

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**FERNANDO VASCONCELLOS DA FONSECA**

**MODELO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: UMA PROPOSTA DE  
AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA.**

**FLORIANÓPOLIS  
2011**



FERNANDO VASCONCELLOS DA FONSECA

**MODELO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: UMA PROPOSTA DE  
AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Josimari Telino de Lacerda

FLORIANÓPOLIS  
2011







## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Maraglai e Adair.





## **AGRADECIMENTOS**

À Josi, orientadora e anjo-da-guarda.



Não importa o que aconteça. Nunca desista.



FONSECA, Fernando Vasconcellos da. Modelo de Reabilitação Profissional: uma proposta de avaliação da eficácia. 156 f. Dissertação. (Mestre em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2011.

## RESUMO

**Objetivo:** Desenvolver uma proposta de modelo de avaliação da eficácia para o Programa de Reabilitação Profissional (PRP) da Previdência Social do Brasil. **Métodos:** Pesquisa avaliativa, que buscou dimensionar o funcionamento do PRP a partir do critério de eficácia, ou seja, o atendimento à legislação que norteia a reabilitação profissional no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). O modelo proposto tem como unidades de análise o PRP desenvolvido nas Unidades Federativas (UF) do Brasil. O desenvolvimento do modelo de avaliação contou com as etapas de: identificação do Modelo Teórico, elaboração do Modelo Lógico, e construção e validação da Matriz Avaliativa do PRP. O cumprimento das etapas compreendeu a revisão da literatura e da legislação, e a busca da opinião de especialistas no tema. Em relação aos especialistas, houve contribuições em dois momentos: para o desenvolvimento das etapas, foram utilizadas as reuniões do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS); e para a validação do modelo, uma oficina de consenso, que contou com a participação de especialistas convidados com a aplicação do Método Delfos. **Resultados:** O texto explicativo contendo esquemas visuais sobre o funcionamento do PRP no âmbito do INSS foi desenvolvido com o intuito de auxiliar na melhor compreensão do processo. A identificação do Modelo Teórico propiciou a elaboração de um esquema de fácil visualização, no qual estão incluídos os fatores determinantes da incapacidade para o trabalho e os elementos fundamentais do PRP. O Modelo Lógico traduz os serviços prestados pelo PRP, através de três dimensões e onze subdimensões, que representam o funcionamento e os resultados esperados do programa. A Matriz Avaliativa utiliza os mesmo componentes do Modelo Lógico, juntando a estes os indicadores, medidas e parâmetros propostos para a avaliação do PRP. **Conclusão:** O instrumento proposto busca contribuir para a melhoria da prestação dos serviços do PRP, a partir de sua aplicação nas UFs do país. Trata-se de uma auto-avaliação de fácil aplicabilidade, que permite adequações a especificidades locais. Propomos o desenvolvimento de novos estudos avaliativos sob outros

enfoques, além do caráter normativo, que ampliem o conhecimento científico sobre o tema.

**Palavras-chave:** avaliação em saúde, programa, reabilitação profissional, saúde do trabalhador, eficácia.

FONSECA, Fernando Vasconcellos da. Vocational Rehabilitation Model: a proposed evaluation of efficacy. 156 f. Dissertation. (Master's Program in Public Health). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2011.

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to develop a proposed evaluation model of efficacy to the Vocational Rehabilitation Program (VRP) of the Social Security of the Brazil. **Methods:** An evaluative research, wick sought to measure the operating of the VRP from the criterion of efficacy, in other words, the compliance with the legislation that directs the vocational rehabilitation within National Social Security Institute (INSS). The proposed model is developed in VRP Federal Units (FU) as units of analysis. The development of the evaluation model had the steps: identification of the Theoretical Model, development of the Logic Model, and construction and validation of the Evaluative Matrix VRP. The fulfilment of the stages included the review of the literature and legislation, and the search for expert opinion on the subject. In relation to the experts, there were two moments in contributions: to the stages' development, we used the meetings of the Center for Extension and Research in Health Evaluation (NEPAS); and to validate the model, a consensus workshop wick included the participation of invited experts in the application of the Delphi Method. **Results:** The explanatory text containing visual schemes on the operation of the VRP in the INSS was developed in order to assist in better understanding the process. The identification of the Theoretical Model led to the development of a scheme for easy viewing, wick includes the determinants of incapacity for work and the key elements of the VRP. The Logical Model translates the services provided by the VRP in three dimensions and eleven subdimensions, wick represent the operation and outcomes of the program. The Evaluative Matrix uses the same components of the Logic Model, combining these indicators, measures and parameters proposed for the evaluation of VRP. **Conclusion:** The proposed instrument aims to contribute to the improvement of service delivery of the VRP from its application in the country FUs. It is a self-evaluation that is easily performed, wick allows adjustments to local specificities. We propose the development of new evaluation studies in other approaches, as well as normative, to broaden scientific knowledge on the subject.

**Keywords:** health evaluation, program, vocational rehabilitation, worker's health, efficacy.



## APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

A dissertação intitulada “**Modelo de Reabilitação Profissional: uma proposta de avaliação da eficácia**” apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de concentração de Ciências Humanas e Políticas Públicas está estruturada em duas partes.

A primeira parte é composta pelo contexto e características do estudo: introdução, revisão de literatura, objetivos e métodos. A sua apresentação seguiu as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). A segunda parte é formada pelo artigo científico, contemplando os resultados e a discussão conforme o regimento do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. O artigo foi elaborado para submissão à Revista Ciência & Saúde Coletiva, cujas instruções constam no Anexo 1.



## **LISTA DE FIGURAS**

1. Interação entre os Componentes da CIF.	28
2. Atuação Interinstitucional em Saúde do Trabalhador.	36
3. Perícia Médica do INSS.	50
4. Programa de Reabilitação Profissional.	51
5. (Re) Inserção no Trabalho.	57
6. Funcionamento do Programa de Reabilitação Profissional.	59
7. Diagrama do Modelo Teórico do PRP.	93
8. Diagrama do Modelo Lógico do PRP.	95



## **LISTA DE QUADROS**

1. Questionamentos Orientadores do Modelo de Avaliação.	17
2. Funções do Médico Perito da RP.	52
3. Funções do Orientador Profissional da RP.	53
4. Matriz Avaliativa do PRP.	97
5. Escores para a Matriz Avaliativa do PRP.	103



## SUMÁRIO

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	13
1. Introdução.....	15
2. Revisão da Literatura.....	18
2.1 Aspectos Conceituais.....	18
2.2 A Reabilitação Profissional no Mundo.....	23
2.3 A Reabilitação Profissional no Brasil.....	28
2.4 Os Programas de Reabilitação Profissional.....	39
2.5 O Modelo Reabilita.....	47
2.6 Outras Experiências de Reabilitação Profissional no Brasil	58
3 Objetivos.....	64
3.1 Objetivo Geral.....	64
3.2 Objetivos Específicos.....	64
4 Métodos.....	65
4.1 Identificação do Modelo Teórico do PRP.....	66
4.2 Elaboração do Modelo Lógico do PRP.....	66
4.3 Construção da Matriz Avaliativa do PRP.....	67
4.4 Validação da Matriz Avaliativa do PRP.....	68
4.5 Seleção dos Especialistas.....	68
4.6 Etapas da Oficina de Consenso.....	69
4.7 Aspectos Éticos.....	70
5 Referências Bibliográficas.....	71
PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO.....	83
Apêndice 1.....	111
Apêndice 2.....	125
Apêndice 3.....	137
Apêndice 4.....	139
Anexo.....	149





## **PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICA DO ESTUDO**



## **1.Introdução**

A Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) expressa, dentre os direitos e liberdades básicos de todos os seres humanos, “o direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego”. Além desses, “o direito a um padrão de vida capaz de assegurar ao indivíduo, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis”. Assim, ficam instituídos os direitos básicos de todo o ser humano relativos ao trabalho, à saúde e à proteção contra o desemprego (ONU, 2000).

Dados da ONU afirmam que cerca de 10% da população mundial vive com alguma incapacidade, sendo que essa situação vem aumentando ao longo dos anos, devido ao crescimento populacional, avanços tecnológicos na área da saúde e envelhecimento da população. Além disso, o índice de desemprego entre as pessoas com incapacidade é elevado e chega a 80% em alguns países (UNION NATION, 2011). No Brasil (2000), os resultados do censo de 2000, indicaram um total de 25 milhões de pessoas com alguma incapacidade, correspondendo a 14% da população. Outro dado preocupante no país se refere ao aumento crescente do número de acidentes do trabalho, que atingiram nas estatísticas previdenciárias brasileiras a marca de 747.663 casos em 2008 (BRASIL, 2008).

Dessa forma, a reabilitação profissional assume importância crescente no panorama mundial. Aliado ao aumento da demanda por serviços devido ao crescimento do número de pessoas com incapacidade também cresce em significância o papel de regulação econômica exercido pela reabilitação profissional, quando vinculados aos sistemas previdenciários, no sentido de reduzir os afastamentos do trabalho e a consequente concessão de benefícios financeiros (MOOM; GEIECKER, 1998).

No Brasil, os programas de reabilitação profissional foram gradualmente implantados a partir década de 60, com a estatização do SAT (Seguro do Acidente de Trabalho) e a definição de uma fonte permanente de custeio (HENNINGTON, 1996). O histórico recente de mudanças na reabilitação profissional é dividido por Takahashi (2006) em três fases: Pós-Constituição de 1988 a 1994, como período favorável ao desenvolvimento de serviços inovadores, propiciado pela

redemocratização do país e a emergência de movimentos sociais; Plano de Modernização da Reabilitação Profissional (1995 a 2000), marcado pela oficialização da redução do modelo centrado nos Centros de Reabilitação Profissional (CRP); e o Programa Reabilita (2001 aos dias atuais), no qual o processo está centrado na agilização e homologação do retorno ao trabalho nas Agências da Previdência Social (APS).

Nesse cenário, a compatibilização de melhoria contínua dos processos e a otimização de recursos financeiros se revela como o grande desafio a ser superado pelos serviços de reabilitação profissional. O conhecimento das políticas e ações de reabilitação profissional é o pressuposto fundamental para o planejamento, o acompanhamento do desempenho e a identificação dos problemas da área. Este conhecimento pode ser gerado por meio de mecanismos de avaliação.

A avaliação é considerada um julgamento de valor a respeito de intervenções ou de seus componentes, para subsidiar a tomada de decisões, por meio de método científico que possa fornecer informações válidas e legítimas (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Nos últimos anos, a tendência de maximizar os recursos aplicados nos programas sociais e aperfeiçoar a sua atuação fez com que a avaliação ganhasse importância na administração pública, passando a ser considerada prática sistemática fundamental. Entretanto, apesar de fazer parte hoje das preocupações dos gestores públicos e privados, a avaliação participa de forma ainda muito incipiente nos processos de decisão (SILVA; FORMIGLI, 1994; NOVAES, 2000; CALVO; HENRIQUE, 2006).

Neste sentido, foi desenvolvida uma proposta de modelo de avaliação para o Programa de Reabilitação Profissional (PRP) da Previdência Social no Brasil.

Através do presente estudo, busca-se verificar se o Programa de Reabilitação Profissional (PRP) promovido pela Previdência Social no país na atualidade cumpre a legislação que o sustenta. Os questionamentos provocados pela revisão dos conceitos e elementos do PRP estruturaram a investigação sobre as etapas do processo de RP no contexto socioeconômico nacional. As questões sobre o seu funcionamento apresentadas no Quadro 1 orientaram a construção do modelo de avaliação.

Assim, o instrumento proposto busca contribuir para a visualização da aplicação das políticas nessa área, subsidiando a tomada de decisões nas diversas etapas e a responsabilização das instituições comprometidas com o processo.

Quadro 1: Questionamentos Orientadores do Modelo de Avaliação.

- a) O PRP tem cumprido com o objetivo de reintegrar e manter em um emprego os indivíduos com alguma incapacidade para o trabalho que possuam direito ao serviço?
- b) O programa tem contribuído na prevenção de riscos com potencial de gerar incapacidade ao trabalho nos indivíduos assistidos?
- c) O programa tem desempenhado atividades que dão resposta às necessidades de saúde e emprego dos indivíduos?
- d) O programa tem atendido aos interesses econômicos da sociedade relacionados ao sistema previdenciário?
- e) Os parceiros institucionais executam suas atividades específicas em cada etapa do programa, conforme estabelecido?
- f) O programa tem facilitado o acesso aos serviços, através da descentralização das ações para as GEX e APS?

## 2 Revisão da Literatura

### 2.1 Aspectos Conceituais

A reabilitação profissional pode ser definida, de forma abrangente, como a resposta pública à incapacidade para o trabalho. Assim, a reabilitação profissional e a incapacidade estão intimamente relacionadas, fazendo parte de um mesmo contexto histórico de lutas sociais em busca dos direitos humanos. Segundo Takahashi (2006), tais conquistas foram, e continuam sendo, o fator determinante para a evolução de suas concepções.

Entretanto, o ato de determinar com exatidão o número de pessoas com incapacidade em uma população é uma tarefa bastante difícil, ainda mais se nos referirmos à totalidade da população mundial.

Raskin (1998) cita o documento *The United Nations Disability Statistics Compendium*, publicado pela ONU em 1990, que registrou resultados de 63 pesquisas de pessoas com incapacidade em 55 países, tendo como exemplos os resultados percentuais: 0,2% no Peru, Catar e Índia; 21% na Áustria; e 33% na Noruega. A tamanha variação entre os percentuais é atribuída pelo autor aos diferentes critérios aplicados na definição de incapacidade, o que evidencia a subjetividade de seu conceito.

Moom e Geiecker (1988) advertem para o fato de que a incapacidade não é uma variável estatística definida claramente, mas um termo contextual aberto a interpretações. Referem que as informações originadas em censos demográficos são condicionadas ao reconhecimento da incapacidade pelo próprio indivíduo, e em sistemas previdenciários obedecem a critérios legais particulares a cada contexto. Portanto, os dados de incapacidade podem oferecer apenas aproximações e devem ser tratados com extremo cuidado. Dessa forma, observa-se a relatividade e heterogeneidade da concepção de incapacidade. Com o objetivo de melhor compreender a complexidade de fatores envolvidos no processo, e assim poder identificar as diretrizes de atuação da sociedade, surgem modelos conceituais designados como *modelo biológico* e *modelo social* de determinação do processo saúde-doença.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) caracteriza a diferenciação entre os modelos. Assim, o *modelo biológico* ou *médico* compreende a incapacidade como uma questão exclusiva da pessoa, que é acometida diretamente por um problema de saúde. O modelo prevê a

abordagem das incapacidades por meio da assistência médica individualizada, que objetiva “a cura ou a adaptação do indivíduo, e a mudança de seu comportamento”. O *modelo social* considera a incapacidade como um problema criado pela sociedade, e que requer a integração plena do indivíduo nos diversos setores da vida na comunidade. Nesta perspectiva, a origem da incapacidade está no ambiente social, ao invés de permanecer restrita ao indivíduo, e a sua solução demanda esforços coletivos da sociedade na adaptação e adequação dos ambientes e na mudança de atitude das pessoas frente às necessidades destes indivíduos.

A abordagem social da incapacidade surgiu nos anos 70 em oposição à supremacia do modelo médico vigente. A partir de então, tem se discutido a incorporação de outros elementos ao tratamento terapêutico tradicional e ao processo de reabilitação, como os aspectos fisiológicos do trabalho, a influência ambiental e social no estabelecimento da incapacidade, o acesso à educação e ao emprego, entre outros (JONGBLOED; CRICHTON, 1990).

Os esquemas conceituais contemporâneos derivados desta concepção social passaram a considerar a interação da incapacidade com os determinantes sociais. A proposta de Nagi (1991) caracteriza-se pela estrutura conceitual consistente, tendo sido aplicado nas principais enquetes populacionais americanas (SHARR, MCCARTHY; 1994, apud, TAKAHASHI 2006). O Processo de Incapacitação de Verbrugge e Jette (1994) enfatiza a atuação dos fatores ambientais, psicológicos e sociais, refletindo o dinamismo existente neste processo. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS (2004) propõe o uso do conceito de funcionalidade, aliado à participação do indivíduo nas situações de vida real.

Há uma forte influência entre estes esquemas, expressa inclusive na semelhança de sua terminologia. É possível identificar termos de uso comum, como *impairment*, *functional limitation* ou *handicap*, e *disability*, que costumam ser traduzidos para a língua portuguesa como deficiência, limitação funcional ou desvantagem, e incapacidade, respectivamente. A deficiência é considerada uma disfunção ou anormalidade estrutural de determinado sistema do corpo, que pode ocasionar alterações no seu funcionamento físico, mental e social. A limitação funcional ou desvantagem pode ser definida como uma restrição no desempenho de tarefas físicas ou mentais fundamentais a qualquer indivíduo. A incapacidade diz respeito à dificuldade de

realizar atividades de qualquer domínio da vida, devido a um problema de saúde físico ou mental, considerando a interferência de fatores externos ambientais ou circunstanciais no seu estabelecimento (AMIRALIAN, 2000).

Para melhor compreensão, segue um exemplo:

“Uma mulher de 74 anos com osteoartrite em ambas as mãos tem perda de força e restrição na flexão dos dedos (deficiência). O quadro causa dificuldade em pegar e girar objetos fixos (limitações funcionais), impedindo-a de abrir jarras ou portas (incapacidade). Ela adquiriu acessórios de cozinha e portas com maçanetas especiais para superar as suas dificuldades” (VERBRUGGE; JETTE, 1994).

A distinção entre os termos limitação funcional e incapacidade costumam gerar maior dificuldade de interpretação. Para Amiralian et al. (2000), a limitação funcional descreve a alteração do funcionamento corporal sem se importar com seus resultados ou repercussões, enquanto a incapacidade envolve diferenças ambientais em sua determinação.

No entanto, os termos acima conceituados compartilham da mesma visão social, na qual a pessoa com incapacidade é menos capaz de realizar várias atividades. Moom e Geiecker (1998) referem que a maioria das línguas possui termos equivalentes à incapacidade com sentido semelhante a valor diminuído, menor capacidade, restrição, desprovido ou desviado. Verbrugge e Jette (1994) relacionam esta perspectiva negativa da incapacidade aos princípios clássicos dos cuidados em saúde, que buscam identificar os problemas de saúde para tratá-los.

Para Zola (1993), citado por Amiralian (2000), a linguagem está ligada às condições políticas e filosóficas de cada sociedade. O autor defende que a adjetivação iguala o indivíduo à sua deficiência, enquanto as preposições descrevem as relações, separando a pessoa da deficiência. Por exemplo, *o incapacitado* fica desacreditado como um todo; o mesmo não ocorrendo com *uma pessoa com incapacidade*. Do mesmo modo, o verbo *ser* tem uma força maior de estigmatização que o verbo *ter*, por exemplo, *ele tem uma incapacidade* é mais realista do que *ele é um incapacitado*.

Verbrugge (1990), citado por Takahashi (2006), com a finalidade de sistematizar as incapacidades, agrupa-as em três tipos básicos, de acordo com as dificuldades encontradas pelo indivíduo. A incapacidade física é a dificuldade de mobilidade do corpo,



impossibilitando as ações fundamentais da vida diária. A incapacidade mental está relacionada à dificuldade de compreensão e à falta de habilidade intelectual ou de motivação para executar tarefas, incluindo os aspectos emocionais como depressão e ansiedade. E, por último, a incapacidade social é a redução da interação social nos diversos setores da vida cotidiana, como manter-se ativo, cuidados de higiene; trabalho produtivo, convívio social e familiar, entre outros.

Outra forma de classificação proposta pelo autor diz respeito às diferentes etapas da vida. Na ocorrência durante a infância ou juventude, é denominada incapacidade de longa duração, que tem nas condições congênicas e lesões graves as suas causas comuns. Nestes casos, as limitações costumam ter grau acentuado, dificultando a adesão aos tratamentos. Quando a incapacidade se inicia na idade adulta ou na velhice, é chamada incapacidade tardia, que habitualmente tem um caráter insidioso, permanecendo restrita a poucas atividades e com intensidade moderada. A instituição de tratamentos para estas situações costuma ser bem aceita, sendo que as experiências acumuladas ao longo da vida tem papel fundamental nas adaptações das atividades.

Para o mesmo autor, a incapacidade representa uma falha entre a capacidade da pessoa e as demandas sociais. Como efeito, o indivíduo poderá experimentar a necessidade de readaptação a situações cotidianas modificadas ao longo da vida, seja nas relações interpessoais ou de trabalho. A readaptação ocorre através da recuperação ou complementação de determinada capacidade, ou da redução das exigências das demandas. As intervenções se destinam a eliminar, reduzir ou retardar a incapacidade, podendo ocorrer de várias formas e com variados resultados, através dos cuidados especializados de profissionais de saúde e programas de reabilitação.

O contexto da reabilitação profissional é determinado pela forma como a sociedade estabelece as suas relações, sobretudo a interface entre a incapacidade e a organização do trabalho e dos meios produtivos. Segundo Maeno e Vilela (2010), a sociedade e as instituições conservam de um modo geral a visão *taylorista* de que tanto o trabalho quanto o trabalhador podem ser controlados e gerenciados no sentido de serem padronizáveis, admitindo poucas variações e categorizações. Em contrapartida, a realidade tem se mostrado de forma oposta, com as pesquisas na área apontando o trabalho como uma atividade complexa, caracterizada pela variabilidade dos indivíduos, dos

processos produtivos e de suas relações (DEJOURS, 1987; GUÉRIN et al., 2001).

Desse modo, o panorama atual da reabilitação profissional tem como principal característica o conflito entre concepções sociais divergentes. Se de um lado encontramos a organização do trabalho vinculada ao modelo *taylorista*, que permite pouca ou nenhuma variação e flexibilidade nos postos de trabalho; de outro, emergem as tendências do modelo social de incapacidade, que priorizam a adaptação dos ambientes sociais às necessidades do indivíduo.

Apesar deste contexto contraditório, continuam ganhando força as propostas de intervenção na área de reabilitação profissional afinadas com a abordagem da medicina social e do processo saúde-doença, que reconhecem os determinantes sociais da incapacidade. Dahlgren e Whithead (1992) estabelecem as variáveis de determinação social contempladas nos estudos científicos da área, enfatizando os aspectos culturais e estruturais em que estão inseridos os indivíduos. Assim, as estratégias de intervenção devem ser orientadas para as ações de vigilância e de promoção da saúde do trabalhador, sendo a reabilitação profissional parte do processo que incide sobre o indivíduo (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A diversidade do conjunto de ações que fazem parte dos programas de reabilitação profissional exige que a sua estruturação ocorra de forma multidisciplinar em todos os níveis. Como resultado, as políticas públicas para a área devem ser construídas a partir da articulação interinstitucional em âmbito nacional, incluindo os setores relativos a trabalho, emprego, saúde, previdência, educação, moradia, transporte. Da mesma forma, os serviços e equipes de reabilitação profissional devem dispor de profissionais e recursos, que possibilitem oferecer atendimentos de forma integral e de acordo com as necessidades de cada caso (SEYFRIED, 1998; SHREY, 1998).

A participação da sociedade em todas as etapas do processo é fator imprescindível para o sucesso das ações. No plano coletivo, os sindicatos trabalhistas desempenham papel de destaque na representação da força de trabalho nas definições em torno das políticas públicas para a área. Na perspectiva individual, deve haver a participação ativa do indivíduo, o maior interessado no processo, em todas as decisões, especialmente quanto as suas preferências por treinamentos profissionalizantes e colocação no mercado de trabalho (RASKIN, 1998).

Para Seyfried (1998), a reabilitação profissional deve compreender o indivíduo de forma integral, atuando, além do caráter físico e profissional, no apoio necessário para a sua estabilização psicossocial e a integração na vida cotidiana. Conclui que o objetivo da reabilitação profissional somente é atingido com a inserção da pessoa no trabalho, permitindo a sua participação no mercado de trabalho local.

Ainda segundo o autor, as propostas atuais de programa de reabilitação profissional deixam para o passado a visão restrita voltada quase que exclusivamente à fase preparatória prévia à inserção no trabalho, para assumir uma atuação dinâmica direcionada à adaptação das condições e do ambiente de trabalho à pessoa com incapacidade. Portanto, o êxito do processo de reabilitação profissional fica condicionado às ações de reinserção no trabalho, que devem ocorrer por intermédio de equipe multidisciplinar nas áreas específicas a cada caso, e com a participação de forma imprescindível da pessoa com incapacidade na elaboração de um plano de reabilitação individualizado.

A revisão das concepções de incapacidade e de reabilitação profissional reafirma a importância significativa destes temas no contexto das lutas sociais pelos direitos humanos iguais. No intuito de assegurar políticas públicas e serviços adequados ao suprimento das necessidades de cada comunidade, a OMS indica como a melhor concepção de incapacidade, servindo em paralelo para as ações de reabilitação profissional, “aquela que integra os dois modelos opostos, *médico* e *social*, em uma síntese que ofereça uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social”. E que, em última análise, amplie a consciência social sobre a incapacidade como uma condição de desvantagem, que pode e deve ser superada através da articulação entre ações políticas, regulamentações, programas e serviços, dentre os quais a reabilitação profissional (MOOM; IUCHI, 1998; OMS, 2004).

## **2.2 A Reabilitação Profissional no Mundo**

A história da reabilitação profissional é um capítulo da evolução dos cuidados destinados à saúde pela sociedade. Os registros, desde os tempos remotos, mostram que a contínua evolução dos cuidados com a saúde confunde-se com a história da civilização ocidental.

No período do Renascimento, séculos XV e XVI, houve um grande avanço dos conhecimentos na área da saúde. Movidos por uma

grande vontade de descobrir o funcionamento do corpo humano, médicos buscaram explicar as doenças através de estudos científicos (ANDERSON, 1982). À época Ramazzini foi o médico italiano precursor na abordagem das doenças ocupacionais, tendo relacionado os riscos à saúde experimentados por trabalhadores em cinquenta e duas ocupações no livro *De Morbis Artificum Diatriba*.

Entretanto, foi na Idade Contemporânea, séculos XIX e XX, mais precisamente como consequência da Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra e espalhada pela Europa, que houve o desenvolvimento de novos recursos tecnológicos para a ciência. Isto veio a possibilitar uma expansão sem precedentes do conhecimento médico. Além disso, a migração da população camponesa para as cidades ocorreu sob condições precárias tanto nas moradias quanto no trabalho, o que viria a estimular o estudo dos problemas de saúde pública e das doenças ocupacionais (SCLAR, 2002).

O mesmo período também foi marcado pelas grandes guerras e epidemias. E foi justamente na Primeira Guerra Mundial (1914-1918), por intermédio do governo norte-americano, que surgiram os primeiros centros de reabilitação para os soldados amputados. De acordo com Farrel (2003), totalizou-se cerca de 300.000 pessoas amputadas em toda a Europa neste período.

Como consequência, pela primeira vez, surgia o conceito de suporte público à incapacidade. Aliado a isso, a classe operária exercia crescente pressão social frente aos acidentes de trabalho, que resultaria no desenvolvimento de programas de indenização e benefícios previdenciários (ROCHA et al., 1994).

Na Segunda Guerra (1939-1945), os serviços de reabilitação assumiram um papel ainda mais importante, que resultou na contratação de parte dos indivíduos reabilitados pelo mercado de trabalho no pós-guerra (Matsuo, 2002). De acordo com Grahame (2002), foram obtidos resultados surpreendentes com os 20.000 combatentes admitidos no serviço de ortopedia da *Royal Air Force*, no período de 1941 a 1945, quando foram atingidos 77% de retorno a atividades plenas, 18% a atividades modificadas e 5% de inválidos.

Nos anos 50 e 60, surgiram demandas crescentes por serviços de reabilitação voltados para veteranos de guerra e acidentados do trabalho, sendo criados em departamentos estatais de vários países, e estendidos aos demais setores da comunidade.

Durante a década de 70, se desenvolveu em países como o Reino Unido e o Canadá uma nova concepção denominada modelo social de incapacidade, que identificava o papel dos determinantes sociais no seu estabelecimento, ao mesmo tempo em que buscava associar outros elementos ao tratamento terapêutico tradicional. Desta forma, houve o reconhecimento da importância do empenho político nas alterações ambientais e sociais, e não apenas as medidas tradicionais voltadas para o indivíduo, como fator fundamental para a plena integração da pessoa com incapacidade na sociedade (JONGBLOED; CRICHTON, 1990; OLIVER, 1990; TAKAHASHI, 2006).

A construção de políticas públicas nacionais de reabilitação profissional faz parte das recomendações da ONU, que dispõe da OMS e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) como órgãos específicos para assuntos referentes ao tema. O Brasil, por ser um Estado-Membro da ONU, possui legislação para reabilitação profissional em consonância com as recomendações internacionais.

A OIT, agência tripartite especializada nas questões relativas ao trabalho, reúne representantes do governo, empregadores e trabalhadores para a elaboração conjunta de ações direcionadas aos seus quatro objetivos estratégicos: promoção dos direitos laborais, fomento de oportunidades de emprego, melhora da proteção social, e fortalecimento do diálogo em temas relacionados ao trabalho de forma tripartite. Tem por prática a elaboração de convenções para os diversos temas relacionados ao trabalho, que são tratados multilaterais abertos, de caráter normativo, que podem ser ratificados sem limitação de prazo por qualquer dos Estados-Membros. A ratificação de uma convenção ocorre até dezoito meses após a sua adoção, quando o Estado-Membro deve submetê-la à aprovação por autoridade nacional competente. No caso brasileiro, a instância é o Congresso Nacional. Após a aprovação, o Governo promove a ratificação do tratado, o que implica na incorporação automática de suas normas à legislação nacional. Abaixo, apresentamos algumas das convenções, que são pertinentes ao tema. Frisa-se que dentre estas apenas a Convenção 187 está em trâmite de aprovação, estando as demais ratificadas pelo Brasil (OIT, 2011).

A Convenção 155, de 1981, intitulada Segurança, Saúde dos Trabalhadores e Ambiente de Trabalho, e a Convenção 187, de 2006, ainda sem tradução para a língua portuguesa tratam da formulação e implantação de uma política nacional de segurança e saúde dos

trabalhadores, comprometida em promover de forma progressiva um ambiente de trabalho seguro e saudável (BRASIL, 1994; OIT, 2011).

De forma específica à reabilitação profissional e ao emprego de pessoas com incapacidade, a OIT propõe a Convenção 159 e a Recomendação 168, ambas de 1983. Através destas, fica estabelecido que todo o Estado-Membro deve considerar a reabilitação profissional como forma de permitir que a pessoa com incapacidade obtenha, conserve e progrida em um emprego, promovendo, assim, a sua integração ou reintegração na sociedade. Também estipula a existência de medidas adequadas de serviços ao alcance de todas as categorias de pessoas com incapacidade, a fim de promover oportunidades de emprego no mercado de trabalho. E, de forma abrangente, fornece as características fundamentais para conceber os serviços de reabilitação profissional e emprego dentro das necessidades dos indivíduos com incapacidade (BRASIL, 1991; BRASIL, 2011).

A OMS, por sua vez, é a autoridade diretiva e coordenadora da ação sanitária no sistema da ONU. O órgão, de acordo com o Décimo Primeiro Plano Geral de Trabalho 2006-2015, busca desempenhar as seguintes funções em saúde no mundo: liderar assuntos críticos e participar de acordos; determinar as linhas de investigação e estimular a produção de conhecimento; definir normas e padrões, promover e acompanhar a sua aplicação; articular alternativas diplomáticas éticas e baseadas em evidências; prestar apoio técnico, catalisar mudanças e desenvolver capacidade institucional duradoura; e acompanhar e avaliar as tendências sanitárias (WHO, 2006).

O Plano de Ação Mundial em Saúde dos Trabalhadores 2008-2017 da OMS, elaborado na 60ª Assembléia Mundial de Saúde, em 2007, propõe estratégias de ação conjunta entre os ministérios que se dedicam à saúde do trabalhador, para atingir os seguintes objetivos: elaboração e aplicação de instrumentos normativos; proteção e promoção da saúde no local de trabalho; melhor funcionamento e acesso aos serviços de saúde ocupacional; manutenção de banco de dados; e integração da saúde do trabalhador com outras políticas. O Plano tem em vista a formulação de estruturas normativas nacionais destinadas a proteger a saúde dos trabalhadores, em concordância com as normas internacionais, em especial a Convenção 187 da OIT (WHO, 2007).

A OMS tem como uma de suas missões a produção de Classificações Internacionais de Saúde, que são consensos a serem incorporados pelos sistemas de saúde, com a finalidade de utilizar uma

linguagem comum para a abordagem de problemas ou intervenções em saúde. Nesse sentido, as classificações facilitam o levantamento, consolidação, análise e interpretação de dados; a formação de bases de dados nacionais consistentes; e permitem a comparação de informações entre populações, em determinados períodos de tempo e de regiões e países diferentes (WHO, 2011).

As condições de saúde relacionadas às doenças, transtornos ou lesões são listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10), que fornece um modelo baseado na etiologia, anatomia e causas externas de lesões. Trata-se de um instrumento útil para as estatísticas de saúde, tornando possível monitorar as diferentes causas de morbidade e de mortalidade em indivíduos e populações (OMS, 2003).

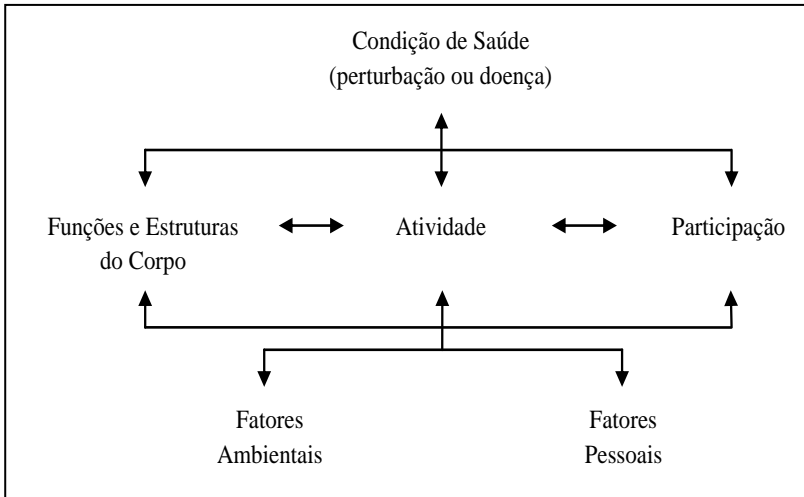
Em 2001, foi criada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), devido à necessidade de se conhecer a evolução dos pacientes após o diagnóstico, principalmente em relação às doenças crônicas e aos acidentados. O instrumento utiliza o conceito de funcionalidade, que engloba a totalidade das funções do corpo e das atividades, bem como a participação do indivíduo nas situações de vida real. Propõe, assim, uma abordagem ampliada, alterando a ênfase anteriormente dada aos termos *deficiência* e *incapacidade*, e permitindo a descrição de experiências positivas (OMS, 2004; WHO, 2011).

A CIF foi estruturada em duas partes, sendo a primeira referente à funcionalidade e à incapacidade, incluindo as funções e estruturas corporais, e a segunda, aos fatores contextuais, incluindo os fatores ambientais e pessoais. Os componentes da CIF são: funções corporais, estruturas corporais, atividades, limitações, participação e restrições. Os componentes são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade, sendo interpretados utilizando-se abordagens separadas, mas relacionadas. Dessa forma, a CIF busca avaliar o indivíduo em suas várias dimensões, incluindo aspectos do corpo e seu funcionamento, das ações e tarefas, e da participação na vida cotidiana. A Figura 1 apresenta a interação entre tais componentes (OMS, 2004).

Destaca-se que a CIF não está direcionada exclusivamente para as pessoas com incapacidade, pois se trata de uma classificação que leva em consideração o estado de saúde de uma forma geral. Assim, foi elaborada para ser usada em conjunto com a CID-10, aliando

informações de diagnóstico e funcionalidade que propiciam uma visão ampliada das condições de saúde em âmbito individual e social.

Figura 1: Interação entre os Componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.



A CIF, por estar circunscrita ao contexto da saúde, não estende a sua abordagem sobre outras circunstâncias, tais como fatores sócio-econômicos. Portanto, barreiras ao desempenho de atividades, que envolvam questões de raça, religião, classe social e assemelhados não estão previstas.

No entanto, a sua aplicação ocorre em diversos campos da saúde. Uma possibilidade de aplicação diferenciada é na descrição e comparação do estado de saúde de populações, suprimindo necessidades não cobertas por indicadores de saúde tradicionais baseados na mortalidade. No caso da reabilitação profissional, surge como uma ferramenta clínica para a avaliação das aptidões profissionais, das ações de reabilitação e de seus resultados (BUNUÁLES et al., 2001; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

### 2.3 A Reabilitação Profissional no Brasil

No Brasil, a reabilitação profissional teve surgimento, a exemplo de outros benefícios, como um direito trabalhista das classes urbanas assalariadas dentro da estrutura previdenciária. Com o intuito de



resgatar a sua evolução histórica no país, faremos um breve relato de fatos marcantes ao longo do tempo, especialmente no que diz respeito à legislação.

Em 1919, através da Lei 3724, considerada a primeira lei brasileira sobre acidentes de trabalho, tornou-se compulsório o seguro para este tipo de acidente como garantia de pagamento às indenizações. Embora estabelecesse o vínculo dos empregadores com sociedades de seguro privado, representou o primeiro passo para o seu custeio. Mais tarde, tal seguro se tornaria uma fonte de financiamento permanente para a reabilitação profissional (SCHUBERT, 1996).

A partir da criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em 1930, os benefícios previdenciários foram implantados para a maioria das categorias de trabalhadores. Num primeiro momento, os serviços destinados à proteção do trabalhador permaneciam vinculados ao seu contrato compulsório, por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes sistemas de capitalização gerenciados pelo Estado prestavam o único tipo de assistência médica disponível aos assalariados na época, sendo inicialmente restrita a alguns poucos setores da economia, porém gradualmente seria estendida a outros (COHN, 1996).

O Decreto-Lei 5452, de 1º de maio de 1943, aprovou a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), tornando-se um marco da conquista dos direitos dos trabalhadores no Governo Vargas (BRASIL, 1943). Na mesma época, o Decreto-Lei 7.036, que tratava da reforma dos acidentes de trabalho, introduziu, pela primeira vez, os serviços de readaptação profissional e reabilitação dos segurados. Tais serviços deveriam incluir práticas assistenciais e de ensino profissionalizante, em regime a ser determinado pelo Estado (BRASIL, 1944).

Na década de 60, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a partir da integração dos institutos de aposentadorias e pensões. A Lei 3807, denominada Lei Orgânica da Previdência (LOPS), previa a ampliação da cobertura previdenciária aos trabalhadores urbanos e rurais, que incluía, dentre outros benefícios, a assistência médica em serviços próprios ou de terceiros (BRASIL, 1960).

Em 1967, a Lei 5316, regulamentada pelo Decreto 61784, integrou o seguro de acidentes do trabalho à Previdência Social no caso dos empregados em geral, trabalhadores avulsos e presidiários com atividade remunerada. Além disso, definiu a reabilitação profissional como um programa a ser prestado pelo INPS aos acidentados com

redução da capacidade para o trabalho, que tivessem condições de vir a exercer atividade remunerada. Assim, definida a fonte de custeio pelo seguro de acidentes do trabalho, os serviços de reabilitação começaram a ser estruturados dentro do INPS (BRASIL, 1967; HENNINGTON, 1996).

Posteriormente, a Lei 6439/77 criaria o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), responsável pela prestação de assistência médica restrita aos seus contribuintes (BRASIL, 1977).

Na década de 70, dentro da estrutura do INPS, foram implantados os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) e Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs). De acordo com Ferreira (1985), o período seria marcado pela grande concentração de recursos técnicos e financeiros na área de reabilitação profissional da Previdência Social.

Segundo Takahashi (2006), no interior dos CRPs, havia os recursos terapêuticos necessários para o desenvolvimento da reabilitação profissional, o que resultava em grandes estruturas físicas com equipamentos de alto custo, além de um grande contingente de profissionais. Os NRPs funcionavam como unidades menores formadas por uma ou duas equipes, que referenciavam os casos de maior complexidade para os CRPs. Para serem encaminhados aos CRPs, os segurados acidentados deveriam cumprir algumas etapas. A partir da comunicação do acidente de trabalho pelo empregador, estava prevista uma avaliação inicial pelo médico perito do INPS. Após a constatação da incapacidade e a sua relação com a atividade profissional, cada caso era submetido ao enquadramento em critérios previdenciários para concessão de benefícios, dentre os quais o programa de reabilitação profissional.

Ainda de acordo com a autora, os serviços tinham abrangência regional, e seus usuários ficavam, em média, 240 dias em programa, tendo as despesas com transporte, alimentação, hospedagem, documentação, medicamentos, cursos profissionalizantes e instrumentos de trabalho custeados pela Previdência Social. O programa compreendia atividades assistenciais e de profissionalização. O atendimento assistencial era realizado por equipes multiprofissionais formadas por médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos e sociólogos. As atividades de profissionalização, por sua vez, eram desenvolvidas por

um quadro de profissionais especializados, e incluíam programas de alfabetização em classes de ensino básico (TAKAHASHI, 2006).

Na década de 1980, houve a expansão destes serviços para uma rede nacional, que abrangeria todas as capitais federais e também algumas cidades de grande porte. Entretanto, durante o período, iniciaria um processo gradual de desestruturação do modelo, devido à falta de investimentos do governo, com conseqüente sucateamento das instalações e diminuição do quadro de recursos humanos. A situação seria intensificada na década de 1990, quando foram criadas as equipes volantes e de extensão, que eram duplas formadas por um médico e um orientador profissional, que se deslocavam para prestar atendimento nas Agências da Previdência Social (APS), em sua área de abrangência. Dessa forma, estava abalada a concepção tradicional de equipes multiprofissionais na prática da reabilitação profissional (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

Esse período de declínio do modelo centrado nos CRPs e NRPs coincidiu com a redemocratização política que ocorria no Brasil. A sociedade, dentre outras causas, se mobilizava pela conquista da saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Inserido neste processo, o movimento social denominado Reforma Sanitária promoveu o debate em âmbito nacional, que foi determinante para o seu êxito.

Com a promulgação da nova Constituição, em 1988, ficava previsto um sistema de saúde mantido pelo Poder Público, tendo como um dos seus princípios a universalidade do acesso. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi oficializado pela Lei 8080/90, que estabeleceu o conjunto de ações e serviços de saúde para a sua formação. Portanto, configurava-se a ruptura com o modelo assistencial de saúde que previa a prestação exclusiva de serviços aos contribuintes da Previdência Social (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Logo após, a Lei 8213/91 estabeleceu as regras da Previdência Social dentro deste novo contexto. De acordo com o documento, a reabilitação profissional permanecia dentro da estrutura previdenciária como um benefício dos seus contribuintes, ao contrário do que ocorrera com os serviços de assistência à saúde. No entanto, em contraste com as legislações anteriores que estipulavam a prestação da reabilitação profissional aos beneficiários vitimados por acidente de trabalho, esta incluiu os beneficiários incapacitados para o trabalho, os seus dependentes e as pessoas com deficiência (PcD). Assim, percebe-se que, apesar de manter a característica de exclusividade da prestação dos

serviços aos seus contribuintes, ampliou a sua abrangência a um número bem maior de indivíduos (BRASIL, 1991; BRASIL, 1999).

Em 1997, em meio às reformas administrativas e previdenciárias no país, surgiria o Plano de Modernização da Reabilitação Profissional que propôs a desativação da estrutura remanescente dos CRPs e NRPs, e a reorganização dos serviços dentro das próprias APS (BRASIL, 1997; MAENO et al., 2009).

Somente em 2001 ocorreu a oficialização de um novo modelo de Programa de Reabilitação Profissional no INSS, denominado Reabilita, e que se encontra vigente até o presente. Segundo Cherem et al. (2009), as justificativas básicas para a implantação do novo modelo foram: a concentração do programa anterior nos grandes centros; a reduzida capilaridade para a prestação dos serviços; e a falta de articulação com a sociedade, ocasionando dificuldade na reinserção no trabalho. O novo modelo determinou a criação de Equipes de Reabilitação Profissional (ERP) formadas por médicos peritos e orientadores profissionais dentro das APS. Dessa forma, a Previdência buscou descentralizar os serviços e envolver a comunidade no processo de reabilitação profissional, com o intuito de ampliar a rede de atendimento e facilitar a reintegração do indivíduo no mercado de trabalho.

As transformações político-administrativas na estrutura da administração pública do Brasil, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, tiveram repercussões importantes para os setores de saúde e da previdência social. No caso da assistência em saúde, a partir da criação do SUS, o conjunto de ações e serviços deixou de ser prestado exclusivamente aos contribuintes da Previdência Social, passando a um direito de todos os cidadãos brasileiros. Entretanto, a reabilitação profissional permaneceu sob responsabilidade da instituição previdenciária, e restrita aos seus segurados, dependentes e portadores de deficiência (BRASIL, 1988; MAENO et al., 2009).

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

O MS é o órgão responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. É sua função a proteção e

recuperação da saúde da população, através de ações que reduzam as enfermidades, controlem as doenças endêmicas e parasitárias, e melhorem a vigilância à saúde, proporcionando mais qualidade de vida à população (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelos órgãos e instituições públicas, com o objetivo de identificação e divulgação de fatores condicionantes e determinantes da saúde; formulação de política de saúde; e assistência à população. Dentre as ações a serem executadas pelo sistema, encontra-se a saúde do trabalhador, que é compreendida como o “conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção, assim como à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores”. Assim, estão incluídas: a assistência ao trabalhador vítima de acidente ou doença do trabalho; participação na pesquisa e controle dos riscos do ambiente de trabalho; participação na normatização, fiscalização e controle dos riscos à saúde do trabalhador; avaliação do impacto das tecnologias à saúde; informação sobre os riscos do ambiente de trabalho; participação nos serviços de saúde de instituições públicas e privadas; revisão periódica da listagem oficial de doenças do trabalho; e garantia aos sindicatos dos trabalhadores de interdição no ambiente de trabalho, quando houver risco à vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990).

Cabe aqui destacar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), instituída no âmbito do SUS, em 2002, e que contou com imensas contribuições da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, de 2005. É uma das estratégias que busca garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores, através de um conjunto de ações desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção – da rede básica à alta complexidade – envolvendo os diferentes gestores municipais e regionais. Para irradiar a sua atuação por todo o país, estão previstos os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com função de suporte técnico e científico às práticas em saúde do trabalhador, incluindo ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação; e uma Rede de Serviços de retaguarda composta por Municípios Sentinela, que devem disponibilizar aos trabalhadores os serviços de média e alta complexidade já instalados na estrutura do SUS (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009).

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

Destacamos também a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), instituição governamental vinculada ao MTE, que atua no desenvolvimento de pesquisas, difusão de conhecimento, e prestação de apoio científico aos órgãos públicos e privados na área de saúde e segurança do trabalhador. Assim, desempenha papel fundamental nos processos de desenvolvimento de melhorias das condições do ambiente de trabalho (BRASIL, 2011).

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

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) tem por finalidade promover o reconhecimento do direito ao recebimento de benefícios e serviços da Previdência Social. As medidas destinadas especificamente à incapacidade são: (1) auxílio-doença acidentário, concedido aos segurados com incapacidade por acidente do trabalho, neste incluídos os típicos, de trajeto e doenças profissionais ou ocupacionais; (2) auxílio-doença previdenciário, concedido para segurados com incapacidade por doenças ou lesões de qualquer natureza exceto aquelas do trabalho; (3) aposentadoria por invalidez acidentária; (4) aposentadoria por invalidez previdenciária; (5) auxílio-acidente por

acidente do trabalho, concedido para segurados com incapacidade, de caráter indenizatório, após a consolidação das lesões decorrentes de acidente do trabalho, quando resultarem em seqüelas que acarretem a redução da capacidade para o trabalho; (6) auxílio-acidente previdenciário, da mesma forma que o anterior, apenas relacionado ao acidente de trabalho, neste incluído o típico, de trajeto e doenças profissionais ou ocupacionais; (7) amparos assistenciais para pessoas com deficiência (PcD); (8) amparos assistenciais para idosos; (9) serviço social para esclarecimento e apoio quanto a problemas relacionados à previdência; e (10) reabilitação profissional. O critério para a concessão destes benefícios é a incapacidade para o trabalho, que deve ser reconhecida pelo médico perito do INSS.

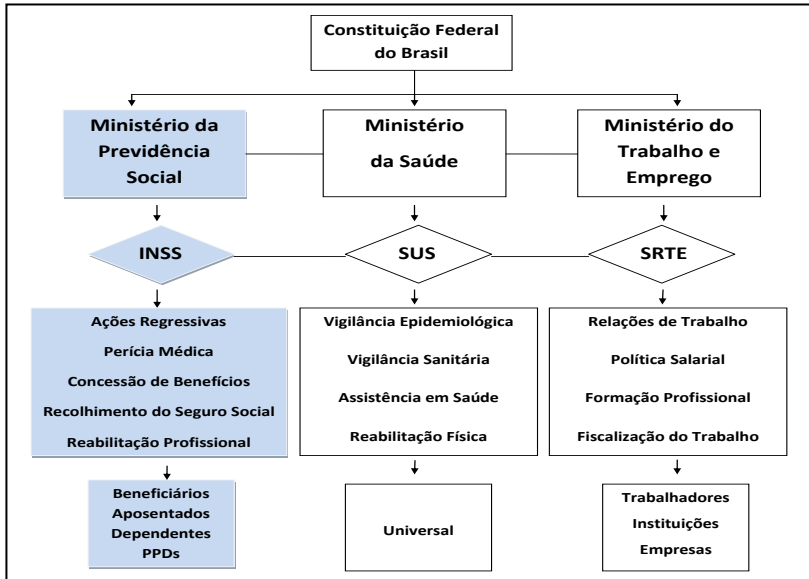
O Brasil enquadra-se entre os países que limitam a concessão de benefícios por incapacidade ao período ao qual a desvantagem, no caso a incapacidade para o trabalho, é reconhecida independentemente da permanência da doença ou da lesão. Assim sendo, se faz necessária a realização de exames periciais regulares no beneficiário, no sentido de definir a continuidade do recebimento do benefício.

Dentro da estrutura organizacional do INSS, o gerenciamento e a normatização das atividades de perícia médica, reabilitação profissional e serviço social são de responsabilidade da Diretoria de Saúde do Trabalhador, órgão pertencente à Administração Central. A execução destes serviços cabe às unidades descentralizadas, citadas aqui em ordem decrescente quanto à hierarquia administrativa: Superintendências Regionais, Gerências Executivas (GEX) e Agências da Previdência Social (APS) (BRASIL, 2009).

Na Figura 2, são representados os três principais ministérios comprometidos com amparo à saúde do trabalhador, com destaque ao MPS. Também estão dispostas suas instâncias administrativas diretamente relacionadas ao tema, algumas das ações previstas nos diversos níveis e os setores da sociedade a que se destinam. O esquema foi desenvolvido para elucidar a interação das instituições na abordagem dos aspectos de saúde do trabalhador.

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

Figura 2: Atuação Interinstitucional em Saúde do Trabalhador.



O Ministério da Educação e Cultura (MEC) é um bom exemplo desta necessidade de articulação. Através da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, tem dentre as suas atribuições a oferta de educação profissional, com vistas à atuação dos indivíduos nos diversos setores da economia local e regional. Dessa forma, devem ser ministrados cursos de formação inicial e continuada aos trabalhadores, tendo como propósito a capacitação, aperfeiçoamento, especialização e atualização, em todos os níveis de escolaridade, nas áreas de educação profissional e tecnológica (BRASIL, 2008).

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



empresas ou os sindicatos que os representam; e a informação e orientação da comunidade por meio de audiências públicas e outros eventos semelhantes (BRASIL, 1988; MELLO, 2006).

As diretrizes fundamentais para o Programa de Reabilitação Profissional (PRP) estão dispostas na Lei n. 8213/91 e no Decreto 3048/99, que assim o definem:

“A assistência (re)educativa e de (re)adaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visa proporcionar aos beneficiários os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem.” (BRASIL, 1999).

Quanto a sua prestação, tem direito ao encaminhamento ao programa o “beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e as pessoas com deficiência”, assim detalhados por ordem de prioridade:

I – o segurado em gozo de auxílio-doença, acidentário ou previdenciário;

II – o segurado sem carência para a concessão de auxílio-doença previdenciário, portador de incapacidade;

III – o segurado em gozo de aposentadoria por invalidez;

IV – o segurado em gozo de aposentadoria especial, por tempo de contribuição ou idade que, em atividade laborativa, tenha reduzida sua capacidade funcional em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou causa;

V – os dependentes do segurado;

VI – as Pessoas com Deficiência – PcD, ainda que sem vínculo com a Previdência.” (BRASIL, 1991, BRASIL, 2010).

Entretanto, há a obrigatoriedade de atendimento apenas aos indivíduos referidos pelos itens I, II, III e IV, permanecendo os demais condicionados às circunstâncias locais. Ademais, o “segurado em gozo de auxílio-doença, insuscetível de recuperação para sua atividade habitual” terá mantido o seu benefício até a conclusão do programa, quando retornará ao mercado de trabalho ou será aposentado (BRASIL, 1999).

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

Nesse sentido, a reabilitação profissional pode ser incluída como um dos bons argumentos para a elaboração e implementação de uma política nacional de segurança e saúde do trabalhador. A diversidade das ações envolvidas e do perfil de seus usuários exige um diálogo afinado entre as instituições públicas e privadas, que compartilham a responsabilidade social pela sua prestação.

As diretrizes normativas internacionais do trabalho apontam para a mesma direção ao proporem a implantação de uma política nacional de segurança e saúde do trabalhador, que envolva as diferentes áreas departamentais públicas no tratamento das questões relacionadas ao tema. Atento ao panorama internacional e aos movimentos sociais em busca dos direitos igualitários, o governo brasileiro instituiu a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança do Trabalho composta pelas pastas da previdência, trabalho e saúde, com o objetivo de ratificar a Convenção 187 da OIT que trata do assunto, através da revisão e ampliação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) (OIT, 2006; BRASIL, 2008).

Diante disso, vivemos um cenário político e social nacional propício ao debate de diretrizes para uma política pública de reabilitação profissional. Maeno e Vilela (2010) afirmam que a construção desta política passa obrigatoriamente por alguns pontos, como a inserção da saúde do trabalhador nas práticas de desenvolvimento econômico; a reversão da visão previdenciária evidentemente financeira; a articulação da Saúde e da Previdência Social; a inclusão do caráter distributivo nos planos de modernização; o monitoramento da trajetória dos trabalhadores; e a transparência institucional. Os autores acreditam que somente desta forma a atuação da reabilitação profissional no país passe a priorizar a recuperação da capacidade de trabalho e a integração social das pessoas com incapacidade, deixando de ser um mero mecanismo de desfecho administrativo.

## 2.4 Os Programas de Reabilitação Profissional

Como regra, uma pessoa com incapacidade tem muito menos oportunidades no trabalho em comparação a um cidadão comum. Tal situação encontra justificativa no longo histórico de dificuldades vivenciado por estes indivíduos na tentativa de ingressar no mercado de trabalho. Além disso, as pessoas já inseridas no trabalho acometidas por alguma limitação da capacidade enfrentam com frequência a perda do emprego, restando-lhes o convívio com as suas consequências negativas psicológicas, sociais e financeiras (TRAIFOROS; PERRY, 1988; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Mesmo em países com os direitos civis e legislações para emprego mais evoluídas, as pessoas com incapacidade continuam ainda pouco representadas no mercado de trabalho. Scott-Parker (1998) lembra que os índices oficiais de desemprego de pessoas com incapacidade são ao menos duas vezes maiores que os do resto da população. Acrescenta que o número destes indivíduos sem emprego costuma se aproximar a 70% em países industrializados, como Estados Unidos, Reino Unido e Canadá. Além disso, tais pessoas também são mais propensas a viver na miséria; por exemplo, no Reino Unido, dois terços dos 6,2 milhões de cidadãos com incapacidade possuem somente os benefícios públicos como renda. No Brasil, de acordo com dados do Relatório Anual de Informações Sociais (RAIS) de 2010, contidos no Observatório do Mercado de Trabalho Nacional do MTE, o número de pessoas com deficiência no mercado de trabalho regular chega a 306.013 indivíduos, sendo que o IBGE aponta que mais da metade da população de cerca de 190 milhões de pessoas é economicamente ativa (BRASIL, 2011).

RASKIN (1998) resgata uma citação feita por Shirley Carr, membro da OIT, em um fórum parlamentar no Canadá em 1992. Na ocasião, foram abordadas as dificuldades encontradas pelas pessoas com incapacidade no mercado de trabalho daquele país, representada pelo desemprego, subemprego e subutilização. Lamentou ainda que a situação enfrentada por estes indivíduos seja, na melhor das hipóteses, aquela encontrada no Canadá, estando bem pior em muitos outros lugares.

Iniciativas políticas tem sido desenvolvidas em muitos países para melhorar este panorama. As normas internacionais do trabalho tratam da incapacidade, ou deficiência na tradução original dos documentos para a língua portuguesa, sob duas diferentes abordagens:

medidas passivas de transferência de pagamentos e de proteção social, e medidas ativas de treinamento e promoção do emprego.

As propostas destas normas em relação a uma política pública nacional de saúde e segurança do trabalhador fazem parte das Convenções 155 e 187 da OIT. O seu objetivo em relação às pessoas com incapacidade pode ser definido como remover barreiras que permaneçam no caminho da participação social plena e integração na sociedade, buscando os meios para promover a sua auto-suficiência econômica e independência social.

Para a reabilitação profissional e o emprego de pessoas com incapacidade, são propostas a Convenção 159 e a Recomendação 168. Muitos países já ratificaram os documentos, e muitos dos que não o fizeram acabaram ajustando suas legislações neste sentido. Estes documentos tiveram destaque em relação aos demais devido ao amplo reconhecimento internacional de empregadores e representações dos trabalhadores dos direitos das pessoas com incapacidade ao tratamento igualitário e oportunidade em treinamento e emprego. Tem como objetivos, em última análise, assegurar o indivíduo com incapacidade no trabalho, e assim mudar os esforços exclusivos de medidas passivas ou políticas que tratam a incapacidade como um problema de saúde (BRASIL, 1991; MOOM; IUCHI, 1998; BRASIL, 2011).

Os países integrantes da OIT tem se dedicado à implantação de uma política pública nacional para a área de saúde do trabalhador, que prevê dentre as suas propostas uma abordagem ampliada para as questões relativas às pessoas com incapacidade. Diante do desafio de manter o equilíbrio financeiro previdenciário, muitos países vinculam os serviços de reabilitação profissional à previdência social (MOOM; IUCHI, 1998).

A articulação da reabilitação profissional aos sistemas previdenciários habitualmente ocorre em países que adotam o critério de incapacidade para o trabalho para a concessão de seus benefícios previdenciários, com o objetivo de eliminar ou reduzir as desvantagens das pessoas com incapacidades, possibilitando a sua participação no mercado de trabalho.

Dentro deste contexto, a reabilitação profissional assume um papel estratégico dentre as diferentes medidas oferecidas pelos setores previdenciários. Moom e Geiecker (1998) descrevem a atuação dos serviços de reabilitação profissional dentro da previdência social, atribuindo-lhes duas funções: de regulação econômica do próprio

sistema, através da abreviação do tempo de duração da concessão dos benefícios; e de intervenção em saúde, com o objetivo de restabelecer a capacidade de desempenho profissional.

Grahame (2002) faz um relato do aumento dos custos no sistema previdenciário do Reino Unido. De acordo com o relatório de um órgão oficial do governo, os custos do sistema de seguro com a concessão de alguns de seus benefícios passou de 3,5 bilhões de libras, em 1992, para 8,9 bilhões de libras em 2000. O relatório, segundo o autor, foi enfático ao apontar como principal causa a falta de investimentos em clínicas e serviços de reabilitação.

Segundo Moom e Iuchi (1998), as diferentes legislações nacionais para a reabilitação profissional e o emprego das pessoas com incapacidade carrega estreita relação com o estágio de desenvolvimento industrial, social e econômico de uma nação. A partir disso, os autores propõem a sua divisão em quatro tipos, podendo em certos casos corresponder à combinação de dois ou mais tipos. Assim, temos:

Tipo A – Medidas de reabilitação profissional e emprego para pessoas com incapacidade como parte de uma legislação geral do trabalho. Também podem ser incluídas como parte de medidas amplas para trabalhadores em geral;

Tipo B – Medidas de reabilitação profissional e emprego para pessoas com incapacidade através de atos especiais exclusivos para estas pessoas;

Tipo C – Medidas de reabilitação profissional e emprego para pessoas com incapacidade através de atos especiais abrangentes exclusivos para estas pessoas, ligados a medidas para outros serviços como saúde, educação, acessibilidade e transporte;

Tipo D – Medidas de proibição de discriminação em emprego relativas à incapacidade através de atos especiais antidiscriminatórios abrangentes, como parte de medidas de proibição de discriminação em áreas específicas.

Os autores fazem algumas observações sobre os tipos de legislação. A de Tipo A é formulada em um estágio precoce da construção de medidas para as pessoas com incapacidade; enquanto a de Tipo B, em um estágio mais tardio. A de Tipo D, relativa à proibição da discriminação em relação à incapacidade, tem aumentado nos últimos anos em complemento à proibição de discriminação por raça, sexo, religião, opinião política, dentre outros aspectos. Afirmam ainda que as legislações de Tipo C e D são de natureza abrangente, e podem ser

usadas como modelo por aqueles países em desenvolvimento que ainda não formularam qualquer legislação concreta para incapacidade.

Ainda em relação às legislações, os países industrializados desenvolvidos tendem a valorizar o Tipo C, dando enfoque a medidas antidiscriminatórias. Destacam-se aqui os países europeus como a Alemanha e a França. Alguns países, como Estados Unidos, Austrália e Canadá, classificados na legislação de Tipo D, tem dificuldades políticas para implantar sistemas de reserva de cotas para pessoas com incapacidades sem que implantem cotas para outras minorias consideradas em desvantagem no mercado de trabalho, como as mulheres e as minorias étnicas. Os países em desenvolvimento, dentro dos quais podemos incluir o Brasil, tendem a adotar o Tipo C, que pode, contraditoriamente, reforçar a segregação às pessoas com incapacidade devido à baixa capacidade dos governos em fazer cumprir estas leis, que apesar de positivas são de difícil aplicação prática. Os autores, embora preocupados em não qualificar as legislações, acreditam que as leis antidiscriminatórias são mais eficazes do que a reserva de cotas de vagas, por estarem baseadas no princípio da igualdade de oportunidades. No entanto, reconhecem a dificuldade de aplicar as medidas punitivas antidiscriminatórias (MOOM; IUCHI, 1998).

Em contraste ao pagamento de indenizações e benefícios financeiros, a reabilitação profissional é uma das medidas ativas dos sistemas públicos, comum a muitos países, que aborda os aspectos preventivos e corretivos da incapacidade. A estratégia se propõe a eliminar as desvantagens profissionais relacionadas à incapacidade, através de ações de reabilitação e de políticas ativas de mercado de trabalho. Os serviços devem ser suportados pelo fornecimento de assistência financeira, assistência terapêutica e de profissionalização, acompanhamento no local de trabalho, dentre outras medidas particulares a cada contexto.

O suporte de renda em situações de incapacidade para o trabalho é uma medida da proteção social considerada essencial para a garantia da continuidade dos tratamentos de saúde e dos programas de reabilitação profissional. No entanto, a sua concessão varia de acordo com cada contexto, dependendo de fatores como o conceito de incapacidade predominante numa sociedade, os critérios para concessão do benefício e os tipos de avaliação pericial empregados. Como exemplo, em alguns países, a concessão de benefícios por incapacidade é limitada ao período de duração da desvantagem; em outros, os

benefícios são permanentes, mesmo após a recuperação do segurado (MOOM; GEIECKER, 1998).

A partir da década de 70, com a concepção do *modelo social* de incapacidade, a abordagem destes indivíduos passou ser vista sob uma nova perspectiva, na qual as melhorias das condições de saúde e de vida destes indivíduos estão condicionadas ao maior empenho político nas alterações ambientais e sociais e não apenas aos esforços tradicionais de melhorar as habilidades funcionais e comportamentais individuais (JONGBLOED; CRICHTON, 1990; TAKAHASHI, 2006).

Neste sentido, Seyfried (1998) define que o objetivo dos programas de reabilitação profissional permanece encontrar um emprego e permitir a participação da pessoa com incapacidade no mercado de trabalho local. Na busca de atender ao indivíduo de forma integral, o programa deve conter serviços terapêuticos e de profissionalização, que são a base para a reintegração no trabalho, além de ações específicas como a adaptação do ambiente de trabalho às necessidades do indivíduo, participação ativa da pessoa com incapacidade, estabilização psicossocial, e prevenção de agravo das incapacidades.

Como regra, as medidas de reabilitação terapêuticas e de profissionalização objetivam direcionar a pessoa com incapacidade ao caminho para uma vida sem, ou com o mínimo possível, de limitações nas relações sociais. Entretanto, as constantes transformações do mercado de trabalho e a complexidade das exigências de desempenho nas atividades profissionais na atualidade costumam exigir assistência adicional às terapias tradicionais para o sucesso da integração ao trabalho da pessoa com incapacidade (LAURELL; NORIEGA, 1989; SEYFRIED, 1998).

Como consequência, os serviços de reabilitação profissional deixaram o confinamento em seus próprios estabelecimentos, para assumir uma postura dinâmica direcionada aos locais de trabalho. Os anos recentes mostram em muitos países a organização de serviços de suporte e assistência destinados à alocação da pessoa com desvantagem em um emprego, incluindo medidas de adaptação do ambiente às suas necessidades (SEYFRIED, 1998; SHREY, 1998).

Devido à amplitude da abordagem da incapacidade, a reabilitação profissional será mais bem cumprida através de colaboração interdisciplinar entre especialistas com diferentes formações. Seyfried (1988) define a reabilitação moderna como a cooperação entre a pessoa

com incapacidade e uma equipe de profissionais treinados e qualificados nas áreas médica, pericial, técnica, psicológica e educacional. De acordo com Pombo (2005), entende-se por interdisciplinaridade “sensibilidade à complexidade, capacidade para procurar mecanismos comuns, gosto pela colaboração, pela cooperação, pelo trabalho em comum”.

Inerente ao princípio de que a pessoa com incapacidade tem o direito de participar plenamente da vida social e econômica de uma nação, é tarefa dos serviços delinear as várias opções de ação disponíveis para a livre escolha dos indivíduos, como seu treinamento profissional e ocupação no mercado. Raskin (1998) observou em pesquisas relacionadas ao tema que a participação dos indivíduos nas decisões sobre sua vida no trabalho tem impacto positivo significativo na satisfação dos mesmos, e, como resultados, nas estratégias de integração. As principais atividades de reabilitação profissional são agrupadas nos três tópicos que seguem: *Atividades Terapêuticas*, *Atividades de Profissionalização* e *Atividades de Suporte ao Emprego*. O objetivo é apresentar, de forma sucinta, as principais medidas que frequentemente são adotadas nos programas, sem o compromisso de limitá-las a estes grupos ou restringir a inclusão de outras que por acaso não estejam aqui descritas. As etapas não tem hierarquia de importância entre si nem tempo ou ordem definida para ocorrerem, sendo tais fatores suscetíveis a cada situação.

### **a) Atividades Terapêuticas**

De acordo com Verbrugge e Jette (1994) o dimensionamento dos fatores de risco envolvidos deve ser o primeiro passo na abordagem da pessoa com incapacidade. Fatores demográficos, sociais, de estilo de vida, psicológicos, ambientais e biológicos podem interferir na presença ou gravidade da incapacidade, além de existirem previamente ao seu estabelecimento.

As decisões referentes às perspectivas profissionais das pessoas com incapacidade devem sob nenhuma circunstância ser tomadas a partir de uma visão estritamente médica ou de algum outro profissional. A base para as decisões deve ser formada não somente pelos déficits que são diagnosticados, mas de preferência por capacidades e habilidades existentes. Assim, deve haver extensa revisão destes fatores em conjunto com o indivíduo, com o objetivo de elaborar um plano de reabilitação individual. O plano deve considerar tanto as potencialidades, interesses



e necessidades da pessoa com incapacidade como os recursos potenciais de seu ambiente social (SEYFRIED, 1998).

Por vezes denominada reabilitação física ou médica, as atividades terapêuticas ocorrem habitualmente em clínicas ou hospitais especializados em reabilitação, no sentido de evitar maiores deslocamentos do paciente.

A tarefa inicial consiste em dar os primeiros passos na direção de superar a incapacidade estabelecida. Nessa fase, o suporte psicológico e a orientação profissional devem ocorrer o mais breve possível, já que a construção de uma nova perspectiva tende a motivar o indivíduo, podendo repercutir positivamente no processo de reabilitação.

O passo seguinte diz respeito à introdução de terapias específicas a cada situação, tais como, treinamento motor e sensitivo, fisioterapia, terapias ocupacionais ou de movimentação, fonoaudiologia, dentre outras (SEYFRIED, 1998).

Outra atividade é a orientação da pessoa com incapacidade em relação a qualquer assistência técnica, equipamento, cadeira de rodas, membros artificiais e aquilo que houver necessidade. O uso deste tipo de assistência técnica pode a princípio ser acompanhado de rejeição e recusa. Diante da ampla variedade de técnicas assistenciais disponíveis, a escolha do equipamento deve ser feita com o máximo de cuidado para suprir as necessidades da pessoa e, dentro do possível, as demandas do futuro local de trabalho (SEYFRIED, 1998).

### **b) Atividades de Profissionalização**

Nos últimos 30 anos, tem se observado rápido desenvolvimento dos serviços de profissionalização para pessoas com incapacidade. Estes incluem a avaliação profissional, para obter o perfil das habilidades potenciais; o apoio especializado, para restaurar a confiança perdida em suas habilidades; a orientação profissional, para desenvolver uma nova perspectiva profissional; o treinamento profissional nas atividades escolhidas; e os serviços de alocação, para encontrar e adaptar o emprego às necessidades individuais (SEYFRIED, 1998).

A (re) integração da pessoa com incapacidade em um emprego costuma ocorrer através de um plano de profissionalização individual, que pode ser desenvolvido em diferentes locais. A tarefa dos serviços de profissionalização é definir em conjunto com o indivíduo a forma de realização da qualificação profissional, que pode ocorrer através de instituições especializadas, serviços na comunidade, ou mesmo

diretamente no local de trabalho habitual. A última opção é especialmente apropriada, quando o trabalho prévio ainda está disponível e a administração deste local disponibiliza as condições necessárias. Outra opção frequente é a cooperação com determinados centros ou empresas, nos quais a experiência tem mostrado sucesso na integração (SEYFRIED, 1998).

As condições aqui estabelecidas para realizar as atividades de profissionalização devem obrigatoriamente ser particularizadas para cada contexto sociopolítico. Além disso, a escolha de determinada atividade profissional vai depender do tipo de trabalho disponível e do tipo de incapacidade, tanto quanto do ambiente social e o potencial de suporte dentro deste.

Após a integração do indivíduo com incapacidade no trabalho, permanece o compromisso dos serviços de profissionalização no acompanhamento do caso, verificando junto à pessoa as experiências obtidas e, caso necessário, realizando adequações.

### **c) Serviços de Suporte ao Emprego**

Se por um lado as atividades terapêuticas e de profissionalização estão atentas ao desenvolvimento das capacidades funcionais e habilidades profissionais da pessoa com incapacidade, os serviços de suporte ao emprego se preocupam com a adaptação do ambiente de trabalho às suas necessidades. Estes serviços estão estruturados em alguns países industrializados, contudo, à exceção de casos exitosos como na Alemanha, Austrália, Estados Unidos e Nova Zelândia, são de caráter temporário e não se integram a uma política nacional para as pessoas com incapacidade (SEYFRIED, 1998).

Apesar da integração de pessoas com desvantagem no trabalho ser uma obrigação legal em muitos países, Shrey (1998) afirma que as instituições responsáveis encontram-se, na prática, cada vez mais distantes de cumprir tais determinações. O autor atribui o fato principalmente às condições de trabalho pouco favoráveis na grande maioria dos setores econômicos e à falta de profissionais qualificados para conciliar as necessidades destas pessoas frente aos locais de trabalho.

Dessa forma, os serviços de suporte ao emprego surgem em resposta aos escassos resultados obtidos pela tradicional abordagem *treina e aloca* implícita na reabilitação profissional institucionalizada. Apesar de medidas de reabilitação médica e profissional frequentemente

terem êxito, a integração no trabalho sem o suporte ao emprego adicional está se mostrando cada vez mais difícil (SEYFRIED, 1998).

O objetivo principal dos serviços é fornecer o apoio necessário para as pessoas com incapacidade ingressarem um emprego. As ações diretas ao indivíduo podem ser resumidas no suporte para recuperação da autoconfiança, treinamentos específicos para a atividade escolhida e adaptação do ambiente de trabalho. Outras ações não menos importantes se relacionam ao empregador, como motivação para a contratação de pessoas com incapacidade, sugestões de adaptação de postos de trabalho e aplicação de subsídios públicos financeiros ou administrativos (SEYFRIED, 1998; TRAFOROS; PERRY, 1998).

O emprego assistido é uma destas modalidades de incentivo ao empregador subsidiadas pelo poder público. Para tal é destacado um treinador de empregos, que acompanha a pessoa com incapacidade em todas as etapas da integração no trabalho, inclusive auxiliando na adaptação do local de trabalho. Assim, o empregador recebe o apoio técnico, financeiro e organizacional necessários à integração destas pessoas no trabalho. É aplicada principalmente em casos de incapacidade mental e psiquiátrica em alguns países como Austrália, Nova Zelândia, países da Europa e Estados Unidos (SEYFRIED, 1998).

Segundo SHREY (1998), as equipes devem ter caráter interdisciplinar, podendo contar com membros representativos do empregador, sindicatos, um técnico em reabilitação, um terapeuta ocupacional e a pessoa com incapacidade junto ao profissional de saúde que a acompanha. Seyfried (1998) também cita casos em que a própria empresa mantém serviços internos, responsáveis pela integração de novos empregados com incapacidade e acompanhamento daqueles já contratados.

## **2.5 O Modelo Reabilita**

No Brasil, a resposta pública para a questão da incapacidade está organizada dentro do sistema de previdência social. A estrutura previdenciária nacional prevê como medidas de proteção social aos cidadãos com incapacidade a concessão de benefícios financeiros e a prestação de serviço social e de reabilitação profissional (BRASIL, 1991).

O acesso a estes recursos tem como requisito principal o reconhecimento da incapacidade para o trabalho por médico perito. Assim, a articulação entre os serviços de perícia média e reabilitação

profissional exerce uma dupla função, onde se por um lado são intervenções de saúde preocupadas em restabelecer a capacidade de trabalho dos indivíduos, de outro atuam como mecanismo de regulação econômica do sistema previdenciário (MOMM; GEIECKER, 1998; BRASIL, 1999).

Os serviços de reabilitação profissional no país são prestados pelo INSS através do Programa de Reabilitação Profissional (PRP). O INSS conta atualmente com uma rede de atendimento disposta em 1.209 Agências da Previdência Social (APS) distribuídas em 101 Gerências Executivas (GEX) pelo território nacional. Em 2008, segundo dados do próprio INSS, os serviços do PRP eram disponibilizados em 260 APS e 92 GEX, ou seja, correspondendo a pouco mais de 20% do total de APS (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

De acordo com dados oficiais da Previdência Social, em 2009, o INSS contabilizou cerca de 55 milhões de contribuintes, tendo concedido aproximadamente 4,5 milhões de benefícios, dos quais 1,7 milhões corresponderam a auxílio-doença previdenciário, o tipo mais freqüente, e cerca de 330 mil a auxílio-doença acidentário (BRASIL, 2011).

O perfil de morbidade desta população pode ser traçado pelas estatísticas do INSS. Os dados oficiais de 2008, em relação aos benefícios de auxílio-doença previdenciário concedidos, mostram registros aproximados de 23% devido a lesões por causas externas, 21% a doenças do sistema osteomuscular e 12% a transtornos mentais e comportamentais (BRASIL, 2008).

Em relação aos benefícios de auxílio-doença acidentário concedidos, no mesmo período, destacam-se os ferimentos e lesões do punho e da mão, e as dorsalgias, registrando 22 e 7%, respectivamente. Entretanto, chama a atenção o aumento súbito do número de benefícios deste tipo concedido a partir de 2006. De 2006 a 2008, houve um salto aproximado de 140 para 350 mil casos, correspondendo a um incremento em torno de 150%. Este aumento se deve ao número de casos sem Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) registrada, nos quais o médico perito do INSS estabeleceu a relação denexo causal com o trabalho. No ano de 2008, estes casos corresponderam a 27% dos cerca de 750 mil acidentes do trabalho. Dentre aqueles sem CAT registrada, destacam-se as dorsalgias, as sinovites e tenossinovites, e as lesões do ombro (BRASIL, 2008).

Estes casos de estabelecimento donexo causal pela perícia médica do INSS, com a consequente concessão do auxílio-doença acidentário, ocorrem por intermédio do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP). A ferramenta estatística instituída em 2007 estabelece a correlação epidemiológica entre a patologia apresentada pelo segurado no momento do ato pericial, de acordo com o CID-10, e a atividade produtiva a que pertence o seu emprego, através do Código Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). Desta forma, é delegada autonomia ao médico perito para a definição de cada caso. Salienta-se que associado ao NTEP também foi estabelecido o Fator Acidentário de Prevenção (FAP), que incide como um fator multiplicador sobre o Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT). O FAP assumirá um escalonamento compatível com o desempenho da empresa em relação à sua respectiva atividade no que diz respeito aos acidentes de trabalho (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008).

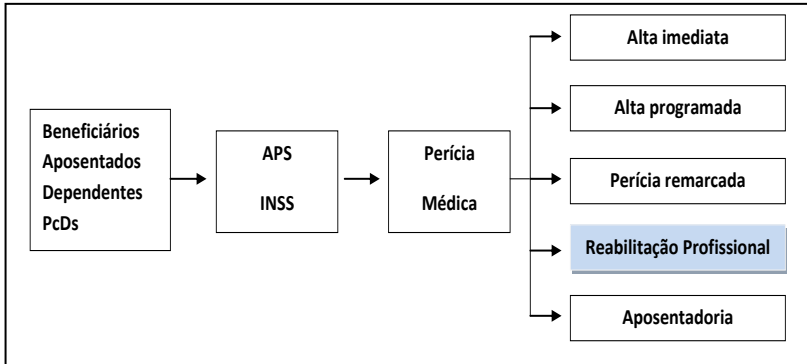
No que diz respeito aos atendimentos praticados pelo PRP, no ano de 2009, houveram 57.586 segurados encaminhados pela perícia médica para avaliação das equipes técnicas de Reabilitação Profissional (RP) das APS, dentre os quais 53% ingressaram no PRP, sendo o restante encaminhado para retorno ao trabalho ou considerado sem condições temporárias ou permanentes de se submeter ao programa. No mesmo período, 18.591 indivíduos deixaram o programa ao serem considerados reabilitados. Permaneceram no programa, ao final de 2009, 27.739 segurados, dos quais 40% se encontravam nele a mais de 240 dias (BRASIL, 2011).

De acordo com Matsuo (2002), as principais justificativas encontradas para as situações em que é ultrapassado o prazo estipulado de 240 dias para o término do programa são as indefinições quanto à capacidade laborativa do indivíduo ou ao local de trabalho, dificuldades em adquirir ou adaptar-se à prótese, intercorrências de saúde e resistência do indivíduo em aceitar as limitações.

Como parte da reforma previdenciária e administrativa ocorrida no país, o PRP foi reformulado pelo Projeto Reabilita. Em 2001, houve a oficialização da transição do modelo anterior ancorado em centros especializados dotados de grandes recursos humanos e materiais para o modelo atual caracterizado pelo atendimento nas APS e o estabelecimento de convênios para o cumprimento das etapas do programa (BRASIL, 1999, TAKAHASHI, 2006).

Assim, a porta de entrada para o PRP é o atendimento habitual realizado nas APS. O encaminhamento ao programa é uma das alternativas à Perícia Médica do INSS na condução dos casos de incapacidade para o trabalho de segurados (Figura 3).

Figura 3: Perícia Médica do INSS.



A situação típica pode ser representada por um trabalhador devidamente registrado no sistema previdenciário, e no exercício de sua atividade profissional, que por ocasião de alguma desvantagem ou limitação no seu desempenho necessita de afastamento do trabalho por período maior do que 15 dias.

A instituição previdenciária prevê medidas de suporte ao segurado, a partir da constatação da incapacidade para o trabalho pelo médico perito do INSS. A perícia inicial, que deve ser de preferência imediata, parte de duas questões primordiais: a existência da incapacidade para o trabalho e a relação causal do agravo com o trabalho. A partir destas definições, o médico perito pode concluir pelo retorno ao trabalho imediato ou o afastamento do trabalho por tempo estipulado ou indefinido.

Para auxiliar o médico perito, o INSS vem produzindo um conjunto de documentos contendo diretrizes para as patologias nas áreas da Psiquiatria, Ortopedia, Clínica Médica e Medicina Ocupacional, que devem ser observadas nas decisões periciais (CHEREM et al., 2009).

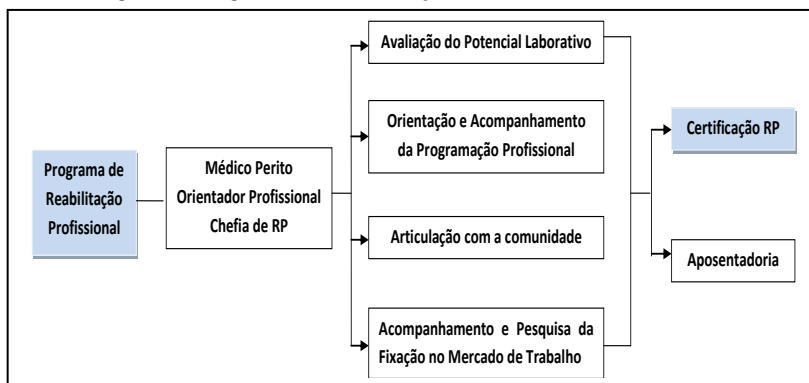
O encaminhamento de casos para o PRP ocorre a partir da identificação pelo médico perito da APS de quadro clínico estabilizado e passível de benefício pela reabilitação profissional. Segundo as diretrizes previdenciárias, o segurado em gozo de auxílio-doença com perspectiva de retorno ao trabalho deve ser encaminhado o mais precoce

possível ao programa, se possível no exame inicial. Tais indivíduos tem a obrigação de atender ao encaminhamento diante da possibilidade de cessação do benefício. A seleção de segurados para o PRP deve obedecer ainda à análise de variáveis como faixa etária, escolaridade, tipo de limitação, perspectiva de retorno ao trabalho a curto e médio prazo, e absorção pelo mercado de trabalho (BRASIL, 2005).

De acordo com a legislação, os serviços de habilitação e reabilitação profissional devem ser prestados pelo INSS através da execução das funções básicas de:

- “I - avaliação do potencial laborativo;
- II - orientação e acompanhamento do programa profissional;
- III - articulação com a comunidade, inclusive mediante celebração de convênio para reabilitação física, restrita a segurados que cumpriram os pressupostos de elegibilidade ao Programa de Reabilitação Profissional, com vistas ao reingresso no mercado de trabalho; e
- IV - acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho.” (BRASIL, 2010).

Figura 4: Programa de Reabilitação Profissional.



O quadro pessoal pertencente ao setor de RP, a partir do Reabilita, é descrito por Cherem et al (2009) como equipes de RP da APS e chefias de RP no âmbito das GEX. As equipes são constituídas por médico perito da RP e orientador profissional (OP), que são os responsáveis pelo atendimento dos segurados encaminhados ao programa.

A Figura 4 foi elaborada para representar o fluxo do Programa de Reabilitação Profissional nas APS, incluindo a composição da equipe de RP, as etapas previstas e os desfechos esperados.

Cabe citar que o atendimento de segurados residentes em localidades distantes que não disponham de estrutura própria será efetuado por equipes volantes, formada por um médico e um OP, com o objetivo de atendimento das necessidades de RP. No Quadro 2, estão listadas as funções do médico perito do PRP. Tais funções estão vinculadas às etapas previstas para o programa, abrangendo desde a abordagem inicial pela avaliação do potencial laborativo até a fixação no mercado de trabalho. É importante destacar que estas se complementam com as atribuições do OP.

Quadro 2: Funções do Médico Perito da RP.

- a) Avaliar o potencial laborativo;
- b) Solicitar exames e pareceres especializados;
- c) Realizar análise de postos de trabalho;
- d) Identificar os casos passíveis de reabilitação profissional;
- e) Definir o potencial para retorno ao trabalho, fazendo observação quanto à necessidade de órtese e/ou prótese;
- f) Acompanhar os casos de protetização;
- g) Solicitar a avaliação do OP;
- h) Participar com o OP da análise conjunta;
- i) Avaliar intercorrências médicas;
- j) Definir compatibilidade física de ocupações;
- l) Participar com o OP de reavaliações conjuntas;
- m) Participar com o OP da elaboração de laudo conclusivo;
- n) Desempenhar as atividades médico-periciais, como alta pericial;
- o) Participar de equipes volantes;
- p) Avaliar e supervisionar com OP os programas profissionais realizados por terceiros ou Empresas;
- q) Avaliar a incapacidade das pessoas portadoras de deficiências; e
- r) Participar de palestras e seminários de divulgação.

Fonte: Manual de Perícias da Previdência Social (BRASIL, 2005).

O OP deve ser um técnico de nível superior devidamente capacitado e treinado, para a seleção dos casos para análise conjunta com o médico perito. O profissional, de uma forma geral, deve acompanhar o segurado em todas as etapas do PRP, sendo o responsável por municiar a equipe de RP de informações relacionadas aos aspectos



socioeconômicos, e do ambiente social e de trabalho que fazem parte da vida do segurado. No Quadro 3, são relacionadas as atribuições do OP.

Quadro 3: Funções do Orientador Profissional da RP.

- a) Avaliar o potencial laborativo;
- b) Participar com o médico perito da análise conjunta;
- c) Orientar o segurado quanto à legislação, normas e processo de RP;
- d) Orientar e conduzir o segurado à escolha consciente da atividade a exercer no mercado de trabalho;
- e) Realizar análise do posto de trabalho;
- f) Participar com o médico na definição da nova função;
- g) Planejar o programa profissional;
- h) Orientar e encaminhar o segurado para programa profissional na comunidade, acompanhando sistematicamente o seu desenvolvimento;
- i) Prescrever os recursos materiais necessários;
- j) Realizar visitas às empresas e postos de trabalho;
- l) Participar de equipes volantes;
- m) Realizar com o médico perito reavaliações dos casos;
- n) Elaborar e assinar, juntamente com o médico, o laudo conclusivo do programa profissional;
- o) Providenciar a emissão e assinaturas dos Certificados;
- p) Orientar e esclarecer o segurado e empresa no ato de desligamento; e
- q) Participar de palestras e seminários de divulgação.

Fonte: Manual de Perícias da Previdência Social (BRASIL, 2005).

Como consequência, um programa de reabilitação profissional deve envolver um conjunto de ações e serviços essenciais à abordagem integral da pessoa com incapacidade, com vistas à reintegração profissional e social plena. Em busca de identificar os elementos indispensáveis ao funcionamento do PRP, as etapas previstas na legislação nacional serão abordadas individualmente.

#### **a) Avaliação do Potencial Laborativo**

O segurado encaminhado ao PRP deve, como primeira medida, ser submetido à avaliação do OP. Em entrevista inicial, o profissional deve explicar as peculiaridades do PRP, buscando transmitir segurança e imparcialidade. A seguir, deve avaliar os aspectos socioeconômicos e profissionais do segurado, coletando dados relacionados às suas habilidades, experiências anteriores, interesses, dentre outros. Mais que

realizar uma entrevista para coleta de dados, o papel do OP está em auxiliar no resgate da vontade de retornar ao trabalho do indivíduo.

O segundo passo é a avaliação do médico perito do PRP, que deve enfatizar os aspectos físicos, coletando dados relacionados às contra-indicações, potencialidades e prognóstico para o retorno ao trabalho.

A análise conjunta é a tarefa subsequente, que reúne os dois profissionais do PRP com o objetivo de concluir a avaliação do potencial laborativo, a partir da associação dos fatores físicos, socioeconômicos e profissionais. Considerando as próximas etapas, devem ser enfatizadas as perdas funcionais e funções residuais, habilidades, potencial de aprendizagem, experiência profissional, situação empregatícia e nível de escolaridade (BRASIL, 2005; CHEREM et al., 2009).

A conclusão da avaliação deve definir a elegibilidade do segurado ao programa, tendo as seguintes possibilidades de desfecho: retorno ao trabalho imediato, quando não for constatada a incapacidade para o trabalho; inelegível, quando não apresenta perspectivas momentâneas ou definitivas para retorno ao trabalho; e elegível, quando apresenta possibilidades para o retorno ao trabalho.

### **b) Programação Profissional**

Para os segurados integrados ao PRP, a tarefa seguinte passa a ser a elaboração de um programa profissional individualizado, que deve seguir as informações da avaliação do potencial laborativo, e propiciar ao segurado a escolha consciente e esclarecida da atividade a exercer no mercado de trabalho.

A legislação prevê o desenvolvimento da programação profissional “mediante cursos e/ou treinamentos, na comunidade, por meio de contratos, acordos e convênios com instituições e empresas públicas ou privadas”. Assim, cabe às Superintendências Regionais e às Gerências Executivas do INSS firmar acordos de cooperação técnica nas seguintes modalidades:

“I - atendimentos especializados (nas áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicologia);

II – avaliação e elevação do nível de escolaridade;

III – avaliação e treinamento profissional;

IV – promoção de cursos profissionalizantes;

- V – estágios curriculares e extracurriculares para alunos graduados;
  - VI – homologação do processo de habilitação ou reabilitação de Pessoas com Deficiência (PcD); e
  - VII – homologação de readaptação profissional.”
- (BRASIL, 1999; BRASIL, 2010).

Além disso, quando indispensáveis ao desenvolvimento do programa, devem ser disponibilizadas os seguintes recursos materiais:

- “I – órteses;
  - II - próteses;
  - III - auxílio-transporte;
  - IV - auxílio-alimentação;
  - V – diárias
  - VI - implementos profissionais para formação ou treinamento profissional; e
  - VII - instrumentos de trabalho para o exercício de uma atividade laborativa.”
- (BRASIL, 2010).

Outra ferramenta de grande importância para a etapa é o levantamento da oferta de emprego nas localidades de abrangência de cada APS, que deve ser mantido atualizado com os objetivos de direcionar o credenciamento da rede de serviços e de municiar a equipe com informações quanto a vagas disponíveis, requisitos para a contratação, capacitações necessárias e tipo de atividade produtiva (BRASIL, 1999; BRASIL, 2010).

Diante dos recursos disponíveis na comunidade, devidamente contratados, cabe à equipe de RP identificar as necessidades para cada caso. As medidas devem ser implantadas no sentido da superação dos obstáculos, ampliando as possibilidades de readaptação do segurado ao mercado de trabalho. A execução dos serviços conveniados deve ser acompanhada de forma contínua pela equipe de RP, realizando os ajustes necessários para obter o maior proveito possível das ações.

Visando levantar as possibilidades de reinserção do trabalhador, o OP deve remeter ofício à empresa de vínculo ou à instituição provedora de estágios contendo as limitações e restrições do segurado ao desempenho de atividades profissionais. No mesmo ofício, a organização deve registrar os postos de trabalho ou as tarefas disponíveis para o caso, e descrever as suas condições ambientais. Os

prazos devem ser respeitados, de modo a evitar prolongamento do processo.

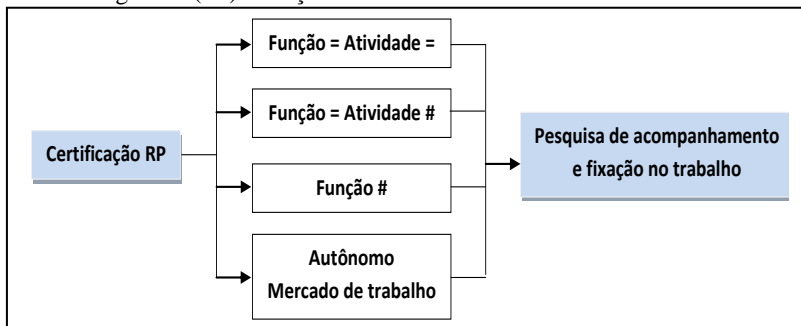
A partir disto, o médico perito e o OP devem avaliar a compatibilidade das situações propostas com as necessidades do segurado. Entretanto, a definição da situação mais adequada pode requerer uma análise mais criteriosa do ambiente de trabalho, para a qual há a previsão de visitas ao local de trabalho pelo OP. A análise do posto de trabalho *in loco* pressupõe o envolvimento das áreas de Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Recursos Humanos (RH) e gerência da instituição em questão, além é claro, da participação do segurado em todo o processo.

Neste momento, se torna fundamental o conhecimento das Normas Regulamentadoras (NRs) do MTE e de fundamentos da Ergonomia pelos profissionais do PRP, pois, no caso de empresas de vínculo, a constatação de irregularidades deve ser registrada junto aos seus representantes e, quando necessário, comunicada aos órgãos fiscalizadores. Além disso, é frequente haver necessidade de adaptações no local de trabalho, que devem ser identificadas e ajustadas às limitações dos indivíduos (BRASIL, 1978; CHEREM et al, 2009).

A partir da definição da compatibilidade da atividade com o potencial do segurado, tendo envolvido o mesmo e a instituição, o OP deve providenciar o início do estágio de reabilitação profissional. O estágio costuma ser realizado num período médio de trinta dias, tendo carga horária variável para cada situação. As possíveis intercorrências surgidas no período devem ser prontamente ajustadas por atuação conjunta do OP e os respectivos setores da organização, viabilizando o êxito do estágio.

Ao término do estágio, o segurado deve ser reavaliado pela equipe de RP, junto a documentos preenchidos pela instituição, para a conclusão do caso. O desfecho positivo do processo está relacionado ao cumprimento das ações previamente descritas. O objetivo do programa é atingido com o retorno ao trabalho do segurado, que pode ocorrer por diferentes formas, como: retorno à mesma função com mesmas atividades; retorno à mesma função com atividades diferentes; retorno à função diferente; retorno ao mercado de trabalho como autônomo (Figura 5).

Figura 5: (Re) Inserção no Trabalho



É importante frisar que o suporte de renda na forma de benefício, previdenciário ou acidentário, permanece até o encerramento do programa, sendo interrompido no momento do desligamento do segurado.

### c) Fixação no Mercado de Trabalho

Para os casos de (re) integração ao trabalho após cumprimento do PRP, “o INSS emitirá Certificado Individual, indicando a função para a qual o reabilitando foi capacitado profissionalmente, sem prejuízo do exercício de outra para a qual se julgue capacitado.” (BRASIL, 1991; BRASIL 1999).

Assim sendo, a emissão da certificação marca o término do PRP e o retorno do segurado ao mercado de trabalho. Todavia, “não constitui obrigação da Previdência Social a manutenção do segurado no mesmo emprego ou a sua colocação em outro para o qual foi reabilitado.” (BRASIL, 1991; BRASIL, 1999).

A aplicação do instrumento específico para *Acompanhamento e Pesquisa da Fixação no Trabalho* é obrigatória, seis e doze meses após a conclusão do programa, com a finalidade de acompanhar a reintegração do indivíduo ao mercado de trabalho, além de verificar os resultados obtidos com a intervenção (BRASIL, 1999).

Os segurados reabilitados e as pessoas portadoras de deficiência habilitadas, ou seja, os indivíduos que tenham cumprido programa de reabilitação profissional desenvolvido ou homologado pelo INSS, tem direito à reserva de vagas no mercado de trabalho, em empresas com cem ou mais funcionários, de acordo com os percentuais que seguem:

“I - 100 a 200 empregados, dois por cento;  
II – 201 a 500 empregados, três por cento;  
III – 501 a 1000 empregados, quatro por cento;  
IV – mais de 1000 empregados, cinco por cento.”  
(BRASIL, 1991).

Além do cumprimento das cotas, a dispensa de empregado na condição estabelecida somente poderá ocorrer com a contratação pela empresa de substituto em condições semelhantes (BRASIL, 1991).

Assim, buscou-se apresentar os elementos fundamentais para o funcionamento do PRP do INSS. A seguir, com o objetivo de descrever o cenário sociopolítico nacional atual em que está inserido, são abordados os temas referentes à constituição de uma política pública nacional de saúde do trabalhador, e a relatos de projetos inovadores para a área de reabilitação profissional no país.

## **2.6 Outras Experiências de Reabilitação Profissional no Brasil**

A partir do desmonte da estrutura dos CRPs e NRPs, que culminou com o Projeto Reabilita, foram desenvolvidas iniciativas na área de reabilitação profissional vindas de diversas partes da sociedade, no sentido de resgatar alguns pontos não contemplados pelo modelo atual. Citaremos alguns exemplos de forma resumida e sem o compromisso de esgotar as propostas existentes no país.

### **a) Programa de Reabilitação Ampliado (PRA)**

O PRA foi desenvolvido a partir de uma demanda do Ministério Público do Trabalho (MPT) mediante a denúncia de uma alta prevalência de doenças ocupacionais, em uma empresa do ramo de produção e abate de aves e suínos de Santa Catarina. O programa foi elaborado para atender pessoas acometidas por distúrbios músculo-esqueléticos e transtornos mentais; portanto, a identificação destas patologias durante a perícia médica previdenciária era um condicionante para a inclusão do indivíduo.

A partir do estabelecimento de parcerias entre o INSS, CEREST-SC, Universidade Federal de Santa Catarina e MPT, o PRA foi estruturado em três pilares: assistencial, requalificação profissional e vigilância. Fizeram parte da equipe multidisciplinar 18 profissionais de diversas áreas que ofereciam atendimentos assistenciais em grupo com caráter curativo, preventivo, paliativo ou de reabilitação, que incluíam: fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, acupuntura, *tai chi chuan*,

massoterapia, danças circulares, grupo informativo, condicionamento físico, hidroginástica, terapias complementares e assistência social. Além disto, ofereceu requalificação profissional por meio de cursos.

Após os pacientes terem sido submetidos ao atendimento clínico ou requalificação profissional por até 90 dias, eram reavaliados pela equipe multidisciplinar, que resultava na elaboração de um relatório encaminhado à perícia médica do INSS. Assim, as perícias subseqüentes foram baseadas em evidências e multidimensionais, proporcionando a discussão dos casos entre médicos peritos e profissionais da equipe. A partir destas, os indivíduos poderiam ser direcionados a situações distintas: aposentadoria, alta do afastamento, manutenção do atendimento pelo PRA e reinserção no trabalho.

Quando a decisão era pela reinserção ao trabalho, o paciente passava pelo processo de estágio, que se caracterizava pelo retorno ao trabalho de forma gradual. De acordo com as orientações da perícia médica do INSS, a equipe do PRA e o Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa acompanhavam o indivíduo até a conclusão do estágio, quando emitiam relatório do desempenho do segurado a ser utilizado na conclusão pericial. Para os casos considerados aptos ao retorno definitivo ao trabalho, deveria ser emitida a Certificação de Reabilitação Profissional (CRP).

O programa foi iniciado em novembro de 2007, tendo finalizado as suas atividades em setembro de 2008, totalizando 425 pessoas atendidas das quais 64% retornaram e 7% foram definitivamente aposentadas. De acordo com os autores, o índice de retorno ao trabalho foi considerado satisfatório, quando comparado a dados internacionais que variam de 40% a 70%, comprovando a importância de uma intervenção multidimensional que contemple aspectos clínicos e educacionais, diante da complexidade da reabilitação profissional (BARTILOTTI et al., 2009).

#### **b) CEREST Piracicaba**

O projeto-piloto em reabilitação profissional para adoecidos de LER/DORT, em andamento no CEREST de Piracicaba desde 2007, tem o financiamento conjunto da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba e do Ministério da Saúde. O método adotado tem como pressuposto teórico a reabilitação profissional como um conjunto integrado de ações cuja finalidade é resgatar as capacidades física,

psicológica e social dos trabalhadores acometidos por agravos de saúde, que resultam em incapacidade para o trabalho. A sua atuação está fundamentada na atenção terapêutica multidisciplinar, que postula a construção de uma prática interdisciplinar no atendimento dos casos de LER/DORT, sendo desenvolvida por equipe técnica composta por médico, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e sociólogo.

Através de reuniões semanais, os integrantes da equipe articulam o enfrentamento da complexidade da reabilitação profissional. A prática estende-se pelos diferentes momentos do processo aos quais são submetidos os pacientes: avaliação inicial, quando é definida a elegibilidade para o programa e a elaboração de um plano individual a ser iniciado após o consentimento do trabalhador; abordagem de dificuldades na condução dos casos, que possibilita o desenvolvimento de formas de atuação conjunta; avaliação final, quando a equipe conclui pela aptidão para o retorno ao trabalho ou pela aposentadoria; e o retorno ao trabalho, quando a equipe realiza a avaliação técnica de compatibilidade da função oferecida pela empresa.

Da mesma forma, a prática interdisciplinar é também desenvolvida em espaços interinstitucionais, que inclui reuniões da equipe do CEREST com representantes do Programa Reabilita do INSS, SESMT das empresas e sindicatos. Além disso, o programa do CEREST articula-se às ações de fiscalização e vigilância nas empresas, típicas do serviço, para eliminação dos fatores patológicos e reorganização do trabalho, para um ambiente seguro e saudável.

As intervenções terapêuticas são estruturadas na abordagem grupal para as atividades de assistência social, psicoterapia, cinesioterapia e terapia ocupacional. Cabe à supervisão da equipe a articulação do trabalho de forma interdisciplinar e interinstitucional, através de reuniões internas e externas sistemáticas para o desenvolvimento do programa de reabilitação profissional.

Para definição dos beneficiários, foram definidos previamente os critérios de elegibilidade: (1) vínculo empregatício com empresas selecionadas; (2) diagnóstico e nexo causal de LER/DORT independente do reconhecimento pelo INSS; (3) quadro crônico estabilizado de incapacidade para o trabalho; (4) afastamento do trabalho há pelo menos 3 meses; e (5) tratamento médico, fisioterápico, psicológico ou de acupuntura durante o afastamento. Até aquele momento, 176 pessoas haviam passado pelo programa, das quais 70



havam concluído e 21 estavam em andamento. Dentre os que concluíram o programa, aproximadamente 40% retornaram ao trabalho, 30% foram avaliados para a aposentadoria, e 30% permaneceram com auxílio-doença do INSS.

Os autores concluem que a divergência entre a lógica do cuidado do SUS e a do INSS refletida no cotidiano pode comprometer o tratamento, a prevenção secundária precoce e a reabilitação profissional. A parceria institucional estabelecida entre o CEREST e o INSS em Piracicaba foi uma saída estratégica para a construção de um fluxo para a reabilitação profissional. (TAKAHASHI et al., 2011).

### **c) CRP Campinas**

Takahashi e Canesqui (2003) relatam os resultados de um modelo assistencial renovado, no período de 1995 a 1997, para adoecidos por LER/DORT, desenvolvido no CRP Campinas do INSS.

O modelo terapêutico procurou romper com o *modelo biológico*, implementando um modo de atenção integral e integrado e reconhecendo as limitações em outras dimensões, como a emocional, relacional e social para a vida em geral. A equipe contou com assistentes sociais, sociólogo, médicos, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, que atuavam de forma interdisciplinar na realização de atendimentos individuais e em grupo, reuniões internas e interinstitucionais.

Dois objetivos básicos foram postos no estudo. O primeiro foi de reconstruir o programa implementado pela equipe de LER do CRP-Campinas. O segundo objetivo foi o de avaliar os resultados do modelo assistencial em relação ao seu propósito de resgatar a autonomia dos adoecidos.

Da leitura dos 221 prontuários relativos aos atendimentos no período, os autores selecionaram 47, considerando o diagnóstico de LER/DORT em grau elevado, o cumprimento integral do programa e o encaminhamento pela perícia médica do INSS de Campinas. Através da amostra, pôde-se extrair as referências feitas pelos adoecidos quanto ao seu estado de incapacidade nas dimensões: (1) física, (2) uso social do corpo, (3) emocional, e (4) sociabilidade.

Ao aplicar a metodologia de avaliação proposta, os autores observaram que a intervenção atingiu um grau de *efetividade alta* ao atingir 64% no resgate da autonomia, uma vez que ela provocou mudanças significativas nos acometimentos dos adoecidos. A

permanência de 36% do efeito inalterado foi atribuída à gravidade dos quadros clínicos e a obstáculos institucionais, como a rotatividade dos profissionais da equipe e a falta de apoio institucional das chefias do INSS.

Assim, concluiu-se que o Modelo Assistencial de LER/DORT do CRP-Campinas contribuiu para a melhora da capacidade funcional, emocional e social dos adoecidos, resgatando a sua autonomia. Entretanto, não houve a sua continuidade devido à interferência dos elementos contextuais institucionais da época.

#### **d) Grupo de Trabalho (GT) de Reabilitação do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador da Bahia (CESAT)**

Diante do aumento progressivo do diagnóstico de LER/DORT, a partir de 1998, foram iniciadas ações voltadas para o cuidado dos trabalhadores no CESAT. Através da iniciativa de terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, médico, psicoterapeuta e assistentes sociais, foram estruturadas atividades de educação para a saúde e atendimentos grupais.

A avaliação das atividades desenvolvidas nos atendimentos grupais, bem como o cotidiano de trabalho dos profissionais, fomentaram a constituição, em 2007, do GT de Reabilitação do CESAT. O grupo tem como objetivo desenvolver uma proposta de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT possível de ser implementada na RENAST.

Em parceria com pesquisadores, o GT tem buscado a aproximar-se da problemática que envolve a reabilitação de trabalhadores. O primeiro passo foi o Protocolo de Avaliação da Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT, desenvolvido a partir da CIF.

Atualmente, está em desenvolvimento um Programa de Retorno ao Trabalho, com o propósito de articular o conjunto de ações de saúde relativas ao trabalhador e ao ambiente de trabalho visando o controle de agravos individuais e coletivos. Para tanto, busca abordar o trabalhador com LER/DORT a partir de ações intersetoriais envolvendo: INSS, RENAST, rede assistencial do SUS, ações voltadas ao ambiente de trabalho, participação do controle social e parcerias com universidades (LIMA et al., 2011).

### **e) Modelo de Reinserção Baseado na Atividade**

Simonelli et al. propõem um modelo de reinserção no trabalho, que utiliza a CIF como referência para a avaliação dos trabalhadores e a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) como abordagem para a adaptação dos locais de trabalho.

Os autores partem da concepção *social* de incapacidade, referindo que a incapacidade aumenta na medida em que o ambiente social falha em se ajustar às necessidades das pessoas. Além disso, afirmam que a classificação de abrangência da incapacidade adotada pelo INSS como uniprofissional, multiprofissional e omni-profissional considera apenas os determinantes físicos do processo.

O modelo a ser aplicado após a liberação para retorno ao trabalho pela perícia médica do INSS tem como ponto de partida a escolha de situações de referência por profissionais de ergonomia, segurança e saúde ocupacional, utilizando como critérios: (1) o processo de recuperação e a funcionalidade do trabalhador; (2) a ocupação anterior ao afastamento; (3) os impactos sobre o trabalhador em decorrência de mudanças no processo produtivo; e (4) os impactos psicológicos derivados da lesão.

As potencialidades do trabalhador são dimensionadas pela utilização da CIF, que descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde tendo em vista as funções estruturais do corpo e as limitações de atividades e participação social do indivíduo. A aplicação da AET surge da necessidade de analisar as atividades de trabalho, compreendendo adaptações dos meios físicos, seus conteúdos organizacionais e processos técnicos às pessoas, reduzindo a distância entre a incapacidade funcional e os objetivos da produção.

Assim, os autores acreditam que resulta desta proposta uma maior aproximação entre as exigências do trabalho e as potencialidades do trabalhador numa visão social do problema da reinserção no trabalho.

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Desenvolver um modelo de avaliação da eficácia do Programa de Reabilitação Profissional da Previdência Social do Brasil.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Identificar um modelo teórico para avaliação do Programa de Reabilitação Profissional da Previdência Social do Brasil.

Desenvolver um modelo lógico para avaliação da eficácia do Programa de Reabilitação Profissional da Previdência Social do Brasil.

Identificar indicadores de avaliação da eficácia do Programa de Reabilitação Profissional da Previdência Social do Brasil.

Elaborar uma matriz de avaliação da eficácia do Programa de Reabilitação Profissional da Previdência Social do Brasil.

## 4 Métodos

A presente pesquisa avaliativa propõe as dimensões, subdimensões e indicadores de avaliação do PRP no âmbito da Previdência Social do Brasil. O modelo de avaliação desenvolvido tem como unidade de análise o PRP desenvolvido nas Unidades Federativas (UF) do país.

A metodologia aplicada no presente estudo foi desenvolvida sob os conceitos de avaliação dos programas sociais com a emissão de juízo de valor ou de julgamento sobre as atividades e resultados de um programa social de intervenção (CONTANDRIOPOULOS, 2004; MEDINA et al., 2005).

A pesquisa foi dirigida a dimensionar o funcionamento do PRP a partir de sua proposta normativa; portanto, adota o critério de eficácia para a avaliação. A eficácia é definida como um critério institucional que revela a capacidade administrativa para atingir metas quantitativas e qualitativas (NEPAS, 2011). Para efeito deste estudo, a eficácia é compreendida como o atendimento à regulamentação que norteia as ações de reabilitação profissional, no âmbito do INSS.

A revisão bibliográfica compreendeu a ampliação de conhecimentos sobre o objeto de pesquisa reabilitação profissional e os mecanismos para a avaliação de programas de saúde. Para ambos, foi realizada uma busca por artigos publicados entre os anos 2000 e 2010 na base de dados do *Scielo*, para a qual foram definidas as palavras-chave: reabilitação profissional, retorno ao trabalho e avaliação em saúde. A busca incluiu os termos correlatos para a língua espanhola (*rehabilitación vocacional, volver al trabajo, evaluación en salud*) e inglesa (*vocational rehabilitation, return to work, health evaluation*). Para a reabilitação profissional, a pesquisa também estendeu esforços na revisão das normativas internacional e nacional, sobretudo no que se refere às áreas da previdência social, trabalho e saúde.

Para a construção do modelo de avaliação, foi fundamental a participação em grupos de discussão com docentes e discentes da área de avaliação em saúde nas atividades do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS), pertencente ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Em três ocasiões, foram realizadas apresentações da pesquisa, nas quais o debate com profissionais de diversas categorias contribuiu de forma significativa para a construção do instrumento de avaliação. Os

encontros se caracterizaram pela técnica de consenso denominada Comitê Tradicional, que envolve a discussão aberta sobre um tema determinado entre especialistas (SOUZA et al., 2005). O desenvolvimento do modelo ocorreu por intermédio das etapas de: identificação do modelo teórico, elaboração do modelo lógico, composição da matriz avaliativa e a sua validação junto a especialistas.

#### **4.1 Identificação do Modelo Teórico do PRP**

O modelo teórico de um programa é um esquema visual que deve explicitar o seu funcionamento ideal, através de um formato convincente, onde estejam presentes as associações estabelecidas (HARTZ, 1999). Rowan (2000) afirma que o desenho de um modelo teórico deve apresentar o modo como um programa costuma ser implantado e quais são os resultados esperados. Assim, representa o primeiro passo no planejamento de uma avaliação, contribuindo na escolha dentre os muitos caminhos que podem ser utilizados na sua construção.

A identificação do Modelo Teórico do PRP ocorreu a partir da revisão da literatura e da legislação nacional sobre o tema, que possibilitou o maior conhecimento sobre a prestação dos serviços dentro da realidade brasileira.

Trata-se de um esquema representativo do contexto organizacional e operacional do PRP no âmbito do INSS, retratando de forma abrangente e contextualizada os elementos necessários ao desenvolvimento do programa, as etapas previstas no processo e os resultados esperados.

De posse deste instrumento que se expressa claramente, a tarefa de identificação dos principais pontos críticos e limitações do programa se tornou facilitada, o que permitiu levantar uma série de desdobramentos das suas etapas, contribuindo para o melhor entendimento dos componentes que o constituem.

#### **4.2 Elaboração do Modelo Lógico do PRP**

O desenho do modelo lógico de um programa possibilita a compreensão de como este deveria operar. Portanto, define a constituição de seus componentes e a sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas (MEDINA et al., 2005).

A composição do Modelo Lógico do PRP obedeceu às revisões realizadas, agrupando e organizando os componentes selecionados, no sentido de sintetizar as prerrogativas fundamentais para o funcionamento do programa. A partir desta compreensão, fez-se necessária a correlação com o contexto em que o processo se insere, buscando superar obstáculos e aproximar-se de seus reais objetivos.

Os principais documentos utilizados para a composição do Modelo Lógico do PRP foram as regulamentações legais para a área de reabilitação profissional, com especial destaque à Convenção 155 da OIT, ratificada pelo Brasil; e os documentos nacionais Decreto n. 3048/99 e Instrução Normativa INSS/PRES n. 45/10 (BRASIL, 1991; BRASIL, 1999; BRASIL, 2010).

A estrutura do modelo seguiu as orientações para a avaliação de programas e serviços de saúde de McLaughlin e Jordan (1999), relatadas por Medina et al. (2005). Os autores propõem a construção do Modelo Lógico a partir de quatro tipos de elementos constitutivos: (1) insumos, que são os aspectos essenciais para o funcionamento do programa; (2) atividades, que correspondem às etapas estendidas a todos os indivíduos de forma particularizada; (3) produtos, considerados os resultados imediatos em função das etapas estabelecidas, que, se atingidos, levarão aos objetivos principais do programa; e (4) efeitos, que são os resultados tardios. No presente estudo, não houve a abordagem dos efeitos, por estes remeterem ao sentido de efetividade, ou seja, ao desempenho social do programa em maximizar os seus resultados, em detrimento do critério de eficácia estipulado.

### **4.3 Construção da Matriz Avaliativa do PRP**

De acordo com Medina et al. (2005), cada avaliação deve ser considerada como um caso particular que requer criatividade por parte do investigador ou avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem e na definição de seus níveis e atributos, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões.

Na composição da matriz de avaliação para o PRP foram identificados e eleitos indicadores, medidas e parâmetros. Cada dimensão comportou subdimensões, que agruparam indicadores. Para cada indicador foi estabelecida uma medida como forma de dimensionar os resultados. A fundamentação dos elementos decorreu dos aspectos normativos estabelecidos pela revisão da literatura e da legislação para o tema.

#### **4.4 Validação da Matriz Avaliativa do PRP**

Apesar de um programa conceitualmente ter seus objetivos, atividades e recursos definidos, na realidade concreta dos serviços, muitas vezes esses elementos são contraditórios. Diante desta dificuldade, é apontada como indispensável para a elaboração de estudos avaliativos a participação dos atores envolvidos no programa, que pode se configurar pela busca da opinião de especialistas (RENGER; TITCOMB, 2002).

Neste sentido, para que os resultados do estudo possam realmente subsidiar a avaliação do PRP, houve o entendimento de que o material produzido deveria ser submetido à análise prévia de um conjunto de especialistas também para a sua validação. A decisão foi tomada diante da complexidade das ações previstas, dos diversos atores institucionais e dos aspectos sociopolíticos inerentes ao PRP.

A escolha da técnica que fosse adequada ao desafio proposto exigiu a busca de uma ferramenta que possibilitasse a interlocução entre os diferentes atores como requisito primordial para a obtenção de resultado mais qualificado. A partir disso, optou-se pela utilização da técnica de consenso para a obtenção de um resultado mais qualificado.

O processo de construção do consenso, além de ampliar a possibilidade de validação dos indicadores e medidas, também proporciona maior legitimidade aos processos avaliativos (MEDINA et al., 2005). É um processo que se caracteriza pela pactuação política entre gestores, técnicos e especialistas da área em discussão.

Diferentes técnicas podem ser utilizadas para a obtenção de consenso. O Método Delfos, que envolve a utilização de documentos a serem preenchidos individualmente pelos especialistas em duas ou mais ocasiões, foi adotado diante da possibilidade dos participantes opinarem sobre todos os temas levantados, com a manutenção do seu anonimato. Prezando pela agilidade do processo, foi utilizado o contato por meio eletrônico com os participantes previamente convidados e esclarecidos sobre os propósitos do estudo (SOUZA et al., 2005).

#### **4.5 Seleção dos Especialistas**

A escolha dos especialistas foi realizada de forma que pudessem ser contempladas as áreas da administração pública essenciais ao tema: previdência social, saúde e trabalho. No perfil dos participantes, buscou-se identificar indivíduos atuantes nas áreas citadas, e em contato com a reabilitação profissional.



O primeiro contato com os especialistas ocorreu de forma pessoal e individualizada, na qual o pesquisador apresentou o projeto de pesquisa que se desenvolvia junto ao Departamento de Saúde Coletiva da UFSC, e que incluía a execução da técnica de consenso referida. Com a concordância do especialista em participar, foi solicitado o seu endereço eletrônico.

A composição final da oficina de consenso contou com a participação de seis especialistas, sendo um com atuação na previdência social, dois na saúde, dois no trabalho, e um pesquisador científico no tema. Destaca-se que os dois participantes da saúde também tiveram passagem profissional pelo setor previdenciário.

#### **4.6 Etapas da Oficina de Consenso**

A consulta aos especialistas foi realizada em duas etapas por meio eletrônico, no período de dezembro de 2010 a maio de 2011.

Na primeira etapa, foi enviado aos participantes material composto de três documentos: Modelo Teórico, Modelo Lógico e Matriz Avaliativa do PRP. Ainda acompanhava mensagem contendo informações, como as instruções e o prazo para a resposta (Apêndice 1). Os espaços destinados ao preenchimento não possuíam limitação de caracteres. Frisa-se também o esclarecimento feito aos participantes de que, na etapa subsequente, não haveria a possibilidade de observações sobre novas questões, permanecendo o debate sobre aquelas levantadas na primeira etapa.

A partir do recebimento das respostas da primeira etapa, procedeu-se à consolidação das informações. O processamento das informações foi facilitado pela organização dos assuntos em dimensões, subdimensões e indiciadores.

Como parte da segunda etapa, foi enviado aos especialistas um novo material constituído de documento único contendo a consolidação das contribuições da primeira etapa, e que solicitava a manifestação sobre tais questões (Apêndice 2).

Algumas manifestações dos participantes refletiram discordância a elementos da matriz que refletiam as diretrizes normativas da legislação nacional. Para estes casos, foi reiterado o critério de eficácia adotado pelo estudo, perante o qual a construção do instrumento deve ser orientada por tais regulamentações (Apêndice 3). As demais contribuições foram incorporadas ao modelo final.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

O desenvolvimento desta pesquisa foi realizado em dois momentos distintos: a elaboração do modelo proposto e a oficina de consenso. No primeiro, foi realizada a revisão da literatura e documental relativas ao PRP e às técnicas de avaliação em saúde. Sua análise demonstrou ser de fundamental importância para a identificação do fluxograma teórico do programa, a composição do Modelo Lógico, e o delineamento dos indicadores e medidas que compõem a Matriz Avaliativa do PRP.

Em um segundo momento, para a construção de um consenso e a conseqüente validação do modelo, foram convidados especialistas reconhecidos na área de reabilitação profissional. A adesão dos convidados ocorreu de a partir da aceitação das atividades propostas. As informações por eles fornecidas foram desvinculadas de características pessoais como forma de manter o sigilo sobre a origem dos dados e garantir a fidedignidade das respostas.

Seja no processo de revisão da literatura ou de obtenção de informações e sugestões fornecidas pelos especialistas para validação dos indicadores da Matriz Avaliativa, foram considerados e seguidos os requisitos éticos para este tipo de pesquisa e que estão de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto não foi submetido à avaliação prévia de um comitê de ética em pesquisa por não incluir intervenção ou utilização de informações relacionadas a pessoas ou grupo de participantes, conforme determina a citada resolução (BRASIL, 1996).

## 5 Referências Bibliográficas

AMIRALIAN MLT et al. Conceituando deficiência. *Rev Saude Pub* 2000; 34(Supl.1): 97-103.

ANDERSON P. *Passagens da antigüidade ao feudalismo*. Porto: Afrontamento; 1982.

BARTILOTTI CB, ANDRADE PR, VARANDAS JM, FERREIRA PCG, CABRAL C. Programa de Reabilitação Ampliada (PRA); uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional. *Acta Fisiatrica* 2009; 16 (2): 66-75.

BRASIL. Decreto-Lei n. 5452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União 1943; 9 ago.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei n. 7036, de 10 de novembro de 1944. Diário Oficial da União 1944; 11 nov.

\_\_\_\_\_. Lei n. 3807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Diário Oficial da União 1960; 5 set.

\_\_\_\_\_. Lei n. 5316, de 14 de setembro de 1967. Integra o seguro de acidentes do trabalho na Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1967; 18 set.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 61784, de 28 de novembro de 1967. Aprova o regulamento do seguro de acidentes do trabalho. Diário Oficial da União 1967; 29 nov.

\_\_\_\_\_. Lei n. 6439, de 1 de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1977; 2 set.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho do Brasil (MTB). Portaria MTB n. 3214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras –

NR, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Diário Oficial da União 1978; 7 jun.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. Recomendação n. 168, de 1983. Ratifica a Convenção n. 159, da Organização Internacional do Trabalho – OIT, que trata da reabilitação profissional e emprego de pessoas com deficiência. Diário Oficial da União 1983.

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

\_\_\_\_\_. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 129 de 22 de maio de 1991. Promulga a Convenção n. 159, da Organização Internacional do Trabalho – OIT, sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes. Diário Oficial da União 1991; 22 mai.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8213 de 14 de agosto de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União 1991; 24 jul.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 1254, de 29 de setembro de 1994. Promulga a Convenção 155, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho. Diário Oficial da União 1994; 30 set.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996 10 out.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 2172, de 5 de março de 1997. Aprova o regulamento dos benefícios da Previdência Social. Diário Oficial da União; 1997 7 mar.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 06 mai.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 3298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n. 7853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 20 dez.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000 [documento na Internet]. 2000 [acessado 2011 15 abr]; [cerca de 173 p.]. Disponível em: <http://ibge.gov.br>

\_\_\_\_\_. Decreto n. 5053, de 3 de maio de 2004. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro dos Cargos do Ministério do Trabalho e Emprego. Diário Oficial da União 2004; 2 mai.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial n. 153, de 13 de fevereiro de 2004. Constitui o Grupo de Trabalho Interministerial, composto por representantes dos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego. Diário Oficial da União 2004; 13 fev.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Previdência Social. Portaria Interministerial MDA/MPS n. 1, de 15 de junho de 2005. Institui o Grupo de Trabalho para adequação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF à LOAS. Diário Oficial da União 2005; 15 jun.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Manual da Perícia Médica da Previdência Social. INSS, 2ª ed.; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª. Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 6042, de 12 de fevereiro de 2007. Altero regulamento da Previdência Social, disciplina o Fator Acidentário de

Prevenção (FAP) e o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP). Diário Oficial da União 2007; 12 fev.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE n. 152, de 13 de maio de 2008. Institui a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança do Trabalho. Diário Oficial da União 2008; 14 mai.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11892, de 29 de dezembro de 2008. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica e dá outras providências. Diário Oficial da União 2008; 30 dez.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 6341, de 3 de janeiro de 2008. Dá nova redação à dispositivos do Decreto n. 5063, de 3 de maio de 2004. Diário Oficial da União 2008; 4 jan.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), 2008 [documento na Internet]. 2009 [acessado 2011 abr 25]; 1(1). Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/>

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), 2009 [documento na Internet]. 2010 [acessado 2011 abr 25]; 1(1). Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União 2009; 12 nov.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 6934, de 11 de agosto de 2009. Aprova a Estrutura Regimental do INSS. Diário Oficial da União 2009; 12 ago.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Portaria n. 296, de 9 de novembro de 2009. Aprova o Regimento Interno do INSS. Diário Oficial da União 2009; 9 nov.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Instrução Normativa INSS/PRES n. 45, de 6 de agosto de 2010. Dispõe sobre a administração de informações do segurado e disciplina o processo

administrativo previdenciário no âmbito do INSS. Diário Oficial da União 2010; 11 ago.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Resolução INSS/PRES n. 118, de 4 de novembro de 2010. Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e Acordos de Cooperação Técnica e dá outras providências. Diário Oficial da União 2010; 8 nov.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Fundação Jorge Duprat Figueiredo (FUNDACENTRO). Institucional [documento na Internet]. 2011 [acessado 2011 abr 25]. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/>

BUCHALLA CM, organizador. CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.

BUÑUALES MTJ, DIEGO PG, MORENO JM. La Clasificación Internacional Del Funcionamiento de La Discapacidad y de La Salud (CIF) 2001. *Rev Esp Salud Publica* 2002; 76(4): 1-12.

CALVO MCM, HENRIQUE F. Avaliação – algumas concepções teóricas sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert JL, organizadores. *A odontologia e a estratégia Saúde da Família*. Tubarão: Editora Unisul; 2006. p. 115-139.

CHEREM AJ, RUIZ RC, TRAMONTIN A, LINO D. Perícia médica e reabilitação profissional: o atual modelo de perícia e uma proposta multidimensional aplicada em um projeto piloto em Santa Catarina. *Acta Fisiátrica* 2009; 16 (2): 93-98.

COHN A. A saúde na Previdência Social e na seguridade social, antigos estigmas e novos desafios. In: Cohn A, Elias P, organizadores. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez Editora; 1996. p. 11-55.

CONTANDRIOPOULOS AP. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cad Saude Publica* 2004, 20: 109-118.

CONTANDRIOPOULOS AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cienc Saud Colet* 2006; 11:705-711.

DAHLGREM GE, WHITEHEAD M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe; 1992.

DANIELLOU F. Análise da atividade futura e a concepção de instalações externas. In: Duarte F, organizador. *Ergonomia e projeto na indústria de processo contínuo*. Rio de Janeiro: Lucena; 2000. p. 75-83.

DEJOURS C. *A loucura no trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oborê; 1987.

DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. *Arch Patol Lab Med* 1990; 114: 1115-1118.

FARIAS N, BUCHALA CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 187-193.

FARREL J. *A assustadora história das pestes e epidemias*. São Paulo: Ediouro; 2003.

Ferreira IM. *Reabilitação profissional e serviço social*. São Paulo: Cortez Editora; 1985.

GRAHAME R. The decline of rehabilitation services and its impact on disability benefits. *J R Soc Med* 2002; 95:114-117.

GUÉRIN F et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Fundação Vanzolini; 2001.

HARTZ ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Cien Saude Coletiva* 1999; 4(2), p 341-353.



HENNIGTON EA. *Saúde e trabalho: considerações sobre as mudanças na legislação acidentária brasileira e sua influência sobre a classe trabalhadora* [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1996.

JONGBLOED L, CRICHTON A. A new definition of disability: Implications for Rehabilitation practice and Social Policy. *Can J Occup Therap* 1990; 57 (1): 32-38.

LAURELL AC, NORIEGA M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec; 1989.

LIMA MAG et al. Programa de Reabilitação de Trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia: ativador de mudanças em Saúde do Trabalhador. *Rev Bras Saude Ocup* 2010; 35(121): 112-122.

MAENO M, TAKAHASHI MAC, Lima MAG. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiatrica* 2009; 16 (2): 53-58.

MAENO M, VILELA RAG. Reabilitação Profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev Bras Saude Ocup* 2010; 35 (121): 74-86.

MARASCIULO ACE. Avaliação do desempenho do programa de benefícios por incapacidade do Instituto Nacional da Previdência Social, Gerência de Florianópolis, SC, 2000-2002. [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

MATSUO M. *Acidentado Trabalho: reabilitação ou exclusão?*. São Paulo: Fundacentro, 2002.

MEDINA MG, SILVA GAP, AQUINO R, HARTZ ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos éticos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MELLO RS. *Direito Ambiental do Trabalho e a Saúde do Trabalhador*. São Paulo: LTr; 2006.

MOOM W, GEIECKER O. Disability: Concepts and Definitions. In: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* [book on the Internet]. Geneva: OIT; 1998 [cited 2011 Apr 15]; 17.2-17.8. Available from: <http://books.google.com.br/books>

MOOM W, IUCHI M. International labour standards and national legislation in favor of disabled persons. In: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* [book on the Internet]. Geneva: OIT; 1998 [cited 2011 Apr 15]; 17.14-17.18. Available from: <http://books.google.com.br/books>

NAGI SZ. Disability concepts revisited: implications for prevention. In: Pope AM, Tarlov AR, organizadores. *Disability in America: toward a national agenda for prevention* [book on the Internet]. Washington D. C.: National Academy Press; 1991 [cited 2011 Apr 15]; p. 309-327. Available from: <http://www.nap.edu/>

NÚCLEO DE EXTENSÃO E PESQUISA EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE (NEPAS). Avaliação da Gestão em Atenção Básica em Santa Catarina [documento na Internet]. 2011 [acessado 2011 jul 15]. Disponível em: <http://nepas.ufsc.br/>

NOVAES HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica* 2000; 34(5): 547-559.

OLIVER FC. O Problema da Incapacidade e da Deficiência. *Terapia Ocup* 1991; 2(23): 66-77.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: UNIC; 2000.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Conheça a OIT [documento na Internet]. 2011 [acessado 2011 abr 25]. Disponível em: <http://www.oit.org.br/>

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Convenio 187, sobre el Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo [versão em espanhol] [documento en Internet]. 2006 [acessado 2011 abr 25]. Disponible en: <http://www.oit.org.br/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), 10ª Revisão. São Paulo: EDUSP; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2004.

POMBO O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. Liinc em Revista [periódico na Internet].2005; 1(1); p. 3-15 [acessado 2011 abr 25]. Disponível em: <http://www.ibict.br/liinc>

RAMAZZINI B. *As doenças dos trabalhadores*. São Paulo: Fundacentro; 2000.

RASKIN C. Social Policy and Human Rights: Concepts of Disability. In: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* [book on the Internet]. Geneva: OIT; 1998 [cited 2011 Apr 15]; 17.11-17.14. Available from: <http://books.google.com.br/books>

RENGER R, TITCOMB A. A three-step approach to teaching logic models. *Am J Eval* 2002; 23 (4): 493-503.

Revista Proteção. A Difícil Tarefa de Reintegrar-se. Proteção Publicações n. 203, Nov 2008, Ano XI; 2008, p. 40-61.

ROCHA LE, RIGOTTO RM, BUSCHINELLI JTP. *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1994.

ROWAN MS. Logic models in primary care return: navigating the evaluation. *Canadian J Prog Eval* 2000; 15(2): 81-92.

SCALCO SV, LACERDA JT, CALVO MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad Saude Publica* 2010, 26 (3): 603-614.

SCLYAR M. *Cenas médicas*. Porto Alegre: Artes & Ofícios, 2002.

SCOTT-PARKER S. Rights and Duties: An Employer's Perspective. In: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* [book on the Internet]. Geneva: OIT; 1998 [cited 2011 Apr 15]; 17.32-17.36. Available from: <http://books.google.com.br/books>

SEYFRIED E. Vocational Rehabilitation and Employment Support Services. In: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* [book on the Internet]. Geneva: OIT; 1998 [cited 2011 Apr 15]; 17.18-17.22. Available from: <http://books.google.com.br/books>

SHUBERT B. Considerações sobre o acidente de trabalho. Brasília: Instituto Nacional da Previdência Social; 1996.

SHREY DE. Disability management at the workplace: overview and future trends. In: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* [book on the Internet]. Geneva: OIT; 1998 [cited 2011 Apr 15]; 17.22-17.26. Available from: <http://books.google.com.br/books>

SILVA LMV, Formigli VL. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saude Publica* 1994; 10: 80-91.

SILVA LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Ed. EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 15-39.

SIMONELLI AP et al. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Rev Bras Saude Ocup* 2010; 35(121): 64-74.

SOUZA LEPF, SILVA LMV, HARTZ ZMA. Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos*

*Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65-102.

TAKAHASHI MBAC, CANESQUI A. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cad Saude Publica* Out 2003; 19(5): 1473-1483.

TAKAHASHI MABC. *Incapacidade e Previdência Social*; trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira na década de 1990 [tese]. Campinas (SP): Universidade Federal de Campinas; 2006.

Takahashi M, Iguti A. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social?. *Cad. Saude Publica* Nov 2008; 24(11): 2661-2670.

TAKAHASHI MABC, SIMONELLI AP, SOUSA HP, MENDES RWB, ALVARENGA MVA. Programa de Reabilitação Profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do CEREST – Piracicaba. *Rev Bras Saude Ocup* 2010; 35(121): 100-112.

TRAIFOROS A, PERRY DA. Rights and Duties: Worker's Perspective. In: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* [book on the Internet]. Geneva: OIT; 1998 [cited 2011 Apr 15]; 17.36-17.42. Available from: <http://books.google.com.br/books>

UNION NATION (UN). Union Nation Enable. Fact Sheet on Persons with Disabilities [paper on the Internet] 2005 [cited 2011 Apr 15] 1(1): [about 2 p.]. Available from: <http://www.un.org/en/>

VERBRUGGE LM, JETTE AM. The Disablement Process. *Soc Science Med* 1994; 38(1): 1-14.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Engaging for Health – Eleventh General Programme of Work. Geneva; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Worker's Health: Global Plan of Action. Geneva; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Family of International Classifications [document on the Internet]. 2002 [cited 2011 Apr 25]. Available from: <http://www.who.int/classifications/en>

## **PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO**

## **Modelo de Reabilitação Profissional: uma proposta de avaliação da eficácia.**

### **Vocational Rehabilitation Model: a proposed evaluation of efficacy.**

#### **Título corrido**

Modelo de Avaliação para Programa de Reabilitação Profissional

#### **Running title**

*Evaluation Model to Vocational Rehabilitation Program*

**Fernando Vasconcellos da Fonseca<sup>1</sup>**

**Josimari Telino de Lacerda<sup>1</sup>**

1. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

\*Este artigo é parte da dissertação de mestrado de Fernando Vasconcellos da Fonseca apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

#### **Endereço para correspondência:**

Fernando Vasconcellos da Fonseca  
Rua Jornalista Beto Stodieck, 148  
Florianópolis - SC – CEP: 88061-210  
E-mail: fervafo@yahoo.com.br



## RESUMO

Este artigo apresenta um modelo de avaliação da eficácia para programa de reabilitação profissional. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, na qual a construção da matriz utilizou o referencial teórico de reabilitação profissional e a normativa da Previdência Social para os aspectos relacionados à organização, funcionamento e comprometimento dos gestores estaduais com o Programa de Reabilitação Profissional. Os indicadores e medidas foram validados por técnica de consenso, com especialistas em reabilitação profissional e avaliação. O modelo proposto tem 3 dimensões avaliativas, que refletem o compromisso do Instituto Nacional do Seguro Social com a reabilitação profissional: insumos, atividades e produtos. Estas dimensões abrigam 11 subdimensões e 23 indicadores utilizados para avaliar o desempenho do programa.

**Palavras-chave:** avaliação em saúde, programa, reabilitação profissional, saúde do trabalhador, eficácia.

## **ABSTRACT**

This paper presents an evaluation model of efficacy to Vocational Rehabilitation Program of the National Social Security Institute of Brazil. It is an evaluative study, in which the construction of the matrix used the theoretical framework of vocational rehabilitation and Social Security rules in relation to aspects of organization, operation and commitment of state managers to the Vocational Rehabilitation Program. The indicators and measures were validated by consensus technique with experts in vocational rehabilitation and evaluation. The proposed model has 3 evaluative dimensions that reflect the commitment to the vocational rehabilitation: inputs, activities and products. These dimensions hold 11 subdimensions and 23 indicators used to evaluate the performance of the program.

**Keywords:** health evaluation, program, vocational rehabilitation, worker's health, efficacy.

## **Introdução**

A avaliação pode ser considerada como um julgamento de valor a respeito de intervenções ou de seus componentes, sendo utilizada para subsidiar a tomada de decisões, por intermédio de mecanismos reconhecidos que possam fornecer informações válidas e legítimas<sup>1</sup>.

Os programas de reabilitação profissional são definidos como um conjunto de ações direcionadas às pessoas com incapacidade para o trabalho, que são estruturados por serviços terapêuticos e de profissionalização, além de incluírem a estabilização psicossocial e a adaptação do ambiente às necessidades dos indivíduos, abordando-os de forma integral. O objetivo da reabilitação profissional somente é atingido, quando ocorre a integração plena do indivíduo com incapacidade para o trabalho na comunidade e a sua participação no mercado de trabalho local<sup>2</sup>.

Dados da ONU informam que cerca de 650 milhões de pessoas, correspondendo a 10% da população mundial, vivem com alguma incapacidade, sendo que este número vem aumentando ao longo dos anos devido ao crescimento populacional, avanços tecnológicos na área da saúde e envelhecimento da população. Aliado a isso, o índice de desemprego entre as pessoas com incapacidade chega a 80% em alguns países<sup>3</sup>. Outro dado preocupante refere-se ao aumento crescente do número de acidentes do trabalho, que no Brasil é comprovado pelas estatísticas previdenciárias com registro de 747.663 casos em 2008, correspondendo a um acréscimo em torno de 13% em relação ao ano anterior<sup>4,5</sup>.

Dessa forma, a reabilitação profissional assume posição de destaque no panorama mundial. Além do crescente aumento do número de pessoas com incapacidade, surge o interesse cada vez maior pelo papel de regulação econômica da reabilitação profissional. Os programas destinados à reinserção no trabalho, quando vinculados aos sistemas previdenciários, podem atuar equacionando a relação entre os afastamentos do trabalho e a conseqüente concessão de benefícios financeiros<sup>6</sup>.

No Brasil, os programas de reabilitação profissional foram gradualmente implantados a partir da década de 1960, com a estatização do Seguro de Acidente do Trabalho (SAT) e a definição de uma fonte permanente de custeio<sup>7</sup>. A partir da Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência em saúde passou a ser um direito de todos os cidadãos brasileiros; no entanto, a reabilitação

profissional permaneceu sob responsabilidade da instituição previdenciária e, portanto, restrita aos seus segurados, dependentes e pessoas com deficiência (PcD)<sup>8,9</sup>.

O histórico recente de mudanças na reabilitação profissional é dividida por Takahashi<sup>10</sup> em três fases: a) Pós-Constituição de 1988 a 1994, como um período favorável ao desenvolvimento de serviços inovadores, sendo caracterizado pela redemocratização do país e a emergência de movimentos sociais; b) Plano de Modernização da Reabilitação Profissional (1995 a 2000), marcado pela oficialização do término do modelo centrado nos Centros de Reabilitação Profissional (CRP); e c) Programa Reabilita (a partir de 2001), no qual o processo está centrado na homologação do retorno ao trabalho pelas Agências da Previdência Social (APS).

O sistema previdenciário brasileiro prevê como medidas de proteção social aos cidadãos com incapacidade a concessão de benefícios financeiros e a prestação de serviço social e de reabilitação profissional. O acesso a estes recursos tem como requisito principal o reconhecimento da incapacidade para o trabalho por médico perito<sup>11</sup>. Destacam-se os dados atuais que apontam que cerca de 50% da população ocupada no país encontram-se no mercado de trabalho informal, ou seja, sem acesso aos recursos previdenciários<sup>12</sup>.

Os serviços de reabilitação profissional no país são de responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), órgão vinculado ao Ministério da Previdência Social (MPS). Entretanto, para a adequada prestação dos serviços de RP, é requisito fundamental a atuação interinstitucional dos setores públicos de saúde, trabalho e previdência, além do envolvimento das demais organizações públicas e privadas, e da sociedade em geral<sup>13,14</sup>.

Assim, a reabilitação profissional representa claramente a importância de uma política nacional de saúde do trabalhador. A Convenção 187 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) aponta na mesma direção ao propor o envolvimento das diferentes áreas departamentais públicas no tratamento das questões relacionadas à segurança e saúde do trabalhador. Atento a este cenário, o governo brasileiro instituiu a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho composta por representantes das pastas da previdência, trabalho e saúde, com o objetivo de ratificar o documento internacional, através da revisão e ampliação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST)<sup>15,14</sup>.

Diante disso, vivemos um cenário político e social atual propício ao debate das diretrizes para uma política pública de reabilitação profissional. Maeno e Vilela<sup>16</sup> afirmam que a construção de uma ação deste porte decorre obrigatoriamente da mudança na forma de atuação da reabilitação profissional no país, passando a priorizar a recuperação da capacidade de trabalho e a integração social das pessoas com incapacidade, e deixando de ser um mero mecanismo de desfecho administrativo.

Dentro deste contexto, a presente pesquisa apresenta um modelo de avaliação para o Programa de Reabilitação Profissional (PRP), no âmbito da Previdência Social do Brasil. Para tanto, a revisão normativa do PRP foi a estratégia utilizada na identificação dos elementos constitutivos do programa, a partir dos quais se pretende dimensionar o atendimento da intervenção à legislação.

Os questionamentos que orientaram a identificação destes elementos e delineararam o modelo avaliativo foram: a) “O PRP tem cumprido com o objetivo de reintegrar e manter em um emprego os indivíduos com alguma incapacidade?”; b) “O programa tem contribuído para a prevenção de riscos ambientais geradores de incapacidade?”; c) “O programa tem desempenhado atividades que correspondem às necessidades de saúde e emprego da população?”; d) “O programa tem atendido aos interesses econômicos da sociedade relacionados ao sistema previdenciário?”; e) “As parcerias institucionais executam as suas atividades previstas?”; e f) “O programa tem ampliado o acesso aos serviços através da descentralização das ações?”.

## **Método**

A presente pesquisa avaliativa propõe as dimensões, subdimensões e indicadores de avaliação para o PRP no âmbito da Previdência Social do Brasil. O modelo de avaliação desenvolvido tem como unidades de análise o PRP desenvolvido nas Unidades Federativas (UF) do país.

A pesquisa foi dirigida a dimensionar o funcionamento do PRP a partir de sua proposta normativa; portanto, adota o critério de eficácia para a avaliação. A eficácia é definida como um critério institucional que revela a capacidade administrativa para atingir metas quantitativas e qualitativas<sup>17</sup>. Para efeito deste estudo, a eficácia é compreendida como o atendimento à regulamentação que norteia as ações de reabilitação profissional, no âmbito do INSS.

A revisão bibliográfica compreendeu a ampliação de conhecimentos sobre o objeto de pesquisa reabilitação profissional e os mecanismos para a avaliação de programas de saúde. Para ambos, foi realizada uma busca por artigos publicados entre os anos 2000 e 2010 na base de dados do *Scielo*, para a qual foram definidas as palavras-chave: reabilitação profissional, retorno ao trabalho e avaliação em saúde. A busca incluiu os termos correlatos para a língua espanhola (*rehabilitación vocacional, volver al trabajo, evaluación en salud*) e inglesa (*vocational rehabilitation, return to work, health evaluation*). Para a reabilitação profissional, a pesquisa também estendeu esforços na revisão das normativas internacional e nacional, sobretudo no que se refere às áreas da previdência social, trabalho e saúde.

Para a construção do modelo de avaliação, foi fundamental a participação em grupos de discussão com docentes e discentes da área de avaliação em saúde nas atividades do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS), pertencente ao Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Em três ocasiões, foram realizadas apresentações da pesquisa, nas quais o debate com profissionais de diversas categorias contribuiu de forma significativa para a construção do instrumento de avaliação. Os encontros se caracterizaram pela técnica de consenso denominada Comitê Tradicional, que envolve a discussão aberta sobre um tema determinado entre especialistas<sup>18</sup>.

O desenvolvimento do modelo ocorreu por intermédio das etapas de: identificação do modelo teórico, desenvolvimento do modelo lógico, composição da matriz avaliativa e a sua validação junto a especialistas.

### Identificação do Modelo Teórico do PRP

A identificação do Modelo Teórico do PRP ocorreu a partir da revisão da literatura e da legislação nacional sobre o tema, que possibilitaram o maior conhecimento sobre a previsão da prestação dos serviços dentro da realidade brasileira.

Com a contribuição desta etapa, a tarefa de identificação dos principais pontos críticos e limitações do programa se tornou facilitada, permitindo levantar uma série de desdobramentos do PRP, e contribuindo para o melhor entendimento de seus componentes.

### Elaboração do Modelo Lógico do PRP

A composição do Modelo Lógico do PRP obedeceu às revisões realizadas, agrupando e organizando os componentes selecionados, no sentido de sintetizar as prerrogativas fundamentais para o funcionamento do programa. A partir desta compreensão, fez-se necessária a correlação com o contexto em que o processo se insere, buscando superar obstáculos e aproximar-se de seus reais objetivos.

A estrutura do modelo seguiu as orientações para a avaliação de programas e serviços de saúde de McLaughlin e Jordan (1999), relatadas por Medina et al.<sup>19</sup>. Os autores propõem a construção do Modelo Lógico a partir de quatro tipos de elementos constitutivos: (1) insumos, que são os aspectos essenciais para o funcionamento do programa; (2) atividades, que correspondem às etapas estendidas a todos os indivíduos de forma particularizada; (3) produtos, considerados os resultados imediatos em função das etapas estabelecidas, que, se atingidos, levarão aos objetivos principais do programa; e (4) efeitos, que são os resultados tardios. No presente estudo, não houve a abordagem dos efeitos, por estes remeterem ao sentido de efetividade, ou seja, ao desempenho social do programa em maximizar os seus resultados, em detrimento do critério de eficácia estipulado.

### Construção da Matriz Avaliativa do PRP

Na composição da matriz de avaliação para o PRP foram identificados e eleitos indicadores, medidas e parâmetros. Cada dimensão comportou subdimensões, que agruparam indicadores. Para cada indicador foi estabelecida uma medida como forma de dimensionar os resultados. A fundamentação dos elementos decorreu dos aspectos normativos estabelecidos pela revisão documental e da literatura.

### Validação da Matriz Avaliativa do PRP

Apesar de um programa conceitualmente ter seus objetivos, atividades e recursos definidos, na realidade concreta dos serviços, muitas vezes esses elementos são contraditórios. Diante desta dificuldade, é apontada como indispensável para a elaboração de estudos avaliativos a participação dos atores envolvidos no programa, que pode se configurar pela busca da opinião de especialistas<sup>20</sup>.

Diferentes técnicas podem ser utilizadas para a obtenção de consenso. O Método Delfos, que envolve a utilização de documentos a serem preenchidos individualmente pelos especialistas em duas ou mais

ocasiões, foi adotado diante da possibilidade dos participantes opinarem sobre todos os temas levantados, com a manutenção do seu anonimato. Prezando pela agilidade do processo, foi utilizado o contato por meio eletrônico com os participantes previamente convidados e esclarecidos sobre os propósitos do estudo<sup>18</sup>.

A seleção dos especialistas foi realizada de forma que pudessem ser contempladas as áreas da administração pública essenciais ao tema: previdência social, saúde e trabalho. Assim, os seis participantes selecionados, desempenhavam atividade nas áreas citadas, e mantinham contato direto com a reabilitação profissional.

A consulta aos especialistas foi realizada em duas etapas. Na primeira, foi enviado material contendo o Modelo Teórico, o Modelo Lógico e a Matriz Avaliativa do PRP na íntegra, para análise e comentários dos participantes. A segunda etapa dedicou-se ao compartilhamento dos comentários e a definição dos pontos discordantes.

## **Resultados**

### **O Modelo Teórico do PRP**

A reabilitação profissional representa, de forma abrangente, a resposta pública à incapacidade para o trabalho. Assim, os serviços a serem incluídos nos programas para o tema são determinados pela forma como a sociedade estabelece as suas relações, sobretudo a interface entre a incapacidade e a organização do trabalho e dos meios produtivos. O trabalho é apontado como uma atividade complexa, caracterizada pela variabilidade dos indivíduos, dos processos produtivos e de suas relações<sup>21,22</sup>.

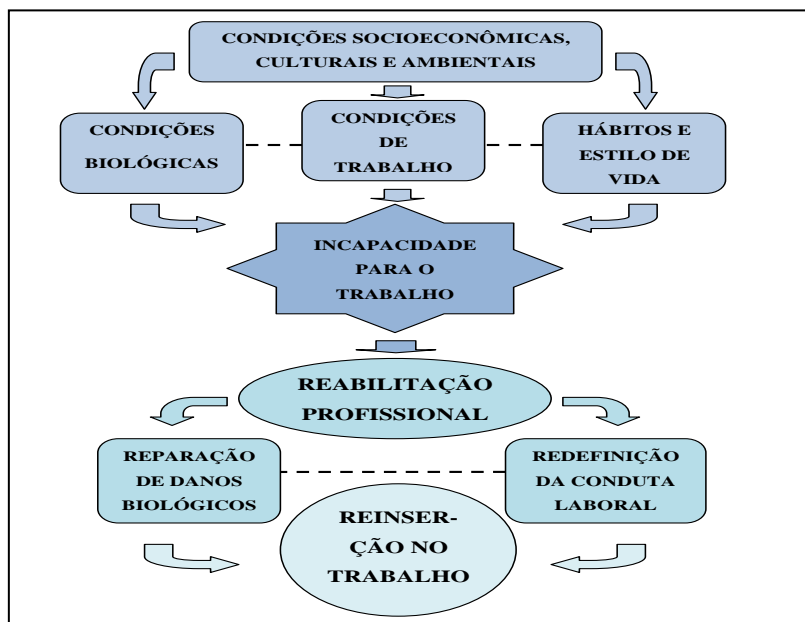
Neste contexto, emergem as propostas de intervenção na área de reabilitação profissional afinadas com a abordagem da medicina social e do processo saúde-doença, que reconhecem os determinantes sociais da incapacidade, a partir do modo de produção e da organização da sociedade<sup>23</sup>. Dahlgren e Whithead<sup>24</sup> estabelecem as variáveis de determinação social contempladas nos estudos científicos da área, enfatizando os aspectos culturais e estruturais em que estão inseridos os indivíduos.

O Modelo Teórico do PRP representado pelo diagrama da Figura 7 apresenta as *Condições Socioeconômicas, Culturais e Ambientais* como determinante das *Condições de Trabalho, Condições Biológicas* e *Hábitos e Estilo de Vida*, que atuam isoladamente ou em



conjunto em cada situação na gênese da *Incapacidade para o Trabalho*. O tipo de incapacidade varia para cada caso, embora acometa, na realidade brasileira, com maior frequência as estruturas musculoesqueléticas e psíquicas dos indivíduos, desde níveis leves a acentuados.

Figura 7: Diagrama do Modelo Teórico do PRP.



As *Condições de Trabalho* estão relacionadas à exposição a fatores de risco oriundos do ambiente de trabalho no desempenho da atividade profissional. As *Condições Biológicas* correspondem às características inerentes a cada ser humano, que podem apresentar-se já no nascimento ou ao longo dos anos de vida. Os *Hábitos e Estilo de Vida* representam as práticas de vida de cada indivíduo, que incluem cuidados de higiene, alimentação, lazer, prática de atividades esportivas, padrão de sono e as demais atividades cotidianas.

Portanto, os trabalhadores podem estar expostos a diferentes fatores de risco nocivos à saúde na sua trajetória de vida, seja no ambiente de trabalho ou fora deste. A forma como ocorre esta exposição será determinante para o surgimento de eventuais agravos com potencial

de desencadear incapacidade para o trabalho. O presente estudo dá enfoque às situações em que o indivíduo inserido no mercado de trabalho e no desempenho de sua atividade profissional desenvolve alguma incapacidade, que acaba por interferir no seu desempenho e na manutenção de um emprego.

Na ocorrência de casos de *Incapacidade para o Trabalho*, se faz necessário uma abordagem particularizada a cada situação na forma mais precoce possível. A intervenção de saúde específica é chamada reabilitação, sendo que, para as situações de incapacidade para o trabalho, recebe a denominação de *Reabilitação Profissional*.

Para Seyfried<sup>2</sup>, as propostas atuais de programa na área assumem uma atuação dinâmica direcionada à adaptação das condições e do ambiente de trabalho à pessoa com incapacidade, deixando para o passado a visão voltada à fase prévia à inserção no trabalho. Portanto, devem ocorrer por intermédio de equipe multidisciplinar nas áreas específicas a cada caso, e com a participação de forma imprescindível da pessoa com incapacidade.

No Brasil, a legislação trabalhista prevê a prestação do PRP, sob responsabilidade do INSS, que deve disponibilizar atividades próprias dentro da instituição e outras através de convênios com a comunidade<sup>11</sup>. O PRP visa à *Reparação de Danos Biológicos* e a *Redefinição da Conduta Laboral* dos indivíduos segurados com incapacidade para o trabalho.

A *Reinserção no Trabalho* ocorre naqueles casos onde se obteve a estabilização do quadro clínico e a adequada preparação profissional do segurado. Entretanto, a etapa inclui ainda a adaptação das condições ambientais do trabalho às necessidades do indivíduo e o acompanhamento da fixação no mercado de trabalho.

Assim, dispomos do presente Modelo Teórico do PRP, que ao mesmo tempo em que se utiliza de conceitos atualizados da literatura para a área, também busca contemplar os pressupostos legais previdenciários brasileiros.

### O Modelo Lógico do PRP

O Modelo Lógico foi construído como consequência da ampliação dos conhecimentos sobre o objeto-modelo e as discussões com especialistas nas áreas de avaliação em saúde. Os principais documentos utilizados na sua composição foram as regulamentações legais para a área de reabilitação profissional, com especial destaque à

Convenção 155 da OIT sobre o tema, ratificada pelo Brasil; e os documentos nacionais Decreto n. 3048/99, que aprova o Regulamento da Previdência, e Instrução Normativa INSS/PRES n. 45/10, que disciplina o processo administrativo no âmbito do INSS<sup>11,25,26</sup>.

Dessa forma, foram propostos elementos constitutivos para o PRP, que mais tarde foram utilizados como substrato para a elaboração da Matriz Avaliativa. O Modelo Lógico tem seu diagrama representativo apresentado na Figura 8, sendo composto de três dimensões: Insumos, Atividades e Produtos.

Figura 8: Diagrama do Modelo Lógico do PRP.



Nas dimensões *Insumos* e *Atividades*, estão elencados os componentes fundamentais para o funcionamento do programa. Para a primeira, temos: *Estrutura Organizacional*, *Recursos Humanos*, *Informação*, *Serviços* e *Recursos Financeiros*.

A segunda dimensão trata das *Atividades* do PRP: *Avaliação do Potencial Laborativo (APL)* e *Programação Profissional (PP)*. A *APL* é a atividade inicial do programa, que busca identificar os potenciais do indivíduo para a definição das próximas etapas. A *PP* compreende o conjunto de atividades previstas no planejamento individual do segurado, que deve ser acompanhado de perto pela equipe de RP.

Para a dimensão *Produtos*, estão previstos os resultados esperados do programa que são: *Certificação em RP*, *Reinserção no*

*Trabalho, Redução das Aposentadorias por Invalidez e Vigilância.* A *Certificação* é o processo de homologação do parecer conclusivo a cada caso. A *Reinserção no Trabalho* inclui a orientação de medidas de adequação no ambiente de trabalho pela equipe da APS, que busca contribuir no sucesso do retorno ao trabalho do segurado. A *Redução das Aposentadorias por Invalidez* representam os esforços do programa em contribuir para a melhoria das condições de trabalho da coletividade dos trabalhadores. E, não menos importante, são as ações de *Vigilância* que tem por objetivo evidenciar o desfecho positivo de cada caso.

#### A Matriz Avaliativa do PRP

A Matriz Avaliativa utiliza as dimensões e subdimensões do Modelo Lógico do PRP. A partir destas, foram desenvolvidos os indicadores, medidas e parâmetros constituintes da Matriz Avaliativa apresentada no Quadro 4. A mesma contendo os *rationales*, textos explicativos para cada indicador, encontra-se no Apêndice 4.

A dimensão **Insumos** é composta por cinco subdimensões: **Estrutura Organizacional, Recursos Humanos, Informação, Serviços e Recursos Financeiros.**

A **Estrutura Organizacional** compreende os indicadores *Gestão Descentralizada* e *Cobertura*, que representam a diretriz previdenciária de descentralização da gestão e das ações de reabilitação profissional. A partir da presença dos profissionais de RP nas Gerências Executivas (GEX) e Agências da Previdência Social (APS), busca-se aproximar as atribuições de planejamento, gerenciamento e supervisão técnica das necessidades de cada localidade, e ampliar a cobertura dos serviços aos segurados.

Em **Recursos Humanos**, foram incluídos os indicadores *Qualificação* e *Agilidade*. Com o objetivo de prestar serviços qualificados, as equipes de RP devem ser capacitadas continuamente, através de planejamento mínimo anual. Além da qualificação, deve ser assegurado o número de profissionais de RP suficientes para atendimento das demandas encontradas nas APS. Dessa forma, consideramos a conclusão da Avaliação do Potencial Laborativo como o marco de ingresso do segurado no PRP, que não deve ultrapassar o período de quinze (15) dias de afastamento do trabalho, devido às implicações nas condições de saúde do indivíduo e na concessão de benefício financeiro.

Quadro 4: Matriz Avaliativa do PRP.

<b>DIMENSÃO INSUMOS</b>			
<b>SUBDIMENSÃO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIDA</b>	<b>PARÂMETRO</b>
1 – Estrutura Organiza- cional	1.1 – Gestão descentrali- zada	Presença de Técnico de RP apoiado por equipe multidisciplinar de áreas afins nas Gerências Executivas (GEX).	Técnico e Equipe <b>(Bom)</b> / Técnico sem equipe <b>(Regular)</b> / Demais <b>(Ruim)</b>
	1.2 – Cobertura	Presença de uma equipe técnica de RP composta por médico perito e orientador profissional na APS.	Presença de médico perito e orientador profissional <b>(Bom)</b> / Presença de médico somente <b>(Regular)</b> / Demais <b>(Ruim)</b>
2 – Recursos Humanos	2.1 – Qualifica- ção	Previsão de curso ou treinamento para as equipes de RP no Plano Anual de Capacitação do INSS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
	2.2 – Agilidade	Tempo médio despendido entre o primeiro atendimento do segurado e a conclusão da Avaliação do Potencial Laborativo.	0 a 5 dias corridos <b>(Bom)</b> / 6 a 14 <b>(Regular)</b> / 15 ou mais <b>(Ruim)</b>
3 – Informa- ção	3.1 – Atualiza- ção do Sistema de Inform.	Atualização mensal dos dados de RP em sistema próprio nos últimos 12 meses.	Todos os meses atualizados <b>(Bom)</b> / Um mês ou mais desatualizado <b>(Ruim)</b>
	3.2 – Disponibil- ização de inform.	Acesso às informações por parte das instituições públicas comprometidas na RP (MPS, MS, MTE, MPT)	Sim <b>(Bom)</b> Não <b>(Ruim)</b>
4 – Serviços	4.1 – Oferta de serviços	Existência de contrato para a prestação de atendimento especializado de Fisioterapia e a promoção de cursos profissionalizantes, de forma mínima, no âmbito das APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
	4.2 – Continui- dade	Número de dias em que houve interrupção da prestação de serviço contratado nos últimos 12 meses.	Nenhum <b>(Bom)</b> / Até 30 dias somados <b>(Regular)</b> / Mais de 30 dias somados <b>(Ruim)</b>

	4.3 – Recursos Materiais	Existência de comprovação de fornecimento e/ou previsão orçamentária para a aquisição de órteses e próteses para RP, pela APS, nos últimos doze (12) meses.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
5 – Recursos Financeiros	5.1 – Sustentabilidade	Existência do item orçamentário específico para a RP.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
<b>DIMENSÃO ATIVIDADES</b>			
<b>SUBDIMENSÃO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIDA</b>	<b>PARÂMETRO</b>
6 – Avaliação do Potencial Laborativo	6.1 – Avaliação clínica	Disponibilidade dos documentos referentes às diretrizes médico periciais nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
	6.2 – Análise dos postos de trabalho	Disponibilidade de instrumento para registro de informações relativas aos ambientes de trabalho nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
	6.3 – Adequação da Programação Profissional	Disponibilidade de instrumento(s) para registro de informações relativas à análise conjunta da equipe de RP nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
7 – Programação Profissional	7.1 – Multiprofissionalidade	Disponibilidade de atendimento nas áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Fonoaudiologia.	Todas <b>(Bom)</b> / Fisioterapia e Psicologia incluídas <b>(Regular)</b> / Demais <b>(Ruim)</b>
	7.2 – Interdisciplinaridade	Disponibilidade de instrumento(s) de referência e contra-referência para a troca de informações nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
	7.3 – Diversificação de atividades profissionais	Disponibilidade de levantamento da oferta do mercado de trabalho atualizado, nos últimos 30 dias, no âmbito da APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>

	7.4 – Acompanhamento	Disponibilidade de instrumento(s) para acompanhamento das atividades da Programação Profissional nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
<b>DIMENSÃO PRODUTOS</b>			
SUBDIMENSÃO	INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO
8 – Certificação de RP	8.1 – Homologação e certificação	Disponibilidade de instrumento de certificação da RP nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
9 – Reinserção no Trabalho	9.1 – Adequação do ambiente de trabalho	Disponibilidade de instrumento(s) para a orientação de medidas de adequação no ambiente de trabalho nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
	9.2 – Reabilitados	Percentual de clientes reabilitados relativo aos elegíveis no último ano.	≥ 60% <b>(Bom)</b> / < 60% <b>(Ruim)</b>
10 – Incapacidade	10.1 – Redução de aposentadorias por invalidez	Percentual de aposentadorias decorrentes do grupo XIII (CID10) relativas ao total de aposentadorias por invalidez, no último ano.	< que a proporção nacional <b>(Bom)</b> ≥ à proporção nacional <b>(Ruim)</b>
11 – Vigilância	11.1 – Fixação no Mercado de Trabalho	Disponibilidade de instrumento para Pesquisa e Acompanhamento da Fixação no Mercado de Trabalho nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
	11.2 – Cumprimento de orientações	Existência de notificação realizada no ano anterior.	Alguma <b>(Bom)</b> / Nenhuma <b>(Ruim)</b>

Sob a denominação de **Informação**, foram definidos os indicadores *Atualização do Sistema de Informação* e *Disponibilização de Informações*. A utilização de um sistema informatizado próprio do PRP se faz necessário para o registro e arquivo de dados de todas as etapas da RP, incluindo: perícias médicas, atendimentos pelas equipes de RP, encaminhamentos, certificação da RP, fixação no mercado de trabalho. Este sistema deve ser constantemente atualizado pelos serviços de atenção local. Outra característica essencial do sistema é a disponibilização de dados para instituições públicas comprometidas com o cumprimento das etapas da RP, tais como: o próprio MPS, MS, MTE e MPT. Tais informações devem contribuir para o controle epidemiológico das doenças de maior prevalência e na fiscalização dos riscos ambientais, com ênfase na proteção e prevenção de agravos ao segurado<sup>14</sup>.

O item **Serviços** abrange os indicadores *Oferta de Serviços*, *Continuidade* e *Recursos Materiais*, que buscam garantir os serviços básicos para o desenvolvimento das etapas subseqüentes. A disponibilização dos diversos serviços previstos ocorre habitualmente por intermédio de convênios e parcerias com instituições públicas e/ou privadas gerenciados pelo INSS. A contratação dos serviços deve obedecer às regras previstas, assegurando a sua prestação de forma contínua e sem interrupções. Além destes serviços, o programa deve fornecer aos segurados, quando indispensáveis para o desenvolvimento da RP, os recursos materiais previstos na legislação<sup>27</sup>.

Encerrando a primeira dimensão, **Recursos Financeiros** trata da previsão orçamentária para a RP, como parte do planejamento anual do INSS, através do indicador *Sustentabilidade*.

A dimensão **Atividades** inclui as subdimensões **Avaliação do Potencial Laborativo (APL)** e **Programação Profissional (PP)**, que são os elementos essenciais para a recuperação da capacidade de trabalho do segurado. A **APL** é composta pelos indicadores *Avaliação Clínica*, *Análise dos Postos de Trabalho* e *Adequação da Programação Profissional*, que representam três momentos distintos desta atividade. A avaliação clínica do segurado, realizada pelo médico perito, deve compreender a avaliação dos aspectos físicos e psíquicos do indivíduo, suas potencialidades e prognóstico. Para auxiliar o médico perito, o INSS tem se dedicado a produzir um conjunto de documentos contendo diretrizes para as patologias nas áreas da Psiquiatria, Ortopedia, Clínica Médica e Medicina Ocupacional, que devem ser observadas nas



decisões. A análise dos postos de trabalho é o outro elemento essencial no processo, que deve ser realizada pelo médico perito e o OP, através de visitação e/ou informações prestadas, com o seu devido registro. A conclusão da APL ocorre através da análise conjunta do médico perito e o OP, quando será definida a proposta de RP para cada caso, sendo consideradas as informações já registradas.

A **PP** compreende os indicadores *Multiprofissionalidade, Interdisciplinaridade, Diversificação de Atividades Profissionais e Acompanhamento*. A etapa deve ocorrer preferencialmente mediante a atuação de equipe multiprofissional especializada em Medicina, Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e outras afins do processo. No entanto, a presença de diferentes categorias profissionais no processo não garante a interação entre as mesmas, sendo fundamental a existência de mecanismos e espaços para a troca de informações e discussão de casos. A requalificação profissional é outra medida importante na ampliação das possibilidades de readaptação do indivíduo, ao prepará-lo para o mercado de trabalho. As atividades como cursos, treinamentos e estágios profissionalizantes devem ser utilizadas de forma estratégica para cada caso, mediante a utilização dos recursos disponíveis na comunidade. Para tal, o levantamento da oferta do mercado de trabalho assume papel decisivo no direcionamento do programa, devendo ser mantido atualizado. Destaca-se também o papel fundamental do acompanhamento do plano individualizado em todas as suas etapas pela equipe de RP, com a finalidade de efetuar os ajustes necessários e certificar-se de sua realização.

A dimensão **Produtos** representa os resultados esperados do programa, sendo constituída por quatro subdimensões: **Certificação da RP, Reinserção no Trabalho, Redução de Aposentadorias por Invalidez e Vigilância**.

A **Certificação da RP**, através do indicador *Homologação e certificação*, busca assegurar um parecer conclusivo a cada caso, após o cumprimento do plano individualizado. Esta definição pode ir desde a imediata reinserção no trabalho até a aposentadoria por invalidez, passando pela adoção de medidas complementares, quando se fizer necessário. Os pareceres conclusivos que indicarem o retorno ao trabalho deverão ser submetidos a processo de homologação e certificação, com vistas à fixação no mercado de trabalho.

Como **Reinserção no Trabalho** estão previstos os indicadores *Adequação do Ambiente de Trabalho e Reabilitados*. A orientação de

medidas de adequação no ambiente de trabalho visa reinserir o segurado no trabalho de forma segura, através da mitigação de riscos à saúde do indivíduo e da coletividade. Na perspectiva coletiva, as adequações estão voltadas aos processos produtivos, que representam risco aos demais trabalhadores; quanto ao indivíduo, guardam relação com as necessidades relativas à sua incapacidade para o trabalho. O êxito imediato do processo de RP pode ser dimensionado através do retorno ao trabalho de segurados que ingressaram no PRP. Segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), em 2009, no Brasil, em média, 60% dos clientes elegíveis são reabilitados<sup>28</sup>.

Para **Incapacidade** é proposto o indicador *Redução de Aposentadorias por Invalidez*, que dimensiona os efeitos da RP em longo prazo. As patologias osteomusculares foram escolhidas como representativas, já que corresponderam, em 2009, à causa conhecida de aposentadoria mais prevalente<sup>28</sup>.

A última subdimensão denominada **Vigilância** contém os indicadores *Fixação no Mercado de Trabalho* e *Cumprimento de Orientações*. A fixação do segurado no mercado de trabalho deve ser acompanhada pelo instrumento específico de Pesquisa e Acompanhamento em todos os casos de segurado reabilitado, no 6º e 12º mês após o seu retorno ao trabalho. A vigilância desempenha papel fundamental na verificação do cumprimento dos dispositivos legais e de orientações específicas em relação à atividade laborativa e o ambiente de trabalho. Cabe ao INSS encaminhar notificação às instâncias administrativas competentes nas situações em que houver o descumprimento das tais recomendações, a fim de que sejam adotadas as providências legais cabíveis.

Para a emissão de juízo de valor sobre a eficácia do PRP prestado pelo INSS, é proposta a classificação por escores apresentada no Quadro 5. Na sua elaboração, os indicadores, subdimensões e dimensões foram considerados como tendo o mesmo grau de importância entre si. Foram adotadas as seguintes designações acompanhadas de escores para a classificação: “Ruim” e “0” para os quesitos não atendidos; “Regular” e “1” para os parcialmente atendidos; “Bom” e “2” para os contemplados. A soma dos escores obtidos para os indicadores resultou em avaliação da eficácia do PRP em cada subdimensão, e sucessivamente para as dimensões e resultado final.

No caso das subdimensões e dimensões, definiu-se como “Bom” e pontuação “2” as situações em que todos os indicadores ou

Quadro 5: Escores para a Matriz Avaliativa do PRP.

MATRIZ AVALIATIVA				ESCORES			
Dim	Subd	Ind	Parâm	Subd	Dim	Final	
<b>I N S U M O S</b>	1 Estrut	1.1 Ges tão des cent	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)	0-1 = Ruim (0)  2-3 = Regular (1)  4 = Bom (2)	0-2 = Ruim (0)  3-9 = Regular (1)  10 = Bom (2)		
		1.2 Cob ertu ra	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)				
	2 Rec. Huma nos	2.1 Qua lif.	Ruim (0) Bom (2)	0-1 = Ruim (0)  2-3 = Regular (1)  4 = Bom (2)			
		2.2 Agi lida de	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)				
	3 Infor ma- ção	3.1 Atu aliz.	Ruim (0) Bom (2)	0 = Ruim (0)  2 = Regular (1)  4 = Bom (2)			
		3.2 Dis pon	Ruim (0) Bom (2)				
	4 – Serviç os	4.1 Ofe rta	Ruim (0) Bom (2)	0-2 = Ruim (0)  3-5 = Regular (1)  6 = Bom (2)			
		4.2 Con tin.	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)				
		4.3 Rec Mat	Ruim (0) Bom (2)				
	5 Rec. Fin.	5.1 Sus tent abil ida de	Ruim (0)  Bom (2)	0 = Ruim (0)  2 = Bom (2)			0-1 = Ruim  2-4 = Regul ar  5-6 = Bom

<b>A T I V I D A D E S</b>	6 APL	6.1 Av. clín ica	Ruim (0) Bom (2)	0-2 = Ruim (0)	0-1 = Ruim (0) 2-3 = Regular (1) 4 = Bom (2)
		6.2 Aná lise PT	Ruim (0) Bom (2)	3-5 = Regular (1)	
		6.3 Ade qua ção PP	Ruim (0) Bom (2)	6 = Bom (2)	
	7 PP	7.1 Mul tip.	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)	0-2 = Ruim (0)	
		7.2 Inte rd.	Ruim (0) Bom (2)	3-7 = Regular (1)	
		7.3 Div ers.	Ruim (0) Bom (2)		
		7.4 Aco mp.	Ruim (0) Bom (2)		
<b>P R O D U T O S</b>	8 Certif icação	8.1 Ho mol	Ruim (0) Bom (2)	0 = Ruim (0) 2 = Bom (2)	
	9 Reins erção	9.1 Ad. trab	Ruim (0) Bom (2)	0 = Ruim (0) 2 = Regular (1)	
		9.2 Rea bilit	Ruim (0) Bom (2)	4 = Bom (2)	
	10 Incap acida de	10.1 Ap ose nt.	Ruim (0) Bom (2)	0 = Ruim (0) 2 = Bom (2)	
	11 Vigilâ ncia	11.1 Fix.	Ruim (0) Bom (2)	0 = Ruim (0) 2 = Regular (1)	
		11.2 Cu mp	Ruim (0) Bom (2)	4 = Bom (2)	

subdimensões, respectivamente, se apresentarem dessa forma. Foram classificadas como “Ruim” e “0” as seguintes situações: (1) todos os itens “zerados”; (2) quando composta por dois itens, um destes “Regular” e o outro “Ruim”; e (3) quando composta por mais de dois itens, um “Bom” ou até dois “Regular”, e os demais “Ruim”. As demais combinações para as subdimensões e dimensões foram consideradas como “Regular” ou “1”.

Para o resultado final, que representa o juízo de valor a cerca da eficácia do PRP, foi adotado critério mais brando: (1) conceito “Bom”, quando as três dimensões forem consideradas “Bom”, ou uma “Regular” e duas “Bom”; (2) conceito “Ruim”, quando todas as dimensões “Ruim”, ou uma “Regular” e as demais “Ruim”; e (3) conceito “Regular” para as demais situações.

## **Discussão**

O conhecimento do desempenho das políticas e ações da área de Reabilitação Profissional do INSS é fundamental para oportunizar a identificação dos problemas no planejamento e execução das ações no âmbito da administração pública. A partir da realização desta verificação de desempenho, podem ser traçadas estratégias de planejamento e acompanhamento de melhorias nos programas e políticas públicas. Diante disso, os pesquisadores propõem o modelo de avaliação, na busca de dimensionar a atuação dos serviços de Reabilitação Profissional prestados pelo INSS à luz da normativa vigente.

O critério de eficácia adotado pelo estudo é o seu próprio limitante, já que restringe o estudo aos aspectos normativos da reabilitação profissional no país. Portanto, trata-se de um primeiro passo dado na direção de revisar as diretrizes para a área de reabilitação profissional no âmbito da Previdência Social. O caminho deve ser seguido por novas etapas de investigação relacionada aos demais aspectos do programa, tais como a sua eficiência, efetividade e relevância, em programas de avaliação e melhoria da qualidade do PRP. Neste sentido, a estrutura básica apresentada neste modelo pode contribuir com as investigações futuras, ao passo que, podem ser substituídos os indicadores, dando um novo enfoque desejado para a situação objetivada.

A aplicação do modelo se destina às Unidades Federativas do Brasil. Os indicadores devem ser aplicados diretamente na avaliação das APS e GEX, e após agrupamento dos dados podem fornecer

informações no âmbito das GEX e UFs. Por tratar-se de uma auto-avaliação, foi concebido de forma a permitir a fácil aplicação. Assim, as próprias APS podem buscar objetivos próprios de desempenho. Outra possibilidade é a alteração dos parâmetros, que os pesquisadores sugerem que sejam realizados no sentido de tornar a avaliação mais rigorosa. Dessa maneira, o instrumento também pode ser utilizado como forma de acompanhamento e dimensionamento de adequações implementadas nos setores.

O modelo de avaliação foi desenvolvido dentro de um contexto de novas perspectivas políticas para a área de saúde do trabalhador. A discussão de uma política pública nacional para a reabilitação profissional ganha força na atualidade, o que pode representar um momento de revisar diretrizes. O instrumento, de uma forma simples e direta, possibilita dimensionar os serviços do PRP em âmbito nacional, podendo contribuir no processo.

A partir dos conhecimentos desenvolvidos, ficam evidenciadas as interfaces institucionais dos setores públicos comprometidos com a reabilitação profissional. Os setores públicos, liderados pela Previdência Social e Saúde, devem unir esforços para garantir o acesso ao trabalho, e assim à integração plena na comunidade, tanto para os trabalhadores como para os portadores de incapacidade. Somente assim, pode ser revertido o quadro atual de aumento crescente da exclusão de trabalhadores do mercado de trabalho, sem esquecer o distanciamento cada vez maior das pessoas com incapacidade do convívio social.

### **Considerações Finais**

Ressaltamos a importância dos estudos de avaliação para as políticas e programas de saúde no que se refere à verificação de desempenho das organizações públicas. As informações trazidas pelos mecanismos de avaliação, como o desenvolvimento de modelos teóricos e lógicos, possibilitam a identificação de oportunidades de melhoria nos sistemas. Dessa forma, com disposição política e institucional, tais instrumentos podem contribuir em larga escala na melhoria das condições de prestação dos serviços públicos, além de oportunizar o melhor proveito dos investimentos. No presente estudo, esperamos contribuir neste sentido em relação à reabilitação profissional.

Sugerimos a aplicação do instrumento em todas as UFs do país, lembrando tratar-se de uma auto-avaliação de fácil aplicabilidade. Também destacamos possíveis deficiências na construção, devido ao

caráter normativo já citado. O modelo permite ajustes na própria aplicação, além de ser proposto pelos autores o desenvolvimento de novas investigações sob o enfoque de outras perspectivas de abordagem além do caráter normativo.

### **Referências Bibliográficas**

1. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cienc Saude Colet* 2006; 11:705-711.
2. Seyfried E. Vocational Rehabilitation and Employment Support Services. In: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. Geneva: OIT; 1998 [cited 2011 Apr 15]; 17.18: [about 5 p.]. Available from: <http://books.google.com.br/books>
3. Union Nation. Union Nation Enable. Fact Sheet on Persons with Disabilities 2005 [cited 2011 Apr 15]; 1(1): [about 2 p.]. Available from: <http://www.un.org/en/>
4. Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) 2007 [acessado 2011 abr 25]; 1(1). Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/>
5. Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) 2008 [acessado 2011 abr 25]; 1(1). Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/>
6. Moom W, Geiecker O. Disability: Concepts and Definitions. In: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. Geneva: OIT; 1998 [cited 2011 Apr 15]; 17.2: [about 7 p.]. Available from: <http://books.google.com.br/books>
7. Hennigton EA. *Saúde e trabalho: considerações sobre as mudanças na legislação acidentária brasileira e sua influência sobre a classe trabalhadora* [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1996.
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
9. Maeno M, Takahashi MAC, Lima MAG. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiatrica* 2009; 16 (2): 53-58.
10. Takahashi MABC. *Incapacidade e Previdência Social; trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira na década de 1990 [tese]*. Campinas (SP): Universidade Federal de Campinas; 2006.

11. Brasil. Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1991; 25 jul.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Mensal de Emprego Abril 2011* [acessado 2011 abr 15]; 1(1). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
13. Brasil. Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 06 Mai.
14. Brasil. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 152 de 13 de maio de 2008. Institui a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança do Trabalho. *Diário Oficial da União* 2008; 14 Mai.
15. Organización Internacional del Trabajo. *Convenio 187 de la OIT sobre el Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo [versión en español]* 2006 [acessado 2011 abr 25]. Disponible en: <http://www.oit.org.br/>
16. Maeno M, Vilela RAG. Reabilitação Profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev Bras Saude Ocup* 2010; 35 (121): 74-86.
17. Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. *Avaliação da Gestão Municipal para o Planejamento em Saúde* [acessado 2011 jul 15]. Disponível em: <http://www.nepas.ufsc.br>
18. Souza LEPE, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: Edufba, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-102.
19. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos éticos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: Edufba, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-63.
20. Renger R, Titcomb A. A three-step approach to teaching logic models. *Am J Evaluation* 2002; 23 (4): 493-503.
21. Dejours C. *A loucura no trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oborê; 1987.
22. Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A.. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Fundação Vanzolini; 2001.



23. Laurell AC, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec; 1989.
24. Dahlgren GE, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe; 1992.
25. Brasil. Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 07 mai.
26. Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social. Instrução Normativa INSS/PRES nº 45 de 6 de agosto de 2010. Dispõe sobre a administração de informações do segurado e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do INSS. *Diário Oficial da União* 2010; 11 ago.
27. Brasil. Ministério da Previdência Social. Resolução INSS/PRES n. 118, de 4 de novembro de 2010. Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e Acordos de Cooperação Técnica e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* 2010; Nov 8.
28. Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) 2009 [acessado 2011 abr 25]; 1(1). Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/>



## **APÊNDICE 1**

### **MATERIAL OFICINA DE CONSENSO ETAPA 1**

Prezado(a)...

Estamos desenvolvendo um modelo para avaliação do Programa de Reabilitação Profissional destinado aos trabalhadores que, por alguma eventualidade, desenvolvem incapacidade para o desempenho de sua atividade laboral. O modelo é aplicável no nível das instâncias estaduais de gestão do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que de acordo com o referencial normativo é a instituição responsável pela RP. Trata-se de um estudo de avaliação desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por integrantes do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS).

Após revisão de literatura e discussões com integrante do NEPAS e do curso de mestrado, elaborou-se uma proposta de avaliação cuja metodologia orienta a consulta a especialistas nas áreas de avaliação e saúde do trabalhador, além de técnicos do INSS.

Trata-se de um processo que não se traduz meramente pelo aspecto técnico, mas se caracteriza como um momento de pactuação política entre gestores, técnicos e especialistas na área em discussão. Compreende-se que esta seja uma estratégia adequada para a validação dos instrumentos que se configuram como um dos resultados desse estudo. Isso se deve ao fato de que existe similaridade contextual no desenvolvimento da RP dentro do INSS, entendido como um programa de reintegração e manutenção dos seus segurados no mercado de trabalho, no cenário da Previdência Social.

Optou-se por uma técnica que possibilita a participação dos convidados, ao mesmo tempo em que preserva o anonimato destes, que se denomina Oficina de Consenso.

A proposta inicial é desenvolvida em etapas seqüenciais:

a) Envio do material para análise dos participantes contendo o Modelo Teórico, o Modelo Lógico e a Matriz Avaliativa, onde constam as dimensões, os indicadores, as medidas e os parâmetros que orientarão a avaliação;

b) Retorno do material pelos participantes contendo o registro de sugestões, inclusões ou exclusões no quadro correspondente a cada

item dos três instrumentos (Modelo Lógico, Modelo Teórico e Matriz Avaliativa), e emissão de pontuação no documento Matriz Avaliativa;

c) Consolidação pelos pesquisadores das respostas aos itens solicitados;

d) Após a consolidação, os resultados serão repassados aos participantes que poderão manter ou alterar suas respostas anteriores.

O prazo para resposta da primeira etapa (item “b”, acima) será até o próximo **dia 22 de dezembro (quarta-feira)**. As respostas devem ser enviadas para o endereço **fervafo@yahoo.com.br** com cópia para **jtellino@gmail.com**

Agradecemos antecipadamente a participação dos convidados que atenderam prontamente ao convite.

Solicitamos a atenção de todos quanto à forma de preenchimento das planilhas, a indicação de referencial teórico para as manifestações e o prazo de resposta, a fim de que obtenhamos o máximo proveito desta etapa da metodologia.

Ficamos à disposição, através deste endereço eletrônico, para solucionar possíveis dúvidas quanto ao processo.

Entendemos tratar-se de uma oportunidade ímpar na busca de consenso sobre questões controversas que permeiam a Reabilitação Profissional no âmbito do INSS. Dessa forma, estamos buscando encontrar entendimento e possíveis respostas às questões, através da participação e consenso dos próprios atores sociais envolvidos.

**Solicitamos imediata confirmação do recebimento deste material.**

Atenciosamente,  
Fernando Vasconcellos da Fonseca  
Josimari Telino de Lacerda

#### Modelo Teórico Reabilitação Profissional

A Figura 1 apresenta um esquema do modelo teórico descrito abaixo, que expressa a compreensão da Reabilitação Profissional com base nos documentos normativos e legais revisados. São eles: a Convenção 159 da OIT sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes; o Decreto 3.048/99, que aprova o regulamento da Previdência Social; e a Instrução Normativa INSS/PRES N°20/07, que disciplina procedimentos a serem adotados pela área de Benefícios. Ao final, há um quadro (Comentários e Referências) para a manifestação dos participantes.

Os fatores biológicos, cotidianos e do ambiente do trabalho atuando isoladamente ou em conjunto podem gerar alguma incapacidade às funções normais de um indivíduo. As incapacidades variam para cada caso e acometem com maior frequência os aspectos físicos e psíquicos, em níveis leves a acentuados.

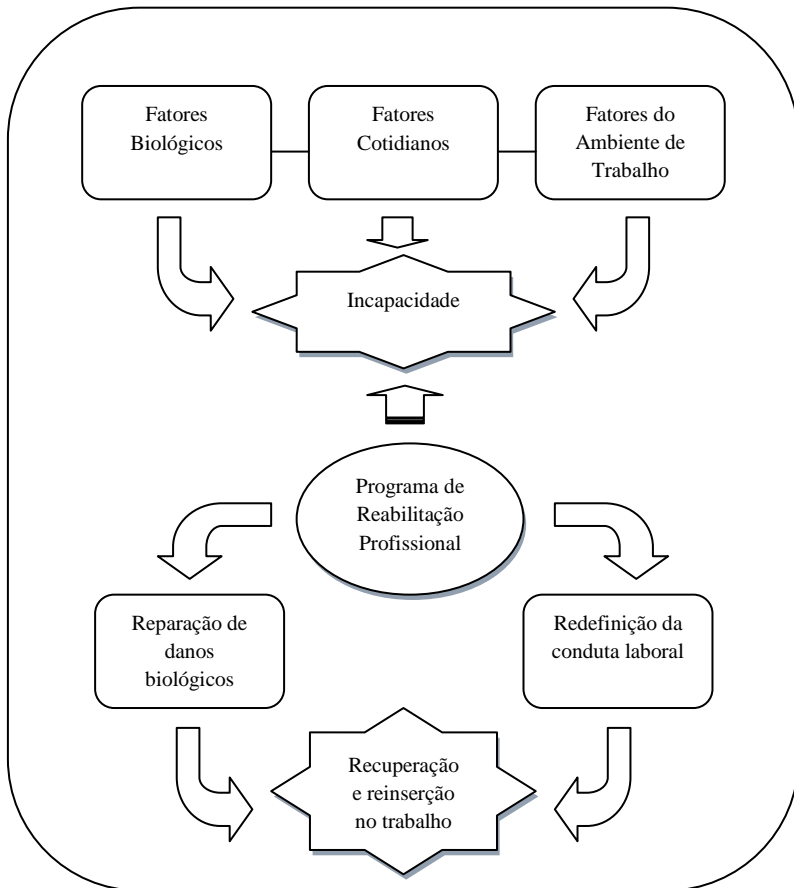
Os fatores biológicos correspondem às características inerentes a cada ser humano, que podem se apresentar já no nascimento ou ao longo dos anos de vida. Os fatores cotidianos e do ambiente de trabalho são variáveis de acordo com os hábitos de vida e atividade profissional de cada indivíduo. A forma como as pessoas expõem-se aos diferentes fatores de risco nocivos à saúde na sua trajetória de vida será determinante para o surgimento de eventuais agravos com potencial de desencadear incapacidade. A exposição a esses fatores pode ocorrer nas mais diversas situações cotidianas. Quando ocorre no ambiente de trabalho, se torna de especial importância, já que acomete o indivíduo em idade produtiva, e pode interferir no seu desempenho e manutenção de um emprego.

Na ocorrência de casos de incapacidade, se faz necessário uma abordagem particularizada a cada situação na forma mais precoce possível. A intervenção de saúde especializada é chamada reabilitação, sendo que, para as situações de incapacidade relacionada ao trabalho, recebe a denominação de reabilitação profissional (RP).

Os programas de RP devem agir de forma imediata e integral, através de ações de reparação dos danos biológicos e de redefinição da conduta laboral. No Brasil a legislação trabalhista assegura a cobertura de Programas de Reabilitação Profissional, sob responsabilidade do INSS. Tais programas contemplam atividades próprias ou conveniadas ao INSS para reabilitação física e programação profissional, além da liberação de benefício financeiro. Dessa forma, buscam recuperar a saúde e reinserir no trabalho todos os indivíduos acometidos por algum agravo que prejudique o desempenho de sua atividade laboral.

COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...

Diagrama Modelo Teórico



### Modelo Lógico Reabilitação Profissional

Neste documento apresentamos o modelo lógico da avaliação de um programa de Reabilitação Profissional (RP) descrito abaixo e apresentado na Figura 2 na seqüência. Ao final, há um quadro (Comentários e Referências) para a manifestação dos participantes.

Os componentes do Programa de RP do INSS foram organizados em três dimensões: Insumos, Atividades e Produtos.

Na dimensão Insumos, estão elencados os componentes: *Estrutura Organizacional, Recursos Humanos, Informação, Serviços e*

*Recursos Financeiros*. A *Estrutura Organizacional* é definida pelo atual Modelo Reabilita que visa a gestão descentralizada, através da presença de equipes de RP nas Gerências-Executivas do INSS, e a cobertura ampliada dos serviços, por intermédio dos atendimentos efetuados pelas equipes técnicas nas APS.

Para o componente *Recursos Humanos*, estão previstas a sua adequada qualificação por plano de capacitação aos profissionais de RP e quantidade suficiente destes profissionais que garantam a agilidade no atendimento.

No componente *Informação*, devem ser asseguradas a atualização freqüente de sistema de informação próprio do INSS, bem como que estes dados estejam disponíveis ao alcance das demais instituições públicas interessadas (Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério Público do Trabalho).

Ainda na dimensão Insumos, temos a oferta de *serviços* de Programação Profissional e Reabilitação Física, como medidas básicas da RP, que devem ser prestadas continuamente aos segurados do INSS incluídos na RP. E, encerrando esta dimensão, o componente *Recursos Financeiros* confere a sustentabilidade do programa através de previsão orçamentária.

A segunda dimensão trata das Atividades do programa de RP: *Avaliação do Potencial Laborativo (APL)*, *Reabilitação Física (RF)* e *Programação Profissional (PP)*. A *APL* é tarefa incondicional da equipe de RP da APS, que deve anteceder as demais atividades. É realizada através da avaliação clínica qualificada do segurado atenta às diretrizes periciais do INSS e a análise de suas condições de trabalho. Como elemento de desfecho desta atividade, deve haver a análise conjunta de caso pela equipe da APS com o intuito de definir a adequação de um plano de RP.

A *RF* deve compreender a prestação de serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia e treinamento para uso de prótese. Tais serviços devem ocorrer de forma interdisciplinar, através da contínua troca de informações pelos profissionais executantes. O outro serviço a ser prestado é a *PP*, que abrange a realização de cursos, treinamentos estágios com vistas à melhoria da escolaridade, capacitação e profissionalização dos segurados. Ambos os serviços são de atribuição do INSS, que, na atualidade, se utiliza de convênios e parcerias com entidades públicas e privadas para a sua prestação.

Para a dimensão Produtos, estão previstos: *Certificação em RP*, *Reinserção no Trabalho*, *Incapacidade* e *Vigilância*. A *Certificação* é o processo de homologação do parecer conclusivo a cada caso. A *Reinserção no Trabalho* inclui a orientação de medidas de adequação no ambiente de trabalho pela equipe da APS, que busca contribuir no sucesso do retorno ao trabalho do segurado. É esperado que o programa, a médio e longo prazo, promova a melhorias das condições de trabalho, que resultará em benefício à coletividade dos trabalhadores. Dessa forma, a RP deve contribuir para redução da morbi-mortalidade relacionada ao trabalho ente seus segurados, que terá impacto na *Redução de Aposentadorias por Invalidez*. E, não menos importante, são as ações da *Vigilância* que, através de instrumento próprio de Pesquisa e Acompanhamento aplicado aos 6 e 12 meses após o retorno, tem por objetivo evidenciar o desfecho positivo de cada caso e o cumprimento das orientações.

COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...





### Matriz Avaliativa Reabilitação Profissional INSS

Neste documento apresentamos a Matriz Avaliativa. Solicitamos indicar valoração para cada um dos itens no espaço indicado (coluna Pontuação), e comentários, sugestões e alterações que considerar pertinentes sempre acompanhados de referência (linha Comentários e Referências).

DIMENSÃO INSUMOS					
SUBDIMENSÃO	INDICADOR	RATIONALE	MEDIDA	PARÂMETRO	
1 – Estrutura Organizacional	1.1 – Gestão descentralizada	A partir do início da década, entrou em vigor o Modelo Reabilita, que busca, através da descentralização da Reabilitação Profissional (RP), a otimização de recursos. Para tal, foi definida a presença de equipe de RP nas GE composta por um Técnico de RP que deve contar com o apoio de uma equipe multidisciplinar de áreas afins. Esta equipe alocada nas GE tem como atribuições o planejamento, o gerenciamento e a supervisão técnica das ações de RP. (art. 367 da Instrução Normativa INSS/PRES nº20/07)	Presença de Técnico de RP apoiado por equipe multidisciplinar de áreas afins nas Gerências Executivas (GE).	Técnico e Equipe ( <b>Adequado</b> ) Técnico sem equipe ( <b>Parcialmente adequado</b> ) / Demais ( <b>Inadequado</b> )	
	COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
	1.2 - Cobertura	Da mesma forma, o Modelo Reabilita busca, através da ampliação da rede de atendimento, o menor deslocamento do segurado e a integração da RP com os demais serviços da Previdência Social. Para alcançar tais objetivos, foi definida a presença de equipes técnicas de RP nas APS, que devem ser compostas por peritos médicos e orientadores profissionais de nível superior. As suas atribuições de avaliação e orientação profissional devem dar-se, preferencialmente, mediante o trabalho de equipe multiprofissional especializada em Medicina, Serviço Social, Psicologia, Sociologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e outras afins ao processo. (art. 137 do Decreto nº3048/99; art. 367 da Instrução Normativa INSS/PRES nº20/07)	Presença de uma equipe técnica de RP composta por perito médico e orientador profissional, de forma mínima, em cada APS.	Presença de perito médico e orientador profissional ( <b>Adequado</b> ) / Presença de perito médico somente ( <b>Parcialmente adequado</b> ) / Demais ( <b>Inadequado</b> )	
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...					
2 – Recursos Humanos	2.1 – Qualificação	Para a prestação de serviços de RP qualificados, os profissionais responsáveis pela sua execução devem estar capacitados adequadamente. A elaboração e o cumprimento do Plano Anual de	Previsão de curso ou treinamento para as equipes de	Sim ( <b>Adequado</b> ) / Não ( <b>Inadequado</b> )	

		Capacitação para os profissionais de RP, a partir do Levantamento de Necessidades (LNC) visam contemplar esta importante premissa. (item VII do art. 10 do Decreto nº6934/09)	RP no Plano Anual de Capacitação do INSS.	
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
	2.2 – Agilidade	Deve ser assegurada a agilidade no atendimento ao segurado, a fim de evitar a piora da condição de saúde e/ou a concessão indevida de benefício previdenciário. O quadro de recursos humanos suficiente para o atendimento da demanda pode ser dimensionado pelo tempo de espera para o atendimento. Propõe-se o tempo de espera máximo de 5 dias úteis para a primeira consulta da Avaliação do Potencial Laborativo.	Tempo médio de espera para a Avaliação Laborativa nas APS.	Menor ou igual a 5 dias úteis <b>(Adequado)</b> / Maior que 5 dias úteis <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
3 – Informação	3.1 – Atualização do Sistema de Informação	A utilização de um sistema informatizado próprio pelo INSS se faz necessário para o registro e arquivo de dados de todas as etapas da RP, incluindo: perícias médicas, atendimentos pelas equipes de RP, encaminhamentos, certificação da RP, fixação no mercado de trabalho. Este sistema deve ser constantemente atualizado pelos serviços de atenção local.	Atualização mensal dos dados de RP em sistema próprio nos últimos 12 meses.	Todos os meses atualizados <b>(Adequado)</b> / Um mês ou mais desatualizado <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
	3.2 – Disponibilização de informações	O sistema informatizado deve disponibilizar dados para as instituições públicas comprometidas no cumprimento das etapas da RP, tais como: Ministério da Previdência Social (MPS), Ministério da Saúde (MS), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e Ministério Público do Trabalho (MPT). Estas informações auxiliam no controle epidemiológico das doenças de maior prevalência e na fiscalização dos riscos ambientais, com ênfase na proteção e prevenção de agravos ao segurado. (Decreto nº6934/09; Portaria Interministerial nº152/08; Portaria Interministerial nº153/04)	Acesso às informações por parte das instituições públicas comprometidas na RP (MS, MTE, MPT)	Sim <b>(Adequado)</b> / Não <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
4 – Serviços	4.1 – Oferta de serviços	Para a efetiva execução das etapas da RP faz-se necessário a oferta dos serviços de Programação Profissional (PP) e de Reabilitação Física (RF). Na atualidade, tais serviços, na sua grande maioria, são objeto de convênios e parcerias gerenciados pelo INSS. A efetivação dos convênios e	Existência de um convênio ou parceria para cada uma das etapas de PP	Sim <b>(Adequado)</b> / Não <b>(Inadequado)</b>

		parcerias deve ser realizada de acordo com o Manual de Celebração, Implantação e Operacionalização de Convênios da Divisão de Acordos e Convênios Internacionais da Coordenação-Geral de Benefícios. (Decreto nº6934/09; art.137 do Decreto nº3048/99; art. 371 da Instrução Normativa INSS/PRES nº20/07)	e RF, de forma mínima, no âmbito das APS.	
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
	4.2 - Continuidade	Os serviços contratados devem ser disponibilizados continuamente, com o intuito de não haver prejuízo ao cumprimento das etapas da RP. (Decreto nº6934/09; art. 136, 137 e 139 do Decreto nº3048/99; art. 370 da Instrução Normativa INSS/PRES nº 20/07)	Número de dias em que houve interrupção da prestação de serviço contratado nos últimos 12 meses.	Nenhum <b>(Adequado)</b> / Até 30 dias somados <b>(Parcialmente adequado)</b> / Mais de 30 dias somados <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
5 – Recursos Financeiros	5.1 - Sustentabilidade	A previsão orçamentária para a área de RP nos planos anuais das Superintendências Regionais do INSS é imprescindível para assegurar a sua execução. (Decreto nº6934/09) <b>Questiona-se aos participantes da Conferência de Consenso qual a instância administrativa do INSS responsável pelo plano anual no âmbito da UF.</b>	Existência de item orçamentário específico para a RP.	Sim <b>(Adequado)</b> / Não <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
DIMENSÃO ATIVIDADES				
SUBDIMENSÃO	INDICADOR	RATIONALE	MEDIDA	PARÂMETRO
6 – Avaliação do Potencial Laborativo	6.1 – Avaliação clínica qualificada	A avaliação clínica qualificada do segurado, realizada pelo perito médico, é um dos elementos essenciais na Avaliação do Potencial Laborativo. Esta avaliação clínica deve compreender os aspectos físicos e psíquicos do indivíduo, suas potencialidades e prognóstico, e estar de acordo com os documentos <i>Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Clínica Médica, Ortopedia e Traumatologia, e Psiquiatria.</i> (art.137 do Decreto nº3048/99; Parecer CFM nº 22/10)	Percentual de APS com disponibilidade dos documentos referentes às diretrizes nas APS.	100% <b>(Adequado)</b> / Menor que 100% <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
	6.2 – Análise	A análise dos postos de trabalho nas empresas ou instituições de vínculo dos	Percentual de APS com	100% <b>(Adequado)</b>

	e dos postos de trabalho	segurados é o outro elemento essencial na Avaliação do Potencial Laborativo. Esta análise deve ser realizada pela equipe de RP da APS (perito médico e orientador profissional), através de visitação e/ou informações prestadas, com o devido registro destas. (art. 137 do Decreto nº3048/99)	disponibilidade de instrumento para registro de informações relativas aos ambientes de trabalho.	/ Menor que 100% <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
	6.3 – Adequação do plano de RP	A partir de análise conjunta efetuada pela equipe de RP da APS (perito médico e o orientador profissional), será definido o plano de RP para cada caso, que deve levar em consideração as informações obtidas nos itens 6.1 e 6.2. O levantamento da oferta do mercado de trabalho da localidade busca auxiliar na definição deste plano, e deve estar disponível à equipe de RP no momento da realização da Avaliação do Potencial Laborativo. (art. 137 do Decreto nº3048/99; art. 140 do Decreto nº3048/99)	Tipos de informação que orientam a definição do plano de RP (avaliação clínica, análise do posto de trabalho e levantamento da oferta do mercado de trabalho).	Todos <b>(Adequado)</b> / Avaliação clínica e análise do posto de trabalho <b>(Parcialmente adequado)</b> / Demais <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
7 – Reabilitação Física	7.1 – Multiprofissionalidade	A Reabilitação Física (RF) deve compreender a prestação de serviços para atendimento nas áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia e treinamento para uso de prótese. Na atualidade, tais serviços, na sua grande maioria, são objeto de convênios e parcerias com entidades públicas ou privadas gerenciados pelo INSS. (Decreto nº6934/09; art.137 do Decreto nº3048/99; art. 370 da Instrução Normativa INSS/PRES nº20/07)	Disponibilidade de atendimento nas áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia e treinamento para uso de prótese.	Todas <b>(Adequado)</b> / Fisioterapia e Psicologia incluídas <b>(Parcialmente adequado)</b> / Demais <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
	7.2 – Interdisciplinaridade	A presença de diferentes categorias profissionais na RF por si só não assegura a interação entre as mesmas. É fundamental a existência de mecanismos e espaços para a troca de informações e discussão de casos entre os profissionais da RF e a equipe de RP das APS, que assegurem o acompanhamento de cada caso.	Existência de instrumentos de referência e contra-referência para a troca de	Sim <b>(Adequado)</b> / Não <b>(Inadequado)</b>

			informações	
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
8 – Programação Profissional	8.1 - Diversi ficação	A Programação Profissional (PP) deve compreender a prestação de serviços para a realização de cursos, treinamentos e estágios com vistas à melhoria da escolaridade, capacitação e profissionalização, além da fiscalização do cumprimento da reserva de vagas. Na atualidade, tais serviços, na sua grande maioria, são objeto de convênios e parcerias com entidades públicas ou privadas gerenciados pelo INSS. (Decreto nº6934/09; art.137 e 139 do Decreto nº3048/99; art. 370 da Instrução Normativa INSS/PRES nº20/07)	Disponibilidade de vagas para cursos e/ou treinamentos nas cinco áreas de trabalho com o maior número de segurados empregados na UF, conforme o Código Nacional de Atividade Econômica (CNAE). (SC: Têxtil e vestuário; Alimentar e bebidas; Metalurgia; Madeira; Produtos plásticos)	De 5 a 4 <b>(Adequado)</b> / De 2 a 3 <b>(Parcialmente adequado)</b> / Uma ou nenhuma <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
	8.2 – Segui mento	A disponibilidade de vagas por si só não assegura a execução da etapa de PP. É fundamental a existência de mecanismos e espaços para a troca de informações entre os profissionais envolvidos na PP e a equipe de RP das APS, que assegurem o acompanhamento de cada caso.	Existência de instrumento(s) de avaliação de desempenho, a fim de possibilitar a troca de informações	Sim <b>(Adequado)</b> / Não <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
<b>DIMENSÃO PRODUTOS</b>				
SUBDIMENSÃO	INDICADOR	RATIONALE	MEDIDA	PARÂMETRO

9 – Certificação da RP	9.1 – Homologação e certificação	Após o cumprimento das etapas do plano de RP, a equipe de RP da APS deve definir um parecer conclusivo a cada caso. Esta definição pode ir desde a imediata reinserção no trabalho até a aposentadoria por invalidez, passando pela adoção de medidas complementares, quando se fizer necessário. Os pareceres conclusivos que indicarem o retorno ao trabalho deverão ser submetidos a processo de homologação e certificação, com vistas à fixação no mercado de trabalho. (art. 140 do Decreto nº3048/99)	Percentual de APS com disponibilidade de instrumento de certificação da RP.	100% ( <b>Adequado</b> ) / Menor que 100% ( <b>Inadequado</b> )
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
10 – Reinserção no Trabalho	10.1 – Adequação do ambiente de trabalho	A orientação de medidas de adequação no ambiente de trabalho visa reinserir o segurado no trabalho de forma segura, através da mitigação de riscos à saúde do indivíduo e da coletividade. Na perspectiva coletiva, tais adequações devem ser direcionadas aos processos produtivos, que, a partir da constatação denexo técnico, representem risco a outros segurados. Já na perspectiva individual, deve ser enfatizada a incapacidade residual, após o cumprimento do plano de RP, que requeira adequações para o efetivo retorno ao trabalho. (Portaria Interministerial nº152/08; Portaria Interministerial nº153/04)	Percentual de APS com disponibilidade de instrumento(s) para a orientação de medidas de adequação no ambiente de trabalho.	100% ( <b>Adequado</b> ) / Menor que 100% ( <b>Inadequado</b> )
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
	10.2 – Reabilitados	O sucesso do conjunto de ações, que resultam na intervenção em saúde denominada RP, pode ser dimensionado através do retorno ao trabalho do segurado encaminhado à RP em detrimento de sua aposentadoria por invalidez. Segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), em 2009, no Brasil, em média, 60% dos clientes elegíveis são reabilitados.	Percentual de clientes reabilitados no último ano.	≥ 60% ( <b>Adequado</b> ) / < 60% ( <b>Inadequado</b> )
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
11 – Vigilância	11.1 – Fixação no Mercado de Trabalho	A RP deve ter como produto a fixação do segurado reabilitado no mercado de trabalho. Para o adequado acompanhamento desta fixação, deve ser aplicado o instrumento específico de Pesquisa e Acompanhamento em todos os casos de segurado reabilitado que tenha retornado ao trabalho, nos primeiros 6 e 12 meses; (art. 140 do Decreto nº3048/99)	Percentual de APS com disponibilidade de instrumento para Pesquisa e Acompanhamento	100% ( <b>Adequado</b> ) / Menor que 100% ( <b>Inadequado</b> )

			da Fixação no Mercado de Trabalho.	
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
	11.2 – Cumprimento de orientações	A vigilância, como um produto da RP, tem papel fundamental no cumprimento das orientações em relação à atividade laborativa e o ambiente de trabalho do segurado. Cabe ao INSS encaminhar notificação às instâncias administrativas competentes nas situações em que houver o descumprimento das tais recomendações, a fim de que sejam adotadas as providências legais cabíveis. <b>Questiona-se aos participantes da Conferência de Consenso qual a instância administrativa do INSS responsável pela ação.</b>	Existência de notificação realizada no ano anterior.	Alguma <b>(Adequado)</b> / Nenhuma <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				
12 – Incapacidade	12.1 – Redução de aposentadorias por invalidez	Da mesma forma, espera-se enquanto efeito do programa a redução das aposentadorias por invalidez concedidas para o grupo de patologias osteomusculares, que, em 2009, respondeu por 23% do total de causas conhecidas (AEPS).	Proporção de aposentadorias decorrentes do grupo XIII (CID10) no total de aposentadorias por invalidez, no último ano.	< que a proporção nacional <b>(Adequado)</b> ≥ à proporção nacional <b>(Inadequado)</b>
COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS - ...				





## APÊNDICE 2

### Material Oficina de Consenso Etapa 2

Prezado(a)...,

Estamos retomando a Oficina de Consenso em Reabilitação Profissional, em sua Etapa 2. Neste momento, há o retorno aos participantes dos temas abordados na Etapa 1, para a sua apreciação final. Portanto, as considerações de todos sobre os temas levantados são de essencial importância para a conclusão do projeto.

Apenas recordando, o projeto busca desenvolver um modelo para avaliação do Programa de Reabilitação Profissional destinado aos trabalhadores que, por alguma eventualidade, desenvolvem incapacidade para o desempenho de sua atividade laboral. O modelo é aplicável no nível das instâncias estaduais de gestão do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que de acordo com o referencial normativo é a instituição responsável pela RP. Trata-se de um estudo de avaliação desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS).

Salientamos que novos temas não serão considerados neste momento, permanecendo a discussão sobre os assuntos já levantados na Etapa 1.

Para efetuar as suas considerações referentes à Etapa 2, basta acessar o anexo “ETAPA 2”, e seguir as orientações contidas neste. Os demais arquivos em anexo (MODELO TEÓRICO, MODELO LÓGICO e MATRIZ AVALIATIVA) são os mesmos da Etapa 1, em sua versão original, para a consulta dos participantes.

O prazo para resposta da Etapa 2 será até o próximo dia 25 de abril de 2011 (segunda-feira). As respostas devem ser enviadas para o endereço [fervafo@yahoo.com.br](mailto:fervafo@yahoo.com.br) com cópia para [jteline@gmail.com](mailto:jteline@gmail.com)

Agradecemos antecipadamente a participação dos convidados que atenderam prontamente ao convite.

Ficamos à disposição, através deste endereço eletrônico, para solucionar possíveis dúvidas quanto ao processo.

**Solicitamos imediata confirmação do recebimento deste material.**

Atenciosamente,

Fernando Vasconcellos da Fonseca  
 Josimari Telino de Lacerda

#### Oficina de Consenso em RP

O presente texto consiste na Etapa 2 da Oficina de Consenso em Reabilitação Profissional. Foram consolidadas as contribuições trazidas pelos participantes na Etapa 1, e acrescidos os comentários dos pesquisadores.

Para tornar a atividade mais ágil, os comentários foram agrupados em três itens maiores: 1) Modelo Teórico; 2) Modelo Lógico; e 3) Matriz Avaliativa.

Cada tema levantado na Etapa 1 traz consigo: Comentários dos Participantes – Etapa 1; Comentários dos Pesquisadores; e Comentários dos Participantes – Etapa 2. Solicitamos o preenchimento apenas dos campos referentes a este último (“Comentários dos Participantes – Etapa 2”), que se encontram ao final de cada tema.

#### A) Modelo Teórico RP

##### Comentários dos Participantes – Etapa 1

##### Comentário A:

Foi solicitada maior clareza para o termo FATORES COTIDIANOS.

##### Comentário B:

Foi sugerido destaque a FATORES RELACIONADOS AO TRABALHO em detrimento dos demais. O participante argumentou através da literatura que tais fatores tem papel preponderante na gênese das doenças denominadas do trabalho ou ocupacionais.

##### Comentários dos Pesquisadores

##### Comentário A:

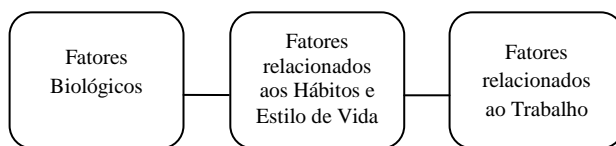
Por entendermos que realmente pode haver maior clareza na apresentação deste e dos demais fatores, sugerimos a mudança dos termos “Fatores Cotidianos” e “Fatores Cotidianos do Trabalho” para, respectivamente, “Fatores relacionados aos Hábitos e Estilo de Vida” e “Fatores relacionados ao Trabalho”. Em nossa visão, dessa forma, são apresentados de forma mais clara os fatores inerentes ao indivíduo, os relacionados à vida cotidiana e os relacionados ao ambiente de trabalho. Propomos a alteração no texto, conforme segue:

“Os Fatores Biológicos, relacionados aos Hábitos e Estilo de Vida e relacionados ao Trabalho atuam isoladamente ou em conjunto

em cada situação, e podem gerar alguma incapacidade às funções normais de um indivíduo. As incapacidades variam para cada caso e acometem com maior frequência os aspectos físicos e psíquicos, desde níveis leves a acentuados.

Os Fatores Biológicos correspondem às características inerentes a cada ser humano, que podem se apresentar já no nascimento ou ao longo dos anos de vida. Os Fatores relacionados aos Hábitos e Estilo de Vida representam as práticas de vida de cada indivíduo, que incluem cuidados de higiene, alimentação, lazer, prática de atividades esportivas, padrão de sono, dentre outros. Os Fatores relacionados ao Trabalho estão relacionados à exposição a fatores de risco do ambiente de trabalho no desempenho de sua atividade profissional.

Portanto, os trabalhadores podem estar expostos a diferentes fatores de risco nocivos à saúde na sua trajetória de vida, seja no ambiente de trabalho ou fora deste. A forma como ocorre esta exposição será determinante para o surgimento de eventuais agravos com potencial de desencadear incapacidade para o trabalho. O presente estudo dá enfoque às situações em que o indivíduo inserido no mercado de trabalho e no desempenho de sua atividade profissional desenvolve alguma incapacidade decorrente da exposição aos fatores de risco do ambiente de trabalho, que acaba por interferir no seu desempenho e manutenção de um emprego.”



#### Comentário B:

Apesar de concordarmos com a afirmação, questionamos aos participantes a aplicação da alteração no estudo. A atual legislação para RP estabelece a abrangência dos serviços para os beneficiários incapacitados para o trabalho e aos portadores de deficiência (BRASIL, 1991). Em nossa interpretação, os serviços de RP prestados pela Previdência Social no Brasil são destinados aos beneficiários com incapacidade relacionada tanto a fatores do ambiente de trabalho quanto fora deste, além é claro dos portadores de deficiência. Lembramos ainda

que o presente estudo dá enfoque aos indivíduos inseridos no mercado de trabalho, em detrimento dos portadores de deficiência.

Comentários Participantes – Etapa 2

Comentário A:

...

Comentário B:

...

B) Modelo Lógico RP

Comentário do Pesquisadores

As contribuições referentes a este item serão abordadas com especificidade na Matriz Avaliativa.

As possíveis alterações que ocorram na Matriz também serão inseridas no Modelo Lógico.

C) Matriz Avaliativa RP

Abaixo são listados os Indicadores que tiveram comentários na Etapa 1. Os indicadores podem ser vistos no formato original no anexo enviado “Matriz Avaliativa – Etapa 1”.

1.1 – GESTÃO DESCENTRALIZADA

1.2 – COBERTURA

Comentário dos Pesquisadores

Em revisão, foi constatada a revogação da Instrução Normativa INSS/PRES nº20/07 pela nº45/10. Nesta última, houve a supressão do artigo que tratava da existência de Técnico de Reabilitação Profissional contando com apoio de equipe multidisciplinar de áreas afins, alocada no GBENIN.

Assim, propomos a junção dos indicadores “1.1 – Gestão descentralizada” e “1.2 – Cobertura”, como segue:

“Indicador: 1.1 – Atendimento descentralizado

Rationale: A partir de 2000, entrou em vigor o Modelo Reabilita, que busca a otimização de recursos, através da descentralização da Reabilitação Profissional (RP). A ampliação da rede de atendimento prevista no modelo visa o menor deslocamento do segurado e a integração da RP com os demais serviços da Previdência Social. Para alcançar tais objetivos, foi definida a presença de equipes técnicas de RP nas APS, que devem ser compostas por peritos médicos e orientadores profissionais de nível superior. As suas atribuições de avaliação e orientação profissional devem dar-se, preferencialmente,

mediante o trabalho de equipe multiprofissional especializada em Medicina, Serviço Social, Psicologia, Sociologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e outras afins ao processo. (art. 137 do Decreto nº3048/99; art. 388 da Instrução Normativa INSS/PRES nº45/10)

Medida: Presença de uma equipe técnica de RP composta por perito médico e orientador profissional, de forma mínima, em cada APS.

Parâmetro: Presença de perito médico e orientador profissional (Adequado)/ Presença de perito médico somente (Parcialmente adequado) / Demais (Inadequado)”

Na ausência de manifestação contrária, incluiremos a alteração.

Referências:

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Resolução INSS/PRES n. 118 de 04 de novembro de 2010. Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e acordos de cooperação técnica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Nov 11.

#### Comentários dos Participantes – Etapa 2

...

### 2.2 – AGILIDADE

#### Comentários dos Participantes – Etapa 1

Foi sugerida a alteração do parâmetro da medida deste indicador para:

“0 a 5 – adequado / 6 a 14 – parcialmente adequado / 15 ou mais – inadequado”.

#### Comentários dos Pesquisadores

Lembramos que licenças e atestados de saúde indicando período de repouso maior que 15 (quinze) dias, desde que reconhecidos pelo médico perito do INSS, implicarão em concessão de benefício previdenciário. Neste sentido, a proposta de alteração acima torna o parâmetro menos rigoroso, embora delimite o período de até 14 (catorze) dias para o atendimento do usuário.

Na ausência de manifestação contrária, adotaremos a sugestão.

#### Comentários dos Participantes – Etapa 2

...

### 3.2 – DISPONIBILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES

#### Comentários dos Participantes – Etapa 1

Foi sugerida a garantia de acesso às informações sobre os processos de RP para o segurado e a sua entidade sindical, tendo sido

citadas referências legais que tratam do direito à informação do paciente.

Referências:

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8213 de 14 de agosto de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1991 Jul 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.286 de 26 de outubro de 1993. Dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília (DF).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 74 de 04 de maio de 1994. Dispõe sobre o demonstrativo de alta hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1994 Mai 06.

#### Comentários dos Pesquisadores

O indicador “Disponibilização de Informações”, na sua proposta original, busca garantir o compartilhamento interinstitucional de dados relativos à Reabilitação Profissional. Dentro desta perspectiva, incluem-se informações de caráter coletivo, que possam auxiliar aos demais órgãos públicos na execução de suas atribuições. Nesse momento da avaliação não abordamos aspectos de caráter individual.

Ressaltamos que a disponibilização de informações para o Ministério da Saúde implica na inclusão de indicadores no banco DATASUS que é de domínio público e ampliará o acesso a informações na área de saúde do trabalhador essenciais aos serviços públicos de toda natureza.

#### Comentários dos Participantes – Etapa 2

...

#### 4.1 – OFERTA DE SERVIÇOS

##### Comentários dos Participantes – Etapa 1

Foi citada a Resolução INSS/PRES 118/10 que dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e acordos de cooperação técnica.

Referências:

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Resolução INSS/PRES n. 118 de 04 de novembro de 2010. Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e acordos de

cooperação técnica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Nov 11.

#### Comentários dos Pesquisadores

Diante da atualização legal, propomos a seguinte alteração para o indicador:

“Indicador: 4.1 – Oferta de serviços

Rationale: Para a efetiva execução das etapas da RP, faz-se necessário a oferta dos serviços previstos. A disponibilização destes serviços ocorre habitualmente por intermédio de convênios e parcerias com instituições públicas e/ou privadas gerenciados pelo INSS. A contratação dos serviços deve obedecer às regras contidas na legislação. (Decreto nº6934/09; art.137 do Decreto nº3048/99; Instrução Normativa INSS/PRES nº45/10; Resolução INSS/PRES nº118/10)

Medida: Existência de contrato para a prestação de atendimento especializado de Fisioterapia e a promoção de cursos profissionalizantes, de forma mínima, no âmbito das APS.

Parâmetro: Sim (Adequado) / Não (Inadequado)”

Esclareço que elegemos FISIOTERAPIA e CURSOS PROFISSIONALIZANTES, como itens representativos dentre os citados pela legislação, para contemplar as etapas de Reabilitação Física e Programação Profissional, respectivamente.

Não havendo discordância, incluiremos a alteração.

#### Comentários dos Participantes – Etapa 2

...

### 7.1 – MULTIPROFISSIONALIDADE

#### Comentários dos Participantes – Etapa 1

##### Comentário A:

O uso do termo REABILITAÇÃO FÍSICA foi criticado, apesar de ser reconhecida a pertinência do indicador.

##### Comentário B:

Houve a recomendação de inclusão da ação referida como AQUISIÇÃO DE PRÓTESES.

##### Comentário C:

É entendimento de um dos participantes de que deve haver articulação com o Ministério da Saúde para atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dos beneficiários encaminhados à RP. Foram citadas as referências legais pertinentes.

Referências:

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

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1990 Set 19.

#### Comentários dos Pesquisadores

##### Comentário A:

Esclarecemos que o termo REABILITAÇÃO FÍSICA consta na legislação vigente. Entretanto, reconhecendo tratar-se de uma das ações previstas para a Programação Profissional, propõe-se a exclusão da subdimensão Reabilitação Física, e a manutenção dos indicadores Multiprofissionalidade e Interdisciplinaridade como parte da subdimensão Programação Profissional (BRASIL, 1999).

##### Comentário B:

De acordo com a contribuição do participante e em consonância com a legislação, sugerimos a inclusão de indicador específico para os recursos materiais que o INSS deverá fornecer aos beneficiários, quando indispensáveis, como segue:

“Indicador – Recursos Materiais

Rationale - O INSS deve fornecer aos beneficiários, quando indispensáveis para o desenvolvimento da RP, os recursos materiais previstos na legislação (art. 389 da Resolução INSS/PRES 118/10).

Medida – Existência de comprovação de fornecimento e/ou previsão orçamentária para a AQUISIÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES para RP, pela APS, nos últimos doze (12) meses.

Parâmetro - Sim (Adequado) / Não (Inadequado)”

Esclareço que elegemos AQUISIÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES, como item representativo dentre os citados pela legislação. Não havendo discordância, procederemos à inclusão.

##### Comentário C:

De acordo com a legislação, a Reabilitação Física pode ocorrer através de articulação com a comunidade. Diante da premissa, é nosso entendimento que tais medidas terapêuticas podem partir de convênios com os diversos setores da sociedade incluindo instituições públicas e/ou privadas, e não exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1999; BRASIL, 2010).

Referências:



BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da República, Brasília (DF); 1999 Mai 06.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Resolução INSS/PRES n. 118 de 04 de novembro de 2010. Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e acordos de cooperação técnica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Nov 11.

#### Comentários dos Participantes – Etapa 2

##### Comentário A:

...

##### Comentário B:

...

##### Comentário C:

...

### 9.1 – HOMOLOGAÇÃO E CERTIFICAÇÃO

#### Comentários dos Participantes – Etapa 1

Foi comentado que a Certificação em RP em si não garante a fixação no mercado de trabalho e nem o acesso à reserva de vagas prevista em lei.

#### Comentários dos Pesquisadores

Como dito anteriormente, o estudo segue a referência legal vigente, que diz:

“Art. 140. Concluído o processo de reabilitação profissional, o Instituto Nacional do Seguro Social emitirá certificado individual indicando a função para a qual o reabilitando foi capacitado profissionalmente, sem prejuízo do exercício de outra para a qual se julgue capacitado.

§ 1º Não constitui obrigação da previdência social a manutenção do segurado no mesmo emprego ou a sua colocação em outro para o qual foi reabilitado, cessando o processo de reabilitação profissional com a emissão do certificado a que se refere o caput.

§ 2º Cabe à previdência social a articulação com a comunidade, com vistas ao levantamento da oferta do mercado de trabalho, ao direcionamento da programação profissional e à possibilidade de reingresso do reabilitando no mercado formal.

§ 3º O acompanhamento e a pesquisa de que trata o inciso IV do art. 137 é obrigatório e tem como finalidade a comprovação da efetividade do processo de reabilitação profissional. (BRASIL, 1999)”

A fixação no mercado de trabalho, na forma como se refere o participante, será abordado no item 11.1 da Matriz que trata do instrumento para Pesquisa e Acompanhamento da Fixação no Mercado de Trabalho.

Referência:

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8213 de 14 de agosto de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1991 Jul 24.

Comentários dos Participantes – Etapa 2

...

## 10.2 – REABILITADOS

Comentários dos Participantes – Etapa 1

Foi referenciado que uma pessoa com incapacidade está verdadeiramente reabilitada, quando ocorre a sua integração plena no mercado de trabalho (SEYFRIED, 1998). Ainda foi comentado que os dados estatísticos do INSS consideram reabilitados todos os beneficiários com a certificação em RP independentemente de sua fixação no mercado de trabalho.

Referência:

SEYFRIED E. Vocational Rehabilitation and employment support services. Encyclopedia of Occupational Health and Safety {versão em CD-ROM}. Geneva: OIT, 1998. P.17.18 – 17.22.

Comentários dos Pesquisadores

Apesar de concordarmos com o conceito de RP proposto pelo participante, tornamos a salientar o caráter normativo deste estudo. Assim sendo, o processo de RP conduzido pelo INSS cessa com a emissão do certificado (BRASIL, 1991).

No presente indicador, propomos uma abordagem amplificada que busca medir o resultado do conjunto de ações através de dados do próprio INSS.

Referência:

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8213 de 14 de agosto de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e

dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1991 Jul 24.

Comentários dos Participantes – Etapa 2

...

11.2 – CUMPRIMENTO DE ORIENTAÇÕES

Comentários dos Participantes – Etapa 1

Foi enfatizada a necessidade de articulação com as demais instituições com interface em saúde do trabalhador, para que ocorra a vigilância.

No âmbito do INSS, um dos participantes sugeriu a Procuradoria do INSS como a instância administrativa responsável pela vigilância, pois atualmente já está encarregada da implementação das ações regressivas.

Também foi evidenciada a importância do papel dos CEREST e do Ministério Público do Trabalho no desempenho da vigilância.

Ainda houve o relato de que, na prática, a ação de vigilância depende da proatividade de cada gerência local. Sendo que, na experiência do participante, este observou alguns poucos casos em que havia articulação com o Ministério do Trabalho.

Comentários dos Pesquisadores

Também é entendimento dos pesquisadores que a vigilância se trata de uma ação interinstitucional, na qual o INSS deve encaminhar aos órgãos competentes as inconsistências detectadas na reinserção ao trabalho. Tornamos a questionar aos participantes:

a) Há a concordância com a opinião dos pesquisadores de que é papel do INSS o encaminhamento de notificação de inconsistências encontradas no processo de RP aos órgãos competentes?

b) Qual a instância administrativa do INSS com tal atribuição? Podemos considerar a Procuradoria do INSS, como apontado pelo participante?

Comentários dos Participantes – Etapa 2

A) ...

B) ...

12.1 – REDUÇÃO DE APOSENTADORIAS POR INVALDEZ

Comentários dos Participantes – Etapa 1

Houve manifestação contrária à adoção do percentual de doenças osteomusculares como representativo das patologias relacionadas aos acidentes de trabalho de uma forma geral. Foi argumentado haver discordância com as concepções atuais de saúde, que abordam o indivíduo e o ambiente de trabalho através de seus diversos aspectos e não somente os físicos.

Referência:

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 6.042 de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2007 Fev 13, republicado 2007 Fev 23.

#### Comentários dos Pesquisadores

Ao analisarmos os dados de acidentes de trabalho contidos no Anuário do INSS, verifica-se que as patologias osteomusculares correspondem a mais de 40% do total. Assim, para o monitoramento dos acidentes de trabalho de uma forma geral, entendemos que a medida proposta seja representativa da ação que se quer avaliar.

#### Comentários dos Participantes – Etapa 2

...

## **APÊNDICE 3**

### **Mensagem Oficina de Consenso para Esclarecimento**

Prezado (a) ...,

As suas considerações foram extremamente válidas. Estaremos incluindo muitas delas no texto ou levando para a discussão do grupo na segunda etapa da Oficina de Consenso que segue.

Apenas esclarecemos que o presente estudo tem por objetivo abordar a Reabilitação Profissional (RP) prestada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), dentro do previsto na legislação. Portanto, para o desenvolvimento do trabalho, utilizamos o critério de eficácia, que busca dar enfoque ao cumprimento da normativa específica estabelecida para o tema.

Compartilhamos da opinião de que o modelo de RP aqui representado pelo estudo possui caráter reducionista e vinculado ao modelo biomédico. Entretanto, são elementos presentes tanto na legislação nacional quanto nas práticas relativas à RP do INSS na atualidade. Dessa forma, solicitamos a vossa concordância na abordagem das questões relacionadas a estes fatores no capítulo destinado à discussão dentro do projeto.

Certos de vossa compreensão,

Fernando Vasconcellos da Fonseca

Josimari Telino de Lacerda



## APÊNDICE 4

### Matriz Avaliativa com *rationales*

Neste documento apresentamos a Matriz Avaliativa acompanhada dos *rationales* ou textos explicativos relativos a cada indicador.

MATRIZ AVALIATIVA				
DIMENSÃO INSUMOS				
SUBDIMENSÃO	INDICADOR	RATIONALE	MEDIDA	PARÂMETRO
I – Estrutura Organizacional	1.1 – Gestão descentralizada	A partir do início da década, entrou em vigor o Modelo Reabilita, que busca, através da descentralização da Reabilitação Profissional (RP), a otimização de recursos. Para tal, foi definida a presença de equipe de RP nas Gerências Executivas (GEX) composta por um Técnico de RP que deve contar com o apoio de uma equipe multidisciplinar de áreas afins. Esta equipe tem como atribuições o planejamento, o gerenciamento e a supervisão técnica das ações de RP. Referência: BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 6934, de 11 de agosto de 2009. Aprova a Estrutura Regimental do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2009 Ago 12.	Presença de Técnico de RP apoiado por equipe multidisciplinar de áreas afins nas Gerências Executivas (GEX).	Técnico e Equipe <b>(Bom)</b> Técnico sem equipe <b>(Regular)</b> )/ Demais <b>(Ruim)</b>
	1.1 – Cobertura	A partir de 2001, entrou em vigor o Modelo Reabilita, que propôs a ampliação da rede de atendimento, através da descentralização da Reabilitação Profissional (RP) para as Agências da Previdência Social (APS). Para tal, foi definida a presença de equipes técnicas de RP nas APS, que devem ser compostas por médicos peritos e orientadores profissionais de nível superior. Referências: BRASIL. Ministério da Previdência Social. Resolução INSS/PRES n. 118 de 04 de novembro de 2010. Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e acordos de cooperação técnica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Nov 11. BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Instrução Normativa INSS/PRES n. 45, de 6 de agosto de 2010. Dispõe sobre a	Presença de uma equipe técnica de RP composta por médico perito e orientador profissional na APS.	Presença de médico perito e orientador profissional <b>(Bom)</b> / Presença de médico perito somente <b>(Regular)</b> )/ Demais <b>(Ruim)</b>

		administração de informações do segurado e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Ago 11.		
2 – Recursos Humanos	2.1 – Qualificação	Para a prestação de serviços de RP de forma qualificada, os profissionais responsáveis pela sua execução devem estar capacitados adequadamente. A elaboração e o cumprimento do Plano Anual de Capacitação para os profissionais de RP, a partir do Levantamento de Necessidades (LNC) visam contemplar este importante elemento do processo. Referência: BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 6934, de 11 de agosto de 2009. Aprova a Estrutura Regimental do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2009 Ago 12.	Previsão de curso ou treinamento para as equipes de RP no Plano Anual de Capacitação do INSS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
	2.2 – Agilidade	Deve ser garantida agilidade no atendimento ao segurado, a fim de constatar a incapacidade para o trabalho, evitando a concessão indevida de benefício. O quadro de recursos humanos suficiente para o atendimento da demanda pode ser dimensionado pelo tempo necessário para a definição da elegibilidade de casos encaminhados ao PRP. A conclusão da Avaliação do Potencial Laborativo não deve ultrapassar o limite de 15 dias de afastamento do trabalho, devido à implicação em concessão de benefício.	Tempo médio despendido entre o primeiro atendimento do segurado e a conclusão da Avaliação do Potencial Laborativo.	0 a 5 dias corridos <b>(Bom)</b> / 6 a 14 <b>(Regular)</b> / 15 ou mais <b>(Ruim)</b>
3 – Informação	3.1 – Atualização do Sistema de Informação	A utilização de um sistema informatizado próprio pelo INSS se faz necessário para o registro e arquivo de dados de todas as etapas da RP, incluindo: perícias médicas, atendimentos pelas equipes de RP, encaminhamentos, certificação da RP, fixação no mercado de trabalho. Este sistema deve ser constantemente atualizado pelos serviços de atenção local.	Atualização mensal dos dados de RP em sistema próprios últimos 12 meses.	Todos os meses atualizados <b>(Bom)</b> / Um mês ou mais desatualizado <b>(Ruim)</b>



	3.2 – Disponibilização de informações	<p>O sistema informatizado deve disponibilizar dados para as instituições públicas comprometidas com o cumprimento das etapas da RP, tais como: Ministério da Previdência Social (MPS), Ministério da Saúde (MS), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e Ministério Público do Trabalho (MPT). Estas informações auxiliam no controle epidemiológico das doenças de maior prevalência e na fiscalização dos riscos ambientais, com ênfase na proteção e prevenção de agravos ao segurado.</p> <p>Referências:  BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 6934, de 11 de agosto de 2009. Aprova a Estrutura Regimental do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2009 Ago 12.  BRASIL. Presidência da República. Portaria Interministerial n. 153, de 13 de fevereiro de 2004. Constitui o Grupo de Trabalho Interministerial, composto por representantes dos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2004 Fev 13.  BRASIL. Presidência da República. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE n. 152, de 13 de maio de 2008. Institui a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança do Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2008 Mai 14.</p>	Acesso às informações por parte das instituições públicas comprometidas na RP (MPS, MS, MTE, MPT)	Sim <b>(Bom)</b> Não <b>(Ruim)</b>
4 – Serviços	4.1 – Oferta de serviços	<p>Para a efetiva execução das etapas da RP, faz-se necessário a oferta dos serviços previstos. A disponibilização destes serviços ocorre habitualmente por intermédio de convênios e parcerias com instituições públicas e/ou privadas gerenciados pelo INSS. A contratação dos serviços deve obedecer às regras contidas na legislação.</p> <p>Referências:  BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da República, Brasília (DF); 1999 Mai 06.  BRASIL. Ministério da Previdência Social. Resolução INSS/PRES n. 118 de 04 de novembro de 2010. Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e acordos de cooperação técnica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Nov 11.  BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Instrução Normativa INSS/PRES n.</p>	Existência de contrato para a prestação de atendimento especializado de Fisioterapia e a promoção de cursos profissionalizantes, de forma mínima, no âmbito das APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>

		45, de 6 de agosto de 2010. Dispõe sobre a administração de informações do segurado e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Ago 11.		
4.2 - Continuidade		Os serviços contratados devem ser disponibilizados de forma contínua e sem interrupções, com o intuito de não haver prejuízo ao cumprimento das etapas da RP. Referências: BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da República, Brasília (DF); 1999 Mai 06. BRASIL. Ministério da Previdência Social. Resolução INSS/PRES n. 118 de 04 de novembro de 2010. Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e acordos de cooperação técnica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Nov 11. BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Instrução Normativa INSS/PRES n. 45, de 6 de agosto de 2010. Dispõe sobre a administração de informações do segurado e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Ago 11.	Número de dias em que houve interrupção da prestação de serviço contratado o nos últimos 12 meses.	Nenhum <b>(Bom)</b> / Até 30 dias somados <b>(Regular)</b> / Mais de 30 dias somados <b>(Ruim)</b>
4.3 – Recursos Materiais		O INSS deve fornecer aos segurados, quando indispensáveis para o desenvolvimento da RP, os recursos materiais previstos na legislação. Referências: BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da República, Brasília (DF); 1999 Mai 06. BRASIL. Ministério da Previdência Social. Resolução INSS/PRES n. 118 de 04 de novembro de 2010. Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e acordos de cooperação técnica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Nov 11. BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Instrução Normativa INSS/PRES n. 45, de 6 de agosto de 2010. Dispõe sobre a administração de informações do segurado e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Ago 11.	Existência de comprovação de fornecimento e/ou previsão orçamentária para a aquisição de órteses e próteses para RP, pela APS, nos últimos doze (12) meses.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>

5 – Recursos Financeiros	5.1 - Sustentabilidade	A previsão orçamentária para a RP, como parte dos planejamento anual do INSS, é imprescindível para assegurar a execução do programa. Referência: BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 6934, de 11 de agosto de 2009. Aprova a Estrutura Regimental do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2009 Ago 12.	Existência do item orçamentário específico para a RP.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
DIMENSÃO ATIVIDADES				
SUBDIMENSÃO	INDICADOR	RACIONALE	MEDIDA	PARÂMETRO
6 – Avaliação do Potencial Laborativo	6.1 – Avaliação o clínica	A avaliação clínica do segurado, realizada pelo médico perito, é um dos elementos essenciais para o processo, que deve compreender os aspectos físicos e psíquicos do indivíduo, suas potencialidades e prognóstico. Para auxiliar o médico perito, o INSS vem produzindo um conjunto de documentos contendo diretrizes para as patologias nas áreas da Psiquiatria, Ortopedia, Clínica Médica e Medicina Ocupacional, que devem ser observadas nas decisões. Referência: BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da República, Brasília (DF); 1999 Mai 06. BRASIL. Ministério da Previdência Social. Manual da Perícia Médica da Previdência Social. INSS, 2ª ed.; 2005.	Disponibilidade dos documentos referentes às diretrizes médico periciais nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
	6.2 – Análise dos postos de trabalho	A análise dos postos de trabalho é o outro elemento essencial para a conclusão da Avaliação do Potencial Laborativo. Esta análise deve ser realizada pelo médico perito e o OP, através de visitação e/ou informa�es prestadas, com o seu devido registro. Referência: BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da República, Brasília (DF); 1999 Mai 06. BRASIL. Ministério da Previdência Social. Manual da Perícia Médica da Previdência Social. INSS, 2ª ed.; 2005.	Disponibilidade de instrumento para registro de informações relativas aos ambientes de trabalho nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>

	6.3 – Adequação do Programa Profissional	<p>A partir de análise conjunta efetuada pelo médico perito e OP será definida a proposta de RP para cada caso, quando devem ser levadas em consideração as informações obtidas nos itens anteriores 6.1 e 6.2. É de suma importância o registro destas informações, que serão utilizadas nas demais etapas do processo.</p> <p>Referências:</p> <p>BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Instrução Normativa INSS/PRES n. 45, de 6 de agosto de 2010. Dispõe sobre a administração de informações do segurado e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Ago 11.</p> <p>BRASIL. Ministério da Previdência Social. Manual da Perícia Médica da Previdência Social. INSS, 2ª ed.; 2005.</p>	Disponibilidade de instrumento(s) para registro de informações relativas à análise conjunta da equipe de RP nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
7 – Programa Profissional	7.1 – Multiprofissionalidade	<p>A Programação Profissional deve ocorrer preferencialmente mediante a atuação de equipe multiprofissional especializada em Medicina, Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e outras afins do processo.</p> <p>Referências:</p> <p>BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da República, Brasília (DF); 1999 Mai 06.</p> <p>BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Instrução Normativa INSS/PRES n. 45, de 6 de agosto de 2010. Dispõe sobre a administração de informações do segurado e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Ago 11.</p>	Disponibilidade de atendimento nas áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Fonoaudiologia.	Todas <b>(Bom)</b> / Fisioterapia e Psicologia incluídas <b>(Regular)</b> / Demais <b>(Ruim)</b>
	7.2 – Interdisciplinaridade	<p>A presença de diferentes categorias profissionais no processo por si só não assegura a interação entre as mesmas. É fundamental a existência de mecanismos e espaços para a troca de informações e discussão de casos entre os profissionais envolvidos, que assegurem o acompanhamento de cada caso.</p>	Disponibilidade de instrumento(s) de referência e contra-referência para a troca de informações nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>

	<p>7.3 – Diversificação de atividades profissionais</p>	<p>A requalificação profissional é uma medida determinante na ampliação das possibilidades de readaptação, ao adequar o indivíduo às tendências do mercado de trabalho. As atividades como cursos, treinamentos e estágios profissionalizantes devem ser utilizadas de forma estratégica para cada caso, mediante a utilização dos recursos disponíveis na comunidade. O levantamento da oferta do mercado de trabalho assume papel decisivo no direcionamento do programa, devendo ser mantido atualizado.</p> <p>BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da República, Brasília (DF); 1999 Mai 06.</p> <p>BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Instrução Normativa INSS/PRES n. 45, de 6 de agosto de 2010. Dispõe sobre a administração de informações do segurado e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Ago 11.</p>	<p>Disponibilidade de levantamento da oferta do mercado de trabalho atualizado, nos últimos 30 dias, no âmbito da APS.</p>	<p>Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b></p>
	<p>7.4 – Acompanhamento</p>	<p>A disponibilidade de vagas por si só não assegura a execução efetiva das atividades definidas para a Programação Profissional. É fundamental a existência de mecanismos para acompanhamento destas pela equipe de RP, com a finalidade de verificar a sua realização e efetuar os ajustes necessários.</p>	<p>Disponibilidade de instrumento(s) para acompanhamento das atividades da Programação Profissional nas APS.</p>	<p>Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b></p>

DIMENSÃO PRODUTOS				
SUBDIMENSÃO	INDICADOR	RATIONALE	MEDIDA	PARÂMETRO
8 – Certificação da RP	8.1 – Homologação e certificação	Após o cumprimento das atividades previstas para a Programação Profissional, a equipe de RP deve definir um parecer conclusivo a cada caso. Esta definição pode ir desde a imediata reinserção no trabalho até a aposentadoria por invalidez, passando pela adoção de medidas complementares, quando se fizer necessário. Os pareceres conclusivos que indicarem o retorno ao trabalho deverão ser submetidos a processo de homologação e certificação, com vistas à fixação no mercado de trabalho. Referências: BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da República, Brasília (DF); 1999 Mai 06. BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Instrução Normativa INSS/PRES n. 45, de 6 de agosto de 2010. Dispõe sobre a administração de informações do segurado e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Ago 11.	Disponibilidade de instrumento de certificação da RP nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>
9 – Reinserção no Trabalho	9.1 – Adequação do ambiente de trabalho	A orientação de medidas de adequação no ambiente de trabalho visa reinserir o segurado no trabalho de forma segura, através da mitigação de riscos à saúde do indivíduo e da coletividade. Na perspectiva coletiva, as adequações estão voltadas aos processos produtivos, que representam risco aos demais trabalhadores; quanto ao indivíduo, guardam relação com as necessidades relativas à sua incapacidade para o trabalho.  BRASIL. Presidência da República. Portaria Interministerial n. 153, de 13 de fevereiro de 2004. Constitui o Grupo de Trabalho Interministerial, composto por representantes dos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2004 Fev 13. BRASIL. Presidência da República. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE n. 152, de 13 de maio de 2008. Institui a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança do Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2008 Mai 14.	Disponibilidade de instrumento(s) para a orientação de medidas de adequação no ambiente de trabalho nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>

	9.2 – Reabilitados	<p>O êxito da RP pode ser dimensionado através do retorno ao trabalho de segurados que ingressaram no PRP. Segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), em 2009, no Brasil, em média, 60% dos clientes elegíveis são reabilitados.</p> <p>Referência: BRASIL. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), 2009. Pagina Inicial/ Estatísticas/ AEPS 2009 [Acesso em 25 de abril de 2011] Disponível URL: <a href="http://www.mpas.gov.br/">http://www.mpas.gov.br/</a></p>	Percentual de clientes reabilitados relativos aos elegíveis no último ano.	≥ 60% <b>(Bom)</b> / < 60% <b>(Ruim)</b>
12 – Incapacidade	12.1 – Redução de aposentadorias por invalidez	<p>De uma forma geral, a redução das aposentadorias por invalidez pode ser considerada outra forma de dimensionar os efeitos da RP em longo prazo. As patologias osteomusculares são representativas da atuação preventiva da RP nos ambientes de trabalho, sendo que, em 2009, corresponderam a 23% do total de causas conhecidas de aposentadoria.</p> <p>Referência: BRASIL. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), 2009. Pagina Inicial/ Estatísticas/ AEPS 2009 [Acesso em 25 de abril de 2011] Disponível URL: <a href="http://www.mpas.gov.br/">http://www.mpas.gov.br/</a></p>	Percentual de aposentadorias decorrentes do grupo XIII (CID10) relativas ao total de aposentadorias por invalidez, no último ano.	< que a proporção nacional <b>(Bom)</b> ≥ à proporção nacional <b>(Ruim)</b>
10 – Vigilância	10.1 – Fixação no Mercado de Trabalho	<p>A RP deve ter como produto a fixação do segurado reabilitado no mercado de trabalho. Para o adequado acompanhamento desta fixação, deve ser aplicado o instrumento específico de Pesquisa e Acompanhamento em todos os casos de segurado reabilitado, no 6º e 12º mês após o seu retorno ao trabalho.</p> <p>Referências: BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da República, Brasília (DF); 1999 Mai 06. BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Instrução Normativa INSS/PRES n. 45, de 6 de agosto de 2010. Dispõe sobre a administração de informações do segurado e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Ago 11.</p>	Disponibilidade de instrumento para Pesquisa e Acompanhamento da Fixação no Mercado de Trabalho nas APS.	Sim <b>(Bom)</b> / Não <b>(Ruim)</b>

	<p>10.2 – Cumprimento de orientações</p>	<p>A vigilância, como um produto da RP, desempenha papel fundamental na verificação do cumprimento dos dispositivos legais e de orientações específicas em relação à atividade laborativa e o ambiente de trabalho. Cabe ao INSS encaminhar notificação às instâncias administrativas competentes nas situações em que houver o descumprimento das tais recomendações, a fim de que sejam adotadas as providências legais cabíveis.</p> <p>Referências:  BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 6934, de 11 de agosto de 2009. Aprova a Estrutura Regimental do INSS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2009 Ago 12.  BRASIL. Presidência da República. Portaria Interministerial n. 153, de 13 de fevereiro de 2004. Constitui o Grupo de Trabalho Interministerial, composto por representantes dos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2004 Fev 13.  BRASIL. Presidência da República. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE n. 152, de 13 de maio de 2008. Institui a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança do Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2008 Mai 14.</p>	<p>Existência de notificação realizada no ano anterior.</p>	<p>Alguma <b>(Bom)</b> / Nenhuma <b>(Ruim)</b></p>
--	--	--	---	--



## ANEXO

### **Instruções para colaboradores da Revista Ciência & Saúde Coletiva.**

#### **Introdução**

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um **tema específico** considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da omissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

#### **Seções de publicação**

**Editorial:** responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

**Debate:** artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

**Artigos temáticos:** revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de

revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

**Artigos de temas livres:** não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

**Resenhas:** análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

**Cartas:** crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

**Observação:** O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico ([www.cienciaesaudecoletiva.com.br](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br)) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista [cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br](mailto:cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br).

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O **resumo/abstract** terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/ key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as

contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

### Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende **tabela** (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), **quadro** (elementos demonstrativos com informações textuais), **gráficos** (demonstração esquemática de um fato e suas variações), **figura** (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, **cinco** por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As **tabelas** e os **quadros** devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).
5. Os **gráficos** devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.
6. Os arquivos das **figuras** (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os

arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em **fotografia**. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF<sup>11</sup>; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

### **Exemplos de como citar referências**

## Artigos em periódicos

### 1. Artigo padrão (inclua todos os autores)

Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerario terapéutico de los usuários de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

### 2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284

### 3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

### 4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

### 5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

## Livros e outras monografias

### 6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

### 7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

### 8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

### 9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

### 10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibusaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of*

*EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

### **11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos**

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

### **12. Dissertação e tese**

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

## **Outros trabalhos publicados**

### **13. Artigo de jornal**

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

### **14. Material audiovisual**

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

### **15. Documentos legais**

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

## **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996. Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras. Oftalmol*. No prelo 2004.

## **Material eletrônico**

**16. Artigo em formato eletrônico**

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

**17. Monografia em formato eletrônico**

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

**18. Programa de computador**

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.



