeiro, de divulgação e de conhecimento do que o Programa faz (E3, p. 13)

Articulação entre Ministérios: Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde e da Previdência. Então o cara está doente, imediatamente passar por uma avaliação no INSS para saber quais as necessidades desse sujeito (...). É uma

empresa complicada, a gente já vai articular com o Ministério do Trabalho o retorno dele em uma função que seja compatível; nessa avaliação você já poderia identificar possibilidades ou não de retorno nessa empresa, senão teria que pensar na qualificação. Só que essa qualificação não se daria imediatamente, então que aspectos ele precisa tratar na terapia? Para que ele precisa se preparar? É para o retorno ao trabalho na empresa? É para o retorno ao trabalho em outra função? Aí vai envolver outros profissionais, vai envolver outras necessidades, outro tipo de enfoque. (...) Eu não consigo ver uma reabilitação de verdade sem essa articulação, porque para mim a pessoa, se na primeira vez que ela se afastasse ela fosse muito bem ouvida, escutada e tratada com tudo que ela precisa, ela não ficaria 5, 6 anos afastada, ela ficaria no máximo 2, o mais tardar 3 (E2, p. 25).

Todas deveriam estar envolvidas, em conjunto, mas eu acredito que tem que começar de uma política, política de Estado para melhorar a empregabilidade. Seria sensacional para nós se toda pessoa que tivesse um acidente de trabalho tivesse uma função garantida em qualquer que fosse a instância, nossa seria muito fácil reabilitar uma pessoa, ou melhor, seria menos difícil reabilitar uma pessoa, porque ela teria a garantia de que ela não ia ser mandada embora, ela teria garantia de que ela teria o sustento dos filhos dela, teria garantia de que ela teria a valia dela; pensando assim seria muito mais tranquilo reabilitar, mas não existe essa política. Tem assim, uma política fraquinha (...) da reserva de vagas (E2, p. 17).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados obtidos com a aplicação do questionário, somada à dos conteúdos das entrevistas, permitiram a identificação de questionamentos, posicionamentos, perspectivas, expectativas e crenças a respeito das temáticas da pesquisa, que contribuem de forma significativa com este estudo, indo ao encontro de seus objetivos e fornecendo subsídios para pensar a atuação e a produção de conhecimento da terapia ocupacional no tocante ao trabalho e aos processos de afastamento e retorno dos indivíduos ao mesmo, bem como a formulação de políticas públicas direcionadas aos indivíduos que se encontram, de uma maneira ou outra, vinculados ao mundo do trabalho.

As principais conclusões permitem-nos dizer que as terapeutas ocupacionais atuantes na Reabilitação Profissional do INSS, no estado de São Paulo, em sua maioria, ingressaram motivadas com o trabalho a desenvolverem, considerando terem parte dos conhecimentos necessários para a formação na área. Possuem um bom nível de formação, levando-se em conta que várias delas realizaram e/ou realizam cursos de pós-graduação e permanecem buscando seu aprimoramento e capacitação profissional em cursos e eventos na área onde trabalham.

Sobre a produção de conhecimento em terapia ocupacional referente às temáticas com as quais lidam em sua prática profissional, as terapeutas ocupacionais apontam valiosas contribuições, como publicações nas áreas de ergonomia e de saúde mental no trabalho. No entanto, referem que o conhecimento produzido é insuficiente para embasar e/ou amparar sua atuação e suas concepções acerca da reabilitação profissional, colocando a escassez de trabalhos que relacionem a terapia ocupacional aos processos de retorno ao trabalho de indivíduos que dele se encontram afastados. Isso vai ao encontro do resultado do levantamento bibliográfico realizado no presente estudo, que detectou a escassa produção científica acerca desse tema e que pretende colaborar com a constituição teórico-prática do campo. As participantes estão em processo inicial de construção e identificação de ações e de referenciais teóricos acerca do campo, sendo importante a sistematização do que já vêm pensando e estruturando na prática cotidiana na reabilitação profissional e do que têm utilizado como referencial teórico.

A concordância em participar desse estudo, percebida desde os primeiros contatos telefônicos e verificada com a participação efetiva de praticamente todas, indica a

disponibilidade e a necessidade de discussão sobre as ações e as concepções que vêm sendo construídas no campo da reabilitação profissional. Diversas foram as participantes que mencionaram a importância da realização de estudos que elucidem o campo, demonstrem e sistematizem as ações que desenvolvem enquanto terapeutas ocupacionais e forneçam matéria para discussão e para a construção de conhecimento e de práticas e intervenções no mesmo.

Acreditavam pertencer a uma área de atuação específica da terapia ocupacional, sendo as mais elencadas as de disfunção física/sensorial, deficiência intelectual, distúrbios de aprendizagem e saúde mental. Lidavam com pouca intensidade com as questões referentes à temática do trabalho em suas experiências profissionais anteriores, o que pode indicar a marginalidade das populações mais comumente atendidas pela terapia ocupacional com relação à participação no mercado de trabalho, como também a tendência geral de uma não consideração do trabalho como elemento central nas intervenções junto a essas populações, ou, ao menos, do trabalho no mercado formal e informal, para além das oficinas de trabalho protegido.

Quanto às concepções sobre ‘trabalho’, todas as entrevistadas levantaram questões referentes à sua grande relevância e centralidade na vida das pessoas, trazendo aspectos como o seu papel integrador com os demais acontecimentos e espaços da vida cotidiana e o sentimento de pertencimento social e de contribuição com a sociedade ao trabalhar em algo considerado útil. Apontaram, ainda, as transformações que o trabalho vem sofrendo, desde em sua organização até nos valores que lhe são socialmente atribuídos. Percebe-se que, no geral, elas possuem a dimensão do impacto que o afastamento do trabalho pode provocar na vida dos indivíduos e que se esforçam para auxiliá-los a reconstruir suas relações com o trabalho a partir do retorno a uma nova atividade profissional.

Encontram especificidade profissional em várias das ações previstas pelo Programa e pelo Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional que o direciona, principalmente na análise do posto de trabalho e na avaliação da compatibilidade da função proposta pelas empresas de vínculo dos segurados, seguidas pela avaliação do potencial laborativo e definição da elegibilidade dos segurados ao Programa e pela identificação de questões e construção de ações para enfrentamento e vivência das questões pertinentes ao retorno ao trabalho. Defendem que alguma(s) das ações desenvolvidas pelo Programa deveria(m) ser exercida(s) somente por terapeutas ocupacionais, especialmente a análise de posto de trabalho, na qual as terapeutas ocupacionais consideram encontram maior

especificidade profissional em sua atuação no INSS e que se constituiu como ação fundamental para o reconhecimento da importância da profissão no Programa, sendo um dos componentes principais para se justificar a recente contratação de novos terapeutas ocupacionais pelo Instituto.

Ainda no que se refere à especificidade da terapia ocupacional nas ações do Programa, destacou-se em seus relatos a questão da formação e da atuação profissionais direcionadas à compreensão da atividade humana e de suas diferentes formas de realização e significação; ao trabalho para a construção de maneiras diversas de realização de atividades pelos indivíduos, incluindo possibilidades adaptadas; à análise das atividades; à construção conjunta de novos caminhos e trajetórias de vida; o olhar para os múltiplos aspectos da vida de atividades dos indivíduos; o auxílio para os seus processos de reintegração e/ou reinserção nos variados espaços sociais. Tratando mais especificamente da Reabilitação Profissional, enfatizou-se nas entrevistas a potencialidade da terapia ocupacional na análise do posto de trabalho; na identificação de possibilidades de adaptação dos postos e ambientes de trabalho às condições dos segurados; na capacidade de ampliar o foco das intervenções para além da questão profissional propriamente dita; nos conhecimentos com relação ao corpo e aos cuidados que se deve ter com ele, no trabalho e nas demais atividades cotidianas; no papel fundamental para a criação de estratégias para a reinserção no mundo do trabalho, envolvendo desde ações que instrumentalizem os segurados até transformações nos locais de trabalho para os quais irão retornar.

Vivenciam a dificuldade – e, em determinadas situações, até mesmo o sofrimento – diante da ciência da potencialidade de sua profissão diante das tarefas que lhes são postas, ao sentirem que esta, muitas vezes, não pode ser exercida como deveria. Essa dificuldade também é vivenciada frente aos segurados, considerando-se não haver condições suficientes para que seu potencial referente a atividades no geral, e mais especificamente, a atividades que configurem uma profissionalização que garanta dignidade, valor e renda, manifeste-se. Isso pode ser parcialmente explicado tanto pelas situações de vida de grande parte dos segurados ao ingressarem no Programa, que necessitariam de tempo, investimento e até mesmo de encaminhamentos para tratamentos terapêuticos, quanto pelas breves e reduzidas possibilidades de qualificação profissional que lhes podem ser oferecidas, além das limitações decorrentes das condições do mundo do trabalho na sociedade contemporânea, cada vez mais precarizado em suas relações e sua organização.

Intitulam-se como terapeutas ocupacionais e assim se identificam, na maior parte das vezes, perante os segurados, o que indica a manifestação de sua identidade ou, ao menos, o desejo de sua manutenção. Consideram que seus atendimentos aos segurados apresentam ou deveriam apresentar caráter clínico, no sentido de terapêutico, verificando-se desde a sensação de perda de identidade profissional ao não exercerem suas ações como em práticas anteriores, em sua maioria de caráter clínico, até a percepção da construção de uma nova identidade, reconfigurada dentro de novas exigências institucionais que tornam necessário um outro olhar para as potencialidades da profissão. Essas práticas e concepções que estão sendo construídas, que devem buscar não o caráter terapêutico, mas sim a transformação da realidade junto aos segurados em seus processos de retorno ao trabalho, têm se inserido, por vezes com dificuldade, no cotidiano das ações do Programa, dentro da rigidez de procedimentos e das metas exigidas, já sendo constatadas mudanças iniciais com relação aos elementos a serem considerados nas avaliações e na construção de projetos de reabilitação profissional destinados aos segurados.

Creemos que a questão colocada não é a importância de se realizarem orientações ou intervenções terapêuticas no INSS e/ou o estabelecimento de parcerias e convênios para tratamento dos segurados, mas sim, a necessidade da constituição de uma melhor atenção à saúde dos trabalhadores e de todos os cidadãos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a quem são devidas essas atribuições.

Referem lançar mão de alguns instrumentos da terapia ocupacional, sendo o único citado de maneira mais expressiva a relação terapeuta-paciente, ou 'terapeuta-segurado', que parece estar sustentando as ações das terapeutas ocupacionais em seus atendimentos. Apesar de conceberem que os indivíduos estão sempre em diversas atividades que se inter-relacionam e nas quais exercem os mais variados sentidos, a atividade humana foi mencionada por pouco mais da metade das participantes, o que pode ser parcialmente explicado tanto por não terem o espaço, o tempo e os equipamentos necessários para avaliar os indivíduos em atividade (pensando, mais especificamente, no diagnóstico do fazer humano) como pelo fato das atividades percebidas não comporem, em muitas das vezes, as decisões referentes aos processos de Reabilitação Profissional dos segurados.

Foram unânimes em afirmar que a terapia ocupacional se trata de uma profissão fundamental para o Programa de Reabilitação Profissional do INSS, pontuando terem trazido melhorias para o Programa após o seu ingresso, seja por terem inovado com ações específicas

da profissão, seja trazendo maior qualidade às ações já existentes.

Declararam desenvolver um trabalho de informação e conscientização dos segurados acerca de seus direitos e deveres enquanto trabalhadores e cidadãos, o que acreditam ser o dever de todo servidor público.

Dizem-se parcialmente satisfeitas com sua atuação no Programa, embora em vários aspectos tendam mais para a insatisfação, o que se observa, dentre outros motivos, pelo fato de um número expressivo considerar não ter condições para exercer, com qualidade, nenhuma das ações previstas. Consideram possuir, também em parte, condições para o exercício efetivo e autônomo de suas ações profissionais. Apontam uma série de fatores que implicariam uma avaliação mais negativa que positiva de sua atuação no Instituto, por fatores que independeriam delas ou da profissão e que estariam mais vinculados a questões estruturais do Programa. Creem, todavia, na melhoria dessa estrutura, colocando a necessidade do incremento das possibilidades oferecidas pelo mesmo, de uma maior participação e responsabilização por parte das empresas, da construção de um trabalho articulado com os demais setores governamentais e da sociedade civil, além da ampliação e da reformulação da legislação que trata da Reabilitação Profissional no Brasil.

As terapeutas ocupacionais do INSS possuem a consciência da complexidade da tarefa que lhes é atribuída no Programa de Reabilitação Profissional. Sabem que as questões enfrentadas pelos indivíduos em processo de afastamento e de retorno ao trabalho são múltiplas, necessitando de múltiplos olhares, formas de compreensão e estratégias de atuação, não somente da terapia ocupacional, mas de todos os profissionais e áreas de produção de conhecimento que pensam o campo e nele atuam. Têm a dimensão de que a parte que lhes cabe é fundamental, por estarem atuando no local que é legalmente responsável pela reinserção dos sujeitos no mercado de trabalho e de que, por diversas vezes, não é possível realizar essa tarefa como gostariam, tanto pela estrutura insuficiente do Programa, quanto porque uma tarefa de tal porte não poderia mesmo ser realizada por somente um órgão governamental, amparado por uma legislação algo insuficiente. Estão cientes dos limites colocados pela sociedade e pela forma como se apresentam a legislação, a organização do trabalho e o mercado de trabalho.

Possuem a noção da insuficiência de sua atuação e do seu corpo de conhecimento diante da exigência que lhes é diariamente colocada, porém sabem-se fundamentais para, dentro de seus limites, pensarem nas questões pertinentes ao afastamento e ao retorno ao

trabalho. Sabem-se potentes no sentido de auxiliar os indivíduos a olhar, significar, atribuir valor ao seu processo de afastamento, ao seu histórico de vida e profissional; de auxiliá-los na construção de estratégias de enfrentamento dessas condições e de novas ações no mundo. Sabem-se potentes no sentido do acolhimento da situação dos segurados, do esforço para a investigação de quais forças lhes atravessam e dos sentidos que atribuem às suas condições, dos seus processos de adoecimento, do redimensionamento ocorrido em suas vidas após redução da capacidade do exercício do trabalho habitual.

Por vezes, acabam por encontrar-se além desses limites anteriormente pensados e/ou colocados, construindo ações e pensando a Reabilitação Profissional de forma a lhe acrescentar novos elementos; presenciando transformações dos segurados nesse exercício de reconstrução de sua capacidade que, a princípio, não poderiam ser imaginadas. Ao se falar novamente em limites, que a partir dessas transformações já não são os mesmos, visualizam caminhos para a expansão das ações do Programa, em direção da melhoria vislumbrada. São chamadas, também, a se reconstituírem profissionalmente, a se reinventarem enquanto profissionais diante de uma nova demanda, de uma nova prática, e a reconhecer nesse processo uma identidade que lhes cabe.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. C. B. Associações entre crenças relacionadas ao trabalho e suas influências na saúde dos trabalhadores e na produtividade, no setor de frangos de corte: uma abordagem ergonômica. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 19, n. 2, p. 265-266, mai./ago. 2011.

ALENCAR, M. C. B. Distúrbios músculo-esqueléticos e as atividades de trabalho em uma empresa de reciclagem: um enfoque em aspectos físicos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 126-134, mai./ago. 2009.

ALENCAR, M. C. B.; CARDOSO, C. C. O.; ANTUNES, M. C. Condições de trabalho e sintomas relacionados à saúde de catadores de materiais recicláveis em Curitiba. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 36-42, jan./abr. 2009.

ALENCAR, M. C. B.; MONTREZOR, J. B. Aspectos da organização do trabalho e os distúrbios osteomusculares: um estudo com trabalhadores em instituições de longa permanência de idosos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2010.

ALVES, G.B.O., ASSUNÇÃO, A.A., LUZ, M.G. Posturas do trabalho: o caso de uma fábrica de joias. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 111-117, set./dez. 2002.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2008. 213p.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 95-103, dez. 2002.

BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional social: concepções e perspectivas. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Org.). **Terapia Ocupacional – fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 347-363.

BERNARDINO, M. T. S. M.; BENTO, P. E. G. Reestruturação produtiva, condições de trabalho e saúde no Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 10, n. 1, p. 19-29, jan./jun. 2002.

BERNARDO, L. D. **Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual**. 2006. 72 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – Saúde e Trabalho) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BERNARDO, L. D. Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 18, n. 1, p. 85-86, jan./abr. 2010.

BOSCHETTI, I. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Revista de Psicologia Social**, v. 15, n. 1, jan. 2003, p. 57-96.

BRAGA, J. C. S. **Industrialização e políticas de saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1980. 217 p.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, Senado Federal. 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 03 de maio de 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. **Decreto nº 72**, de 21 de novembro de 1966. Brasília, Senado Federal. 1966. Disponível em: <www.dataprev.gov.br>. Acesso em: 25 de maio de 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. **Decreto nº 3.048**, de 06 de maio de 1999. Brasília, Senado Federal. 1999. Disponível em: <www.dataprev.gov.br>. Acesso em: 03 de maio de 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. **Decreto nº 2.172**, de 05 de março de 1997. Brasília, Senado Federal. 1997. Disponível em: <www.dataprev.gov.br>. Acesso em: 25 de maio de 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. **Decreto nº 7.036**, de 10 de novembro de 1944. Brasília, Senado Federal. 1944. Disponível em: <www.dataprev.gov.br>. Acesso em: 25 de maio de 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. **Decreto nº 48.959-A**, de 19 de setembro de 1960. Brasília, Senado Federal. 1960. Disponível em: <www.camara.gov.br>. Acesso em: 25 de maio de 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991. Brasília, Senado Federal. 1991. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 02 de maio de 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei Orgânica da Previdência Social nº 3.087**, de 26 de agosto de 1960. Brasília, Senado Federal. 1960. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 25 de maio de 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, Senado Federal. 1990.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Resolução Nº 160/PRES/INSS**, de 17 de outubro de 2011 - D.O.U. de 18/10/2011. Aprova o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS**. Brasília, 2004. 41p. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 04 de junho de 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Características do Emprego Formal segundo a Relação Anual de Informações Sociais**. Brasília, DF, 2010. 20 p. Disponível em: <www.mte.gov.br>. Acesso em: 18 jul. 2011.

BREGALDA, M. M.; LOPES, R. E. O programa de reabilitação profissional do INSS:

apontamentos iniciais a partir de uma experiência. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 19, n. 2, p. 249-262, mai./ago. 2011.

CANNALONGA, L. S. **Projeto de Revitalização da Reabilitação Profissional**. s/d. Disponível em: <www.proreabilitacao.com.br>. Acesso em: 04 de junho de 2010.

CARDOSO, P. T. **Inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais: práticas e perspectivas de terapeutas ocupacionais**. 2009. 179 p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

CARRETTA, R. Y. D. Pessoas com deficiência organizando-se em cooperativas: uma alternativa de trabalho? **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 11, n. 2, p. 132-133, jul./dez. 2003.

CARVALHO, A. L. L. **Terapia ocupacional na readaptação profissional do preso do sistema penal: um estudo da prisão provisória de Curitiba**. 2003. 133 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente) – Universidade da Região de Joinville, Joinville, 2003.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

CEDERLUND, R.; IWARSSON, I.; LUNDBORG, G. Quality of life in Swedish workers exposed to hand-arm vibration. **Occupational Therapy International**, v. 14, n. 3, p. 156-169, set. 2007.

CHAMONE, R. Doença e trabalho. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v.1, n. 2, p. 79-103, ago./jan. 1990/1991.

CREEGAN, S.; WILLIAMS, F. L. R. Supportive employment for individuals with chronic schizophrenia: the case for a National Health Service community-based sheltered workshop. **Occupational Therapy International**, v. 4, n. 2, p. 99-115, mai. 1997.

CREMASCO, L.; CONSTANTINIS, T. C.; SILVA, V. A. A farda que é um fardo: o estresse profissional na visão de militares do corpo de bombeiros. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 16, n. 2, p. 83-90, jul./dez. 2008.

DAKUZAKU, R. Y. Mudanças tecnológicas e organizacionais e a inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 5, n. 1, p. 17-32, jan./jul. 1996.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. Caminhos da terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001, p. 19-40.

EMMEL, M. L. G. et al. Qualidade de vida e promoção em saúde junto a trabalhadores: uma proposição de diagnóstico e intervenção em terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 10, n. 1, p. 30-41, jan./jun. 2002.

FERRIGNO, I. S. V. Tentativa de análise crítica sobre a questão da reabilitação profissional.

Revista de Psicologia Social, n. 7, p. 51-74, nov. 1985.

FIGUEIREDO, I. M. **Lesões de mão no trabalho: análise dos casos atendidos no serviço de terapia ocupacional de um hospital público do Belo Horizonte-MG**. 2004. 108 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos – seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 251 p.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 104-109, dez 2003a.

GALHEIGO, S. M. O social: idas e vindas de um campo de ação em terapia ocupacional. In: MAGALHÃES, L. V. (Org.); et al. **Terapia ocupacional – teoria e prática**. Campinas/SP: Papirus, 2003b, p. 29-46.

GHIRARDI, M. I. G. Trabalho e deficiência: as cooperativas como estratégia de inclusão social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 49-54, mai./ago. 2004.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. Exigências do trabalho, prevalência de dor muscular e de sintomas de estresse em estagiários do setor de cobrança de um banco internacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 1, p. 10-8, jan./abr. 2003.

GOLLEGÃ, A. C. C.; LUZO, M. C. M.; DE CARLOS, M. M. R. P. Terapia ocupacional – princípios, recursos e perspectivas em reabilitação física. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001, p.137-154.

GÓMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. In: III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2005, Brasília.

GONÇALVES, R. M. A. et al. O trabalho dos agentes de trânsito do Município de São Paulo: uma análise ergonômica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 16, n. 2, p. 82-89, mai./ago. 2005.

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

HOEFEL, M. G.; DIAS, E. C.; SILVA, J. M. A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2005, Brasília.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. **INSS em números**. 2011. Disponível no site da Intraprev. Acesso em: 08 de setembro de 2011.

JUNIOR, E.; GOES, R.; BUGARIN, M. N. S. Previdência social e bem-estar no Brasil. **Revista Brasileira de Economia**, v. 57, n. 1, 2003, p. 27-57.

KEARNS, D. J. Collaborative rehabilitation at the workplace. **Occupational Therapy**

International, v. 4, n. 2, p. 135-150, mai. 1997.

KIM, J. A.; COLANTONIO, A. A survey of vocational status 10 years after traumatic head injury. **Occupational Therapy International**, v. 4, n. 3, p. 180-199, ago. 1997.

KINKER, F. S. Trabalho como produção de vida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 8, n. 1, p. 42-48, jan./abr. 1997.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757-766. 2007.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. **Caderno de Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, p. 7-19. 1997.

LANCMAN, S. Construção de novas teorias e práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. In: LANCMAN, S. (Org.). **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004, p. 71-84.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G. Introdução. In: LANCMAN, S. (Org.). **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004. p. 9-13.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 2, p.44-50, mai./ago. 2002.

LANCMAN, S.; JARDIM, T. A. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 82-89, mai./ago. 2004.

LANCMAN, S et al. Contribuições do estudo da subjetividade na análise e intervenção no trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 1, p.22-30, jan./abr. 2002.

LANCMAN, S. et al. Informar e refletir: uma experiência de terapia ocupacional na prevenção de riscos à saúde do trabalhador. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 1, p. 1-9, jan./abr. 2003.

LANCMAN, S. et al. Estudo e intervenção no processo de trabalho em um restaurante universitário – em busca de novas metodologias. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 11, n. 2/3, p. 79-89, mai./dez. 2000.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I.; JARDIM, T. A. Sofrimento psíquico e envelhecimento no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 129-136, set./dez. 2006.

LLOYD, C. **Vocational Rehabilitation and Mental Health**. West Sussex: John Wiley, 2010. 211p.

LLOYD, C.; KING, R. Work-related stress and occupational therapy. **Occupational Therapy International**, v. 8, n. 4, p. 227-243, nov. 2001.

LOPES, R. E. **A formação do terapeuta ocupacional - o currículo**: histórico e propostas alternativas. 1991. 215 p. Dissertação (Mestrado em Educação e Ciências Humanas) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1991.

LOPES, R. E. **Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo**.

1999. 536f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.
- LOPES, R. E.; GARCIA, D. B. Problemas e perspectivas escolares e de trabalho no cotidiano dos meninos e meninas trabalhadores da UFSCar. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 18, n. 3, p. 263-274, set./dez. 2010.
- LUSI, I. A. O. Resumo de Tese: Trabalho, reabilitação psicossocial social e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 18, n. 1, p. 89-90, jan./abr. 2010.
- MAENO, M.; VILELA, R. A. G. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, p. 87-99, 2010.
- MAENO, M.; TAKAHASHI, M. A. B. C.; LIMA, M. A. G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. **Acta Fisiátrica**, v. 16, p. 53-58, 2009.
- MALFITANO, A. P. S. Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 1-8, jan./abr. 2005.
- MÂNGIA, E. F. Alienação e trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 1, p. 34-42, jan./abr. 2003.
- MÂNGIA, E. F.: Psiquiatria e tratamento moral: o trabalho como ilusão de liberdade. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 8, n. 2/3, p. 91-97, mai./dez. 1997.
- MARTINS, C. O. et al. Prevenção dos DORT e redes semânticas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.2, p.78-85, mai./ago. 2002.
- MAXTA, B. S. B. **Atividades humanas e saúde dos trabalhadores de uma cooperativa de serviços do Rio de Janeiro**. 2007. 89 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- MEDEIROS, M. H. R. O sofrimento mental no trabalho: diferentes olhares. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 10, n. 1, p. 42-50, jan./jun. 2002.
- MEDEIROS, M. H. R. **Terapia Ocupacional – um enfoque epistemológico e social**. São Paulo: Hucitec, 2003. 185 p.
- MICHAELIS. **Dicionário prático da língua portuguesa**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2001.
- MOLINIER, P. Sujeito e subjetividade: questões metodológicas em psicodinâmica do trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 1, p. 43-7, jan./abr. 2003.
- NICÁCIO, F. N.; MANGIA, E. F.; GHIRARDI, M. I. G. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. **Revista**

de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 16, n. 2, p. 62-66, mai./ago. 2005.

NOGUEIRA, F. O direito ao trabalho – um instrumento no processo de desconstrução do manicômio em Santos, São Paulo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 8, n. 1, p. 53-56, jan./abr. 1997.

OGAWA, R. Trabalho: liberdade versus exclusão. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 8, n. 1, p. 49-52, jan./abr. 1997.

OLIVEIRA, A. J. Passeio pelo mundo do trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n.1, p. 27-33, jan./abr. 2003.

OLIVEIRA, A. J. Terapia ocupacional: perspectiva para a educação em saúde do trabalhador. In: LANCMAN, S. (Org.). **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo/SP: Roca, 2004, p. 1-18.

OLIVEIRA, A. J. Trabalho e saúde: uma questão da terapia ocupacional/ Trabalho em educação para a saúde: uma questão da terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 8, n. 2, p. 112-117, jul./dez. 2000.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989. 356 p.

OLIVER, F. C. et al. Oficinas de trabalho: sociabilidade ou geração de renda? **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 86-94, set./dez. 2002.

OLIVER, F. C. Reflexões sobre a relação entre trabalho e saúde e as propostas de intervenção em Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 1, n. 2, p. 76-80, nov. 1990.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Normas Mínimas da Seguridade Social**. In: Conferência Internacional do Trabalho. Genebra, 1952. s/p. Disponível em: <www.diap.org.br>. Acesso em: 03 de junho de 2010.

PEREIRA, L. M. F. Franco da Rocha e os usos do trabalho no hospício. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 9, n. 2, p. 70-73, mai./ago. 1998.

QUARENTEI, M. S. Atividades: territórios para a expressão e criação de afetos. **Boletim de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 26-27, 1994.

QUARENTEI, M. S. Do ocupar a criação de territórios existenciais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 10, 2007, Goiânia. Goiânia: Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Goiás (ATOGO) e Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO), 2007.

QUARENTEI, M. S. Marcas na construção do conhecimento. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 6., 1999, Águas de Lindóia. Mesa redonda. Águas de Lindóia: Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo (ATOESP) e Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO), 2001a.

QUARENTEI, M. S. Terapia ocupacional e produção de vida. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 7, 2001, Porto Alegre. Conferência de Encerramento. Porto Alegre: Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Rio Grande do Sul

(ATORGS) e Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO), 2001b.

RODRIGUES, D. S.; SIMONELLI, A. P.; SOARES, L. B. T.; CAMAROTTO, J. A. Caracterização das pessoas com deficiência em idade economicamente ativa e mapeamento das instituições de assistência atuantes no município de São Carlos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 17, n. 2, p. 104-118, jul./dez. 2010.

ROSS, J. **Occupational Therapy and Vocational Rehabilitation**. West Sussex: John Wiley, 2007. 271p.

ROSSI, T. N.; FERRIGNO, I. S. V.; CRUZ, D. M. C. Prevalência de acidentes de trabalho com lesão do membro superior em uma universidade do interior do estado de São Paulo. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 19, n. 2, p. 165-176, mai./ago. 2011.

RUSSO, D.; INNES, E. An organization case study of the case manager's role in a client's return-to-work programme in Australia. **Occupational Therapy International**, v. 9, n. 1, p. 57-75, mar. 2002.

SAINT-JEAN, M. Organização do trabalho e saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 1, p. 48-51, jan./abr. 2003.

SAINT-JEAN, M.; THERRIAULT, P. Trabalho, estudo e produtividade: da confusão à definição. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 18, n. 1, p. 11-16, jan./abr. 2007.

SANTOS, D. C. A gestão de pessoas na capacitação em terapia ocupacional em saúde mental no trabalho: novas competências e mercados. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 16, n. 1, p. 17-35, jan./jun. 2008.

SANTOS, L. M. A.; ARAÚJO, R. C. T. Tipos de abordagens nas publicações sobre a síndrome do túnel do carpo. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 16, n. 2, p. 101-112, jul./dez. 2008.

SANTOS, M. C. Reabilitação física, terapia ocupacional e saúde do trabalhador. In: LANCMAN, S. (Org.). **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004, p. 99-113.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 2010.

SILVA, A. A. A reforma da previdência social brasileira: entre o direito social e o mercado. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 3, 2004, p. 16-32.

SILVA, C. B. et al. Intervenção ergonômica em uma indústria de componentes para calçados. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 14, n. 1, p. 43-49, jan./jun. 2006.

SILVA, F. M. C. et al. A qualitative study of workers with chronic pain in Brazil and its social

consequences. **Occupational Therapy International**, v. 18, n. 2, p. 85-95, jun. 2011.

SILVA, M. D. P.; LUSSI, I. A. O. Geração de renda e saúde mental: o cenário do município de São Carlos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 18, n. 1, p. 35-48, jan./abr. 2010.

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

SIMONELLI, A. P.; CAMAROTTO, J. A. Método de análise de tarefas industriais como ferramenta para a inclusão de portadores de necessidades especiais no trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 16, n.3, p. 137-146, set./dez. 2005.

SIMONELLI, A. P. et al. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, p. 64-73, 2010.

SIQUEIRA, M. A.; LIMA, S. M. F. P. Lesão por esforços repetitivos e forma de atuação da terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 5, n. 2, p. 127-132, ago./dez. 1996.

SOARES, L. B. T. **Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Hucitec, 1991. 217 p.

STRUFFALDI, M. C. B. Comunicação pessoal. 16 set. 2011.

TEIXEIRA, S. M. F. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 4, p. 400-417, out./dez. 1985.

TISSI, M.C.: Trabalho e inclusão social: depoimento de pessoas com deficiências. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 10, n. 1, p. 11-16, jan./abr. 1999.

TOLDRÁ, R. C. Políticas afirmativas: opinião das pessoas com deficiência acerca da legislação de reserva de vagas no mercado de trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 110- 117, mai./ago. 2009.

TOLDRÁ, R. C.; MARQUE, C. B.; BRUNELLO, M. I. B. Desafios para a inclusão no mercado de trabalho de pessoas com deficiência intelectual: experiências em construção. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 2, p. 158-165, mai./ago. 2010.

TOLDRÁ, R. C.; SÁ, M. J. C. N. de. A profissionalização de pessoas com deficiência em Campinas: fragilidades e perspectivas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.19, n. 1, p. 48-55, jan./abr. 2008

TOYODA, C. Y. Lançamento do livro “Terapia Ocupacional: Lógica do Capital ou do Trabalho?”, de Léa Beatriz Teixeira Soares. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 2, n. 2, p. 225, jul./dez. 1991.

TRUDEL, L. Meio psicossocial de trabalho e processos de adaptação e reabilitação. In: LANCMAN, S. (Org.). **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004, p. 85-98.

UENO, C. S.; TOYODA, C. Y. Estudo de sintomas característicos das LER/DORT numa universidade pública. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 10, n. 2, p. 140, jul./dez. 2002.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Definição**. Disponível em: <www.fm.usp.br/to/>. Acesso em: 02 jan 2010.

WALLSTEDT-PAULSSON, E.; ERLANDSSON, L.; EKLUND, M. Client experiences in work rehabilitation in Sweden: a one-year follow-up study. **Occupational Therapy International**, v. 14, n. 1, p. 28-41, mar. 2007.

WATANABE, M.; GONÇALVES, R. M. A. Relações conceituais entre terapia ocupacional e ergonomia. In: LANCMAN, S. (Org.). **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004, 19-70.

WATANABE, M.; NICOLAU, S. M. A Terapia ocupacional na interface da saúde e do trabalho. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001, p. 155-171.

WATANABE, M.; STAHL, F. A. M. A terapia ocupacional na empresa, numa proposta multidisciplinar, e a saúde do trabalhador. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v. 5, n. 1, p. 62-75, jan./jul. 1996

WESTMORLAND, M. G. The challenge of developing a community partnership model to aid the employment of people with disabilities: the Hamilton Ontario experience. **Occupational Therapy International**, v. 3, n. 1, p. 18-31, mar. 1996.

YOUNG, M.; QUINN, E. Changing approaches to health care. In: YOUNG, M., QUINN, E. **Theories and principles of occupational therapy**. London: Churchill Livingstone, 1992, p.193-205.

APÊNDICE A – Gráficos

Gráfico 1 - Desejo anterior de atuar na área de saúde do trabalhador

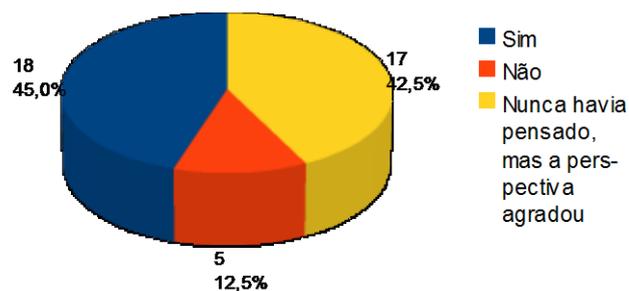


Gráfico 2 - Tipos de pós-graduação realizados

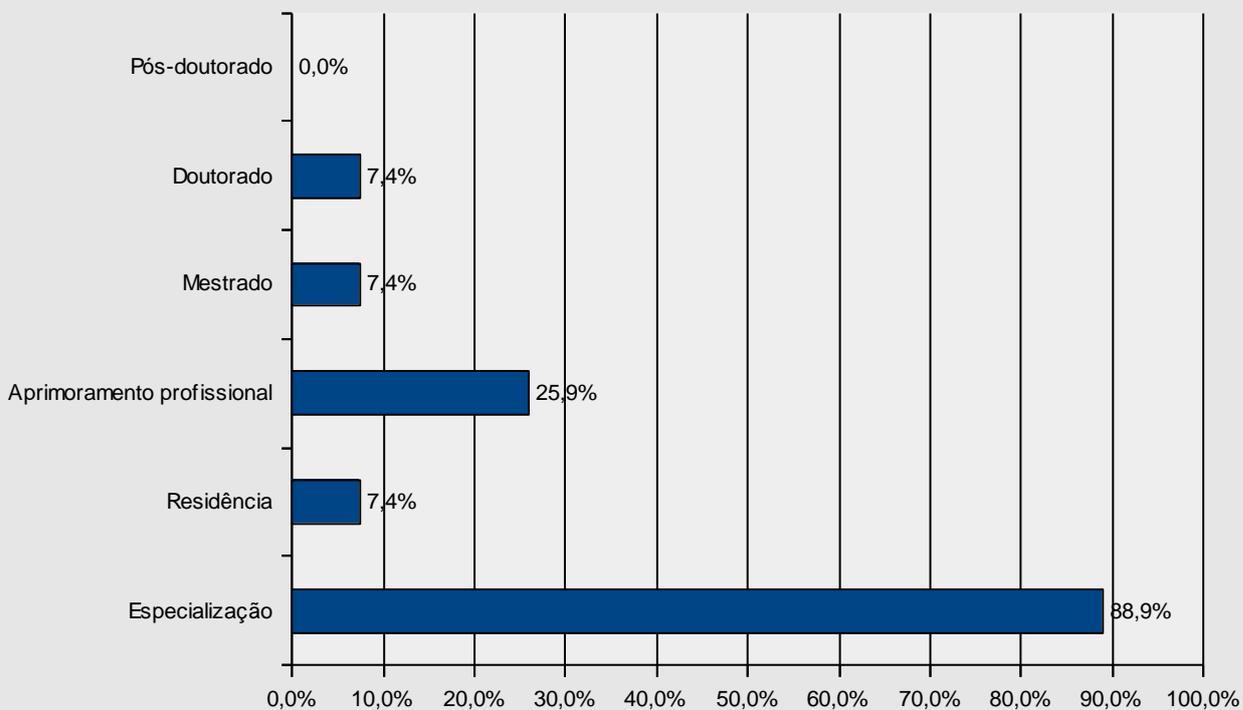


Gráfico 3 - Pós-graduações realizadas em áreas distintas da de saúde do trabalhador



Gráfico 4 - Experiências profissionais anteriores

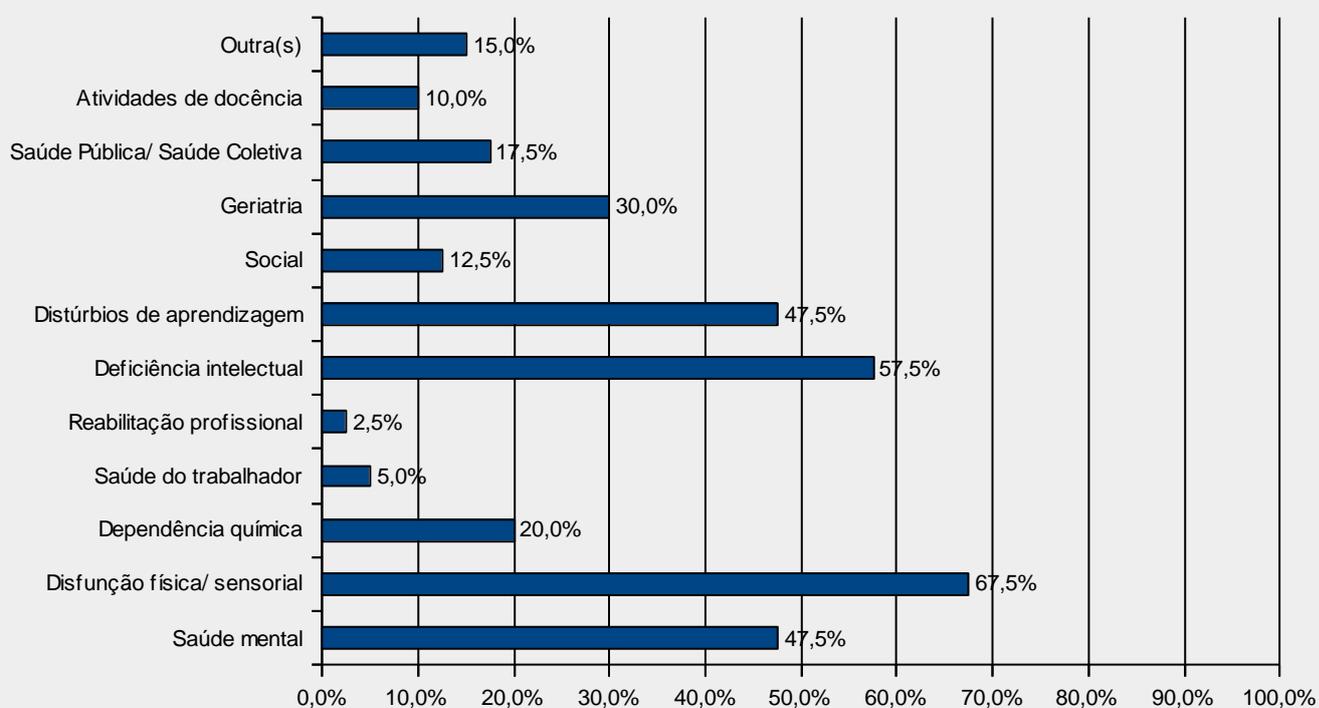


Gráfico 5 - Áreas de pertencimento

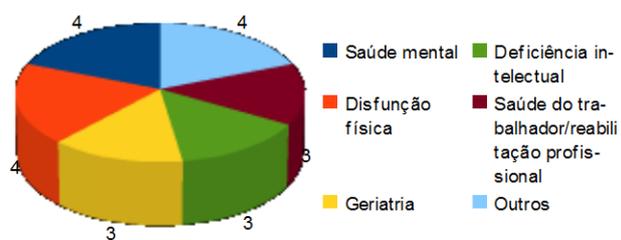
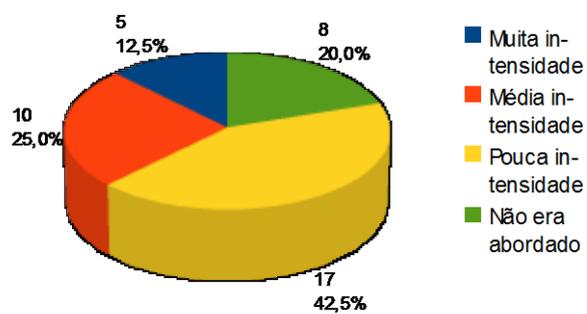


Gráfico 6 - Abordagem do tema 'trabalho' nas experiências profissionais anteriores



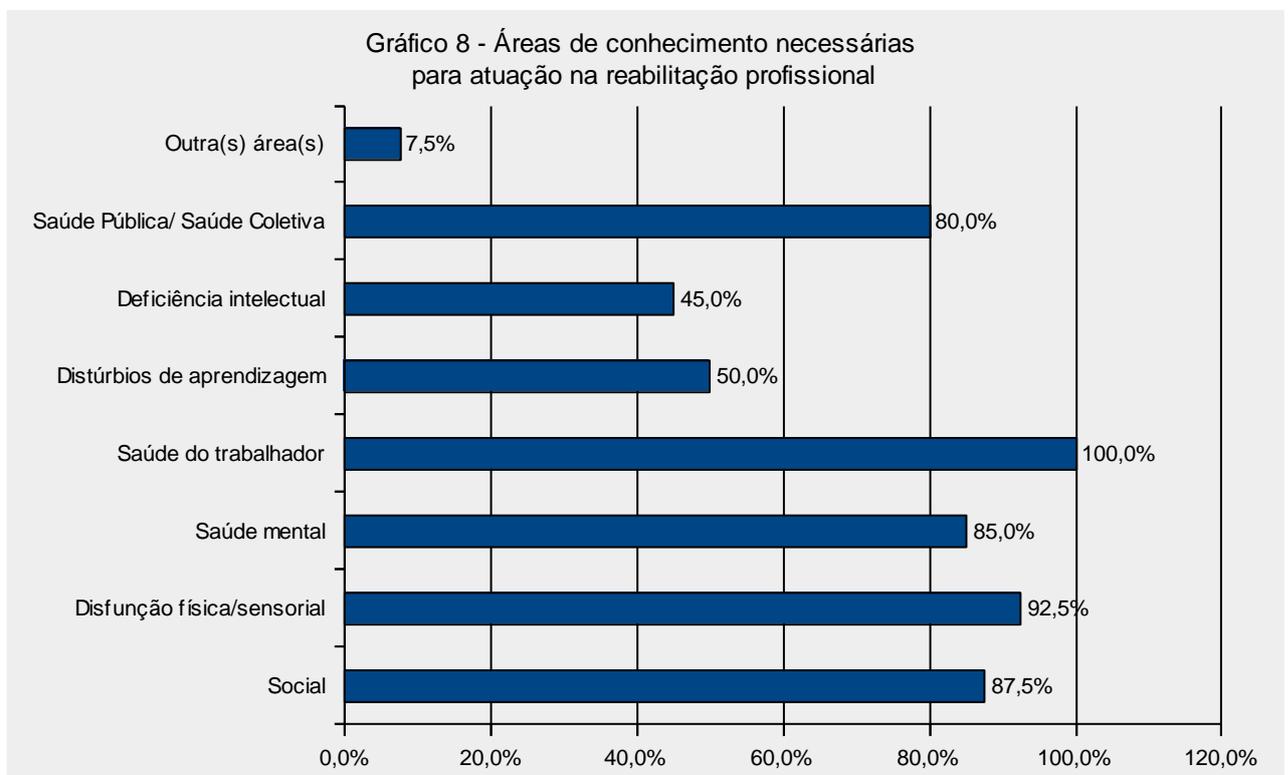
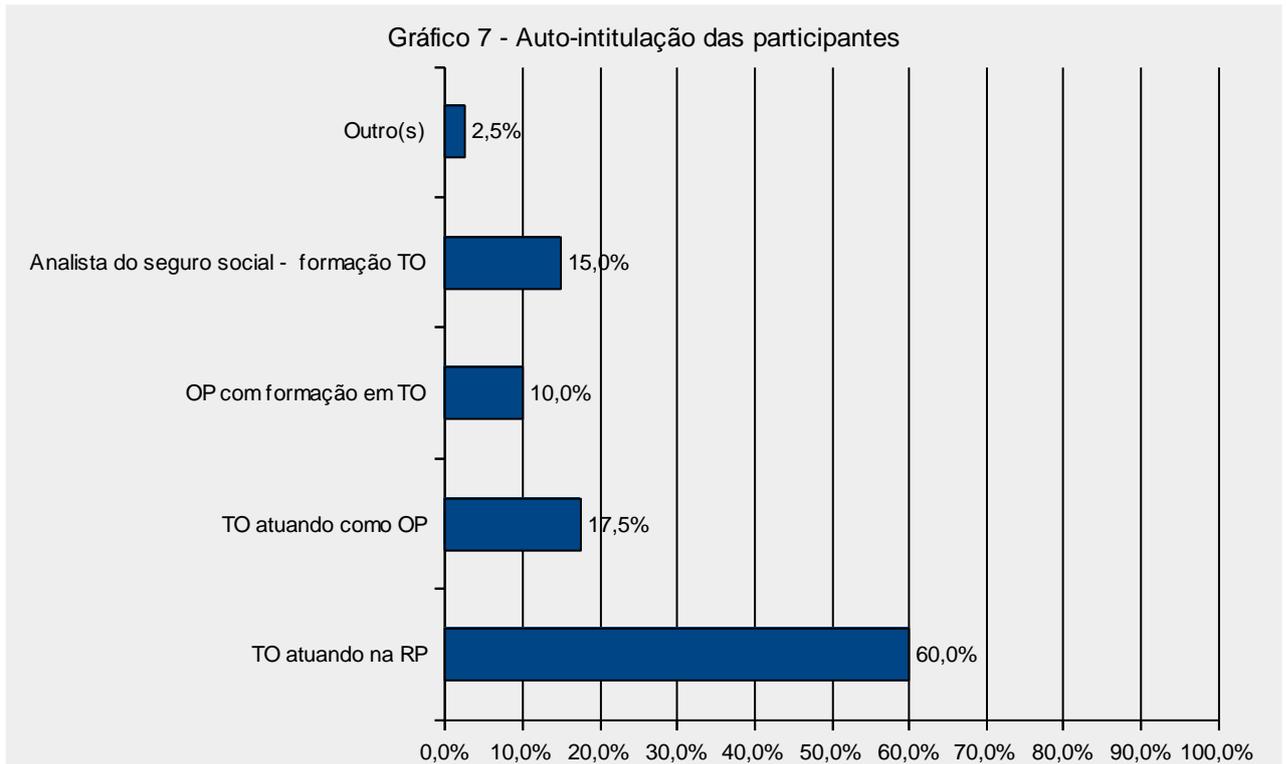


Gráfico 9 - Satisfação com a atuação na reabilitação profissional

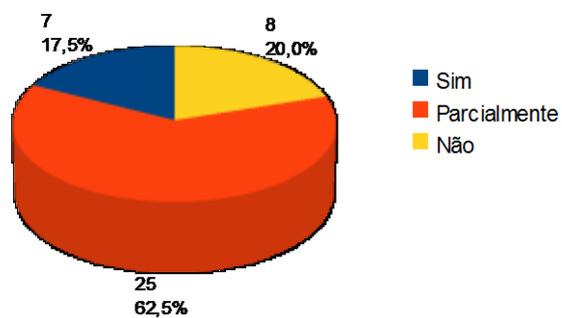


Gráfico 10 - Satisfação com a atuação na avaliação do potencial laborativo

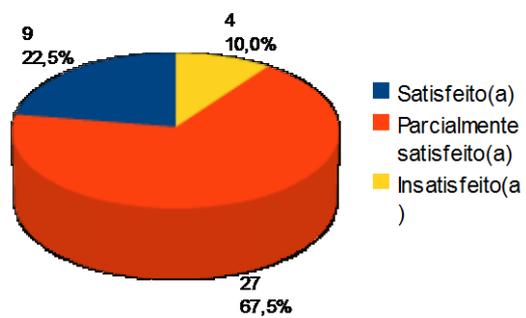


Gráfico 11 - Satisfação com a atuação na orientação e acompanhamento da programação profissional

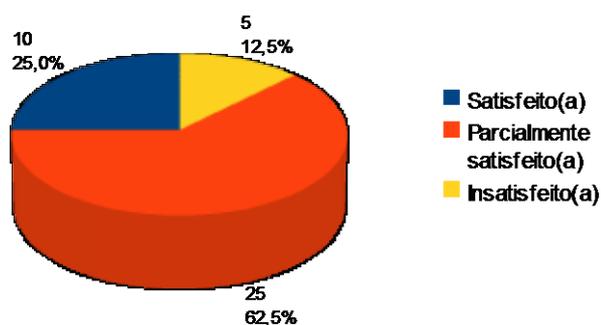


Gráfico 12 - Satisfação com a atuação na articulação com a comunidade

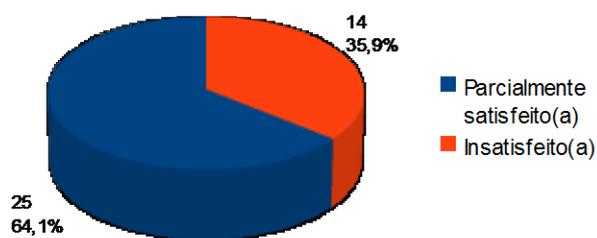


Gráfico 13 - Satisfação com a atuação na pesquisa de fixação

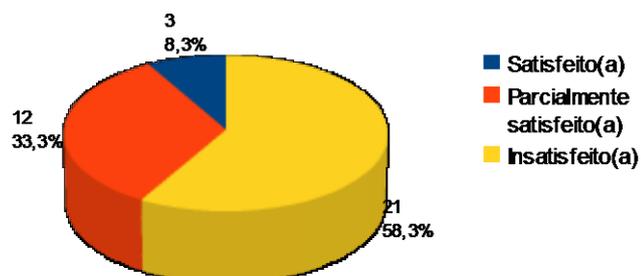


Gráfico 14 - Especificidade da terapia ocupacional nas ações do Programa



Gráfico 15 - Ações desenvolvidas somente pelas terapeutas ocupacionais, em número de citações



Gráfico 16 - Ações consideradas como devendo ser exercidas somente pelas terapeutas ocupacionais, em número de citações



Gráfico 17 - Avaliação da compatibilidade das funções indicadas pelas empresas



Gráfico 18 - Ações consideradas como possuindo melhores condições de execução, em número de citações



Gráfico 19 - Presença do caráter clínico nos atendimentos

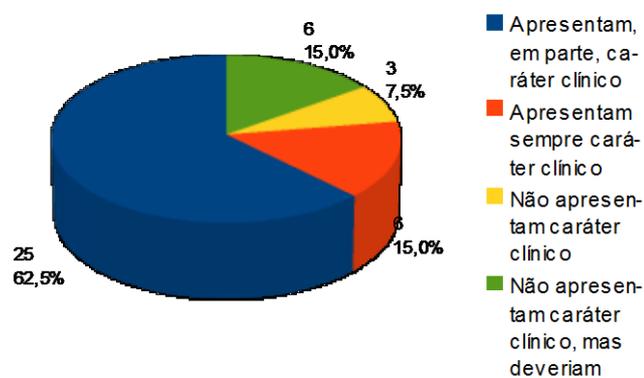


Gráfico 20 - Instrumentos da terapia ocupacional utilizados na prática profissional

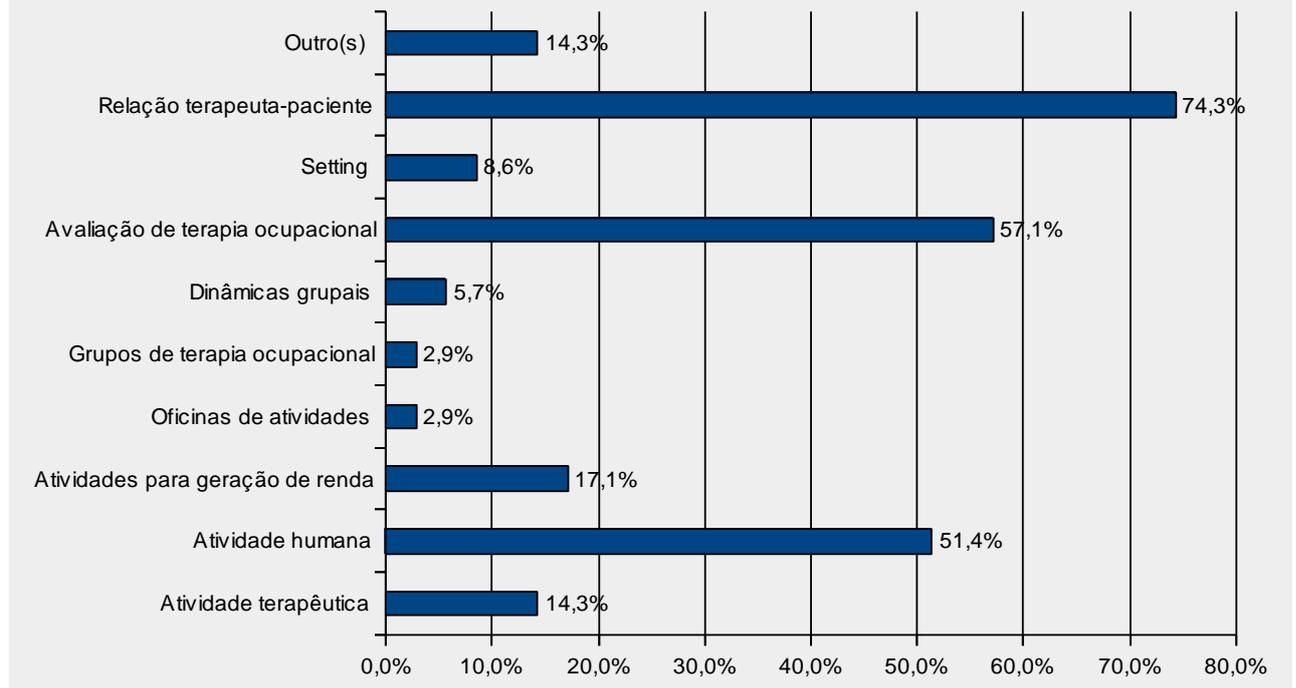


Gráfico 21 - Avaliação da estrutura de trabalho do Programa de Reabilitação Profissional

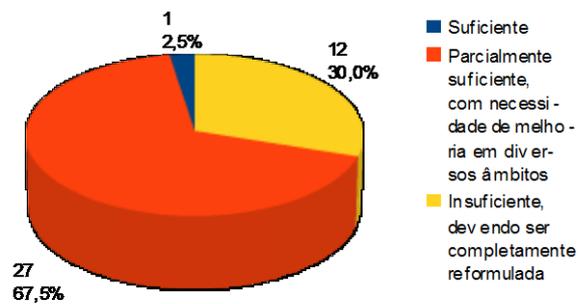


Gráfico 22 - Profissionais que deveriam compor as equipes de reabilitação profissional

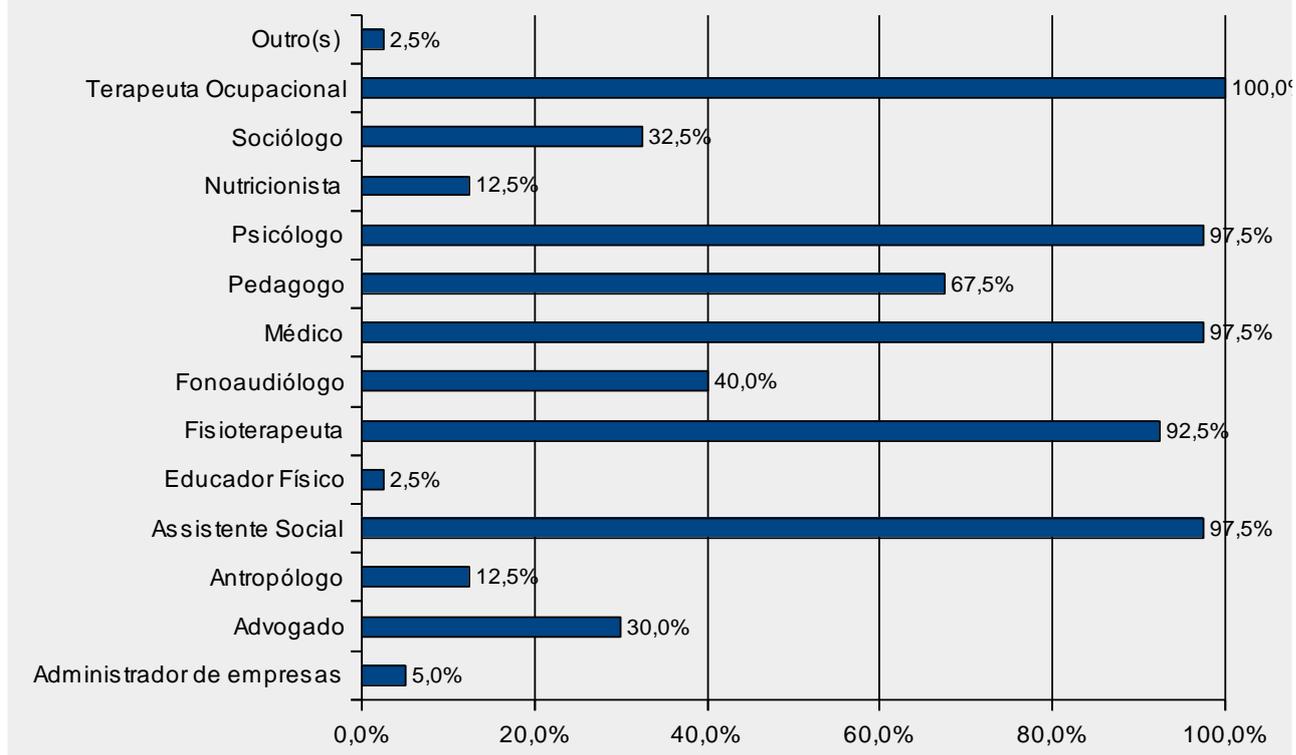


Gráfico 23 - Atuação dos estagiários no Programa de Reabilitação Profissional

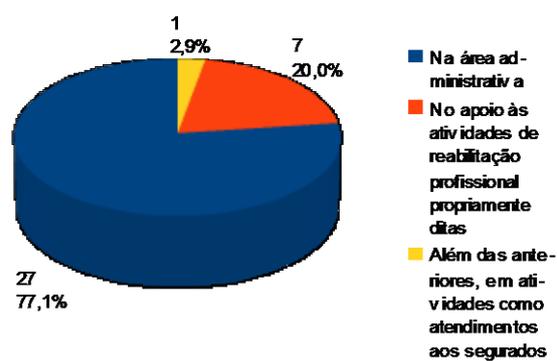


Gráfico 24 - Aspectos que comprometem a estrutura do Programa

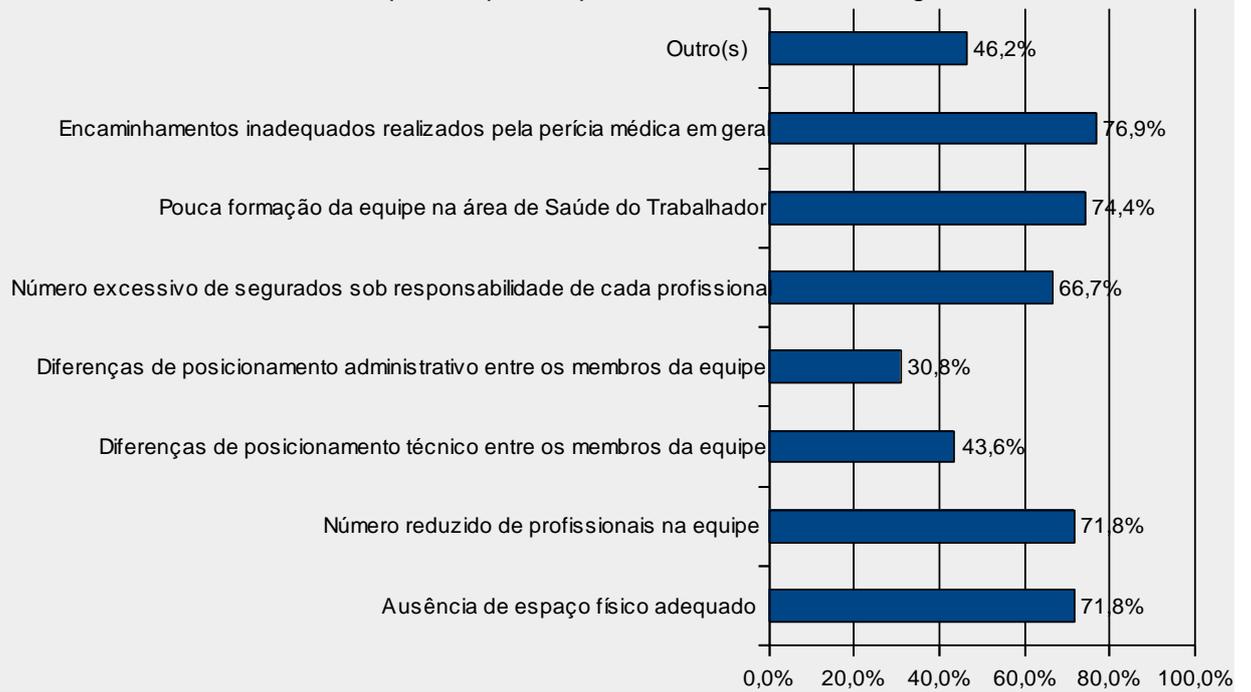


Gráfico 25 - Aspectos dificultadores relacionados aos segurados

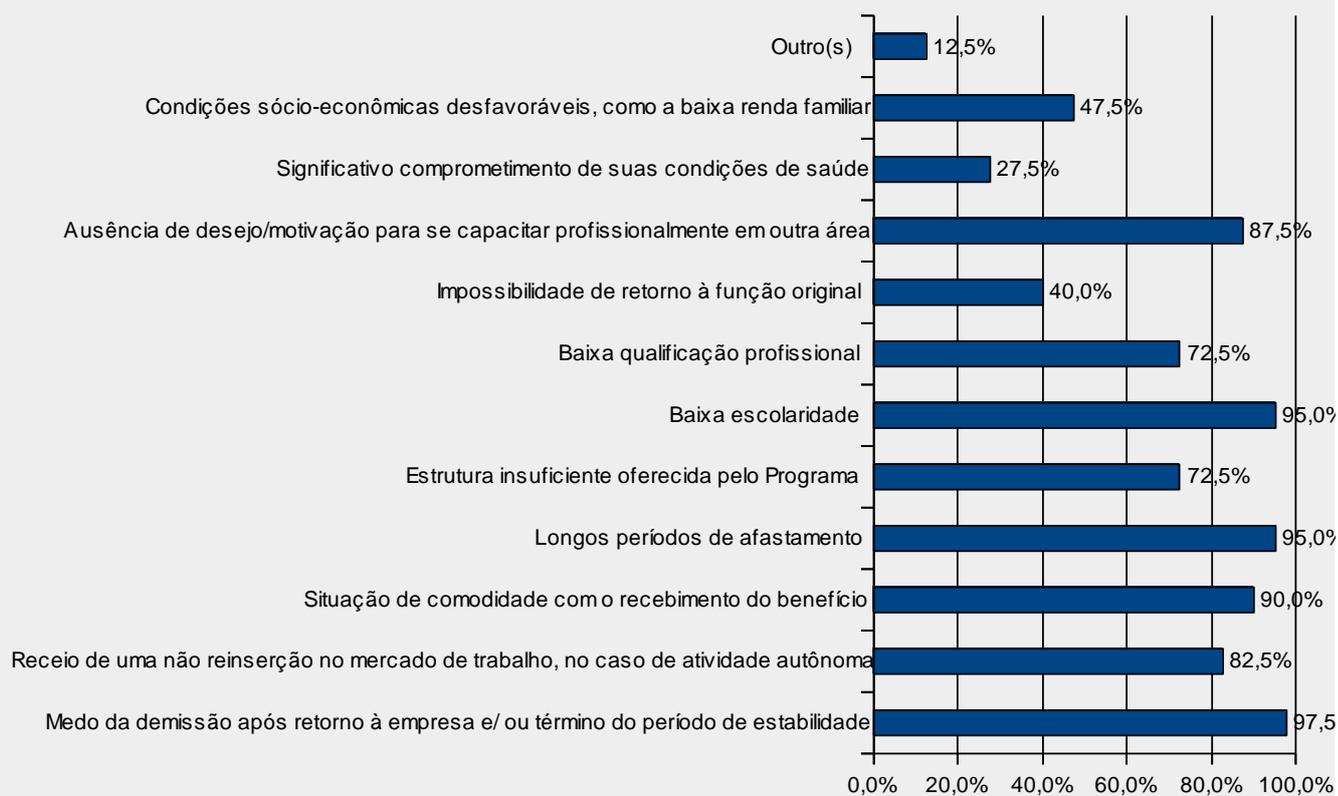


Gráfico 26 - Aceitação do Programa pelos segurados

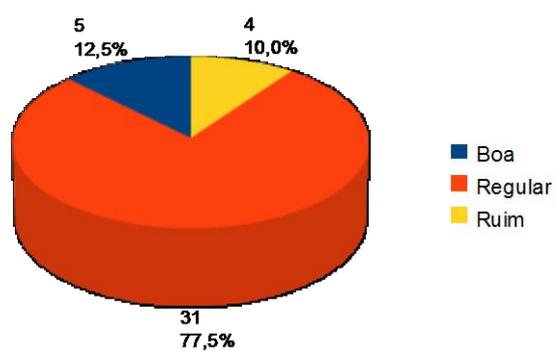


Gráfico 27 - Convênios e parcerias para cursos profissionalizantes, em número de citações

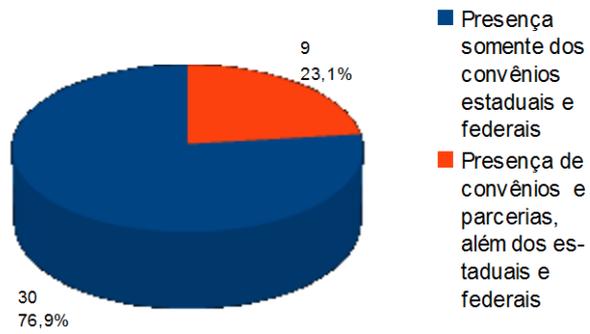


Gráfico 28 - Convênios e/ou acordos para tratamentos de reabilitação, em número de citações

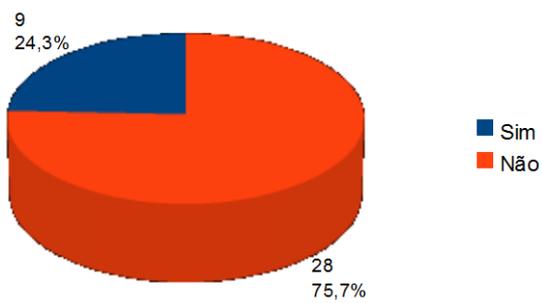


Gráfico 29 - Cumprimento do objetivo do Programa

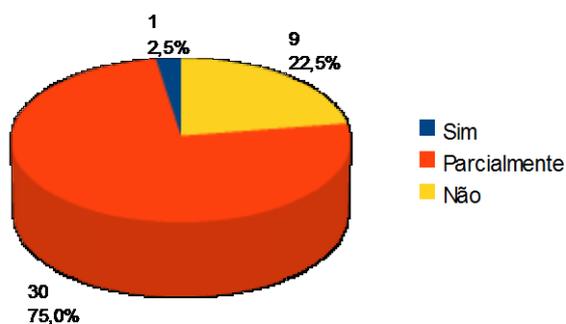


Gráfico 30 - Avaliação dos princípios, objetivos e ideologias do Programa de Reabilitação Profissional

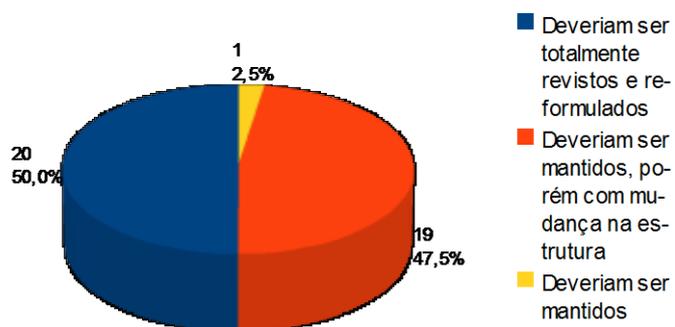


Gráfico 31 - Situações em que o Programa prepara efetivamente para o retorno ao trabalho



Gráfico 32 - Perspectivas em relação ao futuro do Programa de Reabilitação Profissional

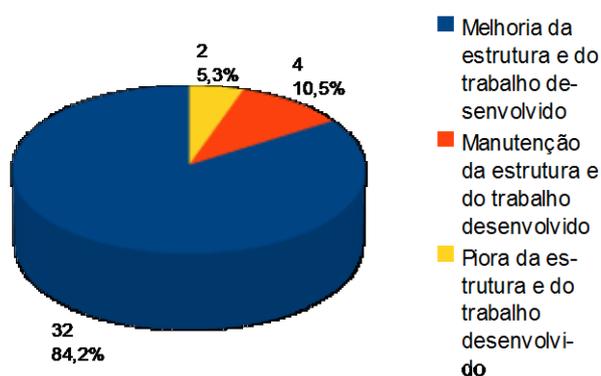


Gráfico 33 - Estado civil

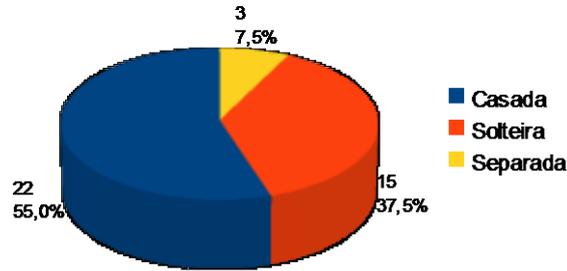


Gráfico 34 - Região de atuação

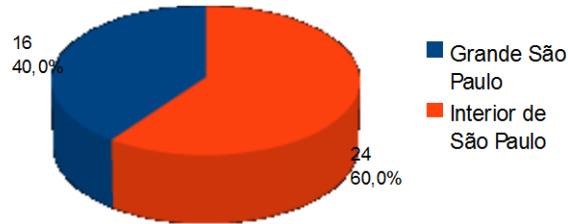


Gráfico 35 - Ano de ingresso no INSS

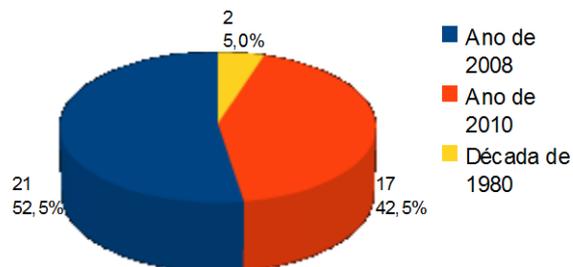


Gráfico 36 - Ensino fundamental

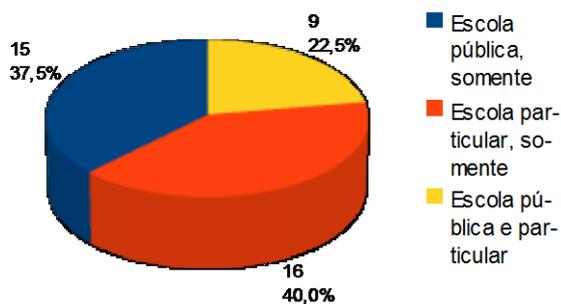


Gráfico 37 - Ensino médio

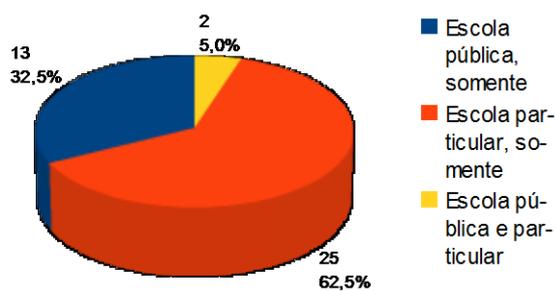


Gráfico 38 - Tipo de instituição da graduação

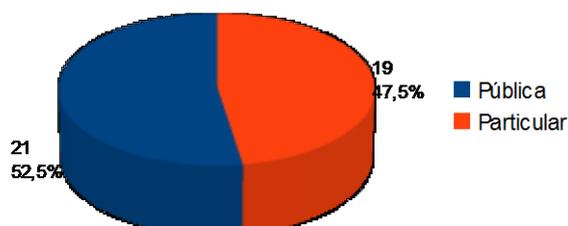


Gráfico 39 - Contato com os temas Saúde do Trabalhador/Reabilitação Profissional na graduação

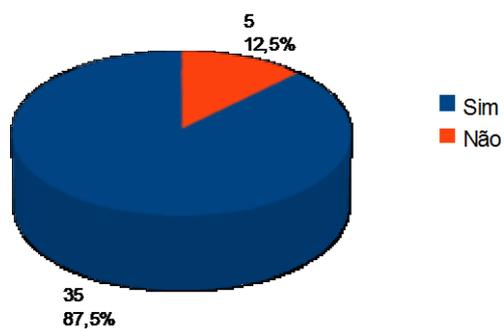


Gráfico 40 - A graduação possibilitou a formação necessária para atuação na área?

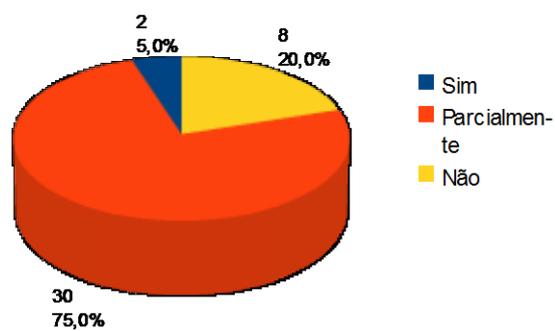


Gráfico 41 - Realizaram ou realizam pós-graduação

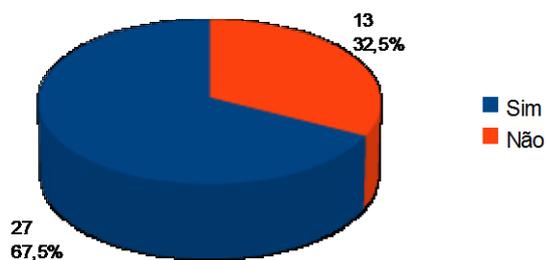


Gráfico 42 - A pós-graduação em Saúde do Trabalhador conferiu a formação necessária para atuação na área?

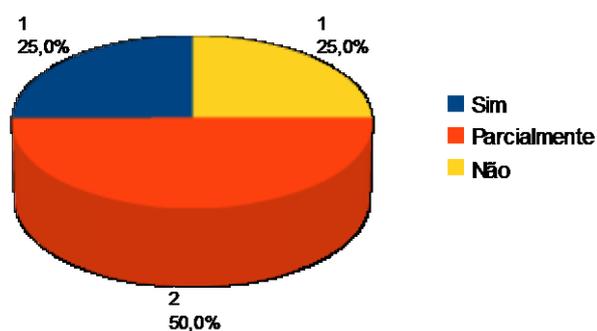


Gráfico 43 - A pós-graduação em outras áreas deu subsídios para atuação na área?

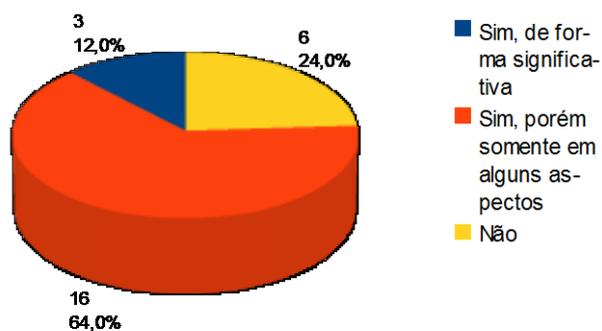


Gráfico 44 - Pós-graduações realizadas na área de Saúde do Trabalhador

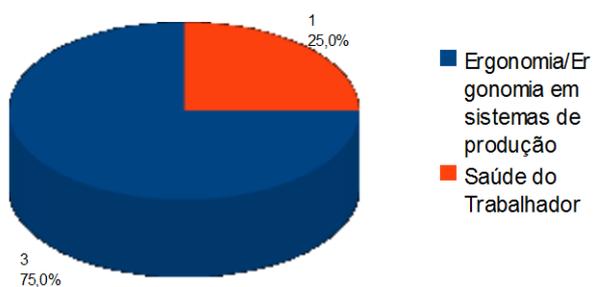


Gráfico 45 - Considerava pertencer a alguma área da Terapia Ocupacional?

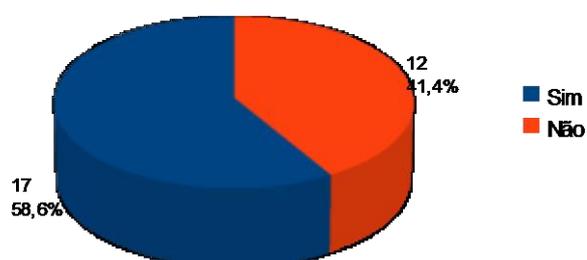


Gráfico 46 - Sentimento de estar preparada para atuação em Saúde do Trabalhador/Reabilitação Profissional

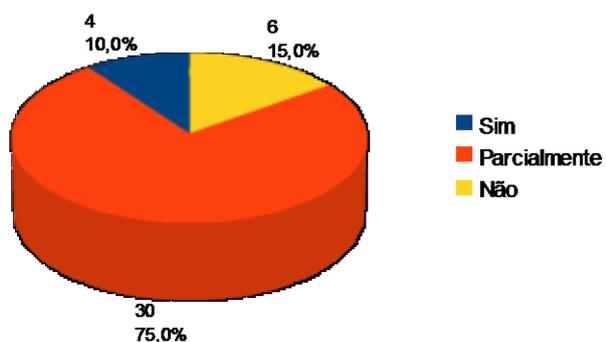


Gráfico 47 - Considera possuir os conhecimentos necessários para atuar na reabilitação profissional?

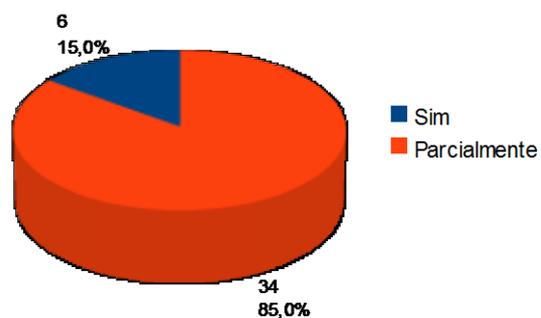


Gráfico 48 - Considera ter implementado ações específicas da Terapia Ocupacional?

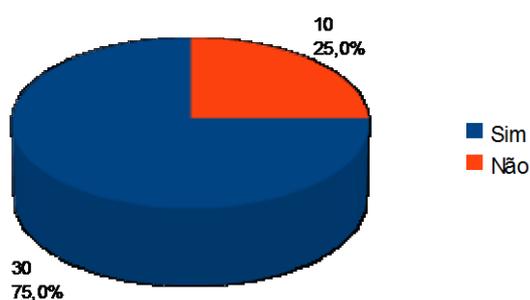


Gráfico 49 - Se trouxe inovações enquanto terapeuta ocupacional, de que maneira

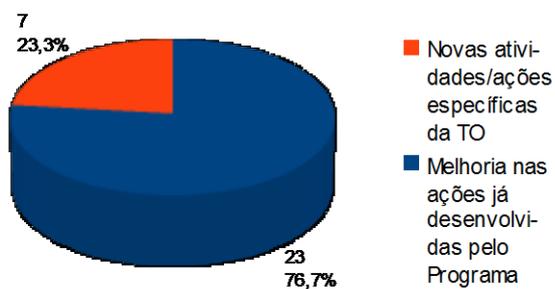


Gráfico 50 - Julgam que algumas ações deveriam ser exercidas somente por terapeutas ocupacionais

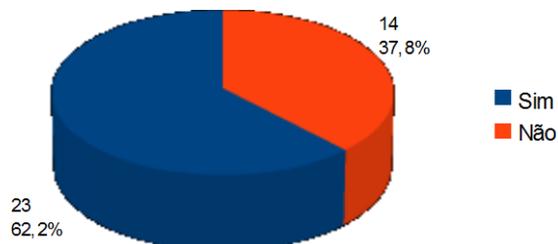


Gráfico 51 - Ações que consideram exercer com qualidade - itens 'a' a 'j'

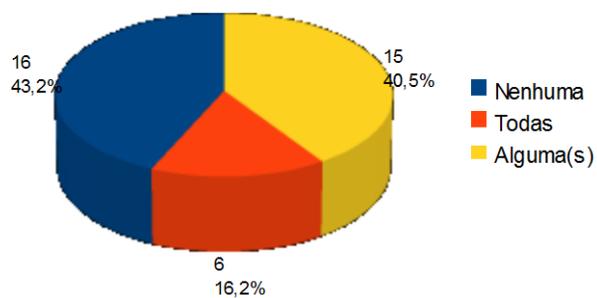


Gráfico 52 - Considera ter condições para o exercício autônomo de ações enquanto terapeuta ocupacional?

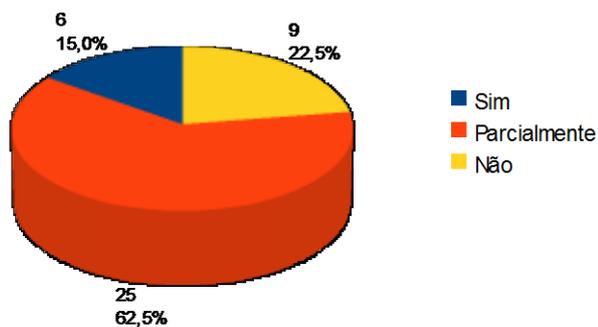


Gráfico 53 - Realização de trabalho de conscientização dos segurados acerca de direitos e deveres

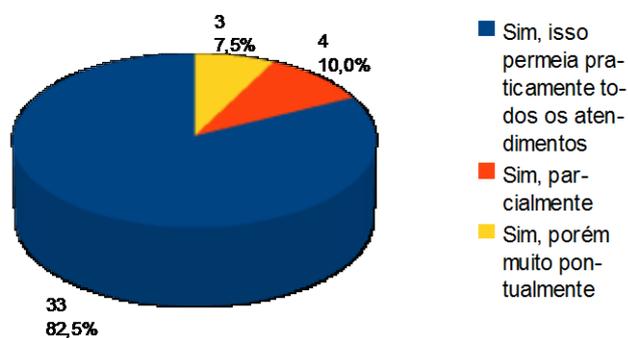


Gráfico 54 - Tipos de atendimentos realizados

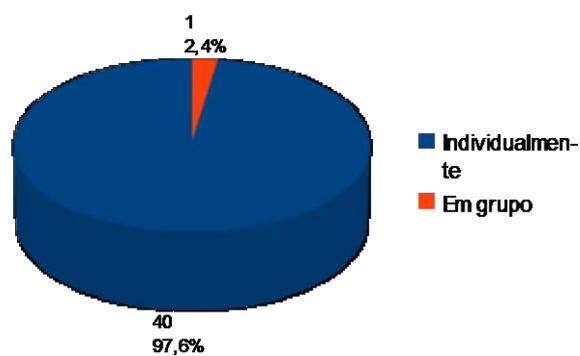


Gráfico 55 - Contam com os recursos necessários para realização das intervenções específicas

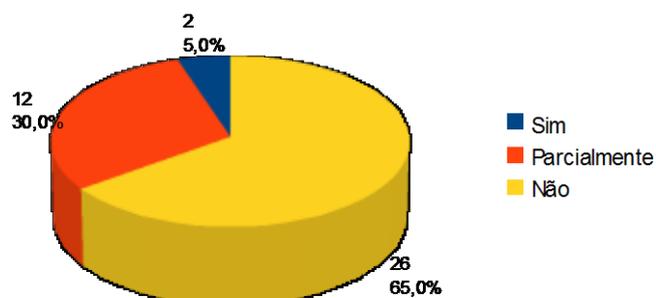


Gráfico 56 - Apresentam-se como terapeutas ocupacionais aos segurados

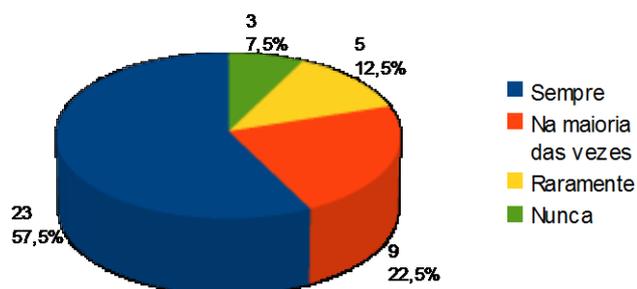


Gráfico 57 - Participação em eventos/cursos na área de Saúde do Trabalhador/Reabilitação Profissional

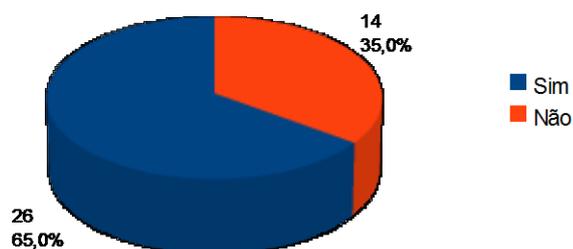


Gráfico 58 - Encaminhamento/acompanhamento a/de tratamentos de reabilitação

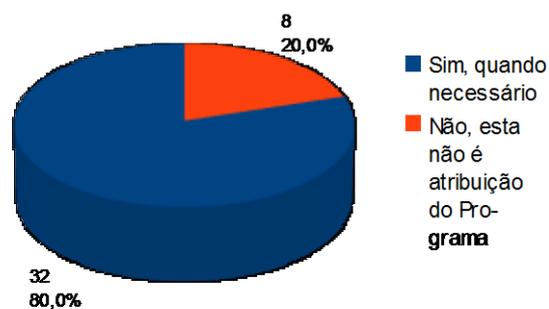


Gráfico 59 - Existência de um trabalho em equipe no Programa em sua Gerência de atuação

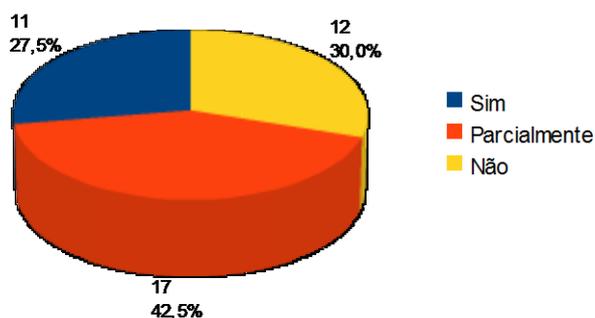


Gráfico 60 - Sentimento de valorização por parte da equipe

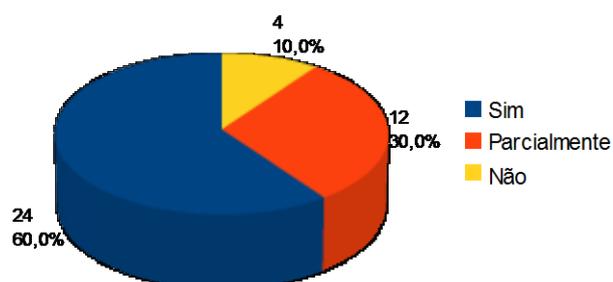


Gráfico 61 - Comprometimento da aceitação pelos segurados devido à vinculação com o INSS e com o recebimento do benefício

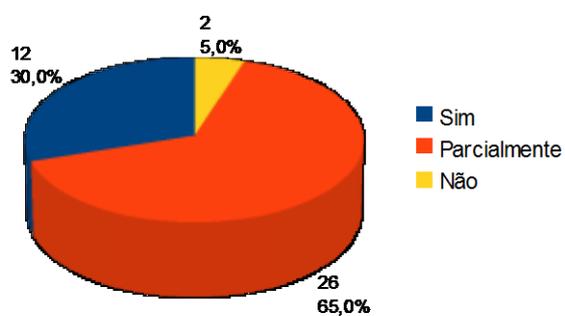


Gráfico 62 - Concordância com a obrigatoriedade de participação dos segurados no Programa

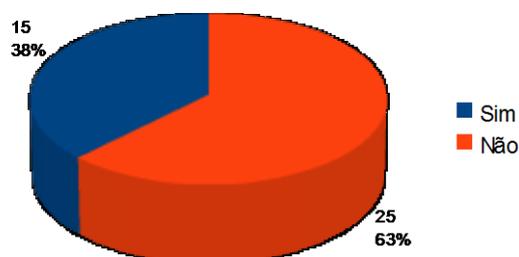


Gráfico 63 - Avaliação da receptividade das empresas ao retorno dos segurados

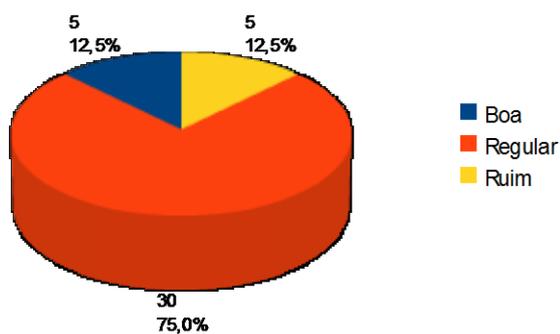


Gráfico 64 - Existência de priorização da função habitual no processo de retorno ao trabalho

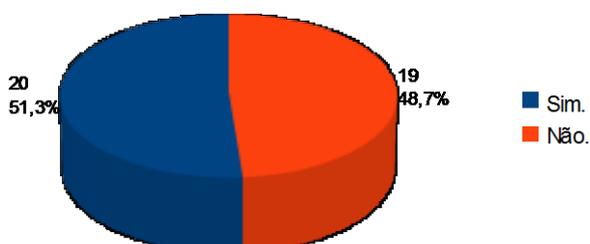


Gráfico 65 - Consideram que o INSS deveria ser o único responsável pela Reabilitação Profissional

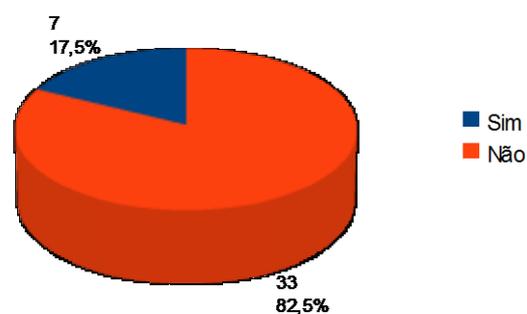


Gráfico 66 - Presença de valorização da Reabilitação Profissional pelos demais setores do INSS

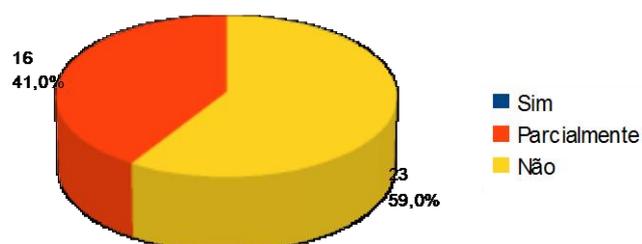


Gráfico 67 - Conhecimento de outras iniciativas de preparação para o retorno ao trabalho

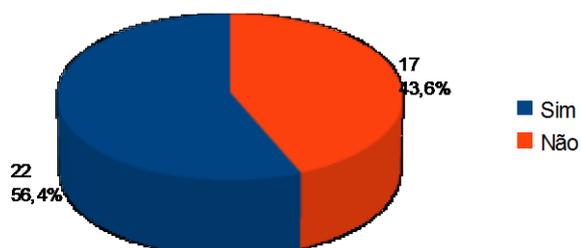


Gráfico 68 - Crença de que as outras ações de preparação para o retorno ao trabalho poderiam ser incorporadas ao Programa

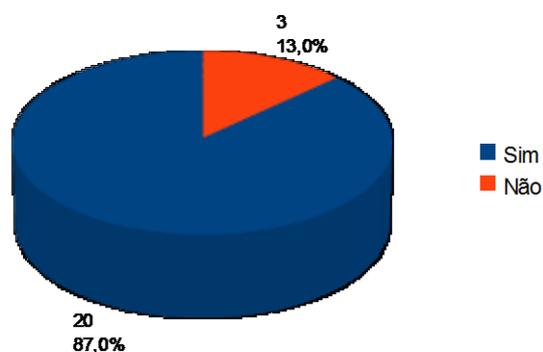


Gráfico 69 - Avaliação da visão do Programa acerca das questões do afastamento e retorno ao trabalho

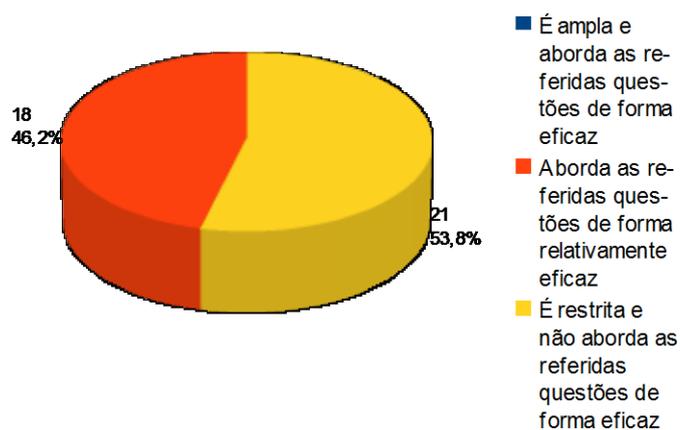
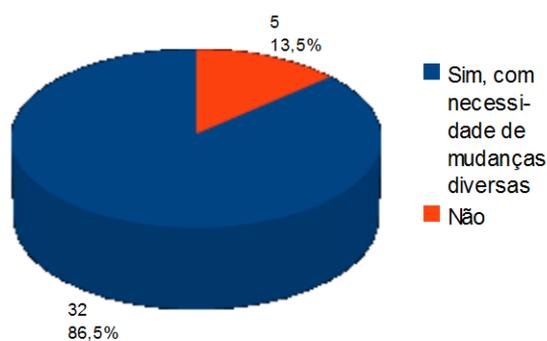


Gráfico 70 - Acreditam no Programa de Reabilitação Profissional



APÊNDICE B – Questionário da pesquisa

TERAPIA OCUPACIONAL E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: PRÁTICAS E CONCEPÇÕES DE
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS

Marília Meyer Bregalda & Roseli Esquerdo Lopes

PPGTO/UFSCar – 2010

- **PERFIL SÓCIO-ACADÊMICO-PROFISSIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DO INSS EM SP**
- **CONSIDERAÇÕES E CONCEPÇÕES ACERCA DE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL**
- **CONSIDERAÇÕES E CONCEPÇÕES ACERCA DOS TEMAS:**
 - **Reabilitação Profissional**
 - **Reabilitação Profissional no INSS**
 - **Terapia Ocupacional e Reabilitação Profissional**
 - **Trabalho**

Orientação para preenchimento:

Nas questões em que as respostas não forem excludentes, pode-se assinalar duas ou mais alternativas.

I- Identificação e Contato

Nome Completo:

Sexo: () Feminino. () Masculino.

Data de Nascimento:

Naturalidade:

Estado Civil:

Telefone:

E-mail:

Trabalha no Município de:

Ano de Ingresso no INSS:

II- Dados acadêmicos

1. Cursou o Ensino Fundamental em:

- () Escola pública, somente.
- () Escola particular, somente.
- () Escola pública e particular.

2. Cursou o Ensino Médio em:

- () Escola pública, somente.
- () Escola particular, somente.
- () Escola pública e particular.

3. Realizou sua graduação em terapia ocupacional em instituição:

- () Pública.
- () Particular.
- () Parte em pública e parte em particular.

Instituição(ões) e ano de conclusão:

4. Durante a graduação, entrou em contato com os temas Saúde do Trabalhador/ Reabilitação Profissional?

Sim. Não.

5. Considera que a graduação lhe deu a formação necessária para atuar na área de Saúde do Trabalhador/ Reabilitação Profissional?

Sim. Parcialmente. Não.

6. Realizou ou realiza pós-graduação?

Sim. Não.

7. Se sim, de que tipo:

Especialização.

Residência.

Aprimoramento profissional.

Mestrado.

Doutorado.

Pós-doutorado.

Indique qual(is) a(s) pós-graduação(ões) realizada(s), especificando a(s) instituição(ões) e o(s) período(s) de realização:

8. No caso de ter realizado pós-graduação na área de Saúde do Trabalhador/ Reabilitação Profissional, considera que a mesma lhe deu a formação necessária para atuar na referida área?

Sim. Parcialmente. Não.

9. No caso de ter realizado pós-graduação em outra(s) área(s), considera que a(s) mesma(s) lhe deu(deram) subsídios para atuar na área de Saúde do Trabalhador/ Reabilitação Profissional?

Sim, de forma significativa.

Sim, porém somente em alguns aspectos.

Não.

III- Experiência profissional:

1. Antes de ingressar no setor de Reabilitação Profissional do INSS, você atuou na(s) seguinte(s) área(s):

Saúde mental.

Disfunção física/ sensorial.

Dependência química.

Saúde do trabalhador.

Reabilitação profissional.

Deficiência intelectual.

Distúrbios de aprendizagem.

Social.

Geriatria.

Saúde Pública/ Saúde Coletiva.

Atividades de docência.

Outra(s). Especifique.

2. Você considerava pertencer a alguma(s) dessas áreas, especificamente? Se sim, a qual(is)?

3. Na sua prática profissional, julga ter lidado com questões relacionadas ao mundo do trabalho (considerando-se a intensidade com que o tema “trabalho” era abordado com os pacientes e/ou usuários dos serviços/instituições em suas atuações anteriores)?

Sim, com muita intensidade.

- Sim, com média intensidade.
- Sim, com pouca intensidade.
- Não, nunca havia lidado com questões dessa natureza em minha prática profissional.

IV- Ingresso no Programa de Reabilitação Profissional do INSS:

1. Você tinha o desejo/vontade de atuar no campo da Reabilitação Profissional ou, mais amplamente, no da Saúde do Trabalhador?

- Sim.
- Não.
- Nunca havia pensado em atuar nesse campo, mas a perspectiva de atuação me agradou.
- Nunca havia pensado em atuar nesse campo, não possuindo boas expectativas ante a perspectiva de atuação no mesmo.

2. Ao ingressar no setor de Reabilitação Profissional do INSS, você se sentia preparado(a) para atuar na área?

- Sim. Parcialmente. Não.

V- Terapia Ocupacional e Reabilitação Profissional:

1. Você se intitula:

- Terapeuta ocupacional atuando na reabilitação profissional.
- Terapeuta ocupacional atuando como orientador profissional.
- Orientador profissional com formação em terapia ocupacional.
- Analista do seguro social com formação em terapia ocupacional.
- Outro(s). Especifique:

2. Considerando-se as diversas áreas de atuação e de produção de conhecimento em terapia ocupacional, você acredita que para a atuação na reabilitação profissional são necessários conhecimentos de que área(s)?

- Social.
- Disfunção física/sensorial.
- Saúde mental.
- Saúde do trabalhador.
- Distúrbios de aprendizagem.
- Deficiência intelectual.
- Saúde Pública/ Saúde Coletiva.
- Outra(s) área(s). Especifique.

3. Você considera possuir os conhecimentos necessários para atuar na reabilitação profissional?

- Sim. Parcialmente. Não.

4. Você está satisfeito(a) com sua atuação na reabilitação profissional?

- Sim. Parcialmente. Não.

5. Você considera que a terapia ocupacional pode oferecer contribuições para o Programa de Reabilitação Profissional?

- Sim, trata-se de uma profissão fundamental para o Programa.
- Sim, mas não de maneira fundamental.
- Não, a terapia ocupacional não tem a contribuir com este Programa.

6. Indique o seu nível de satisfação com relação à sua atuação profissional na Avaliação do potencial laborativo:

- Satisfeito(a). Parcialmente satisfeito(a). Insatisfeito(a).

7. Indique o seu nível de satisfação com relação à sua atuação profissional na Orientação e

acompanhamento da programação profissional:

Satisfeito(a). Parcialmente satisfeito(a). Insatisfeito(a).

8. Indique o seu nível de satisfação com relação à sua atuação profissional na Articulação com a comunidade para parcerias, convênios e outros com vistas ao reingresso do segurado no mercado de trabalho:

Satisfeito(a). Parcialmente satisfeito(a). Insatisfeito(a).

9. Indique o seu nível de satisfação com relação à sua atuação profissional no Acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho:

Satisfeito(a). Parcialmente satisfeito(a). Insatisfeito(a).

10. Você considera ter implementado no Programa ações específicas da terapia ocupacional?

Sim. Não.

11. Se sim, de que maneira?

Trouxe inovações para o Programa de Reabilitação Profissional, com implementação de novas atividades/ações específicas da terapia ocupacional.

Trouxe melhoria na qualidade das ações que já vinham sendo desenvolvidas pelo Programa, sem novas ações específicas mas com o enriquecimento das práticas, a partir dos pressupostos da terapia ocupacional.

12. Se implementou novas ações específicas, quais foram?

13. Você considera que a terapia ocupacional encontra especificidade na(s) seguinte(s) ação(ões) prevista(s) pelo Programa:

a. Avaliação do potencial laborativo dos segurados e da elegibilidade dos mesmos ao Programa.

b. Formulação do ofício para solicitação de readaptação profissional às empresas, com a especificação das restrições a serem observadas na indicação de uma nova função.

c. Análise de posto de trabalho.

d. Avaliação de compatibilidade da nova função/atividade profissional dos segurados.

e. Trabalho de investigação, levantamento e construção de interesses dos segurados acerca de uma nova

área de atuação profissional.

f. Atendimentos aos segurados, onde se dá a identificação de questões relevantes ao processo de reabilitação profissional e constroem-se ações conjuntas para enfrentamento e vivência das situações

pertinentes ao retorno ao trabalho.

g. Viabilização e acompanhamento do treinamento de reabilitação profissional dos segurados em suas

empresas de vínculo.

h. Viabilização e acompanhamento de cursos de capacitação profissional realizados pelos segurados.

i. Levantamento de demandas do mercado formal e informal de trabalho e das exigências do mercado referentes às profissões e funções para as quais os segurados se qualificam.

j. Pesquisa de fixação no mercado de trabalho após o desligamento dos segurados do Programa.

k. Outros. Especifique.

14. Das ações anteriormente mencionadas, alguma(s) delas é(são) exercida(s) somente pelos(as) terapeutas ocupacionais em sua Gerência? (Especifique utilizando as letras correspondentes).

15. Você julga que alguma(s) delas deveria(m) ser exercida(s) somente por terapeutas ocupacionais? Se sim, qual(is)?

16. Considerando-se as ações acima elencadas, você considera possuir condições de trabalho adequadas para a realização, com qualidade, de quais delas?

17. Você considera possuir condições para exercer, de forma efetiva e autônoma, ações enquanto terapeuta ocupacional em seu cotidiano de trabalho?

Sim. Parcialmente. Não.

18. No que se refere aos seus atendimentos aos segurados, você julga que:

Obs.: Aqui, o sentido de 'clínico' aproxima-se do sentido de 'terapêutico', entendido como o processo e a relação estabelecida entre as partes - no caso, terapeuta ocupacional e segurado - a partir dos quais se realizam as intervenções.

Apresentam, em parte, caráter clínico.

Apresentam sempre caráter clínico.

Não apresentam caráter clínico.

Não apresentam caráter clínico, mas deveriam.

19. Você considera que, em seus atendimentos aos segurados, realiza-se um trabalho de informação e conscientização dos mesmos acerca de seus direitos e deveres enquanto trabalhadores e cidadãos?

Sim, isso permeia praticamente todos os atendimentos.

Sim, parcialmente.

Sim, porém muito pontualmente.

Não, nunca.

20. Na sua prática profissional, você avalia que lança mão de quais instrumentos e objetos do campo da terapia ocupacional?

Atividade terapêutica.

Atividade humana.

Atividades para geração de renda.

Oficinas de atividades.

Grupos de terapia ocupacional.

Dinâmicas grupais.

Avaliação de terapia ocupacional.

Setting.

Relação terapeuta-paciente.

Outro(s). Especifique.

21. Você realiza os atendimentos dos segurados:

Individualmente. Em grupo.

22. Você conta com os recursos necessários para a realização de suas intervenções específicas?

Sim. Parcialmente. Não.

23. Você se apresenta como terapeuta ocupacional aos segurados?

Sempre.

Na maioria das vezes.

Raramente.

Nunca.

24. Tem realizado curso(s) ou participado de eventos na área de Saúde do Trabalhador/ Reabilitação Profissional e/ou áreas afins (ergonomia, sociologia do trabalho, psicopatologia do trabalho, dentre outras)?

Sim. Não.

25. Você realiza encaminhamento e/ou acompanhamento de segurados para tratamentos de reabilitação (considerando-se as áreas física, mental/psicossocial, psicopedagógica, dentre outras)?

- Sim, quando isto se faz necessário para viabilizar melhores condições de reinserção no trabalho aos segurados.
- Não, pois esta não é uma atribuição pertinente à minha atuação no Programa.

VI- Reabilitação profissional:

1. Quais profissionais você considera que deveriam compor as equipes de reabilitação profissional do INSS?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Administrador de empresas. | <input type="checkbox"/> Médico. |
| <input type="checkbox"/> Advogado. | <input type="checkbox"/> Pedagogo. |
| <input type="checkbox"/> Antropólogo. | <input type="checkbox"/> Psicólogo. |
| <input type="checkbox"/> Assistente Social. | <input type="checkbox"/> Nutricionista. |
| <input type="checkbox"/> Educador Físico. | <input type="checkbox"/> Sociólogo. |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta. | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional. |
- Fonoaudiólogo.
- Outro(s). Especifique.

2. Quantos são os profissionais que compõem a sua equipe e qual a formação dos mesmos?

3. A sua equipe possui estagiários? Se sim, quantos? Qual a formação dos mesmos?

4. O trabalho do(s) estagiário(s) realiza-se:

- Na área administrativa do setor.
- No apoio às atividades de reabilitação profissional propriamente ditas, dando suporte aos atendimentos e aos encaminhamentos dos segurados.
- Além das opções anteriores, atuam também em atividades como a realização de atendimentos aos segurados.

5. Você considera a estrutura de trabalho existente no Programa de Reabilitação Profissional:

- Suficiente.
- Parcialmente suficiente, com necessidade de melhoria em diversos âmbitos.
- Insuficiente, devendo ser completamente reformulada.

6. Você acredita existir de fato um trabalho em equipe no Programa de Reabilitação Profissional de sua Gerência?

- Sim. Parcialmente. Não.

7. Você se sente valorizado(a)/ reconhecido(a) por sua equipe de trabalho na Reabilitação Profissional?

- Sim. Parcialmente. Não.

8. Assinale os aspectos que, a seu ver, comprometem a estrutura do Programa:

- Ausência de espaço físico adequado para atendimento dos segurados.
- Número reduzido de profissionais na equipe.
- Diferenças de posicionamento técnico entre os membros da equipe.
- Diferenças de posicionamento administrativo entre os membros da equipe.
- Número excessivo de segurados sob responsabilidade de cada um dos profissionais.
- Pouca formação da equipe na área de Saúde do Trabalhador.
- Encaminhamentos inadequados realizados pela perícia médica em geral.
- Outro(s). Especifique.

9. Assinale os aspectos relacionados aos segurados que, a seu ver, dificultam o processo de reabilitação profissional:

- O medo de ser demitido tão logo retorne à empresa de vínculo e/ou vença o seu período de

estabilidade.

- O receio de não conseguir uma efetiva reinserção no mercado de trabalho, no caso de preparação para uma atividade autônoma.
- A situação de comodidade trazida pelo recebimento do benefício.
- Longos períodos de afastamento.
- Estrutura insuficiente oferecida pelo Programa.
- Baixa escolaridade.
- Baixa qualificação profissional.
- Impossibilidade de retorno à função original.
- Ausência de desejo/motivação para se capacitar profissionalmente em outra área.
- Significativo comprometimento de suas condições de saúde.
- Condições sócio-econômicas desfavoráveis, como a baixa renda familiar.
- Outro(s). Especifique.

10. Como você considera a aceitação dos segurados, no geral, com relação ao Programa:

- Ótima. Boa. Regular. Ruim.

11. Você considera que a vinculação do Programa ao INSS e ao recebimento dos benefícios compromete a aceitação do mesmo pelos segurados?

- Sim. Parcialmente. Não.

12. Você concorda com a questão da obrigatoriedade da participação dos segurados no Programa?

- Sim. Não.

13. Na sua opinião, a avaliação da compatibilidade das funções indicadas pelas empresas para o treinamento de reabilitação profissional dos segurados, na sua Gerência:

- Tem se restringido somente à capacidade física e funcional dos segurados.
- Tem levado em conta, além da capacidade física e funcional, questões de outras ordens, como o adoecimento psíquico no trabalho.
- Tem considerado, além das questões anteriormente referidas, aspectos como a satisfação do segurado com a função indicada e/ou as relações interpessoais no ambiente de trabalho.

14. Como você avalia, no geral, a receptividade das empresas com relação às perspectivas de retorno dos segurados em programa de reabilitação?

- Ótima. Boa. Regular. Ruim.

15. Quando da preparação para o retorno ao trabalho, sua equipe costuma priorizar, sempre que possível, a reinserção na função habitualmente exercida pelos segurados?

- Sim. Não.

16. A Gerência em que você atua possui convênio(s) e/ou acordo(s) de cooperação técnica com instituição(ões) de ensino profissionalizante e/ou com outras instituições que promovam, de alguma forma, a capacitação profissional? Se sim, qual(is)?

17. A Gerência em que você atua possui convênio(s) e/ou acordo(s) de cooperação técnica com instituição(ões) que oferece(m) tratamento(s) de reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, dentre outros)? Se sim, qual(is)?

18. Você considera que o Programa cumpre o seu objetivo de proporcionar aos segurados os meios indicados para a reinserção no mercado de trabalho e no contexto em que vivem?

- Sim. Parcialmente. Não.

19. Você considera que o Programa de Reabilitação Profissional do Instituto:

- () Deveria ter sua ideologia, princípios, objetivos e ações totalmente revistos e reformulados.
() Deveria manter sua ideologia, princípios, objetivos e ações, porém com uma mudança nas condições

estruturais de efetivação das propostas.

- () Deveria manter sua ideologia, princípios, objetivos e ações, bem como suas condições estruturais.

20. Você considera que o trabalho desenvolvido pelo Programa prepara efetivamente os segurados para o retorno ao trabalho?

- () Sim, somente nos casos em que o retorno ao trabalho se dá na empresa de vínculo dos segurados.
() Parcialmente, nos casos em que o retorno ao trabalho se dá na empresa de vínculo dos segurados.
() Sim, somente nos casos em que ocorre a qualificação profissional através da realização de cursos nas

áreas de interesse, quando não é possível o retorno à empresa ou o segurado não possui vínculo empregatício.

- () Parcialmente, nos casos em que ocorre a qualificação profissional através da realização de cursos nas

áreas de interesse, quando não é possível o retorno à empresa ou o segurado não possui vínculo empregatício.

- () Sim, em ambos os casos.
() Parcialmente, em ambos os casos.
() Não, o Programa não realiza uma efetiva preparação nesse sentido.

21. Você considera que o INSS deveria ser o único responsável pela reabilitação profissional dos segurados?

- () Sim. () Não.

22. Você considera que o trabalho da reabilitação profissional é valorizado pelos demais setores do INSS?

- () Sim. () Parcialmente. () Não.

23. Com relação ao futuro do Programa, você vislumbra:

- () Melhoria da estrutura e do trabalho desenvolvido.
() Manutenção da estrutura e do trabalho desenvolvido.
() Piora da estrutura e do trabalho desenvolvido.

24. Você conhece outras iniciativas de preparação de indivíduos/sujeitos para o retorno ao mercado de trabalho?

- () Sim. () Não.

Se sim, qual(is)?

25. Se sim, você acredita que as ações desenvolvidas por essas outras iniciativas poderiam ser incorporadas, de alguma forma, ao Programa do Instituto?

- () Sim. () Não.

26. Você acredita que a visão do Programa acerca das questões envolvidas nos processos de afastamento e retorno ao trabalho:

- () É ampla e consegue abordar e lidar com as referidas questões de forma eficaz.
() Consegue abordar e lidar com as referidas questões de forma relativamente eficaz.
() É restrita e não consegue abordar e lidar com as referidas questões de forma eficaz.

Se quiser, deixe aqui algum comentário ou alguma observação sobre este estudo, sobre o Programa de Reabilitação Profissional do INSS, sobre a terapia ocupacional no INSS, ou sobre algo correlato:

Você acredita no Programa de Reabilitação Profissional do INSS?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista

TERAPIA OCUPACIONAL E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: PRÁTICAS E CONCEPÇÕES DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS

Marília Meyer Bregalda & Roseli Esquerdo Lopes

PPGTO/UFSCar – 2010/2011

ROTEIRO DE ENCONTRO E ENTREVISTA

TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DO INSS – SP

APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA PESQUISA E DOS PROPÓSITOS DA ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO

CONCEPÇÕES ACERCA DA TERAPIA OCUPACIONAL

- Falando sobre terapia ocupacional:
 - percurso individual;
 - experiências;
 - campo, função/papel, objetivos;
 - instrumentos/elementos centrais;
 - possibilidades, limites, desafios.
- Subsídios teóricos e/ou práticos advindos da terapia ocupacional que considera importantes para a formação profissional e/ou para a prática cotidiana.

TERAPIA OCUPACIONAL E TRABALHO / TERAPIA OCUPACIONAL E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

- Trabalho e Vida Cotidiana – Indivíduos e Grupos;
- Trabalho e Vida Cotidiana – Terapia Ocupacional;
- Trabalho na Terapia Ocupacional do INSS;
- Trabalho, Reabilitação Profissional e Terapia Ocupacional;
- Trabalho, Reabilitação Profissional e Formação do Terapeuta Ocupacional.

AÇÕES/PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

- Prática desenvolvida, considerando os instrumentos abordados no questionário;
- Sobre uma situação em que você se sentiu satisfeita com sua atuação enquanto terapeuta ocupacional no Programa';
- Sobre a atuação nas 4 funções básicas da RP (avaliação do potencial laborativo; orientação e acompanhamento da programação profissional; articulação com a comunidade para parcerias, convênios e outros; pesquisa de fixação);

- Recursos disponíveis/ recursos necessários;
- Sobre a atuação na análise do posto de trabalho e na avaliação de compatibilidade de nova função/atividade profissional;
- Sobre a atuação nos treinamentos e nos cursos de qualificação;
- Contribuições e possíveis mudanças no Programa de Reabilitação Profissional (PRP) com a terapia ocupacional;
- Sobre o que gostaria de desenvolver, a partir da terapia ocupacional, no PRP.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS SEGURADOS

- Perfil dos segurados;
- Percepções acerca de suas demandas e a realidade/possibilidades do PRP;
- Percepções acerca de suas demandas e a realidade/possibilidades da terapia ocupacional;
- Facilitadores e dificultadores do processo de retorno ao trabalho.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL – NO INSS E EM GERAL

- A Reabilitação Profissional – definição, campo, possibilidades, limites;
- As etapas e atividades do PRP;
- A legislação que o ampara;
- A equipe e o trabalho;
- A questão da 'função' e da 'profissão' (referente à capacitação dos segurados ao final do Programa);
- Sobre 'uma pessoa capacitada para o mercado de trabalho';
- Uma síntese: proposições acerca de um Programa de Reabilitação Profissional.

OUTROS COMENTÁRIOS, QUESTÕES, OBSERVAÇÕES

APÊNDICE D – Listagem das Gerências Executivas às quais pertencem as participantes

Araçatuba – 2

Araraquara – 2

Bauru – 1

Campinas – 1

Guarulhos – 2

Jundiaí – 2

Marília – 2

Osasco – 2

Piracicaba – 2

Presidente Prudente – 2

Ribeirão Preto – 2

Santo André – 2

Santos – 2

São Bernardo do Campo – 2

São João da Boa Vista – 2

São José do Rio Preto – 2

São José dos Campos – 2

São Paulo – 9

Sorocaba – 2

Taubaté – 1

APÊNDICE E – Tabela das entrevistas realizadas

Data	Sigla da entrevistada	Tempo de entrevista	Número de páginas transcritas
27/05/2011	E1	112 minutos	19
30/05/2011	E2	140 minutos	39
01/06/2011	E3	54 minutos	16
08/06/2011	E4	83 minutos	21
24/07/2011	E5	150 minutos	37
15/08/2011	E6	160 minutos	44
16/09/2011	T	147 minutos	31