

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

SILVANA STEDILE FLÔRES

**O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO INSTITUTO NACIONAL DO
SEGURO SOCIAL E SUA LEGITIMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE DO
TRABALHADOR:
contribuições e desafios a partir da reabilitação profissional**

PORTO ALEGRE
2018

SILVANA STEDILE FLÔRES

**O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO INSTITUTO NACIONAL DO
SEGURO SOCIAL E SUA LEGITIMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE DO
TRABALHADOR:
contribuições e desafios a partir da reabilitação profissional**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.^a Dra. Dolores Sanches Wunsch

PORTO ALEGRE
2018

CIP - Catalogação na Publicação

Flôres, Silvana Stedile

O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL E SUA LEGITIMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE DO TRABALHADOR: contribuições e desafios a partir da reabilitação profissional / Silvana Stedile Flôres. -- 2018.

151 f.

Orientadora: Dolores Sanches Wunsch.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Proteção Social. 3. Previdência Social. 4. Reabilitação Profissional. 5. Trabalho do(a) Assistente Social no INSS. I. Wunsch, Dolores Sanches, orient. II. Título.

**O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO INSTITUTO NACIONAL DO
SEGURO SOCIAL E SUA LEGITIMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE DO
TRABALHADOR:
contribuições e desafios a partir da reabilitação profissional**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social e aprovado em sua forma final pela Orientadora e pela Banca Examinadora.

Porto Alegre, 25 de abril, 2018.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Dolores Sanches Wünsch - UFRGS (Orientadora)

Prof.^a Dra. Berenice Rojas Couto - PUCRS

Prof. Dr. Sérgio Antonio Carlos - UFRGS

Prof.^a Dra. Ângela Peña Ghisleni - UFRGS

Dedico este trabalho àqueles que me deram a vida: meus pais.

AGRADECIMENTOS

Para construir esta dissertação, primeiramente, foi necessário ter fé e garra para não desistir no meio do caminho. Não foram poucas as razões para que isso acontecesse, mas o apoio espiritual e a força de algumas pessoas fizeram com que eu continuasse essa travessia e superasse os limites impostos pelo meu pouco tempo para os estudos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social (PPG PSSS), pela oportunidade de realização deste trabalho.

A todos Assistentes Sociais que lutam pela ampliação dos direitos sociais, em especial às minhas pedras preciosas que permitiram, por meio deste trabalho, que contribuíssemos para um novo olhar sobre o trabalhador.

Às companheiras de luta e colegas do PPGPSSS, pela parceria nas atividades desenvolvidas dentro e fora da UFRGS.

Aos estimados colegas da APS Porto Alegre – Centro pelo apoio, parceria e compreensão nesta jornada.

À Dolores, por se revelar uma grande parceira na arte da construção do conhecimento, por não apenas ter aceitado me orientar, quando essa possibilidade era apenas um sonho rabiscado em uma proposta de projeto, mas por identificar minhas limitações e, com elas, minhas potencialidades. Sobretudo, estimada “Dodo”, te agradeço pelas valiosas orientações sobre o mundo científico, pessoal e afetivo.

Ao desembargador do TRT da 4ª Região, Luiz Alberto Vargas, pelas contribuições e pela presteza no envio de materiais e referências bibliográficas para a construção desta dissertação.

Em especial, à professora Berenice e ao professor Sérgio, por todas as contribuições na Banca de Qualificação do projeto de pesquisa. Ressalto a imensa satisfação de poder contar com ambos na Banca Final deste estudo.

À professora Ângela Ghisleni, pelo pronto aceite para compor o conjunto da minha banca examinadora.

Aos demais professores da UFRGS, por me acompanharem e por contribuírem tão carinhosamente com a minha trajetória.

Aos colegas de Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST), com quem, devido à minha dinâmica de mestranda-trabalhadora, tive menos contato do que gostaria.

À Silvana, pela amizade e por contribuir com esta pesquisa, sempre me incentivando a continuar.

À Ana Carina, não somente por ter me incentivado a lutar por uma vaga neste mestrado, mas por estar comigo, independentemente das dificuldades, até o fim deste período. Minha amiga, gratidão por acreditar no meu potencial.

À Luana, minha amiga querida, por adoçar os momentos amargos do meu cotidiano com conversas profícuas.

Ao Régis, por me trazer o sol em dias nebulosos.

À Irene, que apesar da distância se preocupa comigo. Muito obrigada por fazer parte da minha vida.

À Geovana, pelo apoio e carinho durante essa jornada.

À Rebeca e à Cristal, minha família canina, que mesmo sem estudo são mestres na matéria do Amor.

Aos trabalhadores de todo o mundo, dedico esta dissertação.

*“O mundo ardia na guerra
Quando Joaquim louco saiu da prisão
Os guardas queimaram
Os projetos e os livros
E ele apenas riu, e se foi
Em Satolep alternou o trabalho
Com longas horas sob o sol
Num quarto de vidro no terraço da casa
Lendo Artaud, Rimbaud, Breton
Joaquim, Joaquim
Nau da loucura no mar das idéias
Joaquim, Joaquim
Quem eram esses canalhas
Que vieram acabar contigo?
No início dos anos 50
Ele sobrevoava o Laranjal
Num avião construído apenas das lembranças
Do que escrevera na prisão
E decidido a fazer outros, outros e outros
Joaquim foi ao Rio de Janeiro
Aos órgãos certos,
Os competentes de coisa nenhuma
Tirar uma licença
O sujeito lá
Responsável por essas coisas, lhe disse:
‘Está tudo certo, tudo muito bem
O avião é surpreendente, eu já vi
Mas a licença não depende só de mim’
E a coisa assim ficou por vários meses
O grande tolo lambendo o mofo das gravatas
Na luz esquecida das salas de espera
O louco e seu chapéu
Um dia
Alguém lhe mandou um bilhete decisivo
E, claro, não assinou embaixo
‘Desiste’, estava escrito
‘Muitos outros já tentaram
E deram com os burros n’água
É muito dinheiro, muita pressão
Nem Deus conseguiria”*

(Vitor Ramil – Joaquim, 1987)

RESUMO

A presente dissertação é resultado do conjunto de reflexões que se propõe a analisar o Trabalho do(a) Assistente Social no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e sua contribuição para a garantia do direito à Saúde do Trabalhador, com vistas a apontar as potencialidades e os desafios do Serviço Social, a partir da Reabilitação Profissional. Assim, definiu-se o Trabalho como categoria central para este estudo, que possibilita uma maior compreensão das demais categorias teóricas: Previdência Social, Saúde do Trabalhador, Reabilitação Profissional, Projeto Ético-político e Proteção Social. Entende-se que, através das problematizações acerca do trabalho realizado pela Reabilitação Profissional no INSS, é possível uma abordagem global do processo de adoecimento do trabalhador, por meio da articulação entre os serviços previdenciários que compõem a Saúde do Trabalhador no INSS, em uma perspectiva intrainstitucional. O estudo está dividido em duas partes: a primeira delas trata sobre o Trabalho, a Saúde do Trabalhador e a Previdência Social, enquanto a segunda aborda o Trabalho do(a) Assistente Social e a Saúde do Trabalhador no INSS. A metodologia da pesquisa foi de natureza qualitativa de caráter exploratório, assentada no materialismo histórico-dialético como método de investigação e problematizador do objeto de estudo. A investigação teve como recorte três Gerências Executivas do INSS, situadas no Rio Grande do Sul, a saber: Gerências Executivas de Canoas, Caxias do Sul e Porto Alegre. A amostra da pesquisa foi composta por dois (duas) Assistentes Sociais de cada Gerência Executiva, totalizando, assim, seis profissionais que atuam no serviço previdenciário Serviço Social do INSS. Realizou-se preliminarmente um mapeamento dos(as) Assistentes Sociais que atuam no INSS no estado lócus do estudo, sua distribuição geográfica e seu espaço de atuação no âmbito institucional. Os resultados do estudo apontam desafios importantes para o Trabalho do(a) Assistente Social no âmbito da Saúde do Trabalhador e para o reconhecimento do seu objeto de trabalho nessa área de atuação profissional, além de evidenciar o seu papel na articulação intrainstitucional e intersetorial e nos mecanismos de Legitimação do Serviço Social no âmbito da Saúde do Trabalhador. Conclui-se que há uma importante contribuição do Serviço Social para a área da Saúde do Trabalhador a partir da atuação no Serviço de Reabilitação Profissional da Previdência Social, mesmo diante dos desafios históricos desse serviço. Entende-se que a área precisa ganhar espaço profissional e político, por meio do fortalecimento de todos os espaços sócio-ocupacionais do INSS. Para tanto, se propõe a contribuir para a discussão da construção de parâmetros de atuação do(a) Assistente Social na Previdência Social, visando garantir o direito à Saúde do Trabalhador, enquanto mecanismo de Proteção Social, sendo que essa perspectiva deve estar efetivada como estratégia profissional prevista na Matriz Teórico-Methodológica do Serviço Social na Previdência Social e alicerçada pelo Código de Ética Profissional, pela Lei de Regulamentação da Profissão e pelo Projeto Ético-político do Serviço Social, como forma de ampliar a sua legitimação na área da Saúde do Trabalhador.

Palavras-chaves: Saúde do Trabalhador. Proteção Social. Previdência Social. Reabilitação Profissional. Trabalho do(a) Assistente Social no INSS.

ABSTRACT

This master's dissertation is the result of combined reflection aiming to analyze the Work of Social Workers in Brazil's National Institute of Social Security (INSS) and their contribution to the guarantee of the right to Occupational Health, by pointing out the potentialities and challenges of Social Work from Professional Rehabilitation's perspective. Thus, Work has been defined as the study's main category, which allows a greater understanding of the other theoretical categories: Social Security, Occupational Health, Professional Rehabilitation, Ethical-political Project and Social Protection. It is understood that by problematizing the work carried out by the INSS's Professional Rehabilitation, a global approach to workers' sickness process is possible, through the articulation between the social security services that compose the Occupational Health in the INSS, from an intrainstitutional perspective. The study is composed of two parts: the first one addresses Work, Occupational Health and Social Security, while the second one deals with the Work of Social Workers and the Occupational Health in the INSS. Research's methodology was of qualitative and exploratory nature, based on historical-dialectical materialism as an investigation method and an inciter of the study's object. The research focused on three Executive Offices of the INSS, located in Rio Grande do Sul, namely: Executive Offices of Canoas, Caxias do Sul and Porto Alegre. The studied sample consisted of two Social Workers from each Executive Office, thus totaling six professionals who work in the Social Security service of INSS. A preliminary mapping was carried out regarding the Social Workers working in the INSS in the study's locus state, their geographic distribution and their acting area in the institution. The results show some important challenges both in the Work of Social Workers regarding to Occupational Health and in the identification of their working object in this professional activity area, as well as highlight these workers' role in intrainstitutional and intersectoral articulation and in the legitimation mechanisms of Social Work in Occupational Health. It is concluded that there is an important contribution of Social Service to the Occupational Health's area considering the work in Social Security's Professional Rehabilitation, despite the service's historical challenges which have been faced. It is understood that the area needs to increase its professional and political reach, through the strengthening of all social-occupational spaces of the INSS. In order to do so, this dissertation expects to contribute to the discussion about the construction of parameters regarding Social Workers' roles in Social Security, aiming to guarantee the right to Occupational Health, as a mechanism of Social Protection, and this perspective must be effective as a professional strategy foreseen in the Theoretical-methodological Matrix of Social Service in Social Security, and based on the Code of Ethics of Professional Conduct, on the Profession Regulation Law and on the Ethical-political Project of Social Work, as a way to broaden its legitimacy in the Occupational Health area.

Keywords: Worker's health. Social Protection. Social Welfare. Vocational Rehabilitation. Occupation of Social Work at INSS.

LISTA DE SIGLAS

APS	Agência da Previdência Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEME	Central de Medicamentos
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIST	Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNT	Conselho Nacional do Trabalho
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRP	Centro de Reabilitação Profissional
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DGP	Diretoria Operacional de Gestão de Pessoas
DIRSAT	Diretoria de Saúde do Trabalhador
DNPS	Departamento Nacional de Previdência Social
DSS	Divisão de Serviço Social
FUNABEM	Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente
GT	Grupo de Trabalho
IAP	Instituto de Aposentadoria
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
ISSB	Instituto de Serviços Sociais do Brasil
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LC	Lei Complementar
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social

LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MF	Ministério da Fazenda
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTMSS	Matriz Teórico-Metodológica do Serviço Social
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social
NEST	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho
NRP	Núcleo de Reabilitação Profissional
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OP	Orientador Profissional
PBA	Plano Básico de Ação
PEP	Programa de Educação Previdenciária
PM	Perícia Médica
PPGPSSS	Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social
PREVIC	Superintendência Nacional de Previdência Complementar
PRP	Programa de Reabilitação Profissional
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
REVLOAS	Revisão do Benefício da Lei Orgânica da Assistência Social
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RH	Recursos Humanos
RP	Reabilitação Profissional
SAMDU	Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SEAT	Secretaria de Atendimento
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI	Serviço Social da Indústria
SIASS	Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SIMPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SINE	Sistema Nacional de Emprego
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SOGP	Seção Operacional de Gestão de Pessoas

SQTV	Programa de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho
SS	Serviço Social
SST	Seção de Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSERPS	Superintendência de Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	TRABALHO, SAÚDE DO TRABALHADOR E PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	19
2.1	TRABALHO E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA.....	20
2.2	A CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DOS TRABALHADORES.....	27
2.3	A SAÚDE DO TRABALHADOR E A PROTEÇÃO SOCIAL.....	31
2.4	A POLÍTICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	41
2.5	REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.....	49
3	O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL E A SAÚDE DO TRABALHADOR NO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.....	58
3.1	O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	60
3.2	NOVOS REFERENCIAIS E A DEFESA DO SERVIÇO SOCIAL DA PREVIDÊNCIA A PARTIR DE 1990.....	65
3.3	O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.....	73
4	O SERVIÇO SOCIAL E A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO INSS: DESAFIOS E POTENCIALIDADES PROFISSIONAIS PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR.....	81
4.1	MAPEAMENTO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM NO INSS.....	82
4.2	ASPECTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO E EFETIVAÇÃO DA PROPOSTA DE ESTUDO.....	85
4.3	O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO INSS.....	87
4.4	ARTICULAÇÃO INTRAINSTITUCIONAL E INTERSETORIAL.....	96
4.5	LEGITIMIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	111
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
	REFERÊNCIAS.....	134
	APÊNDICE A – CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA.....	147
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	148
	APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	149
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	151

1 INTRODUÇÃO

“Digo: o real não está na saída e nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.” (ROSA, 1994, p. 46).

A presente dissertação versa sobre o Trabalho do(a) Assistente Social no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para a garantia do direito à Saúde do Trabalhador, a partir da Reabilitação Profissional do INSS. A preocupação com este tema, bem como a iniciativa de pesquisar alguns dos elementos relacionados a esta problemática não é recente, ou seja, é um desafio encontrado pela pesquisadora ao longo da sua trajetória profissional.

Esta temática emerge, portanto, dos questionamentos e da aproximação enquanto Assistente Social no INSS desde o ano de 2009. Nesse período, o cotidiano profissional suscitou inquietações sobre o exercício profissional na instituição, devido aos limites institucionais, estabelecidos pelos atos e normas do INSS, por vezes contraditórios ao que preconiza o Código de Ética do(a) Assistente Social, a Lei de Regulamentação da Profissão, constitutivos do projeto ético-político profissional.

Diante da atual conjuntura política, econômica e social brasileira o processo de restrição de direitos previdenciários tende a ampliar, visto a crescente precarização da força de trabalho que se expressa, dentre outros aspectos, na flexibilização das relações de trabalho e consequentemente na ampliação da exploração do trabalhador (ANTUNES, 2015). A estratégia do capital tem como objetivo atacar em múltiplas frentes os movimentos sociais, consequentemente o potencial de luta da classe trabalhadora. Nesse sentido, a Previdência Social, enquanto política pública está diretamente implicada pelo atual momento do capitalismo e seu processo de reestruturação produtiva (MOTA, 2015).

Esse contexto exige reflexão sobre o processo de trabalho e o espaço sócio-ocupacional em que está inserido o (a) Assistente Social no INSS, tendo-se como referência o Projeto Ético-político da profissão, sob uma perspectiva crítica do trabalho profissional com a intenção de suscitar debates, desdobramentos, novas possibilidades e caminhos. Este debate é fundamental, visto que a categoria profissional conquistou mais espaço na instituição com o ingresso de mais de 900 Assistentes Sociais no Instituto Nacional do Seguro Social, por meio do concurso histórico realizado em 2009. A inserção dos novos profissionais deu-se

predominantemente no Serviço Previdenciário denominado Serviço Social, mesmo sendo previstas, em edital, outras atividades no âmbito da Saúde do Trabalhador, como o Serviço de Reabilitação Profissional.

Portanto, o Serviço Previdenciário de Serviço Social, concentra o maior número de Assistentes Sociais, considerando-se os ingressos após 2009. Na ocasião, muitos profissionais criticavam o formato do Serviço de Reabilitação Profissional do INSS e essa crítica fez com que se multiplicasse a informação de que o modelo desse serviço é reducionista e não atende, de forma integral, às necessidades do trabalhador (BRASIL, 2016). Essa realidade fez com que se fortalecesse a resistência em compor as equipes de Reabilitação Profissional, reforçando-se o entendimento de que o programa de reabilitação, para o qual o trabalhador é encaminhado, além de ser obrigatório, está centrado em um modelo focalizado, burocratizado e prescrito.

Sabe-se que historicamente e contraditoriamente esse modelo de Reabilitação Profissional vem contribuindo para ampliar as lacunas no âmbito da Proteção Social e da Saúde do Trabalhador, o que impõe importantes desafios às políticas sociais asseguradoras de direitos sociais dos trabalhadores e, conseqüentemente, ao Trabalho do(a) Assistente Social nessa área (WÜNSCH, 2012). Dentre as principais dificuldades estão as barreiras políticas, econômicas, jurídicas e organizacionais que trazem conseqüências negativas à garantia da Saúde do Trabalhador. A saber, o acesso a condições socioprofissionais de retomar sua vida laboral em outra atividade profissional, que seja também compatível com as suas limitações, e possibilitar a garantia da Proteção Social quando as condições de retornar ao trabalho forem desfavoráveis.

Além disso, a categoria profissional, em sua maioria, não participa da disputa e da defesa do Serviço de Reabilitação Profissional como espaço de trabalho e campo de atuação do(a) Assistente Social na área da Saúde do Trabalhador do INSS. Este indicativo converge com a experiência profissional da pesquisadora, enquanto Assistente Social no Serviço de Reabilitação Profissional visto a falta de reconhecimento e legitimidade do exercício profissional do(a) Assistente Social neste espaço sócio-ocupacional. Tal concepção pode estar associada ao fato de a Reabilitação Profissional, como parte do sistema público de Previdência Social, se constituir em um direito do trabalhador quando há prejuízo à sua saúde e situação de limitação laboral (CARTAXO e CABRAL, 2007; SILVA, 2012).

Partindo desta perspectiva ampliada de Reabilitação Profissional, na qual prevê a atenção integral à Saúde do Trabalhador, é fundamental o trabalho integrado e compartilhado entre os três serviços previdenciários que compõem a Seção de Saúde do Trabalhador no INSS, que são: a Reabilitação Profissional (RP), a Perícia Médica (PM) e o Serviço Social (SS). Pressupõe-se, portanto, que a corresponsabilização entre os serviços previdenciários, ampliaria o nível de articulação entre eles, favorecendo o trabalho intrainstitucional, na direção da reabilitação integral¹ do usuário da política de Previdência Social.

Além disso, reconhece-se que o Serviço de Reabilitação Profissional, como já apontado, é um dos principais espaços de atuação do(a) Assistente Social no INSS, mesmo não sendo um espaço privativo da profissão. Conforme o Manual Técnico de procedimentos da área de Reabilitação Profissional, a equipe de Reabilitação Profissional “deverá contar com profissionais das áreas de medicina, serviço social, psicologia, sociologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras áreas afins” (BRASIL, 2016b, p. 78), orientado para a construção do trabalho interprofissional.

Nessa perspectiva, apontam-se outros espaços de trabalho, no âmbito do INSS, articulados com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que, como as demais políticas públicas, estão sujeitos a avanços e retrocessos, mesclando as relações a partir da perspectiva de classes, entre a sociedade e o Estado. Esses espaços sócio-ocupacionais, que também podem ser ocupados pelo(a) Assistente Social, são: Programa de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho (SQVT), Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) e Programa de Educação Previdenciária (PEP), tão importantes quanto os serviços previdenciários de Reabilitação e de Serviço Social.

Pelo exposto, parte-se do princípio de que o trabalho, definido como categoria central para a temática investigada, favorece a compreensão sobre as categorias teóricas que orientaram o presente estudo, quais sejam: Previdência Social, Saúde do Trabalhador, Reabilitação Profissional, Projeto Ético-político e Proteção Social.

¹ Considera-se *reabilitação integral* o conjunto de serviços e ações integradas de políticas públicas que combinem atenção e assistência integrais à saúde, à reabilitação profissional e à reinserção social, para o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, de modo a propiciar a participação do indivíduo nos ambientes profissional, social, cultural e familiar (BRASIL, 2016a). O Decreto n. 8.725, de 27 de abril de 2016, institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral.

Essas categorias constituem-se como fundamentais para a análise sobre o Trabalho do(a) Assistente Social, a fim de produzir conhecimentos que contribuam como mecanismo de Proteção Social, para consolidação da Política de Previdência Social, no âmbito do INSS.

Dessa forma, favorece a análise contextualizada sobre as contribuições, as contradições e as barreiras para a materialização do Trabalho do(a) Assistente Social na Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social no que tange à garantia da Saúde do Trabalhador.

Nesse sentido, o presente estudo foi conduzido pelo seguinte problema de pesquisa: Como o Trabalho do(a) Assistente Social no Instituto Nacional do Seguro Social pode contribuir para a garantia da Saúde do Trabalhador, enquanto mecanismo de Proteção Social, por meio do Serviço de Reabilitação Profissional?

Essa indagação se desdobrou em quatro questões norteadoras: Qual o número efetivo de Assistentes Sociais no INSS do Rio Grande do Sul e quais são seus espaços de atuação? Quais as contribuições e barreiras enfrentadas pelo(a) Assistente Social no INSS para a garantia da Saúde do Trabalhador, por meio do Serviço de Reabilitação Profissional? Como se materializa o direito à Saúde do Trabalhador na Política de Previdência Social, a partir do trabalho intrainstitucional? O(a) Assistente Social no INSS reconhece o Serviço de Reabilitação Profissional enquanto espaço sócio-ocupacional e de defesa de direitos à Saúde do Trabalhador?

Portanto, tendo como fundamento o Projeto Ético-político Profissional², este estudo teve como objetivo geral: Analisar como o Trabalho do(a) Assistente Social no Instituto Nacional do Seguro Social pode contribuir para a garantia da Saúde do Trabalhador, enquanto mecanismo de Proteção Social, por meio do Serviço de Reabilitação Profissional.

Como objetivos específicos propõem-se: Mapear os locais de atuação do(a) Assistente Social no INSS do Rio Grande do Sul; Caracterizar quais as barreiras e contribuições do Trabalho do(a) Assistente Social no INSS para a garantia de

² “[...] este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero.” (NETTO, 1999, p. 15).

direitos voltados à Saúde do Trabalhador; Verificar se o Trabalho do(a) Assistente Social favorece a articulação intrainstitucional para garantia do direito à Saúde do Trabalhador no âmbito da Previdência Social; Identificar se o(a) Assistente Social no INSS reconhece o Serviço de Reabilitação Profissional enquanto espaço sócio-ocupacional da categoria e de defesa aos direitos dos trabalhadores?

Reitera-se que este estudo não tem a pretensão de responder de forma conclusiva o objeto investigado. Em vez disso, por meio da pesquisa empírica que compõe este estudo, que é somada à experiência vivenciada pela pesquisadora, a pesquisa propõe-se a contribuir para a reflexão/redimensão do Trabalho do(a) Assistente Social na política previdenciária.

Ademais, a importância deste trabalho se potencializa na medida em que amplia a discussão sobre o trabalho realizado por Assistentes Sociais no INSS do Rio Grande do Sul, tendo em vista que temáticas sobre a Proteção Social e Previdência Social é comum a esses profissionais, independentemente do espaço sócio-ocupacional que ocupem garantir aos usuários o acesso às informações previdenciárias e assistenciais.

2 TRABALHO, SAÚDE DO TRABALHADOR E PREVIDÊNCIA SOCIAL

A centralidade da categoria trabalho na sociedade contemporânea possibilita uma maior apreensão das questões que envolvem a sociabilidade humana que verte do modelo produtivo capitalista e, portanto fundamental para que se desenvolvam reflexões sobre a temática Saúde do Trabalhador³ e Proteção Social na perspectiva da política previdenciária no Brasil. Evidencia a contribuição e os desafios do Serviço Social na Reabilitação Profissional para efetivação do direito à Saúde do Trabalhador, apontando as potencialidades e as lacunas das políticas públicas asseguradoras da cidadania que se expressa nas complexas relações que se desenvolvem no contexto da luta de classes.

Para tanto, discorre-se inicialmente sobre o trabalho e as características do mundo do trabalho no contexto da reestruturação produtiva. Na sequência,

³ Nesta dissertação utilizar-se-á o termo *Saúde do Trabalhador* enquanto conceito genérico que traduz uma perspectiva de construção histórica dessa área de conhecimento e de classe social. Portanto, inclui homens e mulheres, trabalhadores e trabalhadoras, na perspectiva de compreensão do impacto de seu trabalho no processo de saúde-doença.

evidencia-se a construção dos direitos dos trabalhadores como produto sócio-histórico emergente a luta de classes e inerente à formação social capitalista. Situam-se a Saúde do Trabalhador e os elementos que constituem o processo de adoecimento do trabalhador, bem como se efetiva a Proteção Social como medidas regidas e reguladas pelo Estado para zelar, promover e garantir o bem-estar da população (PEREIRA, 2017). Discute-se a gênese da Política de Previdência Social no Brasil, enquanto relação intrínseca e histórica com o trabalho a partir da política social pública⁴ como sistema estatal de mediação de interesses entre classes. Aborda-se, por fim a materialização desse direito por meio da Reabilitação Profissional no âmbito previdenciário.

2.1 TRABALHO E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

Refletir sobre o trabalho e a reestruturação produtiva em seus contextos históricos, sob a égide do capital, são o ponto de partida deste estudo, pois “é por meio do trabalho que o homem se afirma como *um ser que dá respostas* prático-conscientes aos seus carecimentos, às suas necessidades” (IAMAMOTO, 2009, p. 60, grifos da autora). Para tanto, é essencial que se compreenda o papel do trabalho no universo das atividades humanas e na determinação das relações sociais.

Afirma Alves (2007, p. 71) que o “trabalho possui um significado histórico-ontológico. Nesse caso, trabalho significa intercâmbio orgânico entre o homem e a Natureza. Eis o pressuposto estruturante da atividade humana-social. O princípio ontológico constitutivo do ser social”. Ou seja, o trabalho como elemento dinamizador da interatividade social condicionado pelas circunstâncias em que os sujeitos obram criativa e operativamente o mundo material.

Destarte, evidencia-se que a atividade laborativa executada pelo ser social libera e domina forças e qualidades existentes que independem da consciência humana, sendo que o ser se apropria das forças da natureza e as irradia por meio

⁴ “Ao contemplar todas as forças e agentes sociais comprometendo o Estado, a política social se afigura uma política pública, isto é, um tipo, dentre outros, de política pública. Ambas as designações (política social e política pública) são *policies* (políticas de ação) integrantes do ramo de conhecimento denominado *policy science*, só que a política social é uma espécie do gênero política pública (*public policy*). Fazem parte desse gênero relativamente recente na pauta dos estudos políticos todas as políticas (entre as quais, a econômica) que requerem a participação ativa do Estado, sob o controle da sociedade, no planejamento e na execução de procedimentos e metas voltados à satisfação de necessidades sociais.” (PEREIRA, 2009, p. 173).

do trabalho. Essas forças desenvolvem, ao mesmo tempo, em níveis superiores, as próprias capacidades humanas de quem trabalha (IAMAMOTO, 2012). Pode-se dizer, portanto, que as ações humanas são estabelecidas por condições externas aos indivíduos singulares e, ao mesmo tempo, que o social tem como alicerce projetos que os homens buscam realizar na vida social. A teoria marxista dirá que o ser social é constituído por liberdade e determinismo (COUTINHO, 1990).

A eleição do trabalho como categoria central nas formas concretas e contraditórias da reprodução social não ocorre por acaso, pois se trata de uma atividade fundamental do homem. Através do trabalho é possível transformar o sujeito e a realidade (IAMAMOTO, 2013). Entretanto, para Alves (2007, p. 83, grifos do autor),

[...] na sociedade burguesa, o *trabalho* assume sua forma categorial mais desenvolvida, atingindo o ápice do seu desenvolvimento sócio-histórico. Apenas numa sociedade humana em que a categoria trabalho assume sua forma social mais desenvolvida e complexa, é que ele pode aparecer como *trabalho em geral* e não mais apenas em suas formas particulares (trabalho industrial, trabalho comercial ou ainda trabalho agrícola).

Dessa forma descrita por Alves (2007), o aprimoramento do contexto sócio-histórico do sistema capitalista introduz um novo cenário categorial ao trabalho com características e concepções diferenciadas a atividade humana. Para o autor, o trabalho abstrato tornou-se a forma mais desenvolvida de trabalho para a produção da mais-valia, na medida em que está objetivada na mais-valia a substância essencial e constitutiva do valor das mercadorias: o tempo de trabalho despendido para sua elaboração. Junto a ela a obstinada captura de excedentes de tempo de trabalho e vida da força humana pelo capital.

Em busca padrões mais altos de lucratividade, ao longo do século XX, sofisticou-se a organização do trabalho com base em modelos e processos baseados em preceitos de produtividade elaborados por Frederick Winslow Taylor e Henry Ford. Ambos provocam profundas transformações no padrão capitalista de elaboração de mercadorias. A administração científica formulada por Taylor propunha a racionalização e organização do trabalho a partir o controle rigoroso do tempo nas operações de produção. Apoiava-se em princípios elementares: a dissociação do processo de trabalho da especialidade dos trabalhadores; separação da concepção e execução (separação do trabalho mental e manual); utilização do monopólio do conhecimento para controlar cada fase do processo de trabalho e seu

modo de execução (BRAVERMAN, 1987). O modelo fordista inspirado em Taylor aprimora os métodos de organização trazendo para a fábrica a dinamização do tempo laboral a partir da velocidade empregada pela linha de montagem e a limitação ou restrição da atividade motora do trabalhador, ampliando, assim, a produtividade de homens e máquinas (ANTUNES, 2015).

No bojo de grave crise de acumulação capitalista, estabeleceu-se, na década de 1980, um período de profundas transformações sociais alavancadas por um novo padrão de produção mundial. A reestruturação produtiva sustentada pelo neoliberalismo, um conjunto de teorias econômicas e políticas cercaram os propósitos de retomada da lucratividade capitalista tornando-se a reprodução extrema dos princípios ideológicos liberais. Visando atender as novas necessidades da sociedade capitalista a acumulação flexível combina-se com o processo de reestruturação produtiva que tem no modelo de produção toyotista a composição ideal do salto tecnológico que, entre outras disposições envolveu a transformação do mundo do trabalho contemporâneo que se introduziram e desenvolveram-se nas relações de trabalho e produção do capitalismo (ANTUNES, 2015).

Estabelecem-se, portanto, por meio desse modelo de produção, a racionalização e a simplificação do processo de trabalho e das relações trabalhistas, a polivalência do trabalhador e o estímulo da competitividade, resultando na perda dos direitos sociais. Altera-se, então, de forma significativa a vida do trabalhador, pois com a reestruturação produtiva do capital, deu-se lugar a formas mais desregulamentadas de trabalho, reduzindo fortemente o conjunto de trabalhadores estáveis que se estruturavam por meio de empregos formais. Para Mota (2015, p. 71, grifo da autora),

[...] numa conjuntura de crise, a reestruturação produtiva é uma iniciativa inerente ao estabelecimento de um novo *equilíbrio instável* que tem, como exigência básica, a reorganização do papel das formas produtivas na recomposição do ciclo de reprodução do capital, tanto na esfera da produção como nas relações sociais.

O novo ciclo de reprodução do capital impacta o trabalho trazendo na atividade assalariada condições extremas de precarização e precariedade com consequências importantes a Saúde do Trabalhador. Inserido nesse contexto histórico de expropriação, sem outros meios de subsistir o trabalhador submete-se muitas vezes a condições insalubres de trabalho, com baixos salários e extensas

jornadas de trabalho. Transformando-se em uma atividade destrutiva, que é potencializada com a introdução da ciência e da tecnologia na esfera produtiva.

Assim, essas transformações provocam a degradação e o adoecimento da classe trabalhadora, o que leva, de acordo com Antunes (2015, p. 68, grifos do autor), a uma consequência muito importante e que tem uma dupla direção: “paralelamente à redução *quantitativa* do operariado industrial tradicional dá-se uma alteração *qualitativa* na *forma de ser* do trabalho, que de um lado impulsiona para maior *qualificação* do trabalho e, de outro, para uma maior *desqualificação*”.

Uma faceta contraditória do modelo produtivo capitalista se expressa aqui se compreendendo que à medida que o desenvolvimento e o uso de tecnologias dentro da grande indústria crescem, menor é a dependência da quantidade de trabalho empregado para a produção da riqueza, ou seja:

[...] nessa transformação, o que aparece como pilar fundamental da produção e da riqueza não é nem o trabalho imediato executado pelo homem nem o tempo que este trabalha, senão a apropriação de sua própria força produtiva geral, sua compreensão da natureza e seu domínio da mesma graças à sua existência como corpo social; em uma palavra, o desenvolvimento do indivíduo social. (ANTUNES, 2015, p. 69).

A redução significativa na força de trabalho provocada pela mudança de paradigma na produção flexível dá lugar a formas desregulamentadas de trabalho, reduzindo fortemente o conjunto de trabalhadores estáveis por meio de empregos formais. Além disso, essa reestruturação provocou intensas modificações, fazendo com que a classe que vive do trabalho sentisse em seu cotidiano, a mais aguda crise do século XX, que não apenas atingiu a materialidade, mas deixou profundas sequelas na sua subjetividade, afetando a sua forma de ser (ANTUNES, 2015).

Considerando-se as novas relações societárias que estabeleceram a reestruturação produtiva, como tendência mundial, esta pode ser entendida como do produto da crise do welfare state (estado de bem-estar)⁵, que dinamizava a economia mundialmente e como parte do processo de crise de acumulação capitalista. Seus efeitos influenciaram diretamente as condições de trabalho, tanto em questões objetivas (desemprego, baixos rendimentos etc.) como subjetivas

⁵ No formato político, o *welfare state*, construído pelo temor do duplo perigo do fascismo e do bolchevismo, foi parte de um projeto de construção nacional, a democracia liberal, que representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política, denotando abandono da ortodoxia da lógica do mercado em favor da exigência da segurança no emprego e dos direitos de cidadania, justiça social, solidariedade e universalismo (ESPING-ANDERSEN, 1995).

(enfraquecimento dos sindicatos, cooptação ideológica etc.), atingindo, assim, os sistemas de Proteção Social, principalmente os direitos derivados e dependentes do trabalho assalariado estável, substituído pelo desemprego (SILVA, 2012). Tal situação acarretou a crise fiscal do Estado capitalista e a necessidade de retração dos gastos públicos, acentuando as privatizações (ANTUNES, 2007).

Com isso, a reestruturação produtiva foi a alternativa transitória que o sistema capitalista encontrou para se reinventar, apoiando-se na doutrina neoliberal, em suas novas formas de exploração do trabalho e de apropriação das riquezas proposta pelo sistema produtivo. Por consequência, essa reestruturação ficou mais acentuada pelo surgimento de novas necessidades requeridas pela divisão sociotécnica do trabalho, produto da reordenação das fases do processo de produção e realização de mais-valia, no mundo, e devido às exigências que afetam a constituição e a reprodução do trabalhador coletivo (MOTA, 2015).

No processo flexível de produção a idealização do trabalhador coletivo prevê a generalização de exigências que demandam funcionalidades renovadas para o exercício da atividade laboral, como maior qualificação e especialização, atitude participativa, multifuncionalidade e polivalência. Adiciona-se a estes recursos pessoais, condicionais e seletivos para a candidatura ao emprego, à necessidade do trabalhador se submeter à lógica de comprometimento e parceria com a empresa em prol de metas de produtividade. Estratégia discursiva ilusória e manipulatória, cujo objetivo final é a intensificação das condições de exploração da força do trabalho – “o operário deve pensar e fazer *pelo* e *para* o capital” (ANTUNES, 2015, p. 232 – grifos nosso).

Destaca-se que a qualificação técnica, requerida pelo mercado, busca a participação e o envolvimento de todos os trabalhadores, mobilizando suas subjetividades para obter um consentimento passivo. Essa realidade amplia o processo de alienação, no qual o trabalhador não se reconhece no produto de seu trabalho ao produzir para o capital (MARX, 1996), pois neste processo flexível de trabalho há o rompimento afetivo da realização e expressão das múltiplas habilidades de cada indivíduo na elaboração de bens para uso social. Onde o estranhamento dos sujeitos assalariados com seu trabalho seja consequência da relação de sujeição às necessidades do capital e, o princípio de estranhamento pressuponha sempre o princípio de exploração (ALVES, 2007, p. 63).

Portanto, a alienação, como expressão de uma relação social fundada na

propriedade privada e no dinheiro, apresenta-se como “abstração da natureza específica, pessoal” do ser social que “atua como homem que se perde de si mesmo, desumanizado” (ANTUNES, 2005, p. 70-71). Além disso, os direitos e as conquistas históricas da classe trabalhadora vão sendo, gradativamente, eliminados do cenário produtivo.

Nessa perspectiva surgem novas dimensões das transformações sociais do mundo do trabalho e destaca-se a esfera da barbárie social contida no processo de precarização do trabalho com base na superação da crise estrutural do capital que se desenrola na conjuntura atual. Portanto, no cenário contemporâneo surge à discussão do novo caráter da precarização do trabalho, que Alves (2010, p. 2-3) denomina como a nova precariedade salarial, que altera:

[...] a dinâmica da troca metabólica entre os espaço-tempo de vida e espaço-tempo de trabalho, em virtude da “desmedida” jornada de trabalho, corrói o espaço-tempo de formação de sujeitos humano-genéricos, aprofundando, desse modo, a autoalienação do homem que trabalha. Nesse caso, transfigura-se a cotidianidade de homens e mulheres que trabalham, com a redução da vida pessoal a mero trabalho assalariado.

De acordo com Antunes (2015, p. 54), “o resultado do processo de trabalho corporificado no produto permanece alheio e estranho ao produtor, preservando, sob todos os aspectos, o fetichismo da mercadoria”, que adquire poder e vida própria. Diante de tal realidade, Yamamoto (2010, p. 48) afirma que “o pensamento fetichista transforma as relações sociais, baseadas nos elementos materiais da riqueza, em atributos de coisas sociais (mercadorias) e converte a própria relação de produção em uma coisa (dinheiro)”. Esse processo, por vezes, ocorre de forma muito sutil, pois o trabalhador já está implicado com contradições das relações sociais de produção e, sem perceber, acaba sendo consumido pela lógica capitalista até que essa o torne descartável.

Com o acirramento da competitividade no mercado, através da acumulação flexível, as condições de vida do trabalhador ficam em um segundo plano, perdendo o seu significado e importância. Tal competitividade encarrega-se de criar um exército de reserva, que é a peça-chave no sistema produtivo, pois, de acordo com Marx (1996, p. 39), “o exército industrial de reserva funciona como regulador do nível geral de salários, impedindo que se eleve acima do valor da força de trabalho ou, se possível e de preferência, situando-o abaixo desse valor”.

Assim, verifica-se uma lógica perversa, na qual a meta do trabalhador é se

manter com vínculo empregatício, mesmo com o risco de perda salarial e de direitos já consolidados. Essa realidade resulta na restrição de benefícios e serviços que atendem às necessidades do trabalhador e de sua família. Diante do que aponta Marx (1996) referente ao exército industrial de reserva, a luta pelo trabalho, independentemente da forma como a força de trabalho é comprada pelo capital, historicamente, se apresentou como uma contradição fundamental para apropriação da mais-valia.

Dessa forma, estimula-se a competitividade entre os próprios trabalhadores por um espaço de trabalho, acirrando ainda mais a exploração da força de trabalho. Para Santos (2005, p. 81), “evidenciam-se, também, impactos e mudanças na saúde de quem trabalha, pois todo esse conjunto de mutações que altera as condições de trabalho e de vida provoca um panorama de doenças no trabalho”. O sistema produtivo limita-se a cálculos, sinais luminosos, teclados e monitores, exigindo do trabalhador o máximo de sua atenção, pois qualquer erro cometido acarretará em resultados negativos na esfera produtiva. Essa realidade sobrecarrega o trabalhador e constitui-se como entrave para a organização da classe trabalhadora na defesa de seus direitos.

Para atender à demanda de produção, no modelo de acumulação flexível, o trabalhador perde sua consciência de classe, mas sua força coletiva de produção é aproveitada ao máximo. Assim, o trabalhador é coletivizado na produção e individualizado em seus interesses e necessidades pessoais.

Em suma, a acumulação flexível, aliada ao projeto neoliberal, garante a reprodução da força de trabalho com o desmonte dos direitos dos trabalhadores, descaracterizando a organização social destes, a partir da fragilização das relações contratuais e da precarização do trabalho. Como resultado, obtém-se um conjunto de demandas e necessidades relacionadas ao processo saúde-doença, que se manifesta na vida do trabalhador e de sua família.

A lógica do capital responde à sua própria crise com o aumento da exploração dos trabalhadores, a expansão da jornada de trabalho e a redução salarial. Nesse contexto, não importam as consequências destrutivas em relação ao homem, que vende sua força de trabalho, e nem os efeitos em relação à natureza, que oferece a matéria-prima.

2.2 A CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DOS TRABALHADORES

Na perspectiva do domínio do capital sobre o trabalho a luta de classes é fruto indissociável das contradições sociais e da desigualdade social no processo de acumulação da riqueza socialmente produzida pelo modelo capitalista. O conflito de interesses gera o enfrentamento a estas contradições e este, na esfera política dos embates sociais, resulta em conquistas históricas na construção de direitos sociais vinculados ao trabalho.

Nessa perspectiva, o direito relacionado ao trabalho contempla em si um significativo avanço do trabalho sobre o capital, ou seja, o desenvolvimento da organização dos trabalhadores como classe na busca de sua emancipação. A evolução do sentido coletivo e organizativo do trabalhador permeia a gênese das relações entre operários e a burguesia fabril da Inglaterra que, a partir do século XVIII, até o século XIX, paulatinamente subvertem a exploração da força de trabalho e conquistam direitos no âmbito civil e político junto ao Estado.

Na Inglaterra surgiram as primeiras legislações sociais, tendo, estas, grande relevância para a história das políticas sociais. As questões resultantes dos direitos do trabalho e da Proteção Social, para Castel (2004, p. 248), “fizeram com que o trabalho fosse não apenas uma retribuição pontual de tarefas, mas também o vínculo fundamental a direitos e proteções institucionais”, dessa forma constituindo-se o elemento dinamizador e centralizador das reivindicações sociais. Todavia, adverte Potyara Pereira (2017 – grifos nossos) “desde seus primórdios a proteção social esteve associada ao trabalho. O trabalho é a sua contraface, surgiu (*a proteção social*) devido à exploração do trabalho, mas nunca se desvincilhou dessa exploração cada vez mais ideologizada”.

No Brasil, foi a partir da Revolução de 30 que ações de atenção destinada a população trabalhadora se estrutura como política de Estado. A quebra do regime oligárquico num momento em que o país buscava a renovação econômica e política da sociedade visava ao fundo atender as exigências expansionistas capitalistas. Neste período ocorreram importantes transformações na base produtiva brasileira, entre elas a intensificação no processo de industrialização e a ascensão das classes assalariadas urbanas. Ressalta Hochman (2005, p 128) que, durante o período historiadores observam que “o Estado Vargas produziu ativamente a identidade dos trabalhadores do Brasil, associando trabalho e direitos de cidadania e

enfrentando como prioridade a questão social”. O Governo Vargas passa a legislar por meio de leis trabalhistas, sindicais, previdenciárias e assistenciais favorecendo a adoção de normas mediadoras as reivindicações da nascente classe operária brasileira. A conciliação social, ao qual se propôs o governo, prescrevia a criação de mecanismos controladores e disciplinares das forças produtivas num jogo astuto de concessão de direitos e repressão em que emerge, por exemplo, a Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT. (IAMAMOTO, 2006, BULLA, 2003).

Considerando-se a luta dos trabalhadores diante da classe dominante e da intervenção do Estado na mediação de interesses, que é na Constituição Federal de 1988 que o trabalho se torna a base para a ordem social. Nas suas disposições a carta magna do país estabelece o trabalho como um direito social e assegura tanto os trabalhadores urbanos e rurais, o direito a greve, a livre associação profissional, a participação dos trabalhadores nos colegiados dos órgãos públicos e a representação de classe diante dos empregadores (BRASIL, 1988, art. 7, 8, 9, 10). Quanto à Saúde do Trabalhador a Constituição Federal atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) através do Artigo 200: Inciso II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador; Inciso VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988, art. 200).

Entende-se que é por meio das políticas sociais que se materializam direitos e que, para que haja um avanço do acesso do trabalhador aos direitos sociais garantindo sua efetivação, é necessária a compreensão sobre as principais atribuições das políticas públicas. Para tanto, os direitos sociais devem estar referenciados em valores e princípios inerentes à Proteção Social pública, como equidade e justiça social, especialmente garantido pelo Estado (PEREIRA, 2016).

Também se torna indispensável o reconhecimento das contradições históricas entre capital e trabalho e a organização que se manifesta como interesses opostos e em luta por um modelo de Proteção Social, cuja proposta na sociedade capitalista “é a de submeter todas as atividades sociais ao reino da mercadoria e de sobrepor as necessidades (de lucro) do capital às mais elementares necessidades humanas” (PEREIRA, 2017). Haja vista as recentes ações contra as leis de proteção ao trabalhador, promovidas pelas forças hegemônicas e conduzidas pela política econômica neoliberal que atuam sobre o Estado, impondo crescente desregulamentação dos direitos dos trabalhadores.

Segundo Behring e Boschetti (2006, p. 47), “as sociedades pré-capitalistas não privilegiavam as forças de mercado e assumiam algumas responsabilidades sociais, não com o fim de garantir o bem comum, mas com o intuito de manter a ordem social e punir a vagabundagem”. Todavia, vale lembrar que

[...] o crescimento do movimento operário, que passou a ocupar espaços políticos importantes, obrigando a burguesia a “entregar os anéis para não perder os dedos”, diga-se, a reconhecer direitos de cidadania política e social cada vez mais amplos para esses segmentos. (BEHRING, 2000, p. 7).

Dessa forma, foi por meio da luta de classe, no século XX, no interior da ordem burguesa que se constituiu uma nova concepção de Estado capaz de assumir, garantir e efetivar direitos sociais e políticos à população fortalecendo o conceito e aquisições para a cidadania. Nesse contexto, as leis trabalhistas e a previdência são produtos históricos das lutas sociais e políticas do mundo do trabalho (ALVES, 2007).

Contudo, a contradição está presente em todas as conquistas históricas dos direitos dos trabalhadores, pois até os dias de hoje não se aboliu o estigma da precariedade como condição histórico-ontológica da força de trabalho como mercadoria. Todavia, é incontestável que a desestruturação do trabalho motivou o desmantelamento dos sistemas de Proteção Social e que, assim, alteraram-se os condicionantes de formação e sustentação do Estado social. Isso não quer dizer que o trabalho assalariado tornou-se indispensável no modo de produção capitalista, e também não significa que tenha deixado de ser condição elementar para o acesso à Proteção Social (SILVA, 2012, p. 77).

Assim, a Proteção Social nos moldes liberais deve ocorrer por capacidade ou mérito, em que a inclusão social das pessoas se define por artifícios de seleção natural. Uma forma de negação do direito, pois não há necessidade de regulação social onde a disputa determina o lugar potencial de cada um. Assim como reitera Camila Pereira (2016) ao afirmar que a lógica meritocrática substitui os direitos sociais, ou seja, “pela lógica de governar, ou dirigir, privilegiando o esforço, a inteligência e a capacidade individual ou grupal de inovar e contribuir, diferenciadamente, para o sucesso da ordem social prevalecente” (PEREIRA, 2016, p. 64). Relação do direito com os trabalhadores são obtidos através de legislações que protegem os que estão aptos a exercer atividade laborativa, regulando a

remuneração de uma maneira que o trabalhador não possa negociar a forma de pagamento da sua força de trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Observa-se, na perspectiva dos direitos sociais, que, em contraposição, o Estado reconhece e legitima as demandas populares. Tal processo é contextualizado em um momento de forte mobilização e lutas sociais, com o intuito de garantir mínimas condições de vida à população, sob a ótica da desigualdade de acesso aos bens socialmente produzidos. Com isso,

[...] a concretização dos direitos sociais depende da intervenção do Estado, estando atrelados às condições econômicas e à base fiscal estatal para ser garantidos. Sua materialidade dá-se por meio de políticas sociais públicas, executadas na órbita do Estado. Essa vinculação de dependência das condições econômicas tem sido a principal causa dos problemas da viabilização dos direitos sociais, que, não raro, são entendidos apenas como produto de um processo político, sem expressão, no terreno da materialidade das políticas sociais (COUTO, 2010, p. 48).

Ressalta-se que os direitos são uma conquista e não uma dádiva, portanto, são dinâmicos e constantemente devem ser reconquistados, diante das relações de poder e de dominação que os cercam. Os direitos dos trabalhadores, por exemplo, foram conquistados por meio de resistência e pressões da classe trabalhadora, em um contexto histórico marcado por operações políticas muito complexas. Eles não foram, portanto, concessão da burguesia, mas um recurso com o qual os poderosos se adaptaram às novas circunstâncias histórico-sociais e às exigências em favor de uma vida mais civilizada (NOGUEIRA, 2005). Emerge de embates políticos, fruto da classe trabalhadora, que reivindica e problematiza suas demandas, objetivando um sistema de cobertura às refrações da questão social.

A luta por direitos, quando devidamente politizada, nos coloca de novo, o tempo todo, no olho do furacão, ou seja, no terreno dos conflitos, das lutas sociais, e acaba por nos animar a brigar por uma ordem social justa, sem miséria, sem exclusões e sem desigualdades. (NOGUEIRA, 2005, p. 12).

Todavia, a existência de garantias legais não significa necessariamente garantias efetivas, não sendo suficiente afirmar legalmente um direito para vê-lo materializado, visto que existe uma grande lacuna entre a legislação e a materialização do direito.

O instrumento legal, por si só, não dá conta de impor o novo nessa relação. Esse novo é estabilizado pelo movimento social, pelas reivindicações dos trabalhadores, pela presença das classes subalternas na luta por verem

reconhecidos seus interesses. (COUTO, 2004, p. 57).

Sabe-se que mesmo com a previsão legal dos direitos sociais, muitas situações de desrespeito, preconceito, exclusão e indiferença continuam a se multiplicar, assim como continuam a se postergar as situações de marginalidade, “desproteção” e “arbítrio” (NOGUEIRA, 2005). No entanto, a classe trabalhadora resiste, incansavelmente, para que se materializem os seus direitos, garantindo a todos os trabalhadores condições dignas de segurança e saúde manifestando, assim, a qualidade de vida e os direitos de cidadania tão reclamados, e ainda não conquistados.

2.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR E A PROTEÇÃO SOCIAL

Historicamente o trabalho é reconhecido como um fator gerador e modificador das condições de viver, adoecer e morrer daqueles que trabalham. Mesmo que se tivesse identificado a causa ou a relação de desequilíbrio da saúde no trabalho, durante largo período se destinou pouco cuidado as condições ambientais, aos processos e a todos os fatores em que se desenvolviam o labor humano.

A relação entre o trabalho e a saúde/doença – constatada desde a Antiguidade e exacerbada a partir da Revolução Industrial – nem sempre se constituiu em foco de atenção. Afinal, no trabalho escravo ou no regime servil, inexistia a preocupação em preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho, interpretado como castigo ou estigma: o “tripalium”, instrumento de tortura. O trabalhador, o escravo, o servo eram peças de engrenagens “naturais”, pertencentes da terra, assemelhados a animais e ferramentas, sem história, sem progresso, sem perspectivas, sem esperança terrestre, até que, consumidos seus corpos, pudessem voar livres pelos ares ou pelos céus da metafísica (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 22).

Comum nas sociedades antigas a naturalização do adoecimento no trabalho é revisto nas relações de trabalho inauguradas na Revolução Industrial a partir da mudança de foco sobre a utilização da força de trabalho baseado no assalariamento e na mercadorização desta. A perspectiva que altera a noção de saúde e doença no trabalho fixa-se no interesse dos empregadores em manter em pleno uso a massa operária para fins de produtividade. Em decorrência destes interesses tendo como intuito prevenir o abandono as tarefas produtivas, auxiliar retorno rápido dos operários à linha de produção e detectar no interior das manufaturas os fatores

nocivos à saúde dos operários surge na Inglaterra, em 1830, o primeiro serviço de medicina do trabalho.

Sabe-se que os processos fabris sempre ocasionaram prejuízos a saúde dos trabalhadores e foi durante todo o desenvolvimento industrial motivo de embates entre classes. Com o avanço de novas tecnologias, novos processos de trabalho foram incorporados ao setor produtivo, gerando riscos que culminaram em acidentes de trabalho e doenças ocupacionais que detiveram a atenção de empregados e empregadores. O fim do século XX e o início do século XXI foram marcados por grandes invenções, onde a incorporação da robótica, informatização e da tecnologia comunicacional não ocorreu sem danos para a classe trabalhadora.

A Medicina do Trabalho é uma concepção de intervenção na Saúde do Trabalhador que se consolidou no início do século XX, com o enfoque da medicina do corpo, individual e biológica, estruturada sob a figura do médico do trabalho como agente. Por meio de instrumentos empíricos, esse profissional atuava sobre seu objeto, o trabalhador, com uma abordagem clínico-terapêutica que apenas analisava o microambiente de trabalho e a ação patogênica de alguns agentes (DIAS, 1994; TAMBELLINI et al., 1993). A tendência deste modelo era de estabelecer riscos específicos situando a terapêutica sobre decorrências e não sobre as causas do adoecimento, prescrevendo soluções segundo os sintomas, ou, associando-as a uma doença reconhecida. Estabelecia-se, assim, uma das características da Medicina do Trabalho, preservada na atual conjuntura, com predominância de uma visão biologicista e individual no espaço restrito da fábrica (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Nesse cenário, sabe-se que as doenças do trabalho somente são identificadas quando se encontram em estágio avançado, até porque muitas delas, ao surgirem, se apresentam como sintomas comuns a outras patologias. Além disso, a grande rotatividade da mão de obra contribui para que não seja identificada a causa real da doença. Por outro lado, o critério de avaliação da Saúde do Trabalhador ao ingressar em novo posto de trabalho se processa como escolha discriminatória. Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 23), “a constatação de doenças na seleção da força de trabalho funciona, na prática, como um recurso para impedir o recrutamento de indivíduos cuja saúde já esteja comprometida”. Assim, os trabalhadores que apresentam redução em seu potencial laborativo, devido à ausência de saúde, acabam sendo excluídos do processo produtivo.

A Medicina do Trabalho, por sua vez não pode com desenvolvimento produtivo responder às necessidades de empregados e empregadores dando lugar as concepções da Saúde Ocupacional. A Saúde Ocupacional evolui em relação à Medicina do Trabalho. Entende a avaliação causal do adoecimento do trabalhador na relação entre o ambiente de trabalho e o corpo do indivíduo. Este novo olhar vai gradativamente sendo introduzido com base na teoria da multicausalidade que promove a avaliação da doença através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

No entanto, em sua maioria, as doenças ocupacionais⁶ são entendidas como resultado do risco a saúde inerente à atividade do trabalho naturalizando-se suas causas. Vale lembrar que o processo de adoecimento do trabalhador muitas vezes surge por meio das condições precárias de trabalho, como ressaltado anteriormente. Porém, por falta de entendimento da medicina do trabalho sobre essa realidade, inviabilizavam-se as ações para promoção da Saúde do Trabalhador.

Nessa perspectiva, o modelo apresentado pela Medicina do Trabalho tornou-se reducionista do ponto de vista científico e conceitual. Isso ocorreu porque na sua concepção prática desconhece, além das interações biológicas com o ambiente de trabalho, as conexões e determinações sociais no processo de saúde e doença. Essa concepção levou a Organização Internacional do Trabalho (OIT) a reconhecer a existência de doenças ocupacionais, um marco histórico para a Saúde do Trabalhador, pois a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, sob a égide da Saúde Pública, proporcionou um olhar global sobre o trabalhador, mais eficaz e eficiente do que o modelo original de Medicina do Trabalho (FRIAS JUNIOR, 1999).

Esse período foi marcado por resistências e conquistas da classe trabalhadora por melhores condições de vida e de trabalho, devido à ausência do Estado no estabelecimento de legislações que garantissem a Proteção Social do trabalhador e de sua família, bem como a efetivação de políticas que proporcionassem a segurança e a Saúde do Trabalhador. Então, por meio dos reclames populares e da forte atuação sindical, a Saúde do Trabalhador “manifesta-

⁶ As doenças ocupacionais ou profissionais estão definidas no artigo 20, I da Lei n. 8.213 de 24 de julho de 1991 como a enfermidade produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

se no âmago da construção de uma sociedade democrática, da conquista de direitos elementares de cidadania, da consolidação do direito à livre organização dos trabalhadores” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 25).

Nesse sentido, os trabalhadores buscam o reconhecimento em seu saber, discutem a introdução de novas tecnologias que alteram os processos de trabalho, exercem:

[...] o direito à informação e à recusa ao trabalho perigoso ou arriscado à saúde, tendo como meta a “humanização” do trabalho. A emergência da “Saúde do Trabalhador”, em nosso país, deu-se a partir da década de 80 do século XX, no contexto da transição democrática e em sintonia com o que ocorreu no mundo ocidental. (AGOSTINI, 2002, p. 379).

Tal luta desencadeou, assim, transformações estabelecidas na Constituição Federal de 1988, modificando, inclusive, a nomenclatura de Saúde Ocupacional para Saúde do Trabalhador, incorporada à Lei Orgânica da Saúde, que estabelece sua conceituação e define as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) nessa área. Com a Lei n. 8.080/90, a Saúde do Trabalhador é entendida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990b). Visa, portanto, a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990b).

Desse modo, a Saúde do Trabalhador é compreendida por meio do processo de trabalho, inscrito nas relações sociais de produção estabelecidas no decorrer da história. Como apresenta Lacaz (2007, p. 757-758),

Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais.

Assim, no ano de 1990, nascem novos parâmetros e instrumentos para inclusão da Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde, como: Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS, Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998, que em seu art. 1º aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, com a finalidade de definir procedimentos básicos

para o desenvolvimento das ações correspondentes (BRASIL, 1998).

Além disso, nascem a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) e ainda, iniciou-se a construção da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho⁷, por meio da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho e Emprego, a partir de 2003.

A proposta original proporcionou avanços e um diálogo intersetorial entre as políticas sociais, no entanto esta interlocução desenvolve na prática ações fragmentadas no campo de Saúde do Trabalhador, resultando no enfrentamento parcial das situações que geram agravos à saúde. As condições de saúde dos trabalhadores podem ser consideradas refrações da questão social representada, nesse caso, pelo trabalho sem nenhuma regulamentação (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

Com isso, identifica-se, também, um retrocesso no âmbito da Saúde do Trabalhador na esfera previdenciária, pois somente o trabalhador formal poderá pleitear o acesso à Proteção Social, fragmentando, dessa forma, a articulação com a política pública social de Saúde do Trabalhador, que tem como finalidade o desenvolvimento da atenção integral à Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012b).

Para tanto, é fundamental que os profissionais da área busquem as causas do adoecimento para nelas intervir, por meio de ações de prevenção, promoção e vigilância em Saúde do Trabalhador.

Não se trata apenas de apontar situações, do ponto de vista da saúde, intoleráveis, capazes de causar danos físicos e psíquicos, mas de situar no âmbito da exploração do trabalho e das ordens social, econômica e política vigente e, portanto, passíveis de transformação. (LOURENÇO; BERTANI, 2007, p. 132).

Destarte, nos mais diversos espaços produtivos são perceptíveis “que a Saúde do Trabalhador padece de todos os castigos impostos à força de trabalho – reduzido não só à condição de mercadoria, mas de principal mercadoria do modo de produção capitalista” (LARA, 2011, p. 79). É necessário, portanto, promover a Saúde do Trabalhador

⁷ Decreto n. 7.602, de 7 de novembro de 2011, que tem por objetivo “a promoção da melhoria da qualidade de vida e da Saúde do Trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das ações de Governo no campo das relações de produção-consumo, ambiente e saúde” (BRASIL, 2011b).

[...] para uma discussão específica sobre a conceituação do trabalho como atividade criadora e, por isso mesmo, produtora de subjetividades que, quando interrogadas, revelam em uma “clínica do trabalho” a associação entre dor-desprazer-trabalho, para depois ser apresentado aos dilemas que enfrentam os trabalhadores. (MINAYO-GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011, p. 893).

Assim, percebe-se que a falta de compreensão sobre o modo de produção capitalista contribui para a fragmentação das ações em Saúde do Trabalhador no âmbito das políticas públicas por parte do Estado, que enfatizam as correlações de forças entre Estado, luta de classe e capital.

Com isso, a inquietação e a defesa da Saúde do Trabalhador devem ser encaradas como luta da classe trabalhadora, que busca avançar nas conquistas de melhorias nas políticas sociais públicas voltadas para o atendimento da Saúde do Trabalhador. Ademais, a concepção atual de Saúde do Trabalhador compreende o social como determinante das condições de saúde, sem negar que o adoecimento deve ser tratado. Entende-se, portanto, que as múltiplas causas dos acidentes e das doenças do trabalho têm uma hierarquia entre si, não sendo neutras e iguais, havendo algumas causas que determinam outras (MENDES; OLIVEIRA, 1995).

Dessa forma, entende-se a emergência do tema intersectorialidade na agenda pública, que, de acordo com Bronzo e Veiga (2007, p. 12), “abrangeria desde a articulação e coordenação de estruturas setoriais já existentes até a gestão transversal, configurando formas intermediárias e arranjos organizativos que expressam a intersectorialidade de baixa ou de alta densidade”. Isso pressupõe novas linhas de trabalho que podem traçar novos objetivos estratégicos de mudança social. Com isso, amplia-se o olhar sobre o trabalhador em uma perspectiva de integralidade. Para Lourenço e Bertani (2007, p. 125),

[...] apreender as condições de trabalho de modo interdisciplinar e coletivo para reconstruí-las racionalmente é um desafio dialético, materialmente necessário para qualificar a questão dos acidentes de trabalho, caracterizando-os como elementos constitutivos da lógica reprodutiva do sistema capitalista e jamais como uma questão individual ou como “fatalidade do destino”.

Consequentemente, é imprescindível o aprofundamento dessas questões, pois estão conectadas em um contexto histórico-social que possibilita a compreensão do seu dinamismo dialético, sendo que as relações trabalho-saúde-doença se localizam “no entrecruzamento dos desígnios do capital com as

possibilidades de transformação social, através da luta política assumida pelo polo trabalho em sociedades concretas” (LACAZ, 2007, p. 758-759). Assim, verifica-se que o trabalhador está inserido em um processo dinâmico, social, político e econômico que envolve diferentes manifestações de agravos relacionados aos processos de trabalho, o que requer a articulação de um conjunto de saberes e intervenções que possam incidir sobre as condições do processo de saúde-doença (MENDES; WÜNSCH, 2011).

Nesse sentido, a gestão e a organização do trabalho têm impactado de forma negativa na Saúde do Trabalhador, como já referido. Destaca-se ainda a perda do trabalho formal, que resulta na exposição do trabalhador à desproteção social. Sendo assim, são inúmeras as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores inseridos em relações precarizadas de trabalho e no mercado informal, principalmente no que diz respeito à política previdenciária, para acesso aos benefícios e/ou para mantê-los em caso de continuidade da incapacidade (FERREIRA; AMARAL, 2014).

Faz-se necessário, portanto, ampliar a conexão do mundo do trabalho contemporâneo com os referenciais teóricos que fundamentam a formação e a intervenção no âmbito da Saúde do Trabalhador, pois “na atualidade, as mudanças no espaço produtivo ao mesmo tempo em que realizam inovações tecnológicas e organizacionais, agravam a Saúde do Trabalhador” (LARA, 2011, p. 80). Observa-se, com isso, que “há um conjunto de inseguranças nas relações de trabalho que provoca mal-estar físico e mental à classe trabalhadora” (LARA, 2011, p. 80).

Cabe salientar que o contexto sócio-histórico articula-se com os fundamentos que compõem a dimensão teórico-metodológica na formação e intervenção em Saúde do Trabalhador. A saber, o conceito de saúde aqui referenciado é aquele que expressa sua dimensão social, ou seja, a saúde é um processo dinâmico pelo qual o indivíduo se constrói, se inscreve no trabalho, nas condições de vida, nos acontecimentos, nas dores, no prazer, no sofrimento e em tudo o que constitui uma história individual e coletiva, pela influência das diversas lógicas nas quais a saúde se insere (THÉBAUD MONY; APPAY, 2000).

Nessa perspectiva, o conceito do processo saúde-doença e sua articulação com o processo social, em termos muito gerais, de acordo com Laurell (1982, p. 16), “é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em

determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção”. O que se presencia na atualidade é a alteração e particularização das condições de saúde da massa trabalhadora com a mudança do padrão produtivo contemporâneo que elege o desmonte dos direitos e flexibilização do trabalho como parâmetro de acumulação de capital. Com isso, a compreensão da determinação social do processo de saúde-trabalho-doença exige as categorias sociais adotadas pelo materialismo histórico para leitura da realidade.

Dessa forma, sob a ótica de um atendimento integral ao trabalhador, compreende-se a importância do papel do Estado na organização dos sistemas de Proteção Social. Através desses sistemas, aprofunda-se a percepção sobre o processo saúde-doença e suas determinações sociais e desenvolvem-se ações articuladas entre as políticas sociais, que em uma abordagem ampla e intersetorial atendam às demandas na área da Saúde do Trabalhador.

Nesse sentido, compreende-se por Proteção Social,

[...] um conjunto de ações, institucionalizadas ou não, que visam proteger a sociedade ou parte dela dos impactos de riscos naturais e/ou que incidem sobre o indivíduo e a coletividade, riscos que decorrem fundamentalmente das desigualdades sociais que acompanham os diferentes estágios da sociedade capitalista. (MENDES; WÜNSCH; COUTO, 2011. p. 276).

No entanto, verifica-se na literatura que a Proteção Social nasce na lógica do risco voltado ao trabalho e não busca as causas desse risco. Como refere Camila Pereira (2016, p. 23), as medidas protetoras possuem um caráter inclusivo e reparador para alguns trabalhadores, pois:

[...] residem no fato de terem sido obrigatórias, condicionadas a contribuições prévias, de caráter legal e geridas pelo Estado. Foi o caso do seguro social originalmente pensado como medida defensiva e reparadora de proteção aos trabalhadores formalmente empregados e cuja integração ao sistema social dominante se fazia necessário por questão de ordem pública.

Essas medidas eram formas de regular o acesso ao atendimento das necessidades dos trabalhadores, e foram a base para a construção dos sistemas de Proteção Social. Por isso, “não é causal que dentre as diferentes espécies de Proteção Social pública, o seguro social seja considerado a sua espinha dorsal” (PEREIRA, 2016, p. 24). Há de se destacar que avanços no âmbito da Proteção Social, os quais se constituíram em sistemas universais, no século XX, também

foram endógenos à sociedade salarial, transformando-se “num dos mecanismos de enfrentamento da questão social, que expressa o conflito das relações sociais na sociedade capitalista e as contradições entre produção coletiva e apropriação privada da riqueza social” (MENDES; WÜNSCH, 2009, p. 242).

Dessa forma, percebe-se que a Proteção Social no que tange à Saúde do Trabalhador deve ser analisada sob o ângulo da economia política para ter garantida uma visão integral do desenvolvimento dos processos políticos e econômicos que subjazem a essa proteção. Faz-se necessário qualificar a economia política que melhor viabiliza essa garantia e permite uma visão global e complexa das medidas protetivas do Estado capitalista como algo que articula de forma contraditória, a estrutura e os sujeitos históricos (PEREIRA, 2013).

No Brasil, a Proteção Social é assegurada mediante o conceito de seguridade social, ou seja, no conjunto de seguranças sociais que a sociedade, de forma solidária garante a seus membros. Por isso, a gênese dos processos de proteção está no desenvolvimento histórico de cada sociedade, onde determinadas condições sociais movimentam-se e operam em favor da manutenção da vida e da dignidade humana, enquanto direito social universal. Trata-se aqui de observar que das políticas sociais que compõem a seguridade social destaca-se a Previdência Social, na condição de seguro social que, ligado ao trabalho, afiança um valor substituto à remuneração do trabalho em algumas situações decorrentes de impedimentos ao exercício da atividade laborativa (SPOSATI, 2013).

Assim, a política previdenciária brasileira, hoje, ainda mantém o modelo de gestão condicionado a contribuições prévias, obrigatórias, de caráter legal e geridas pelo Estado. Nesse sentido, verifica-se um modelo de política social pouco inclusiva que distância significativamente uma massa de trabalhadores que se afastam as exigências previdenciárias, em vista a conjuntura econômica e política que fragiliza direito e restringe o mercado de trabalho formal substancialmente. O sistema de produção capitalista dessa forma reproduz socialmente grave quadro de trabalhadores adoecidos oferecendo cobertura social insuficiente às mínimas necessidades de subsistência.

No entanto, a Proteção Social também vem se constituindo como forma de enfrentamento as determinações sociais que influem no processo de saúde-doença. Para tal, se faz necessário uma mudança no paradigma atual através de um conjunto de políticas sociais que superem a visão do seguro social e viabilizem o

atendimento das demandas sociais na sua totalidade. Assim, afirmando-se como estratégia cujas mediações efetivam direitos sociais, com vistas a apontar a garantia das condições de vida para a classe trabalhadora.

Dessa forma, a partir do entendimento das categorias Trabalho, Proteção Social e Saúde do Trabalhador, se reconhece que os determinantes sociais são construídos em um contexto de desigualdade social. Assim,

[...] analisar, pesquisar, refletir, desenvolver trabalho profissional no campo da Proteção Social e no âmbito de uma sociedade do capital exige, à partida, ter presente que a leitura crítica aponta que esse ambiente é marcado por paradoxos e contradições que se expressam por formas variadas, entre as quais, por mais incoerente que possa parecer, a reiteração da desproteção social. (SPOSATI, 2013 p. 652).

É possível evidenciar, portanto, que há uma construção social da invisibilidade do processo de saúde-doença e, ao compreendê-la, torna-se possível o desvendamento dos mecanismos sociais que ocultam esse processo, sendo seu deciframento possível através da construção crítica do conhecimento instituído e da apreensão multidimensional da realidade social (MENDES; WÜNSCH, 2011). Essa constatação é importante para não se correr o risco de individualizar o processo de adoecimento, que, na maior parte das vezes, tem como consequência a culpabilização dos trabalhadores e a não discussão do trabalho (MAENO; PARARELLI, 2013).

Nessa perspectiva, contribuir para a garantia do direito à Saúde do Trabalhador enquanto mecanismo de Proteção Social requer mais do que um conjunto de leis. Torna-se essencial o desenvolvimento de estratégias para ampliação e consolidação do acesso às políticas sociais, em especial a de Previdência Social, que tem no Serviço de Reabilitação Profissional, enquanto serviço previdenciário, um meio de contribuir para a Proteção Social.

Porém, observa-se o caráter contraditório das políticas sociais, em especial da política previdenciária, quando se coloca como mera reprodutora das normas institucionais, pautada pelo Estado, com uma lógica de mercado. Nesse caso, torna-se mais engessada no que se refere à burocratização na operacionalização dos benefícios previdenciários. Isso ocorre por ser a única política do tripé da seguridade social que continua contributiva e que não avançou de forma a possibilitar a inclusão das novas necessidades produzidas pelo mundo do trabalho.

Ao discorrer sobre o tema, Potyara Pereira (2009, p 204) traz uma importante

contribuição. Segundo a autora,

[...] tendo a política social natureza contraditória, ela exige redefinição teórica de quem a percebe de forma linear e funcionalista. Tanto os seus aspectos positivos quanto os negativos devem ser, dialeticamente, analisados para que se possa ter a compreensão certa do que se deve defender e atacar, tendo como perspectiva as necessidades sociais.

Entretanto, as políticas sociais têm sido constantemente alvo de reformas realizadas pelo Estado para o atendimento do mercado. Ao passarem por processos de privatização, focalização e precarização, acabam impactando de forma negativa o direito à Saúde do Trabalhador, com destaque à Política de Previdência Social, assim como outros direitos sociais que também sofrem com os ataques do capital. Por isso, torna-se central reafirmar o protagonismo dos movimentos sociais como fundamental para a superação das propostas impostas pelo ideário neoliberal que tem atingido profundamente os direitos e a saúde dos trabalhadores.

2.4 A POLÍTICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

A Previdência Social, como política social⁸, é historicamente reconhecida como um dos pilares do sistema de Proteção Social, por sua emergência vinculada ao trabalho assalariado e sua modalidade como seguro social.

O primeiro ato legal da Previdência Social ocorre com a Lei Eloy Chaves n. 4.682 de 1923, considerada um marco inicial da Previdência Social. Com ela surgem as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), voltadas à proteção do trabalhador em ferrovias, e, posteriormente, essas medidas se estendem aos trabalhadores marítimos e portuários, sendo organizadas no âmbito de cada empresa.

A Lei Eloy Chaves é um aspecto da herança de atitudes e programas que apontavam para uma abordagem mais ampla da questão social. Mais definida em 1920, essa herança promoveu as bases para uma futura articulação de políticas sociais e trabalhistas definidas pela elite, a lei de 1923, especificamente, estabeleceu a base para a elaboração de um sistema geral de Previdência Social. (MALLOY, 1986, p. 57).

⁸ Para Pereira (2016, p. 79), a política social “refere-se ao processo de desenvolvimento e implementação de medidas geridas pelo Estado e demandadas pela sociedade como direitos devidos para suprir necessidades sociais e promover o bem-estar dos cidadãos, seja prevenindo contingências associadas ao trabalho e inseguranças sociais, seja combatendo-as quando instaladas.”

Tal período foi permeado por transformações de base econômica com a intervenção estatal e de intensas mobilizações populares, e além das aposentadorias e pensões destinadas aos empregados e dependentes, conquista-se a assistência médica e farmacêutica.

As CAPs eram administradas por representantes dos empregados e empregadores. O custeio contava com a participação do trabalhador, o lucro das empresas e uma participação da União. O Estado encarregou-se da função de normatizador entre as classes sociais nesse sistema embrionário, assim como afirma Mota (2015, p. 186) afirma:

Nos anos 30, quando a acumulação passa a ser dominada pelo capital industrial, que esse quadro se altera. Em tal período, as mudanças produzidas na economia determinam uma nova forma de organização política, reservando-se, para o Estado, a assunção de papéis decisivos, tanto para estruturar as bases de implantação definitiva da industrialização, como, concomitantemente, para investir em algumas políticas sociais.

A estrutura organizacional da Previdência Social, entre as décadas de 1920 e 1970, é resultado da “às lutas dos trabalhadores por Proteção Social, em face das inseguranças decorrentes da nova base produtiva e das estratégias de apoio ao novo padrão de acumulação do capital que se formou no país nesse período” (SILVA, 2012, p. 125).

No ano de 1964, através de uma comissão planejou-se a reestruturação do sistema previdenciário culminando com a fusão de todos os Institutos de Aposentadoria (IAPs) no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966. A Lei nº 6.439, editada em 1977, institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) sob a orientação, coordenação e controle do Ministério da Previdência e Assistência Social. A intenção do Governo era a elaboração de um projeto modernizante, racional e de reformatação institucional de políticas públicas. Através de uma lógica sistêmica, pretendeu-se simultaneamente articular as ações de saúde entre si e estas com o conjunto das políticas de Proteção Social (FGV/CPDOC, 2009). Para tanto almejava-se integrar as funções atribuídas às entidades que constituíram o SINPAS: Instituto Nacional de Previdência Social - INPS; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS; Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA; Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor FUNABEM; Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV; Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência

Social – IAPAS e a Central de Medicamentos – CEME na condição de órgão autônomo da estrutura do MPAS (BRASIL, 1977).

Em 1990, o INAMPS, que funcionava junto ao INPS, foi extinto e suas competências transferidas à federação, aos estados e municípios gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema instituído pela Constituição de 1988 estabeleceu a saúde como direito universal e a unificação/descentralização da responsabilidade de gestão dos serviços de saúde. Nesse período, também ocorre a fusão do INPS ao IAPAS, formando, assim, o atual INSS (SILVA, 2012).

A evolução e os limites históricos enfrentados pela Política de Previdência Social resultam de relações complexas que se desenvolveram no contexto da luta de classes em que interesses antagônicos estavam em disputa (SILVA, 2012). Essa, como política social, refere-se “ao processo de desenvolvimento e implementação de medida gerida pelo Estado e demandadas pela sociedade, como direitos devidos para suprir necessidades sociais e promover o bem-estar dos cidadãos” (PEREIRA, 2016, p. 79).

Nessa perspectiva, a existência de políticas sociais está associada à constituição da sociedade burguesa e ao movimento da classe trabalhadora que resiste às desigualdades produzidas estruturalmente por um sistema social dividido em classes e que se reproduz, historicamente, por meio de relações de poder constantemente renovadas (PEREIRA, 2016).

Parafraseando Behring (2009) se afirma não existir possibilidade de combinar acumulação capitalista com equidade parecendo ser indiscutível a compreensão de que a desigualdade e injustiça social é produto indesejado da sociedade de mercado, longe de ser abolido pelo mesmo sistema que o gerou e o mantém.

Neste sentido, a questão social tomada por suas manifestações se torna mais um objeto naturalizado e desvinculado de qualquer problematização da ordem econômico-social, se não compreendida como forma de resistência e oposição ideológica articulada pela classe trabalhadora. Classe que exige, no seu ingresso no cenário político, o enfrentamento pelo Estado das expressões sociais resultantes do modo de produzir capitalista que avilta a vida do homem que trabalha, mas principalmente como classe que opera na construção de um projeto societário libertário.

Sendo assim, as pressões oriundas do embate de classes impulsiona o Estado na criação das condições para que a questão social possa ser enfrentada

através das políticas sociais. A Previdência Social é parte do processo de construção e reconhecimento de direitos imbricados no trabalho (IAMAMOTO, 2010; PEREIRA, 2013).

No Brasil, a resposta do Estado às necessidades advindas do mundo da produção ocorre por meio de um conjunto de políticas sociais, que, através do modelo de seguro social instituído na Alemanha no final do século XIX, constituiu-se um dos maiores sistemas de Proteção Social do período. Tal modelo contemplava o seguro-saúde, o seguro acidente de trabalho e a aposentadoria por invalidez e velhice (MOTA, 2015).

O sistema alemão em questão ficou conhecido como modelo Bismarckiano, por ter sido estruturado sob o comando do chanceler Otto Von Bismarck. Com uma lógica contratual, Bismarck foi pioneiro na implantação de seguro social e elaborou um projeto de lei que instituía o seguro-acidente obrigatório (SILVA, 2012). Com característica dos seguros privados implantou uma cobertura voltada para trabalhadores, onde o acesso ao benefício era condicionado à contribuição individual e o montante das prestações proporcional às contribuições. O financiamento do sistema, com base no salário, ocorria pela contribuição e participação de empregados e empregadores, assim como na gestão. A organização se efetuava por sistema de Caixas e eram geridas pelo Estado (BOSCHETTI, 2009).

O avanço nos sistemas de Proteção Social se dá na perspectiva de seguridade social, cuja origem remete à Inglaterra mais precisamente ao ano de 1942 e ao contexto econômico e político da Segunda Guerra Mundial. O Plano Beveridge, em seu escopo apresenta críticas ao modelo bismarckiano, ainda vigente em grande medida na Europa. O sistema beveridgiano para Boschetti (2009, p. 2) se apresentou a sociedade como um conjunto de direitos que possuíam:

[...] caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade. O financiamento é proveniente dos impostos fiscais, e a gestão é pública, estatal. Os princípios fundamentais são a unificação institucional e uniformização dos benefícios.

Este modelo de seguridade nasce junto ao Estado de Bem-estar Social em alguns países da Europa Ocidental generalizando-se como padrão de Proteção Social no pós-guerra e tornando-se hegemônico nas décadas de 1950 e 1960, considerados os anos de ouro do capitalismo (SILVA, 2012).

Destaca-se que a Previdência Social brasileira surge e se afirma em um caráter de seguro social, não acompanhando os avanços na concepção de seguridade social. Para Cartaxo (1995, p. 62), a emergência da Previdência Social acompanha a ideia de seguro social “com contenção de despesas e regime de capitalização, em vez de prestação de serviço”. Além disso, segundo a autora, trata-se de uma prática “fundamentalmente privada, na qual o Estado era apenas um dos contribuintes do sistema, cabendo ao trabalhador, em parte, garantir o seu salário nos casos de riscos sociais” (CARTAXO, 1995, p. 62). Essa concepção se mantém ao longo da construção da Política de Previdência Social brasileira e contribui para um modelo híbrido de seguridade social no Brasil, conforme se aponta na sequência (BOSCHETTI, 2009)⁹.

A Constituição Brasileira de 1988, ao apresentar o conceito de seguridade social, a descreve como “um conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social” (BRASIL, 1988, art. 194). De acordo com o documento, ela é sustentada pelos seguintes objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio etc. (BRASIL, 1988).

Assim, a Política de Previdência Social compõe o tripé da Seguridade Social, acompanhada das Políticas de Saúde e de Assistência Social. Ela aponta novos princípios, formas de organização administrativa e de financiamento, além de mecanismos de participação e controle social.

Dessa forma, reconhece-se a seguridade social como um direito que transforma o padrão de Proteção Social brasileiro, ampliando a responsabilidade do Estado pelos direitos sociais. “Logo, o significado da seguridade social na Constituição Federal de 1988 é a expressão da correlação de forças que se estabeleceu naquele contexto singular e histórico do Brasil” (SILVA, 2012, p. 138).

A Previdência Social, por se tratar de uma política social constitutiva da

⁹ “Apesar de ter um caráter inovador e intencionar compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)” (BOSCHETTI, 2009, p. 8).

seguridade social, enfrenta um grande desafio em sua implementação, pois se restringe à ideia de seguro, protegendo os que contribuem para essa política, o que desconfigura seu caráter público. Entende-se que, das políticas sociais que compõem o tripé da seguridade, a política previdenciária é a que apresenta mais restrições para que o trabalhador acesse os seus serviços.

Nesse sentido, a política previdenciária tem muito a percorrer, considerando-se a exigência de contribuição como meio de aquisição de direitos. Destaca-se que a Previdência Social, como uma instituição pública, tem por objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados, substituindo sua renda por ocasião da perda de sua capacidade de trabalho em situações de riscos sociais, ou seja: doença, invalidez, idade avançada, morte, desemprego involuntário, maternidade e reclusão. Fazem parte do quadro de segurados os empregados, os empregados domésticos, os trabalhadores avulsos, os contribuintes individuais (autônomos, empresários etc.), os segurados especiais (agricultor familiar, pescador artesanal ou indígena) e os segurados facultativos (estudante maior de 16 anos), dona de casa e síndico não remunerado (BRASIL, 1991b). Observa-se, portanto, que a Previdência Social exclui uma parcela significativa de trabalhadores não filiados à Previdência Social dos direitos previdenciários.

Dentre esses direitos garantidos na política previdenciária, evidenciam-se as aposentadorias (por idade, por invalidez, por tempo de contribuição, especial), os benefícios para família (salário-maternidade, salário-família, auxílio-reclusão e pensão por morte) e os benefícios por incapacidade (auxílio–doença e auxílio–acidente). Além disso, há a operacionalização do Benefício da Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e do seguro-defeso¹⁰ (BRASIL, 2017c). Já os serviços da Previdência são: Serviço Social, Reabilitação Profissional e Perícia Médica. Todavia, os direitos sociais previstos pela política pública de Previdência Social não são universais, pois para acessá-los o trabalhador terá que apresentar prévia contribuição.

Destaca-se que os direitos previdenciários estão sendo constantemente ameaçados e que para legitimar esse processo o principal instrumento utilizado “é a

¹⁰ O *seguro-defeso* ou *seguro-desemprego* do pescador artesanal (SDPA) “é uma assistência financeira temporária concedida aos pescadores profissionais artesanais que, durante o período de defeso, são obrigados a paralisar a sua atividade para preservação da espécie” (BRASIL, 2017, não paginado).

tentativa de obtenção do consentimento das classes trabalhadoras em torno da ideia de que a crise econômica afeta toda a sociedade e que, por isso, necessita da colaboração de todos” (MOTA, 2015, p. 182). Dessa forma, o grande capital se fortalece e constrói a sua hegemonia, atacando os direitos sociais, inclusive, com contrarreformas que afetam diretamente os serviços previdenciários.

Ressalta-se, ainda, que as reformas previdenciárias de 1998 e 2003 foram realizadas para dar lugar à expansão da previdência dos fundos de pensão e das empresas de planos privados (SILVA, 2012). Essa realidade trouxe muitos impactos políticos e não permitiu a implementação da seguridade social como prevê a legislação. Permitiu-se, conforme Mota (2015, p. 172), que o movimento sindical privilegiasse a empresa como interlocutora das suas barganhas por medidas de Proteção Social, qualificadas de salários indiretos, mas desconectadas de uma estratégia global que contemplasse a seguridade social como política social pública.

Nesse contexto, a política de Previdência Social afastou-se da materialização dos direitos sociais referidos na Constituição Federal de 1988, ancorada em um modelo de Proteção Social amplo, que assegura os mínimos sociais não mais vinculados somente ao trabalho. Além disso, o trinômio da focalização, descentralização e privatização, fruto da política neoliberal, trata de descaracterizar os direitos conquistados pela classe trabalhadora, cortando os investimentos nas políticas sociais. Segundo Behring (2000, p. 14),

[...] o carro-chefe dessa proposição é a renda mínima, por meio de programas sociais, combinada à solidariedade através das organizações na sociedade civil. A renda mínima não pode ter um teto alto, para não desestimular o trabalho, ou seja, há uma perversa reedição da ética do trabalho, num mundo sem trabalho para todos.

Essa realidade culmina no crescimento da pobreza e no aumento do adoecimento do trabalhador. Nessa perspectiva, a Previdência, ao se afirmar como política voltada ao trabalho, em especial o trabalho formal, vai cada vez mais restringindo o acesso do trabalhador inserido precariamente no mercado de trabalho.

Nesse cenário, ao longo da década de 1990 e nos anos 2000, a Política de Previdência Social esteve (e permanece) no seio da luta política brasileira. Assim, na gestão de Fernando Henrique Cardoso a reforma da Previdência introduz um novo modelo de gestão pública que, segundo Newman e Clarke (2012), desencadeia a

proliferação da Nova Gestão Pública, na qual:

[...] o gerencialismo (como ideologia) e a gerencialização (como um processo de transformação) se combinam para produzir o que descrevemos como um estado gerencial. Nessa forma de estado, arranjos organizacionais e sistemas de poder, autoridade e processo anteriores embasados em uma combinação de burocracia e profissionalismo são reconfigurados em torno da autoridade gerencial: o direito de gerir. (NEWMAN; CLARKE, 2012, p. 353).

Entretanto, o enfretamento desse modelo de gestão é tensionado nos governos que o sucedem. Esse modelo está intrinsecamente ligado ao cotidiano de trabalho no INSS, pois ele leva à racionalização dos processos de trabalho, afetando a rotina de todos os servidores da instituição, inclusive do(a) Assistente Social. Além disso, a estrutura do INSS funda-se no gerencialismo, que “é uma estrutura calculista que organiza o conhecimento sobre as metas organizacionais e os meios para alcançá-las” (NEWMAN; CLARKE, 2012, p. 359).

Nesse sentido, a implantação de mecanismos de racionalização do trabalho encontra-se em estágio avançado, pois a informatização dos sistemas que operacionalizam os benefícios previdenciários e assistenciais adotam mecanismos que negligenciam a Saúde do Trabalhador, garantindo apenas a (des)proteção social e, com isso, o equilíbrio necessário para o funcionamento do mercado.

Como decorrência desse novo modelo de gestão, no mês de outubro de 2015 o Ministério da Previdência Social foi extinto, e a pasta da Previdência foi fundida com a do Trabalho e Emprego, formando, então, o Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS). Com isso, o Instituto Nacional do Seguro Social passou a pertencer ao MTPS, tendo como base um discurso de que a previdência é deficitária¹¹, logo, alvo prioritário do ajuste fiscal. Porém, em maio de 2016 uma nova reforma ministerial ocorreu.

Após o processo de impeachment contra a presidente Dilma Rousseff¹², o

¹¹ Para formação de uma cultura da crise, o déficit previdenciário foi divulgado nos meios de comunicação para que houvesse consentimento da população para mais um desmonte da Política de Previdência Social. O déficit, no entanto, não existe. Segundo Gentil (apud HAUBERT, 2017, não paginado), “[...] dados estatísticos revelam que não há crise financeira na previdência social e, principalmente, não há crise no sistema de seguridade social.”

¹² “O ano de 2016 é palco da reedição do nefasto golpe jurídico-midiático-parlamentar, que volta e meia varre qualquer esperança de que a democracia seja um destino para os latino-americanos. O Brasil encontra-se em meio a mais um ciclo de ruptura da institucionalidade democrática ainda com desfecho inaudito, mas para a classe trabalhadora as consequências da crise econômica mundial e da disputa política entre os setores *golpistas* e *golpeados* já estão em curso: desemprego massivo, contenção salarial, perda de históricos direitos trabalhistas e garantias

governo interino de Michel Temer, com a Medida Provisória 726/2016, acabou com o Ministério da Previdência Social e distribuiu seus órgãos entre o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e o Ministério da Fazenda (MF), sendo que o INSS ficou vinculado ao MDS e a Dataprev e a Previc ao MF.

Não há mudanças no que se refere às atribuições definidas ao INSS, mas acentua-se a reforma da previdência, palco do projeto de desestruturação da política previdenciária e/ou redução dos direitos previdenciários. Tal situação gera uma desproteção social cujos impactos atingem a saúde dos trabalhadores e a sua reprodução. Alia-se a esse cenário a reforma trabalhista¹³, que, associada à reforma da previdência, traz consequências mais nefastas ainda à vida do trabalhador.

As ações previdenciárias estão voltadas ao trabalhador contribuinte, em particular, majoritariamente, ao trabalhador assalariado protegido pelas leis trabalhistas. Com isso, há um impacto na operacionalização dos direitos previdenciários e assistenciais realizados pelos serviços previdenciários do INSS. Em especial, essas ações trazem grandes consequências para o Serviço de Reabilitação Profissional, que, no INSS, realiza a avaliação da incapacidade laborativa para fins de manutenção ou não dos benefícios previdenciários e está diretamente relacionada ao mercado de trabalho.

Na sequência, são apresentadas a constituição e as conformações históricas e atuais da Reabilitação Profissional, tendo em conta o impacto do golpe na mudança de orientação deste serviço previdenciário, que entre avanços e retrocessos, consolidou-se como um importante serviço da Previdência Social, voltado à garantia de direitos relativos à Saúde do Trabalhador.

2.5 REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

No Brasil, a Reabilitação Profissional, enquanto parte da Política de Previdência Social, caracteriza-se como um direito previdenciário, sendo uma

sociais recém-conquistadas, em suma, agravamento da pauperização no cenário histórico da superexploração e dependência.” (PAIVA; HILLESHEIM, 2016, p. 235).

¹³ A Reforma Trabalhista de 2017 foi significativa na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), estabelecida pela Lei n. 13.467 de 2017 e pela Medida Provisória n. 808, com a justificativa de combater a crise econômica e o desemprego. Porém, criticada pelos movimentos sociais, sindicatos, ministério público do trabalho, OIT, entre outros órgãos e entidades representativas dos trabalhadores. A reforma trabalhista modifica a lei trabalhista brasileira e traz novas definições sobre férias, jornada de trabalho e outras questões. Além de ser inconstitucional em vários aspectos, gera incertezas na vida do trabalhador [...]. (BRASIL, 2017d).

resposta pública à questão da incapacidade associada às doenças relacionadas ao trabalho ou não e aos acidentes de trabalho.

A importância da Reabilitação Profissional em relação à Saúde do Trabalhador além de viabilizar o direito ao trabalho e à proteção de sua incapacidade tem como perspectiva também contribuir para a prevenção dos agravos e para a promoção de saúde, por meio da compreensão de vários fatores e determinantes do processo de saúde, doença e trabalho.

Diante de tal realidade, a Reabilitação Profissional também é atravessada pelo desmonte dos direitos sociais, conforme referido anteriormente. Pode-se afirmar que a Reabilitação Profissional, iniciada em 1944, é uma conquista da classe trabalhadora e que, ao passar por diferentes momentos históricos, deu-se sua emergência no período de criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPCs) e do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI).

De acordo com o marco legal da criação dos Serviços de Reabilitação Profissional, o Decreto n. 7.036, de 10 de novembro de 1944, no caso do Brasil, ainda no governo de Getúlio Vargas, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) foram autorizados a atender às necessidades específicas dos trabalhadores (BRASIL, 2016b). Para Maeno e Vilela (2010, p. 88) a previsão de atendimento aos trabalhadores era limitado “o que refletia a natureza das restrições físicas, fundamentalmente decorrentes de acidentes do trabalho traumáticos, e a abordagem terapêutica vigente à época”, práticas executadas pela fisioterapia e a cirurgia ortopédica

A partir disso, a prestação do Serviço de Reeducação e Readaptação esteve presente no Regime Geral de Previdência Social. Porém, vale ressaltar que, assim como aconteceu com a Política Previdenciária, esse serviço passou por diversos momentos históricos, nos quais ocorreram transformações, inclusive quanto à terminologia, à competência e às atribuições dos serviços prestados à população.

Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) e seu Regulamento estabeleceram que a assistência reeducativa e de readaptação profissional cuidaria da reeducação e readaptação dos segurados que percebiam auxílio-doença, bem como dos aposentados e pensionistas inválidos. Essas normas permitiram ainda que a Previdência Social transferisse o serviço de assistência previdenciária de Reabilitação Profissional para a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação –

(ABBR) e Instituições Congêneres. Contudo, em 1963, através do Decreto n. 53.264, a Previdência Social reassumiu a assistência de Reabilitação Profissional (BRASIL, 2013b).

Com recursos próprios e centralizados em um organismo único, a Superintendência de Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social (SUSERPS) iniciou, então, a Reabilitação na Previdência Social. Os serviços eram prestados a segurados em geral por região, não por categoria profissional.

Já em 1966, ocorreu a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INSS), que subsidiou a uniformização na concessão de benefícios e a cobertura de assistência à saúde na Previdência Social, abarcando, dessa forma, a assistência de Reabilitação Profissional. Nas décadas de 1970 e 1980, isso passou a ser realizadas em Centros de Reabilitação Profissional (CRPs), unidades de grande porte e com equipes multiprofissionais, e em Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs), unidades de menor porte que contavam com, no máximo, duas equipes multiprofissionais. Nesses locais, havia médicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, professores de nível secundário (BRASIL, 2013b).

Em 1988, com a Constituição Federal, foi estabelecido que a reabilitação física passasse a ser de competência do Ministério da Saúde, enquanto a Reabilitação Profissional continuaria sob a responsabilidade do Ministério da Previdência Social.

Entretanto, o Serviço de Reabilitação Profissional passou por diversas mudanças, sendo que uma delas foi a completa desativação dos CRPs na década de 1990¹⁴. Isso ocorreu apesar da luta dos trabalhadores por meio dos movimentos sindicais na resistência por um serviço de reabilitação que viabilizasse a atenção integral ao trabalhador.

Por meio do Decreto n. 2.172, de 06 de março de 1997, foi normatizada a nova estrutura do Serviço de Reabilitação Profissional. A primeira mudança foi a desativação dos CRPs e NRPs, descentralizando os Serviços de Reabilitação Profissional para as agências de benefícios do INSS (Resolução n. 423/MPAS/INSS, de 7 de março de 1997). A segunda alterava as funções básicas do processo de

¹⁴ Para Mota (2015), nesse período há o agravamento da situação econômica e social do país, marcada por recessão econômica, desemprego, inflação, dívidas interna e externa, o que determinou o surgimento de novas formas de expressão da questão social no Brasil.

Reabilitação Profissional para: a avaliação e a definição da capacidade laborativa; a orientação e o acompanhamento do Programa Profissional; a articulação com a comunidade para reingresso no mercado de trabalho; e o acompanhamento e a pesquisa de fixação no mercado de trabalho (BRASIL, 2016b).

Por sua vez, o Decreto n. 3.048/99 define a Reabilitação Profissional enquanto serviço previdenciário oferecido pelo INSS.

A assistência (re)educativa e de (re)adaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e Reabilitação Profissional, visa proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem. (BRASIL, 1999, art. 136).

Assim, no INSS, o processo de Reabilitação Profissional inicia com o encaminhamento dos trabalhadores/usuários a esse serviço pela perícia médica. Essas pessoas são encaminhadas por se encontrarem afastadas do trabalho, geralmente em benefício auxílio-doença, devido a uma limitação laborativa que as incapacita de realizar suas funções de origem. Porém, essas novas normatizações não se revelaram como avanços no que se refere ao modelo de reabilitação, pois, nesse período, o serviço previdenciário passou por um verdadeiro desmonte, adotando o modelo biomédico, que culminou, em 2001, no Programa Reabilita. Esse programa tinha como característica principal o desmonte das equipes multiprofissionais, tratando-se de uma reabilitação centralizada que visava apenas a orientação profissional, conforme a limitação laborativa de cada trabalhador.

Essa focalização colocou o trabalhador no centro do programa de Reabilitação Profissional, responsabilizando-o pelo processo. Segundo Sposati (2013, p. 657),

[...] argumentos de corte liberal ou neoliberal partem da orientação de que é necessário — para favorecer a autoestima, a liberdade, a autonomia do indivíduo — superar sua condição improdutiva de beneficiário, introduzindo no modelo de Proteção Social a disciplina de frequência a treinamentos para que se reduzam situações de dependência que requerem proteção e se ampliem oportunidades de “exercício de autonomia”, isto é, ocupação remunerada de mão de obra, para que o beneficiário se transforme em provedor de sua própria proteção.

Exemplo dessa orientação ocorria quando a empresa de vínculo do trabalhador não oferecia uma função compatível com o quadro clínico de seu

funcionário ou quando o segurado não estava vinculado a uma empresa (por exemplo, autônomos e desempregados com qualidade de segurado) este retornar ao trabalho em uma nova função. Nesse caso, o trabalhador era encaminhado a cursos profissionalizantes em escolas conveniadas (SENAI, SENAC) com o INSS e, após término do curso, desligava-se do benefício. Essa realidade permanece até os dias de hoje. Nesse caso, na grande maioria das situações, o trabalhador ficava com a responsabilidade de se recolocar no mercado de trabalho.

De acordo com Medeiros (2012, p. 168),

[...] a crítica ao antigo modelo centralizado e elitista, mas também à distorção produzida pelas mudanças reducionistas promovidas pela contrarreforma, foi compartilhada por servidores, pelos segurados e sindicatos, pelas pessoas com deficiência e suas associações, pelos setores responsáveis pela fiscalização das condições de trabalho e pela saúde do trabalhador. Tal crítica inspirou, em parte, a elaboração da Carta de São Paulo. Esse documento foi elaborado em 2003, por ocasião do Fórum Nacional de Reabilitação Profissional, evento precedido por fóruns locais e regionais, que deveriam mobilizar a participação popular.

Embora a participação crítica de servidores, segurados e sindicatos, associações de PCD's, responsáveis pela fiscalização do trabalho e Saúde do Trabalhador, a falta de participação da população no Fórum Nacional fez com que o caráter tecnicista imperasse nos debates, contribuindo para que os encaminhamentos preservassem os traços conservadores e privatistas (MEDEIROS, 2012). Assim, a carta de São Paulo fez um diagnóstico da situação da Reabilitação do INSS e foi utilizada como um dos principais instrumentos para a construção do Projeto de Revitalização da Reabilitação Profissional proposto em 2008 pelo Ministério da Previdência Social.

No entanto, “a principal característica do projeto é a retomada do processo de reabilitação num contexto macro, de política de Saúde do Trabalhador, aliado ao Ministério da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Educação” (CANNALONGA, 2018). Nesse contexto, ocorre a publicação do novo Manual Técnico de procedimentos da área de Reabilitação Profissional, em 2011, que apresentou novos critérios de avaliação do potencial laborativo. Apesar de alguns avanços focados no trabalho multiprofissional, a operacionalização continua a mesma, instituindo-se, assim, o modelo biomédico como soberano.

Além disso, Takahashi et al. (2010, p. 109) afirma que,

[...] o principal obstáculo social no retorno ao trabalho tem sido a permanência das condições patológicas que geraram o adoecimento. As ações de vigilância são complexas e morosas, porque demandam transformação profunda na visão dos gestores do capital sobre o trabalho e sobre as formas de organizar a produção. Os recursos das instituições fiscalizadoras estão sempre aquém das necessidades demandadas.

Também faltam servidores para compor as equipes de Reabilitação Profissional na maioria das agências da Previdência Social, e muitas das atividades previstas no manual não são realizadas, como, por exemplo, a pesquisa de fixação. De acordo com Maeno e Vilela (2010), as pesquisas de acompanhamento e fixação se feitas, não são divulgadas, ou seja, não se dispõe de informações sobre a real reinserção profissional dos trabalhadores.

Portanto, a Reabilitação Profissional configura-se em um modelo de atenção à Saúde do Trabalhador que historicamente não tem conseguido incorporar as mudanças sociais em curso e os avanços científicos produzidos sobre processo de saúde-doença relacionado ao trabalho (WÜNSCH, 2012).

Assim, como resposta às demandas institucionais tensionadas e da própria dinâmica da sociedade, surge, em 2013, o Projeto “Reabilitação Profissional: articulando ações em Saúde do Trabalhador e construindo a (Re)habilitação Integral”. Seu objetivo é promover ações de Reabilitação Profissional integradas às políticas de Seguridade Social, considerando o trabalho fundante para a construção do ser social para o ingresso ou reingresso do trabalhador no mundo do trabalho.

Em 2015, construiu-se, por meio de um Grupo de Trabalho (GT), o documento “Fundamentos Teóricos da Reabilitação Profissional” do INSS, regulamentado pela Portaria n. 7/DIRSAT/INSS, de 1 de março de 2015. Esse documento surgiu por meio de questionamentos e colocados por parte de equipes de Reabilitação Profissional e de demandas dos trabalhadores atendidos pelo serviço. Destaca-se que a maior necessidade se deu em o serviço proporcionar um atendimento integral ao trabalhador, com um olhar que fosse além do aspecto biológico, considerando também os aspectos psicológicos e sociais. Além disso, os fundamentos que norteiam a Reabilitação Profissional problematizam os procedimentos e a burocracia das ações e a urgência do entendimento do que é objeto comum entre as diversas profissões inseridas no Serviço de Reabilitação Profissional, considerando-se que os diferentes saberes podem contribuir no que tange ao trabalho em conjunto (BRASIL, 2016b).

Também, o documento “Fundamentos Teóricos da Reabilitação Profissional” dialoga com os pressupostos e os objetivos do projeto “Reabilitação Profissional: articulando ações em Saúde do Trabalhador e construindo a (Re)habilitação Integral”. Um dos produtos previsto nesse projeto, por exemplo, diz respeito aos “referenciais teóricos, metodológicos e legais da Reabilitação Profissional pactuados, revisados e propostos”. Além disso, o projeto visa promover ações de Reabilitação Profissional integradas às políticas de Seguridade Social por meio de uma rede de reabilitação articulada, descentralizada e estruturada, que promova inclusão na sociedade por meio do efetivo ingresso ou reingresso do trabalhador no mundo do trabalho (BRASIL, 2016b).

Cabe salientar que o Referencial Teórico não é o Manual Técnico de procedimentos da área de Reabilitação Profissional. O Manual preconiza técnicas e métodos descritos como regras e com exceções previstas, organizando a operacionalização da Reabilitação Profissional. Por outro lado, o Referencial estabelece elementos teóricos que devem ser considerados, de forma a ser norteador das inúmeras possibilidades de atuação. Contudo, não há dissociação entre eles, pois ambos se complementam. São os referenciais que sustentarão o cotidiano das equipes de Reabilitação Profissional (BRASIL, 2016b).

Em maio de 2016 publicou-se um novo Manual Técnico de procedimentos da área de Reabilitação Profissional, volume I, atualizado pelos Despachos Decisórios n. 2/DIRSAT/INSS, de 24 de novembro de 2011, n. 1/DIRSAT/INSS, de 19 de abril de 2016 e n. 2/DIRSAT/INSS, de 12 de maio de 2016. Fruto de reivindicações dos trabalhadores do Serviço de Reabilitação Profissional, o Manual apresenta, porém, poucas mudanças nas diretrizes relacionadas à operacionalização do Serviço de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social, mas inclui um novo capítulo que trata da fundamentação teórica da Reabilitação Profissional, objetivando promover e subsidiar discussões em Saúde do Trabalhador de forma aprofundada e contextualizada, ampliando o foco além do reconhecimento da incapacidade.

Conforme as diretrizes internas, o Serviço de Reabilitação Profissional constitui-se em um processo complexo que abrange diversos elementos dentro da área de conhecimento sobre Saúde do Trabalhador, segundo os quais a capacidade para o trabalho é um fenômeno que vai além da doença, da limitação funcional ou da deficiência física ou mental (BRASIL, 2016b). Esse reconhecimento introduz um

novo modelo de abordagem em saúde e incapacidade.

Percebe-se que é o modelo biomédico que impera na avaliação médico-pericial do INSS, que, no Brasil, operacionaliza os benefícios previdenciários e assistenciais, em sua maioria, vinculados ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS). Isso acontece porque a medicina do trabalho no início do século XX, com sua visão restrita ao corpo, individual e biológica, ainda se faz presente nas avaliações médicas periciais, excluindo, majoritariamente, a realidade social em que o trabalhador está inserido.

É fundamental a superação da situação que resulte em um processo de exclusão social de trabalhadores com limitações oriundas de agravos ocupacionais do mercado de trabalho. Para isso, é de grande relevância uma equipe multiprofissional, para que se ultrapasse, assim, o modelo biomédico que ainda prevalece na maior parte dos atendimentos realizados pela perícia médica do INSS¹⁵.

Considerando-se que a Reabilitação Profissional, por meio da Previdência Social, se constitui em um mecanismo de Proteção Social voltado à Saúde do Trabalhador, e que seu processo é mediado por um conjunto de elementos que envolvem o trabalho na atual conjuntura, é essencial que se tenha a compreensão da categoria trabalho e da centralidade do trabalho na vida do trabalhador neste estudo. O próprio Manual Técnico de procedimentos da área da Reabilitação Profissional (BRASIL, 2016b, p. 27) preconiza que não há como conduzir o serviço de reabilitação “sem compreender previamente qual o conceito de trabalho e a sua importância para o ser humano”. Entretanto, apesar do fato de estar preconizado neste, isso não tem se efetivado no Serviço de Reabilitação Profissional.

Nesse contexto, observa-se que o panorama atual no INSS faz com que a reabilitação não seja efetiva, pois o que impera no atendimento da população usuária é a restrição de direitos, a flexibilização das relações de trabalho e, conseqüente, a ampliação da exploração do trabalhador. Além disso, nota-se a estratégia do capital em atacar em múltiplas frentes os movimentos organizados e a

¹⁵ Refere-se aqui que essa realidade ocorre mesmo com a adoção de uma nova orientação na avaliação da incapacidade, a introdução da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF), na metodologia de trabalho dos serviços previdenciários. A CIF estabelece um modelo biopsicossocial integrando os modelos biomédico e social, ampliando o olhar dos profissionais sobre o processo saúde-doença durante a avaliação do trabalhador, o que vem sendo adotado na avaliação para concessão do benefício de prestação continuada (BPC).

classe trabalhadora, em geral, desarticulando e diluindo as manifestações e enfraquecendo o potencial de luta de classes.

Portanto, a Previdência Social, enquanto política pública está diretamente implicada pelo atual momento do capitalismo e seu processo de reestruturação produtiva, que tem no presente governo, de orientação neoliberal, o mais rebuscado interlocutor para conduzir as reformas previdenciárias que reduzem direitos sociais em confronto à missão do INSS de proteger o trabalhador e sua família para promover o bem-estar social” (BRASIL, 2013c, não paginado).

Dessa forma, pode-se afirmar que a operacionalização do processo de Reabilitação Profissional está centrada em um modelo focalizado, burocratizado e prescrito. Para Wunsch (2012), os elementos do modelo de Reabilitação Profissional previdenciário, historicamente e contraditoriamente, vêm contribuindo para ampliar as lacunas no âmbito da Proteção Social e da Saúde do Trabalhador, o que coloca importantes desafios para as políticas sociais asseguradoras de direitos sociais dos trabalhadores e, conseqüentemente, para o Trabalho do(a) Assistente Social na área.

Logo, a Reabilitação Profissional deve estar fundamentada em uma concepção que compreenda o trabalhador integrado ao seu meio ambiente físico, social, cultural e familiar, visando à garantia de direitos básicos, inclusive identificando barreiras que restrinjam a participação social dos reabilitandos, bem como facilitadores que possam favorecer a superação dessas barreiras.

No entanto, o modelo atual de Reabilitação Profissional tem sido objeto de críticas por apresentar-se como reducionista. Além disso, pesquisas têm investigado o sentido desse serviço para os trabalhadores e suas famílias, (MATSUO, 2002). Nessa perspectiva, ao discorrer sobre o direito à Reabilitação Profissional, Vargas (2017, p. 99) também refere que a atual legislação não oferece proteção suficiente, portanto,

[...] propõem-se alterações normativas que fomentem a criação de empregos adequados ao trabalhador reabilitado, estabeleçam normas especiais de garantia de emprego e que garantam uma regulação suficientemente protetiva perante a empresa de vínculo, em uma definição de (in)capacidade profissional, em situações de discriminação e uma assistência que assegure a possibilidade de uma reabilitação plena.

Entende-se que as ações em Saúde do Trabalhador do INSS devem superar o imediatismo e a focalização da Reabilitação Profissional e contribuir para a

prevenção de riscos ocupacionais, que se constituem de agravos à saúde relacionada ao trabalho, para promoção da saúde nos ambientes e nos processos de trabalho por meio de ações integradas de vigilância em saúde e do estímulo à participação dos trabalhadores.

O acesso à Previdência Social através do auxílio-doença não se constitui em efetiva garantia do direito social. Porém, segundo Wunsch (2002, p. 2), “é imprescindível refletir sobre as consequências advindas dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho para a promoção da reintegração ao trabalho frente à lógica produtiva de compra da força de trabalho”.

Outro fator relevante a ser discutido sobre a Reabilitação Profissional é que a Saúde do Trabalhador somente é discutida no âmbito do INSS perdendo seu caráter multifacetado e suas determinações quando se analisa as questões que configuram o modelo de Proteção Social na lógica do projeto societário atual. Os riscos e agravos relacionados à saúde, dos quais decorre impedimento para o trabalho, fazem com que os trabalhadores com vínculo previdenciário fiquem protegidos apenas temporariamente, tendo em vista o modelo securitário da política previdenciária (WÜNSCH, 2012).

Compreende-se que existem muitos fatores que influenciam o atual modelo de Reabilitação Profissional e que estes, historicamente, são contraditórios, contribuindo, assim, para ampliar as lacunas no âmbito da Saúde do Trabalhador e da Proteção Social. Essa realidade impõe importantes limites e desafios para as políticas públicas sociais e, conseqüentemente, para o Trabalho do(a) Assistente Social no serviço no âmbito da Reabilitação Profissional, que é um espaço de materialização do direito à Saúde do Trabalhador.

3 O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL E A SAÚDE DO TRABALHADOR NO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Evidencia-se que os limites impostos para o trabalho profissional e também os desafios e as perspectivas para a garantia da Saúde do Trabalhador, enquanto mecanismo de Proteção Social se encontram presentes nas contradições da política social. Para o enfrentamento dessas contradições, o trabalho profissional deve estar de acordo com o código de ética do(a) Assistente Social, a lei de regulamentação da

profissão e o projeto ético-político do Serviço Social.

Na estrutura regimental, o Serviço Social (SS) em conjunto com a Reabilitação Profissional (RP) e a Perícia Médica (PM) constituem os serviços previdenciários que compõem a Seção de Saúde do Trabalhador (SST) perante a Gerência Executiva do INSS, em nível local, e a Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) na Administração Central do INSS em Brasília, no Distrito Federal.

A DIRSAT foi criada em 2009 por meio do Decreto n. 6.934¹⁶ (BRASIL, 2009). Dentre suas competências está a de gerenciar e normatizar as ações da PM, RP e SS. Na Cartilha de Saúde do Trabalhador, disponibilizada em 2009 pelo INSS, estão previstas as ações em Saúde do Trabalhador. Essas ações definem dois macroprocessos que devem contribuir para a prevenção de agravos ocupacionais e para a promoção da saúde nos ambientes e processos de trabalho, que se dão de forma integrada, promovendo conjuntamente a vigilância em saúde e a participação dos trabalhadores.

A Figura 1 ilustra como esse trabalho está articulado entre os três serviços previdenciários na legislação e nas normativas internas que orientam o atendimento à população usuária dessa política.

Figura 1 – Macroprocessos na Saúde do Trabalhador no INSS



Fonte: BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (2009).

¹⁶ Revogado pelo Decreto n. 9.104, de 24 de julho de 2017. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança (BRASIL, 2017a).

Com isso, a discussão aponta para o trabalho intrainstitucional e intersetorial, articulando os serviços que estão inseridos na ilustração acima. Cabe salientar que, além da Reabilitação Profissional e do Serviço Social existem outros espaços para atuação do(a) Assistente Social na política de Previdência Social, a saber, o Programa de Educação Previdenciária (PEP), Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), Programa de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho (SQVT).

Neste capítulo, é realizado, inicialmente, um resgate acerca da trajetória do Serviço Social na política de Previdência Social desde sua emergência até o processo de consolidação e formas de resistência para a defesa do Serviço Social. Por fim, evidenciam-se outros espaços de atuação profissional, destacando-se o Serviço de Reabilitação Profissional.

3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

Na literatura, não há um consenso quanto ao início do Serviço Social na Previdência Social, entretanto existem relatos de que a primeira experiência do Serviço Social se deu em 1941, no Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC), com Luiz Carlos Mancini¹⁷, nos conjuntos residenciais do Rio de Janeiro e de Recife sob a gestão do IAPC (PARANAGUÁ, 1983).

A partir desses registros históricos é possível constatar que o ingresso do(a) Assistente Social na política previdenciária deu-se a partir dos Institutos próprios de previdência. Paranaguá (1983) explica que foi com a Portaria n. 545, de 31 de março de 1945, que se deu a fundamentação legal do Serviço Social previdenciário. Essa mesma portaria determinava que as caixas e os institutos concedessem bolsas de estudo na área do Serviço Social por meio de cursos intensivos para o servidor que tivesse interesse em seguir a carreira de Assistente Social previdenciário. Porém, de acordo com o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, o Serviço Social foi instituído legalmente através da Portaria n. 25, de 6 de abril de 1944, do Conselho Nacional do Trabalho - CNT, na expansão previdenciária dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs (SILVA, 2007).

¹⁷ O funcionário era Assistente Social, mas havia sido contratado para a área administrativa, pois a profissão ainda não existia na carreira dos institutos.

Cabe salientar que, de acordo com Paranaguá (1983), os estudantes de Serviço Social que já eram servidores do IAPC tiveram um papel de grande relevância na elaboração do plano de funcionamento do Serviço Social no IAPC. Segundo a autora, “o Serviço Social do IAPC de São Paulo nasceu de baixo para cima, apesar de este ter se constituído no decorrer da história um campo de lutas com avanços e retrocessos para a categoria profissional” (PARANAGUÁ, 1983, p. 68).

Em maio de 1945, na tentativa de unificação de todos os IAPs no Instituto de Serviços Sociais do Brasil (ISSB), Getúlio Vargas assinou o Decreto-lei n. 7.526, Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil, porém não conseguiu concretizá-lo devido à resistência da classe trabalhadora junto a representantes sindicais e alguns líderes políticos. Nesse mesmo período com eleições diretas deu-se o fim do Estado Novo.

Concomitantemente a isso, ainda na década de 1940 houve a criação de grandes instituições como o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC)¹⁸, o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA). Com o crescimento da política previdenciária e a criação da LBA¹⁹, iniciavam-se as primeiras aproximações entre as ações da Assistência Social e da Previdência Social, que culminaram na Constituição Federal de 1988 juntamente com a Política de Saúde na definição da Seguridade Social. Outra conquista proveniente desse período refere-se à legislação trabalhista, através da promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, objetivando o controle e a regulamentação da Proteção Social do Trabalho por meio institucional e legal.

Nesse cenário, foi na década de 1940 que o Serviço Social se consolidou na Política de Previdência Social, no campo da Proteção Social à classe trabalhadora,

¹⁸ O SESI, o SENAI e o SENAC pertencem ao conjunto de instituições de interesse de categorias profissionais que formam, hoje, o chamado Sistema S.

¹⁹ LBA (Legião Brasileira de Assistência): Criada em 1942, organizada em consequência do engajamento do País na Segunda Guerra Mundial. Seu objetivo era o de prover as necessidades das famílias, cujos chefes haviam sido mobilizados para a guerra [...] Surge a partir de iniciativa de particulares logo encampada e financiada pelo governo, contando também com o patrocínio das grandes corporações patronais [...] A partir de grande impacto emocional a LBA procurara granjear e canalizar apoio político para o governo movimentando sua ação assistencialista [...] se constituirá em mecanismo de grande impacto para reorganização e incremento do aparelho assistencial privado e desenvolvimento do Serviço Social como elemento dinamizador e racionalizador da assistência. [...] Atuará também como repassadora de verbas – globalmente vultuosas – para ampliação e reequipamento das obras assistenciais particulares. (IAMAMOTO, 2009, p. 251-252)

tornando-se esse um importante espaço intervenção para Assistentes Sociais.

Paranaguá (1983) discorre ainda, em seu depoimento, sobre a participação da categoria profissional na legislação que norteava os benefícios e serviços previdenciários, dentre eles a Reabilitação Profissional.

Em 1960, fomos chamados ao Rio de Janeiro, convidados pelo Presidente do IAPC, Dr. Alberto Carneiro, para participar da reformulação da Lei Orgânica da Previdência Social (em substituição à Aluísio Sales que levou treze anos tramitando). Essa Lei, que tomou o n. 3804, uniformizou todos os benefícios e introduziu legalmente a Reabilitação Profissional. (PARANAGUÁ, 1983, p. 70).

Nesse período, o Serviço Social na Previdência caracterizava-se como “Assistência Complementar”, e Assistentes Sociais atendiam aos usuários, às suas famílias e à comunidade por meio de auxílios. De acordo Silva (2007, p. 24, grifos do autor),

[...] persiste a concepção do Serviço Social como *assistência complementar*²⁰ que, através de métodos, instrumentos e técnicas próprias: I – atende aos beneficiários carentes de ajuda, *individualizando* e tornando humanas suas relações com a Instituição na concessão e manutenção das prestações asseguradas pela Lei; II – contribui pela atuação junto aos setores da Instituição incumbidos das prestações, para que estas não tenham apenas caráter paliativo, mas sejam real fator de *ajustamento social*; III – previne e corrige *desajustamentos* através de atuação direta na família, no trabalho e na comunidade. (Resolução MTPS n. 1.081/65, de 26 de outubro de 65).

A concepção do Serviço Social estava nuclearmente vinculada a estas bases e com ela respondera ao Estado ditatorial cuja ideologia racional técnica e administrativa iria se alastrar com o esgotamento do modelo populista dos governos de Juscelino Kubitschek e João Goulart (OLIVEIRA, TEIXEIRA, 1986 apud ABREU; LOPES, 2007, p. 38).

Instituído em 1967, o Instituto Nacional de Previdência – INPS, o seu primeiro presidente, Francisco Torres de Oliveira, assume em 1968 a entidade. Este teve como objetivo a racionalização econômico-administrativa e a centralização do

²⁰ No contexto de sua gênese, o Serviço Social previdenciário é concebido como assistência complementar “de máxima importância para o futuro da previdência social” e de “magna repercussão no sentido da individualização do benefício, meta a que precisa atingir a previdência social, a fim de poder prestar, de modo verdadeiramente eficiente, seu decidido apoio à solução dos relevantes problemas dos desajustamentos sociais, que assoberbam a sociedade contemporânea e, em particular, o Brasil” (SILVA, 2007, p. 21).

regime previdenciário e, como consequência, a exclusão da participação representativa no interior institucional de empregado e empregadores. Além disso, unificou os IAPs, absorvendo os seguintes serviços: Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU), Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) e Superintendência do Serviço de Reabilitação da Previdência Social (SUSERPS) (BRAGA; CABRAL, 2007).

Os modelos de gestão, por sua vez sofriam um forte predomínio da regulação fordista-keynesiana. A expansão do sistema de seguro social ao longo dos anos passou por mudanças que mostraram a luta de interesses políticos. Além disso, houve uma significativa ampliação dos seguros sociais com enfoque na legitimação dos interesses políticos dos governantes, que, em sua maioria, eram contrários aos interesses dos trabalhadores. Nesse cenário, sem ferir os domínios do capital, ascendeu-se ideologicamente uma nova forma de gestão, com um discurso estratégico perante as forças sociais em conflito, que, ao mesmo tempo em que mobilizava muitos segmentos sociais, também tensionava e fragmentava as lutas sociais. Assim, mantinham-se preservados os determinantes da desigualdade social, enquanto diluía-se a luta da classe trabalhadora e produzia-se o apassivamento com o que se restaurava a ordem política, muito semelhante ao que vivemos hoje.

No ano de 1972, com o advento do Plano Básico do Serviço Social²¹, definiu-se uma nova política de ação para os profissionais do Serviço Social. Tal plano foi caracterizado como um serviço de natureza assistencial, assim como a Assistência Médica e a Reabilitação Profissional, constando na estrutura oficial da Instituição (SILVA, 2012).

Cinco anos mais tarde, em 1977, com a instituição do SINPAS, projeto estatal para modernizar, racionalizar e reformatar institucionalmente as políticas públicas ocorre para o Serviço Social no INPS, a extinção dos Centros Serviço Social e “a transferência dos programas de atendimento ao excepcional e idoso para a LBA. Isto veio confirmar o caráter de seguro social pela lógica da relação contribuição-

²¹ O plano pressupõe “a capacidade para tomada de decisões, com o fim de selecionar e nortear as atividades no serviço social do INPS, construindo-se, no seu todo, uma tentativa de unificar teorias emanadas da prática. É, outrossim, fundamental que ele represente junto às demais linhas de atividades do INSS, a interpretação do papel do Serviço Social na instituição considerando-se como papel o conjunto de expectativas em torno de determinada função do sistema social. Essas expectativas devem corresponder aos objetivos do Instituto, às finalidades do Serviço Social e às necessidades da clientela.” (BRASIL, 1972 apud SILVA, 2007, p. 40).

beneficiários. Sinalizou a perda de campo de atuação e uma provável eliminação da profissão na Previdência”, com parte dos(as) Assistentes Sociais e outros profissionais remanejados para a LBA. (BRASIL, 1995)

No entanto, o Plano Básico de Ação (PBA), que vigorou de 1978 a 1991 não fez mudanças significativas na proposta de trabalho dos Assistentes Sociais previdenciários, o que colaborou para a preservação de uma prática profissional tradicional, com abordagem funcionalista da realidade social (BRAGA; CABRAL, 2007). Fato reiterado por Silva (2007, p. 29, grifo do autor) ao asseverar que o plano de 1978:

[...] é pródigo em referências ao “funcionamento social”, à “melhoria dos relacionamentos”, e ao “funcionamento social”. Aliás, essa noção de “tratamento social do beneficiário” comparece de forma explícita na RS/INPS n. 401/75, que dispõe sobre a finalidade e concessão da *ajuda supletiva* aos beneficiários da Previdência Social.

As atividades em geral eram, em sua maioria, burocráticas, ancoradas em uma ausência de supervisão e capacitação profissional, o que gerou a formação de uma cultura profissional burocrática e tarefaira. Fato contrário ao processo de renovação da profissão que desde meados dos anos 60 e 70, sob a influência das lutas políticas e democráticas internacionais, especialmente na América Latina, tensionavam as estruturas capitalistas em movimentos contestatórios e de aspirações revolucionárias. Por sua vez o quadro social e político antidemocrático no Brasil, dessa época, provocou uma procura a novas bases de legitimidade na atividade profissional, em face “as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional [...] objetivamente, a serviço dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da população” (IAMAMOTO, 2004, p.37). Este movimento de ruptura com a prática conservadora culmina com o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em 1979, que alavancou as bases profissionais para um referencial teórico ancorado no marxismo numa perspectiva crítica da realidade. A professora Maria Beatriz Costa Abramides (2017, p. 186), assim resume o evento histórico:

A plenária final deliberou pelo compromisso da profissão com a classe trabalhadora e os assistentes sociais se reconhecendo como trabalhadores em sua condição de assalariamento. A partir desse evento coletivo, massivo, da categoria, designamos emblematicamente a erupção do projeto de ruptura com o conservadorismo por sua direção social nos anos 1980 e pelo Projeto Ético-Político profissional do Serviço Social brasileiro a partir dos anos 1990.

A perspectiva profissional, ancorada teoricamente no referencial conservador, contraditoriamente a fundação de novos parâmetros da categoria, se manteve hegemonicamente presente até meados da década de 1990, no Serviço Social Previdenciário quando então surgem propostas para superar as práticas instituídas e contribuir para que na atividade houvesse a prioridade a garantia do direito do trabalhador.

3.2 NOVOS REFERENCIAIS E A DEFESA DO SERVIÇO SOCIAL DA PREVIDÊNCIA A PARTIR DE 1990

Em 1990, o Decreto n. 99.350 criou o INSS mediante a fusão do IAPAS com o INPS. Nessa mesma década, ocorreram muitas mudanças legais e normativas que legitimaram o Trabalho do(a) Assistente Social na Previdência Social (BRASIL, 1990a). Esse movimento foi impulsionado pela classe trabalhadora, pelo fim da ditadura militar, pela ampliação do Estado Democrático de Direito, como a luta pela garantia dos direitos sociais.

Um dos serviços previdenciários no campo dos direitos sociais, em 1991, foi definido como Serviço Social. Ficou determinado, então, no artigo 88 da Lei n. 8.213 que esse serviço contribuiria para viabilizar o acesso dos cidadãos a direitos assegurados na política de Previdência Social e que as ações desenvolvidas nesse espaço sócio-ocupacional seriam realizadas por Assistentes Sociais (BRASIL, 1991b)²². Nele concentrar-se-ia o maior número de Assistentes Sociais que atuam na política de Previdência Social. Nesse espaço de trabalho são desenvolvidas ações segundo a legislação profissional, assim como normas, diretrizes e objetivos no que se referem ao Trabalho do(a) Assistente Social na política adotada pela Instituição. Apesar dessas ações se configurarem como processos paralelos de enfrentamento ao desmonte das políticas sociais, assim como no Serviço de Reabilitação Profissional, a trajetória do Serviço Previdenciário de Serviço Social, a

²² Conforme edital de concurso público realizado em 2008 (Edital n.º 1 – INSS, de 26 de dezembro de 2007 - Portaria MPOG n.º 354, de 5 de novembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União (DOU) n.º 213, de 6 de novembro de 2007, retificada no DOU n.º 215, de 8 de novembro de 2007), onde se definia a vaga para a função de Analistas do Seguro Social com formação em Serviço Social. A nova nomenclatura é utilizada pela instituição para Assistentes Sociais que ingressassem a partir de 2009.

partir dos anos 1990, foi marcado pelos mesmos impactos produzidos pela contrarreforma da Previdência Social.

As atividades profissionais neste serviço previdenciário são direcionadas para o fortalecimento do usuário na implementação e no fortalecimento da política previdenciária, com base nas demandas locais e em articulação com as demais políticas sociais que compõem o tripé da Seguridade Social. Os atendimentos técnicos de Assistentes Sociais, em sua maioria, são realizados nas Agências da Previdência Social (APSs) e no âmbito externo da Instituição, com a rede de Seguridade Social ampliada que oferece, de forma pública e/ou privada, recursos sociais para atendimento das necessidades da população usuária. Conforme Silva (2015, p. 86), a partir do novo marco regulatório, que foi o art. 88 da Lei n. 8.213/91,

[...] a competência do Serviço Social voltou-se para assegurar o direito. Diante disso, tornou-se imprescindível o compromisso de ruptura com o modelo tradicional, o que implicava redefinir o fazer profissional, reavaliando sua experiência na busca de uma nova identidade pela aproximação com o discurso hegemônico na profissão.

Com esse entendimento somado à ação militante de alguns Assistentes Sociais, em busca de novos referenciais para o trabalho profissional, a Divisão de Serviço Social (DSS) coordenou o processo de elaboração da Matriz Teórico- Metodológica do Serviço Social na Previdência Social (MTMSS), publicada em 1994. O documento apresenta fundamentos, objetivos, diretrizes, ações, estratégias e metodologia que orientam os (as) Assistentes Sociais na política de Previdência Social desde então sob a ótica do direito. A MTMSS traz a concepção de Serviço Social como um

[...] fenômeno histórico, determinado na realidade social pelas relações sociais de produção, pelos encaminhamentos políticos e na possibilidade e competência técnica do Serviço Social redefinir-se e legitimar-se na ótica do interesse dos usuários. (BRASIL, 1995, p. 10).

Alicerçados nesse entendimento, a categoria profissional vinculada ao Serviço Previdenciário de Serviço Social, ligados diretamente à DSS, movimentaram-se, com o propósito de alcançar os objetivos estratégicos direcionados pela MTMSS. Sendo assim, o primeiro objetivo foi o de implementar a Política Social Previdenciária sob a ótica do direito social e da cidadania, contribuindo para viabilizar o acesso aos benefícios e serviços previdenciários e garantir as demandas e reivindicações da

população; enquanto que o segundo objetivo foi de contribuir para a formação de uma consciência coletiva de proteção ao trabalho no âmbito da Previdência Pública em articulação com os movimentos organizados da sociedade (BRASIL, 1995, p. 13).

O cenário político, social e econômico na década de 1990 do século XX, em que se deu a luta pela implementação da MTMSS, foi marcado por uma profunda crise estrutural do capital, como apresentados no capítulo 2 deste estudo, a saber, a reestruturação produtiva, a financeirização do capital e a redefinição das funções do Estado sob diretrizes neoliberais, que colocaram o mercado como o regulador da vida social.

Como consequência, os resultados desse contexto foram o desemprego em massa da classe trabalhadora, a precarização das condições de trabalho, o desmonte de direitos, o desmantelamento dos serviços públicos e a fragilização dos movimentos sociais. Tal realidade tornou mais complexa a luta dos(as) Assistentes Sociais pela implementação da MTMSS, contrariando os interesses do mercado, que estavam voltados para conter a tendência de queda da taxa de lucro. Cartaxo e Cabral (2007, p. 160) afirmam que:

[...] considerando toda a trajetória histórica do Serviço Social previdenciário, pode-se afirmar que a velocidade com que se deram os fatos não permitiu a maturação, nem a formação de uma nova cultura capaz de consolidar as diretrizes formuladas na Matriz Teórico-metodológica.

Nesse sentido, a categoria profissional, apoiada pelo conjunto Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), contou com um número significativo de trabalhadores em sua mobilização voltada à defesa das condições de trabalho e à materialização do projeto ético-político hegemônico. Assim, a primazia era garantir o direito pelo acesso aos benefícios e serviços previdenciários e pelo desenvolvimento de ações voltadas à formação de uma consciência coletiva de Proteção Social ao trabalho (BRAGA; CABRAL, 2007).

Até meados de 1999, a DSS coordenava todas as ações dos(as) Assistentes Sociais vinculados ao serviço previdenciário de Serviço Social. Todavia, a Estrutura Regimental foi alterada, sendo aprovada pelo Decreto n. 3.081, de junho de 1999, que retirou o Serviço Social, enquanto serviço previdenciário, da estrutura organizacional do INSS. Dessa forma, por meio do Decreto n. 3.048/1999 foi

desregulamentado o uso do Parecer Social para fins de prova de dependência econômica nos casos de pensão por morte e auxílio-reclusão (MEDEIROS, 2012).

Com isso, estrategicamente foram adotadas as seguintes articulações, sob supervisão da DSS: aproximação das universidades; capacitação permanente de Assistentes Sociais; e realização de cursos conjuntos, seminários, palestras, projetos de extensão etc., que fortaleceram o coletivo da categoria profissional no âmbito do INSS (SILVA, 2015). Adotou-se também uma perspectiva democrática, com planejamento, monitoramento e avaliação em conjunto das ações profissionais de acordo com cada realidade local.

O exercício profissional nas atuais exigências da sociedade contemporânea, segundo Silva (2000), abrange três dimensões: consistente conhecimento teórico-metodológico, realização do compromisso ético-político estabelecido pelo Código de Ética Profissional dos(as) Assistentes Sociais e a capacitação técnico-operacional. Para a autora, essas “são algumas das questões que demandam análise, questionamento e esclarecimento por parte de profissionais que coordenam entrevistas e/ou grupo como espaços democráticos” (SILVA, 2000, p. 113).

Também foram relevantes as articulações com outros setores da instituição, assim como com as entidades representativas dos trabalhadores em geral e da categoria de Assistentes Sociais. Com isso obtém-se uma participação ativa dos movimentos sociais.

A materialização da MTMSS, ao longo da década de 1990 e dos anos 2000, segundo Silva (2015), expressou-se pelo desenvolvimento de quatro projetos estratégicos: o projeto voltado aos trabalhadores rurais, para que eles acessassem seus direitos previdenciários, articulado com as entidades sindicais dos trabalhadores rurais, garantindo as particularidades regionais; o projeto de Saúde do Trabalhador, que teve grande impacto social, ampliando a garantia da Proteção Social para os trabalhadores; o projeto voltado aos contribuintes individuais, que articulou suas ações com sindicatos, associações de moradores, entre outras entidades, como o Sistema Nacional de Emprego (SINE), facilitando o acesso da população aos serviços e benefícios da Previdência Social; o projeto voltado à participação de Assistentes Sociais previdenciários na implementação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC). O quarto projeto citado foi o único que contribuiu para a ampla socialização de informações sobre a seguridade social, articulando as políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência (SILVA,

2015).

Além disso, de acordo com Silva (2015, p. 88), o Serviço Social pôde incidir na mudança de vários critérios restritivos de acesso ao direito do BPC ou expor os requerentes a situações vexatórias, a exemplo da substituição da declaração de pobreza, que era emitida por delegados de polícia, juízes de paz e Assistentes Sociais, pela declaração de renda do próprio requerente.

Nesse sentido, os (as) Assistentes Sociais inseridos no Serviço Previdenciário de Serviço Social produziu resultados de grande impacto social para a população. Além disso, contribuiu para facilitar o acesso da população aos seus direitos, inclusive, com a socialização de informações previdenciárias e assistenciais.

Mesmo com muitas contradições no interior da profissão, pode-se dizer que o Serviço Social rompeu majoritariamente com o modelo funcionalista que vigorou hegemonicamente até o início da década de 1990 e que tem contribuído, por meio de suas ações, para a efetivação das políticas sociais. Destacam-se as políticas de previdência e assistência social, que lhe trouxeram relativa legitimação e reconhecimento social por parte da classe trabalhadora.

A maior manifestação dessa legitimação foi o apoio dos movimentos organizados da sociedade na defesa do Serviço Previdenciário de Serviço Social quando se cogitava a sua extinção no fim da década de 1990. Vale lembrar que esse período foi marcado por interesses adversos aos da classe trabalhadora, fazendo com que esse serviço enfrentasse muitas tentativas de extinção. Esse foi o ápice da mais agressiva contrarreforma da Previdência Social, em que vários direitos dos trabalhadores foram retirados da Constituição Federal pela Emenda Constitucional n. 20, sendo a mais grave delas o art. 22 da Medida Provisória n. 1.729, de 3 de dezembro de 1998, que suprimia o art. 88 da Lei n. 8.213/1991, que dispõe sobre as ações do Serviço Social (SILVA, 1999).

Nesse momento de grande turbulência para a categoria profissional, um grande número de Assistentes Sociais foi remanejado para outros espaços sócio-ocupacionais. Porém, com o apoio de várias organizações da sociedade que se manifestaram contrárias à extinção do Serviço Social enquanto serviço previdenciário e com a colaboração de parlamentares que foram contatados pela categoria profissional, em poucos dias este serviço previdenciário retornou à estrutura do INSS (SILVA, 2015). Mesmo assim alguns Assistentes Sociais permaneceram nos serviços para quais foram remanejados, dentre eles pode-se

destacar:

Os programas PES/PEP, o REVLOAS e o Programa Reabilita absorveram um número considerável de Assistentes Sociais. Estes profissionais aceitaram sua inserção nesses programas como uma maneira de atender às requisições postas pelo novo momento organizacional. (CARTAXO; CABRAL, 2007, p. 173).

Em face das transformações ocorridas nos períodos entre 1998 e 2003, apesar das limitações, os(as) Assistentes Sociais lotados(as) no Serviço Social resistiram e prosseguiram na luta em defesa desse serviço previdenciário, à luz do direito, norteados pelo projeto ético-político, pelo código de ética e seguindo as diretrizes da matriz.

Em 2008, realizou-se a abertura de um edital para a contratação de 900 novos (as) Assistentes Sociais para o INSS. Considera-se que a contratação desses profissionais foi mais uma vitória da luta da categoria profissional, que, de forma articulada com diferentes setores também comprometidos com a garantia dos direitos sociais possibilitou a ampliação do quadro de profissionais lotados nos Serviços Previdenciários de Serviço Social e de Reabilitação Profissional. Porém, vale lembrar que foi por meio da operacionalização do BPC que se justificou a necessidade de mais Assistentes Sociais no quadro do INSS.

Como mencionado inicialmente, por meio de normativas internas o INSS propõe uma articulação entre os serviços que compõem a DIRSAT (Reabilitação Profissional, Serviço Social e Perícia Médica). Destes, destaca-se o serviço, ou seja, o Serviço Social, que é composto apenas por Assistentes Sociais.

A legislação vigente prevê que a ação prioritária do Serviço Previdenciário de Serviço Social deve estar voltada à garantia do acesso aos benefícios e serviços previdenciários. Além disso, os(as) Assistentes Sociais devem contribuir para a formação de uma consciência de Proteção Social ao trabalho com a responsabilidade do poder público. Porém, devido a novos arranjos interministeriais, esse serviço, na atual conjuntura, afastou-se das atividades inerentes aos benefícios previdenciários, voltando-se, em sua maioria, para operacionalização do BPC, por meio da avaliação social, sendo ele um benefício da política de Assistência Social.

Nesse sentido, hoje a maior demanda do Serviço Social, enquanto serviço previdenciário, está vinculado a pessoas com deficiência requerentes do BPC que geralmente possuem um perfil de não contribuintes, contemplando geralmente

trabalhadores que perderam a qualidade de segurados da Previdência Social²³.

Os projetos e as ações previstas no Regimento Interno do INSS voltadas à Saúde do Trabalhador, na prática, são incipientes. Inclusive, o Manual Técnico desse serviço (BRASIL, 2017e, p. 11) propõe “ações a ser desenvolvidas conjuntamente com as áreas de Perícia Médica e de Reabilitação Profissional”, o que tem acontecido de maneira dúbia.

O Manual Técnico do Serviço Social é um grande balizador para o Serviço de Reabilitação Profissional para a garantia de direitos. Esse manual apresenta como linha de ação do Serviço Social a Segurança e Saúde do Trabalhador:

Esta linha busca conhecer o espaço sócio-ocupacional dos trabalhadores, suas condições de trabalho e os motivos geradores do adoecimento. Envolve vínculo prioritário com os seguintes benefícios: auxílio-doença previdenciário e acidentário, aposentadoria por invalidez e auxílio-acidente. As parcerias internas podem ser desenvolvidas com a Perícia Médica e Reabilitação Profissional, enquanto as parcerias externas podem ser firmadas com o Ministério do Trabalho e Emprego, centros de referência em saúde do trabalhador, Ministério Público, centros de vigilância à saúde do trabalhador, entre outros. (BRASIL, 2017e, p. 20-21).

Portanto, para avançar na garantia do acesso do trabalhador aos direitos sociais, percebe-se que será necessária a maior articulação intrainstitucional, intersetorial e uma maior organização e mobilização dos(as) Assistentes Sociais do INSS com os órgãos representativos da categoria profissional, como o conjunto CFESS/CRESS, entidades sindicais e movimentos sociais de luta dos trabalhadores. Segundo a MTMSS, o Trabalho do(a) Assistente Social na instituição previdenciária:

[...] implica entender que o espaço profissional é constituído pela convergência e interdependência do saber profissional, estatuto legal e legitimidade da população, a partir do atendimento de suas demandas. Neste sentido, esse espaço tem sua especificidade determinada de um lado, objetivamente, pela resposta dada historicamente quando de sua inserção nas relações sociais de produção, e por outro lado, pelas matrizes teórico-metodológicas que direcionam o seu fazer. Sua identidade, a partir disso, define-se pela autonomia técnica explicitada em seu método, objeto e objetivos que se concretizam em uma correlação de forças e encaminham o conteúdo de sua ação. (BRASIL, 1995, p. 11).

Dentre outros aspectos, o destaque acima, se dá ao fato de que a profissão

²³ Qualidade de segurado é a condição atribuída a todo cidadão filiado ao INSS que possua uma inscrição e faça pagamentos mensais a título de Previdência Social. São considerados segurados do INSS aqueles na condição de Empregado, Trabalhador Avulso, Empregado Doméstico, Contribuinte Individual, Segurado Especial e Facultativo (BRASIL, 2017b).

de Serviço Social é comprometida com o fortalecimento das políticas sociais, na resistência pela garantia dos direitos sociais, inclusive com o apoio de outras categorias profissionais. Imprescindível para a apreensão da complexa realidade dos trabalhadores, a interdisciplinaridade indica a relação dialética que se manifesta no trabalho conjunto, considerando-se que os diferentes profissionais e saberes que compõem as equipes técnicas das instituições fazem parte de um todo organicamente vinculado e intrinsecamente dependentes uns dos outros. Visto que novos modos de pensar e de organizar o trabalho exigido novos tipos de saberes, por meio da articulação, de um modo de agir coletivo (FERNANDES, 2017).

Do mesmo modo, entende-se que por meio de ações intersetoriais pode-se superar a fragmentação das políticas sociais e garantir o acesso do trabalhador à Previdência Social. Compreendendo-se que

O termo intersetorialidade extrapola o âmbito intraorganizacional [...] e articula-se de forma mais ampla com novas perspectivas no âmbito da gestão pública e, principalmente, no campo da gestão social, ao configurar-se como uma resposta mais adequada aos tipos de problemas enfrentados pelas políticas sociais voltadas para grupos mais vulneráveis ou em processo de exclusão social (BRONZO E VEIGA, 2007, p. 18).

Para os autores a superação das complexas formas em que se expressa a desigualdade social requer uma estratégia de gestão onde os arranjos intersetoriais tem papel fundamental sob uma forma de governo relacional e multinível que amplia as formas de coordenação e organização além dos setores governamentais e que pressupõe um olhar diferenciado ao enfrentamento a questão social com base em estratégias não residuais ou setoriais das políticas públicas (BRONZO e VEIGA, 2007, p.18-19). Nesta lógica, seria possível superar o impasse a Proteção Social aqueles trabalhadores que perderam a qualidade de segurado e a tudo que em decorrência significa a impossibilidade de manutenção de condições dignas de vida. De acordo com lamamoto (2009, p. 77) o norte da atuação profissional está explícito no Código de Ética que:

[...] nos indica um rumo ético-político, um horizonte para o exercício profissional. O desafio é a materialização dos princípios éticos na cotidianidade do trabalho, evitando que se transformem em indicativos abstratos, descolados do processo social. Afirma, como valor ético central, o compromisso com a nossa parceira inseparável, a liberdade. Implica autonomia, emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, o que tem repercussões efetivas nas formas de realização do trabalho profissional e nos rumos a ele impressos.

Nessa direção, os(as) Assistentes Sociais do INSS, por meio de encontros regionais, estaduais e nacionais, vêm promovendo mais espaços coletivos de discussões e resistência para o fortalecimento de ações em defesa dos trabalhadores, reafirmando o princípio ético-político do Serviço Social, suas atribuições e prerrogativas profissionais, bem como o compromisso da categoria com a qualidade dos serviços prestados à população.

3.3 O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Um dos espaços de atuação do(a) Assistente Social na Política de Previdência Social é a Reabilitação Profissional, que se constitui em um serviço que atua diretamente com a Saúde do Trabalhador, tendo em vista que intervém no processo de saúde-doença-(in)capacidade.

Historicamente a Reabilitação Profissional apresentou como característica o desenvolvimento de ações centralizadas e desarticuladas dos demais serviços previdenciários, assim como uma falta de articulação com a comunidade, resultando em pouca efetividade desse serviço previdenciário, como indicado nos capítulos anteriores.

No entanto, há depoimentos de que, com a inserção do(a) Assistente Social na Reabilitação Profissional, em 1948, esse profissional já se interessava em aprofundar seus conhecimentos em Reabilitação Profissional, no que diz respeito ao curso de pós-graduação em nível de doutorado, para melhor compreender o processo saúde-doença relacionado ao trabalho (PARANAGUÁ, 1983). Além disso, esse tipo de profissional buscava novas parcerias com sindicatos, associações, entre outras entidades, para que fosse, de forma articulada, garantida a Proteção Social ao trabalhador.

O Serviço de Reabilitação Profissional, entretanto foi um dos primeiros espaços sócio-ocupacionais para o(a) Assistente Social na Política Previdenciária, e o que mais se desenvolveu na década de 1950 estava vinculado ao IAPC de São Paulo, com profissionais especializados formados no exterior.

De acordo com o depoimento de Paranaguá (1983, p. 69) sobre o trabalho que realizava como Assistente Social da Previdência,

[...] nesse período começamos a nos aproximar cada vez mais dos Sindicatos dos Comerciários, da Federação do Comércio, do SESC e do SENAC (que tinham sido criados em 1949), da Associação Comercial. [...] foi quando o IAPC, o SESC, o SENAC, a Federação do Comércio, os Sindicatos dos Comerciários começavam um trabalho junto conosco, ao mesmo tempo que começamos a visitar as firmas comerciais de pequeno, médio e grande porte.

Desse modo, o que visava essa aproximação era o trabalho realizado pela Reabilitação. Assim, nas décadas de 1960 e 1970, foram criados os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs), ligados ao Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS), sendo o primeiro do Brasil inaugurado em São Paulo e o segundo inaugurado no Rio Grande do Sul. Então, sucessivamente, outros começaram a funcionar nos grandes centros urbanos, sendo que a prioridade de atendimento eram os casos de acidentes do trabalho antes da fase final de seu tratamento clínico, para que o trabalhador retornasse imediatamente ao trabalho.

O Assistente Social era o fio condutor de todo o programa socioprofissional com suporte técnico da equipe multiprofissional. Eram atendidos os trabalhadores formais, em sua maioria vítimas de acidentes típicos do trabalho com graves sequelas. O processo reabilitatório envolvia a prescrição, concessão e adaptação de órteses e próteses necessárias ao resgate da capacidade laborativa e a concessão de recursos materiais imprescindíveis ao desenvolvimento do programa profissional. (TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014, p. 5).

A Reabilitação Profissional sempre composta por diferentes profissões foi se reinventando de acordo com cada período histórico, sem perder o enfoque interdisciplinar que supõe a participação de diversas áreas, a saber, medicina, psicologia, sociologia, terapia ocupacional, fisioterapia, serviço social etc. Aqui, evidencia-se que essa participação de áreas distintas é o instrumento mais rico do trabalho realizado nesse serviço.

Até o fim da década de 1980, o Ministério da Previdência Social, através dos extintos INPS e INAMPS, deveria viabilizar a assistência integral aos trabalhadores afastados em razão de doenças ou acidente de trabalho, que compreendia: tratamento médico cirúrgico, reabilitação física (fisioterapia, terapia ocupacional e assistência psicológica) e Reabilitação Profissional.

A Constituição de 1988, no entanto, estabeleceu no capítulo sobre Seguridade Social a “seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços” (BRASIL, 1988), permitindo o entendimento de que serviços são aqueles

benefícios não pecuniários prestados pela Previdência Social através da Reabilitação Profissional e do Serviço Social, conforme a Lei n. 8.213/91 (BRASIL, 1991b).

Outro enfoque a ser analisado é que a Reabilitação Profissional consta dos objetivos da Assistência Social, especificamente citados no artigo 203 da Constituição Federal de 1988, ampliando o direito a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social (BRASIL, 1988). Essa realidade permite a ampliação da cobertura previdenciária para o atendimento às pessoas com deficiência sem vínculo com a Previdência Social em programas de Reabilitação Profissional, entretanto, sabe-se que essa demanda somente é atendida por meio de determinação judicial, do contrário, ela não tem sido incorporada ao atendimento do Serviço de Reabilitação Profissional.

Em 1990, com a criação do SUS, através da Lei n. 8.080, e a extinção do INAMPS, cria-se o INSS, que se encarregou da Reabilitação Profissional e dos benefícios previdenciários (BRASIL, 1990). Nesse período, deu-se início a um novo processo de trabalho na previdência, que exigiu um novo modelo de reabilitação que atendesse a um maior número de trabalhadores e agilizasse seu retorno imediato ao trabalho, desconsiderando-se as diretrizes e recomendações da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre Reabilitação Profissional²⁴.

Embora tenha ocorrido, em 1997, a publicação de instrumentos legais que norteavam a Reabilitação Profissional, desde 1995 a Divisão de Reabilitação Profissional, por meio de supervisões diretas e indiretas, bem como de realização de Fórum Nacional, consolidou as mudanças em um Plano de Modernização, direcionando um novo fazer profissional nas Unidades Executivas de Reabilitação Profissional (SCARANELLO, 2006).

A emergência de transformações na Reabilitação Profissional partia da premissa de que para se obter sucesso nesse processo era essencial que houvesse um planejamento de ações integradas e discutidas com os trabalhadores e a sociedade. Além disso, esperava-se que esse planejamento não ocorresse somente através da legislação, mas que estivesse revestido de legitimidade (SCARANELLO,

²⁴ A entidade estabelecia, resumidamente, que a orientação profissional e a formação profissional estivessem de acordo com as limitações de cada trabalhador e que os trabalhadores fossem inseridos em locais de trabalho adequados após conclusão da reabilitação e/ou readaptação (SCARANELLO, 2006).

2006).

Assim, em 2001 o novo modelo de Reabilitação Profissional foi criado, por meio do projeto “Reabilita”, que, no contexto histórico da Previdência Social, integrou um conjunto de iniciativas de grande relevância que foram desenvolvidas no âmbito do INSS por meio do Programa de Melhoria do Atendimento da Previdência Social (SCARANELLO, 2006). A crítica de Cartaxo e Cabral (2007, p. 173) ao “Reabilita”, se situa no entendimento de que o espaço “passou a considerar o profissional do Serviço Social como orientador de Reabilitação, em uma perspectiva generalista, podendo tal função ser exercida por qualquer profissional das antigas equipes”. Essa realidade, não só descaracterizou a especificidade das ações profissionais nesse espaço de atuação, como enfraqueceu o trabalho multiprofissional que era realizado nos CRP's, relacionando-se intimamente com as transformações no mundo do trabalho.

Além disso, os problemas na reabilitação, desde o desmonte dos CRPs e da implantação dos novos modelos de Reabilitação Profissional inspirados no modelo gerencial do Estado, visam o cumprimento de metas de atendimento, parcerias público-privada, atendimento fragmentado do trabalhador, cursos e treinamentos oferecidos dentro do rol limitado de opções, conforme disponibilizadas pelas empresas e/ou instituições parceiras ou de cooperação técnica, seguindo a lógica do mercado, ou seja, do grande capital, conforme evidenciado no capítulo anterior.

Outro aspecto a ser mencionado é a predominância da precarização do serviço imposta às equipes de Reabilitação Profissional continua desde o fechamento dos CRPs. O que impera no cotidiano dos profissionais inseridos nesse espaço é o déficit de recursos humanos e materiais, fazendo com que os (as) Assistentes Sociais muitas vezes assumam o trabalho administrativo e até de outros profissionais (MEDEIROS, 2012). Dessa forma, fica evidente o quanto a desresponsabilização do Estado afeta o processo de reabilitação dos trabalhadores atendidos por esse serviço.

Após uma década, somente no fim de 2011 foi aprovado um novo Manual Técnico de procedimentos da área de Reabilitação Profissional, utilizado como parâmetro para atuação no serviço prestado pela Previdência Social. Porém, esse documento trouxe poucos avanços para o cotidiano profissional, imperando mais uma vez o modelo de avaliação biomédico.

Sob a ótica do direito, na esfera nacional, por meio de grupos de trabalho que discutiam uma concepção integral do trabalhador, estabeleceu-se um novo marco histórico com a elaboração e aprovação, em 2013, do projeto “Reabilitação Profissional: articulando ações em Saúde do Trabalhador e construindo a reabilitação integral”. O objetivo geral do projeto era promover ações de Reabilitação Profissional integradas às políticas de seguridade social por meio de uma rede de reabilitação articulada, descentralizada e estruturada no âmbito dos entes federados, com vistas à inclusão na sociedade, por meio do seu efetivo ingresso ou reingresso no mundo do trabalho.

Para tal, se faz necessário um conjunto de ações articuladas com a rede de Seguridade Social ampliada no seio da instituição, pois para realizar um trabalho voltado à garantia de direitos, exige-se uma ruptura com a atividade burocrática e rotineira. Segundo Iamamoto (2009, p. 21),

[...] o exercício da profissão é mais do que isso. É uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, defender suas qualificações e funções profissionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes.

Além disso, as mudanças na legislação são frequentes, acarretando o aumento da burocratização dos sistemas, o que impacta diretamente a garantia de direitos previdenciários e assistenciais, dificultando o acesso dos trabalhadores a esse serviço e ao desenvolvimento do Trabalho do(a) Assistente Social na Reabilitação Profissional do INSS.

Em face dessa realidade, se faz necessária uma reflexão crítica sobre as normas instituídas. É a partir dessa reflexão que o(a) Assistente Social tem buscado, historicamente, alternativas de resistência para garantir o acesso aos direitos sociais, a saber, com representação nos conselhos de direitos, participação nas reuniões com os CEREST e CIST, nos eventos no SINE e sindicatos envolvidos com a temática da Saúde do Trabalhador.

Na Reabilitação Profissional, os profissionais contribuem com seus saberes especializados e, por isso, torna-se fundamental que o responsável pela equipe possua uma visão integral do(a) trabalhador(a), fundamentada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), como já especificado

no capítulo 2, que amplie esse entendimento por meio das supervisões técnicas e das reuniões trimestrais realizadas com os profissionais da RP.

Nesse sentido, a equipe de Reabilitação Profissional é um produto da divisão social do trabalho. Portanto, o(a) Assistente Social e os demais profissionais necessitam do entendimento dos avanços e retrocessos no interior da Política Previdenciária para superarem, em seu cotidiano profissional, as barreiras impostas pela instituição.

O Assistente Social tem sido historicamente um dos agentes profissionais que implementam políticas sociais. [...] Mas, hoje, o próprio mercado demanda, *além de um trabalho na esfera da execução, a formulação de políticas públicas e a gestão de políticas sociais.* (IAMAMOTO, 2009, p. 20, grifos da autora).

Na Reabilitação Profissional, a proposta é a composição de uma equipe interdisciplinar, pois esse serviço remete diretamente à Saúde do Trabalhador, que, de acordo com o manual de Reabilitação Profissional,

[...] é por natureza um campo interdisciplinar e multiprofissional, isto porque tem como foco a compreensão dos processos de trabalho e a relação trabalho-saúde em suas múltiplas e imbricadas dimensões. Entender estes elementos é algo extremamente complexo, não sendo possível nenhuma disciplina isolada alcançar tal feito, por isso a interdisciplinaridade torna-se uma exigência. Tal situação obriga a superar todo um passado de fragmentação do conhecimento, hoje ainda refletido na tendência à manutenção de ilhas de saber/poder e no receio diante da possibilidade de construir pontes entre as diversas áreas de conhecimento (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997 apud BRASIL, 2016b, p. 27).

Porém, observa-se na trajetória desse serviço que é comum atendimento realizado por um só profissional. Inclusive, essa realidade é a que predomina, principalmente em locais afastados dos grandes centros.

Para realizar a Reabilitação Profissional sob a ótica do direito pressupõe a viabilização de uma ação profissional na direção dos interesses históricos da população usuária e a discussão com outros profissionais e setores (como os conselhos, os CERESTs, os SINEs, as empresas, a comunidade), sobre o programa em si, articulando-o com outros direitos sociais, como o acesso à saúde, à educação, ao trabalho etc.

Vale ressaltar que o(a) Assistente Social é o profissional que, por optar pelo referencial do materialismo histórico dialético como modo de apreensão da

realidade, apropria-se “de um conhecimento mais totalizante do contexto estrutural e conjuntural do país, assim como da instituição previdenciária das necessidades, interesses e condições concretas de vida de seus usuários” (YAZBEK, 2007, p. 127-128).

No entanto, os(as) Assistentes Sociais, apesar de terem uma proposta de participação integrada na equipe de trabalho e junto aos outros setores da instituição, na prática, encontram dificuldades de atuação conjunta com os demais profissionais, que, por vezes, se mostram resistentes a essa forma de atuação. Há uma preocupação em interpretar juntamente com os demais profissionais da equipe as atribuições, os princípios e as funções que norteiam a ação do Serviço Social, pois, do contrário, o trabalho profissional fica restrito apenas a uma parcela das ações.

Parafraseando Wünsch (2012), o Trabalho do(a) Assistente Social exige, assim, um conjunto de habilidades e competências que se revestem de um conhecimento teórico sólido para transformação da realidade social. Logo, busca-se estabelecer mecanismos que contribuam para o fortalecimento do trabalhador e para a superação de um processo perverso que acaba subjugando ambos.

Enfim, a Reabilitação Profissional é a busca pela garantia do direito ao trabalho, ou seja, é um direito integrante da Política Previdenciária. A ação do(a) Assistente Social na Reabilitação Profissional demanda, portanto, um processo de reflexão e articulação com o direito a outros benefícios previdenciários e assistenciais, como os que estão contidos na Lei Orgânica da Assistência Social.

Entretanto, esse espaço precisa de maior reconhecimento e legitimidade no âmbito da Previdência Social, pois se observa que, concomitantemente ao ingresso de 900 Assistentes Sociais no INSS em 2009, houve um movimento de resistência da categoria profissional para recompor as equipes do Serviço de Reabilitação Profissional tendo-se em vista a perspectiva histórica nesse espaço de inserção profissional. Observa-se esse fenômeno justamente pela forma como o serviço se apresenta e pela compreensão de que o INSS não dispõe de um modelo que atenda às necessidades de reabilitação integral do trabalhador.

Além disso, a Saúde do Trabalhador precisa ser compreendida em sua totalidade, pois envolve o trabalho, os processos de trabalho e as condições de trabalho às quais a classe trabalhadora está exposta. Realizar o Serviço de Reabilitação Profissional, segundo uma perspectiva interdisciplinar, significa sair dos

limites fixos das previsibilidades disciplinares para atuar com realidades complexas. Outro pré-requisito para o sucesso da atuação interdisciplinar em equipe multiprofissional é a possibilidade dos profissionais, apesar de competentes em diferentes disciplinas, articularem conceitos comuns, estabelecerem conexões e correspondências entre as parcelas de conhecimento e realizarem triangulações metodológicas colaborando entre si na análise dos resultados e na construção de uma proposta comum (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Identifica-se que o trabalho em equipe multiprofissional, pela sua reduzida composição e pela dificuldade de trabalho integrado, fragmenta-se também por falta de um diálogo entre as normativas internas que direcionam o trabalho da Reabilitação Profissional. Todavia, para o atendimento das necessidades do trabalhador é necessário que se realize um trabalho conjunto com todos os envolvidos no processo (profissionais da área e também o usuário-trabalhador).

Entende-se que, mesmo não sendo um espaço privativo da profissão, o Serviço de Reabilitação Profissional é um dos principais espaços de atuação dos(as) Assistentes Sociais na Política Previdenciária para a defesa da Saúde do Trabalhador. Com isso, é preciso construir, dentro do INSS, ações coletivas inclusive com outras profissões, para que também se possa propor discussões e pensar coletivamente em novos parâmetros de avaliação e intervenção voltados à Saúde do Trabalhador, visto que a Reabilitação Profissional conta com vários profissionais de distintas áreas do saber.

Nesse sentido, o exercício profissional dos(as) Assistentes Sociais no INSS referencia-se no Código de Ética, na Regulamentação da Profissão (Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993) e na MTMSS que regulamenta o exercício profissional desses profissionais.

O Código de Ética enumera como principais fundamentos: [...] cidadania, compreendida como garantia dos direitos civis, sociais e políticos da população entre os quais se inclui a Previdência, já assegurada no artigo 60 do capítulo 11 da Constituição Federal de 1988; [...] compromisso profissional, compreendido no sentido do controle da qualidade das ações realizadas junto aos usuários, correspondentes aos seus interesses e necessidades, implicando necessariamente num contínuo aperfeiçoamento profissional, que representa articulação das dimensões ético-político-teórico-metodológicas. Já a lei de regulamento da profissão reafirma a questão da autonomia: [...] o profissional de Serviço Social tem completa autonomia técnica e ética no que se relaciona à subordinação administrativa a que estiver vinculado; [...] as informações e pareceres em matéria do Serviço Social constituem-se atribuições exclusivas do Assistente Social, preservando sua autonomia técnica e independência, bem como a

inviolabilidade e sigilo profissional assegurados pelo Código de Ética Profissional. (BRASIL, 1995, p. 12).

A partir desses referenciais, que estão representados nas dimensões política, teórica e interventiva da categoria, será possível identificar como se materializa o direito à Saúde do Trabalhador, a partir do Trabalho do(a) Assistente Social na Reabilitação Profissional que tem como premissa a transformação societária como objetivo do projeto ético-político do Serviço Social.

Os dados obtidos por meio deste estudo, apresentados na sequência desse capítulo, trouxeram novas reflexões e novos saberes para o Trabalho do(a) Assistente Social no âmbito da política previdenciária. Pois, sabe-se que a mudança da realidade apresentada deve acontecer por meio da organização da categoria profissional, através do esforço conjunto entre instituição, profissionais e usuários. Almeja-se, com isso, a viabilização da prestação de um serviço digno à população usuária da Previdência Social, resgatando-se a proteção à Saúde do Trabalhador como um direito social.

4 O SERVIÇO SOCIAL E A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO INSS: DESAFIOS E POTENCIALIDADES PROFISSIONAIS PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR

O presente estudo buscou identificar o Trabalho do(a) Assistente Social em uma perspectiva intrainstitucional e intersetorial para a garantia do direito à Saúde do Trabalhador aos usuários da Previdência Social. O lócus de análise é o serviço previdenciário de Reabilitação Profissional, no qual os(as) Assistentes Sociais se inserem. Para tal, desenvolveu-se uma pesquisa junto aos (as) Assistentes Sociais que atuam no serviço previdenciário de Serviço Social, possibilitando a identificação de suas perspectivas em relação à Saúde do Trabalhador e a Reabilitação Profissional no INSS.

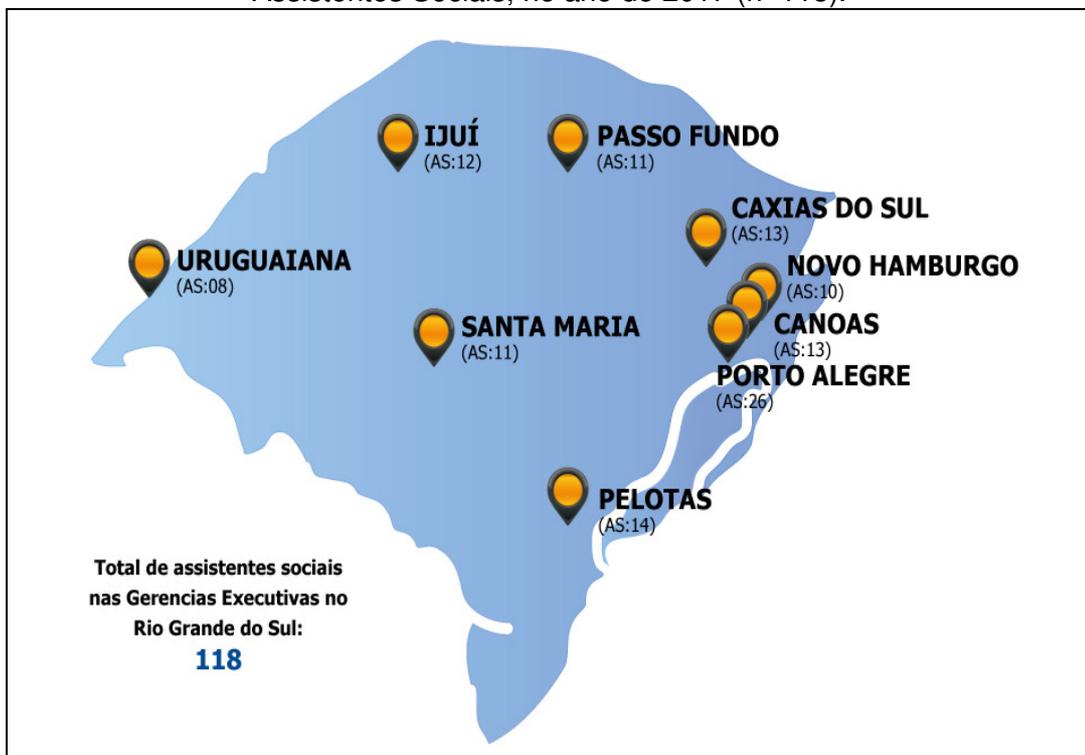
A pesquisa que se ora apresenta tem caráter social, qualitativa e é do tipo exploratória. A execução do estudo está detalhada com a apresentação dos aspectos metodológicos delineados e executados antes e durante o processo investigativo. Na sequência elaboram-se textualmente os resultados e realiza-se reflexão sobre os achados do estudo. Utiliza-se para tanto as seguintes categorias

de análise: o Trabalho do(a) Assistente Social; a articulação intrainstitucional e intersetorial; e a legitimação da Reabilitação Profissional enquanto espaço sócio-ocupacional voltado à Saúde do Trabalhador.

4.1 MAPEAMENTO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM NO INSS

O mapeamento dos locais de atuação dos(as) Assistentes Sociais no Rio Grande do Sul, no ano de 2017, revelou que existem 09 Gerências Executivas do INSS no estado, onde atuam atualmente 118 profissionais. Indicou ainda o número de profissionais Assistentes Sociais por Gerência Executiva. Estas se localizam nas seguintes cidades: Canoas (13), Caxias do Sul (13), Ijuí (12), Novo Hamburgo (10), Passo Fundo (11), Pelotas (14), Porto Alegre (26), Santa Maria (11) e Uruguaiiana (08), conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Número de Gerências Executivas do INSS no Rio Grande do Sul e número de Assistentes Sociais, no ano de 2017 (n=118).



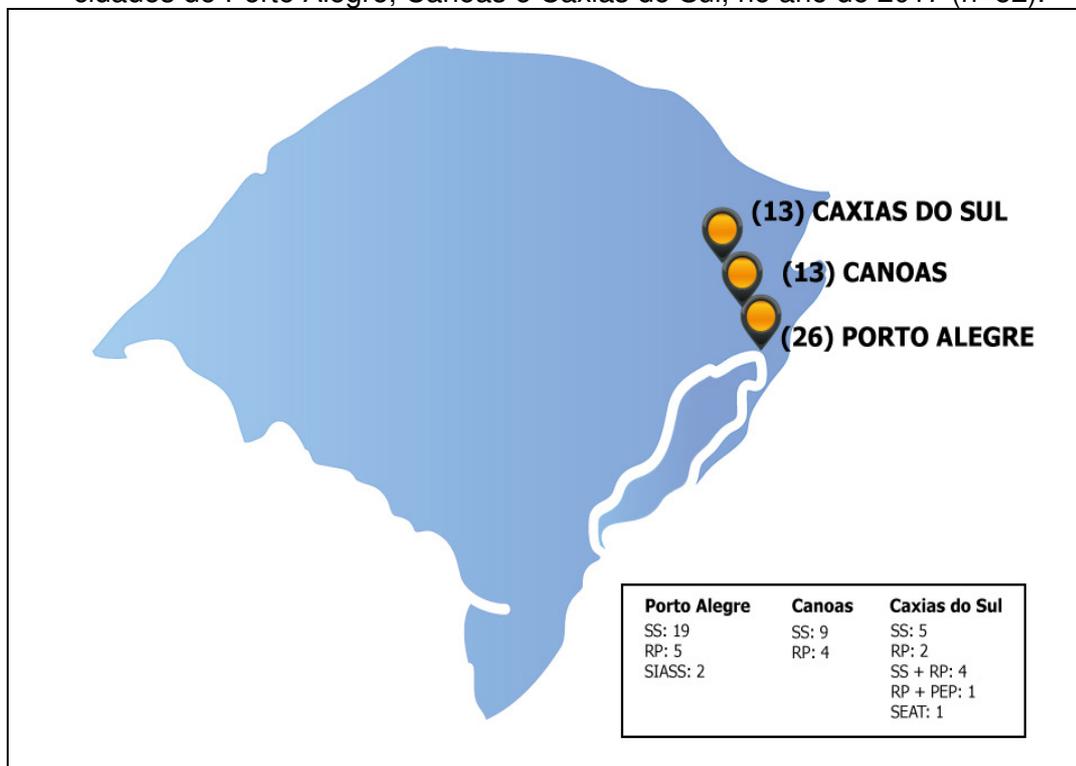
Fonte: elaborado pela autora com dados obtidos através da DGP²⁵. Nota: AS = Assistente Social

²⁵ Os dados para elaboração da imagem foram recebidos no e-mail pessoal da pesquisadora no dia 3 de fevereiro de 2017. As informações foram disponibilizadas pela Diretoria Operacional de Gestão de Pessoas (DGP), porém os dados do remetente não serão detalhados para preservar sua identidade.

Dessas nove Gerências, realizou-se um recorte das três definidas para este estudo, sendo elas as Gerências Executivas do INSS de Porto Alegre, Canoas e Caxias do Sul. O critério de inclusão das Gerências decorre do fato das cidades se situarem no principal eixo industrial do estado do Rio Grande do Sul, portanto possuem grande massa de trabalhadores assalariados.

A Figura 3 foi elaborada a partir de dados institucionais e localiza as cidades que compõe o estudo identificando o número de Assistentes Sociais segundo os espaços de trabalho previdenciários ocupados por estes profissionais.

Figura 3 – Número de Assistentes Sociais vinculadas as Gerências Executivas do INSS nas cidades de Porto Alegre, Canoas e Caxias do Sul, no ano de 2017 (n=52).



Fonte: elaborado pela autora com dados obtidos através da DGP²⁶.

Como se observa, o mapeamento indicou a existência de cinquenta e dois (52) Assistentes Sociais nas Gerências Executivas do INSS nas cidades de Porto Alegre, Canoas e Caxias do Sul, no estado do Rio Grande do Sul, em 2017, ou seja, 44% dos(as) Assistentes Sociais vinculados aos espaços sócio-ocupacionais do INSS no estado.

²⁶ Os dados para elaboração da imagem foram recebidos no e-mail pessoal da pesquisadora no dia 3 de fevereiro de 2017. As informações foram disponibilizadas pela Diretoria Operacional de Gestão de Pessoas (DGP), porém os dados do remetente não serão detalhados para preservar sua identidade.

Quanto às funções a Figura 3 demonstra que na Gerência Executiva do INSS de Canoas existem 13 profissionais, dos quais 09 desempenham suas atividades no Serviço Social e 04 na Reabilitação Profissional; na Gerência Executiva do INSS de Caxias do Sul existem 13 Assistentes Sociais que se dividem em 05 Assistentes Sociais exclusivos(as) no Serviço Social, 02 Assistentes Sociais exclusivos(as) na Reabilitação Profissional, 04 Assistentes Sociais que dividem sua jornada de trabalho semanal entre o Serviço Social e a Reabilitação Profissional, 01 Assistente Social que divide sua jornada de trabalho semanal entre a Reabilitação Profissional e o Programa de Educação Previdenciária e 01 Assistente Social que atua na Secretaria de Atendimento - SEAT, na área administrativa; na Gerência Executiva do INSS de Porto Alegre: totalizou-se 26 Assistentes Sociais, dos quais 19 atuam no Serviço Social, 05 na Reabilitação Profissional e dois (duas) Assistentes Sociais no Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS.

Considerando-se essas três Gerências Executivas do INSS, identificou-se no Quadro 1 que apenas em uma delas (Caxias do Sul), os(as) Assistentes Sociais se dividem em dois serviços previdenciários.

Quadro 1 - Número de Assistentes Sociais por Gerência Executiva do INSS, segundo a vinculação ao espaço sócio-ocupacional (n=52).

ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL	PORTO ALEGRE	CANOAS	CAXIAS DO SUL	
	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Não Exclusivo
Serviço Social	19	09	05	04
Reabilitação Profissional	05	04	02	
Programa de Educação Previdenciária	-	-	-	01
Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor	02	-	-	-
Secretaria de Atendimento	-	-	01	-
TOTAL	26	13	13	

Fonte: elaborado pela autora com dados obtidos através da DGP

Com base no mapeamento dos espaços de trabalho ocupados pelos(as) Assistentes Sociais na estrutura funcional das Gerências Executivas do INSS de Porto Alegre, Canoas e Caxias do Sul que houve a possibilidade de delinear a amostra da pesquisa e os sujeitos convidados a participar do estudo.

4.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS E EFETIVAÇÃO DA PROPOSTA DE ESTUDO

A amostra da pesquisa tem caráter não probabilístico e definido como tipo intencional. A amostra é composta por dois (duas) Assistentes Sociais por Gerência Executiva do INSS (Porto Alegre, Canoas, Caxias do Sul) totalizando 06 profissionais que atuam no Serviço Previdenciário de Serviço Social. O critério de inclusão dos(as) participantes foi determinado pelo momento de ingresso dos(as) Assistentes Sociais no INSS. Estipulou-se a participação de um profissional com ingresso na Previdência Social antes de 2009, e outro, após esse período. Esse recorte está relacionado ao fato de serem profissionais que ingressaram em períodos históricos distintos da política previdenciária, cujas prerrogativas/atribuições profissionais se deram e ainda se dão de formas distintas. Todos(as) entrevistados(as) passaram e/ou estão em um cargo de gestão do Serviço Previdenciário de Serviço Social. Pois estes(as) têm como atribuição coordenar e supervisionar as ações do Serviço Social desenvolvidas no âmbito da Gerência Executiva do INSS. A nomenclatura utilizada do cargo de gestão, até setembro de 2017, era de Responsável Técnico(a), alterada por meio do Regimento Interno do INSS para Assessor(a) Técnico(a) no âmbito do Serviço/Seção de Saúde do Trabalhador da área de Serviço Social (BRASIL, 2017f). Cabe ressaltar que todos(as) os(as) entrevistados(as) estão lotados(as) somente nesse serviço, portanto não desenvolvem nenhuma outra atividade concomitantemente, embora 03 destes profissionais já tenham atuado na RP possuindo experiência mais diversa dos serviços previdenciários.

Os profissionais selecionados(as) receberam um convite para participar da pesquisa a partir de uma Carta de Apresentação. O conteúdo da carta informou aos convidados a Instituição de Ensino e os pesquisadores envolvidos na tarefa, os objetivos e importância da elaboração do estudo e solicitou a colaboração para efetivação da investigação. A entrevista foi realizada após o consentimento dos(das) convidados(as) enviado por meio de correspondência eletrônica.

Para coletar os dados que fazem parte do estudo utilizou-se como instrumento a entrevista. Para tanto foi elaborado pela pesquisadora um roteiro semiestruturado (16 perguntas abertas e fechadas) composto por elementos que pudessem explicitar a percepção do(a) Assistente Social sobre o trabalho no INSS e

a Saúde do Trabalhador, além das ações desenvolvidas, os desafios e as potencialidades do trabalho institucional. Dessa forma, a primeira da entrevista está organizada a partir de perguntas para identificação do(a) entrevistado(a) (idade, sexo, gerência); a segunda parte investiga o tempo de trabalho e a formação profissional e, a terceira parte o indaga sobre o trabalho no INSS e a Saúde do Trabalhador.

As entrevistas foram realizadas individualmente e aplicadas nos locais de trabalho dos participantes da pesquisa, em horário pré-definido e acordado entre as partes. No total obteve-se 06 entrevistas com os(as) Assistentes Sociais das Gerências Executivas do INSS de Porto Alegre, Canoas e Caxias do Sul. As perguntas que compõe o roteiro da entrevista foram lidas para os(as) entrevistados(as) e estes(as) as responderam oralmente na presença da pesquisadora. Os encontros foram gravados e transcritos com o intuito de utilização apenas no presente estudo estando armazenados no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST) da UFRGS sob sigilo²⁷.

Para a análise dos resultados, adotou-se a técnica de análise de conteúdo, que, segundo Bardin (2009), ocorre em três principais fases, sendo elas: a pré-análise, que se refere à organização e à sistematização das ideias iniciais; a exploração do material, que se refere, fundamentalmente, às atividades de codificação, decomposição e enumeração dos dados (categorização); e o tratamento dos resultados, quando se interpretam e analisam os dados de modo a torná-los significativos e fiéis, interpondo-se inferências, interpretações e descobertas.

Neste estudo, os resultados das entrevistas referem-se aos seguintes aspectos: o Trabalho do(a) Assistente Social no INSS, evidenciando-se o objeto de trabalho, as potencialidades e os desafios do trabalho profissional, a articulação intrainstitucional e intersetorial e as estratégias adotadas e, por fim, a legitimidade do Serviço Social no INSS no âmbito da Saúde do Trabalhador. Essas categorias que emergem da pesquisa também são permeadas pelas seguintes categorias teóricas, destacadas a partir da percepção das entrevistas: Previdência Social, Saúde do Trabalhador, Reabilitação Profissional, Projeto Ético-político.

As falas dos(as) entrevistados(as) serão apresentadas de acordo com cada

²⁷ Os dados completos da entrevista - nome do(a) entrevistado(a), local da entrevista e data da entrevista - não serão informados neste trabalho para a garantia do sigilo dos(as) envolvidos(as).

categoria ao longo deste capítulo enquanto artifício dialético de exposição. Para tanto, os(as) entrevistados(as) serão identificados(as) com os nomes de pedras preciosas, sendo elas: Alexandrita, Berilo, Diamante, Esmeralda, Larimar e Rubi, na tentativa de imprimir leveza, energia e transmutação ao problematizar o cenário em estão inseridos(as) os(as) Assistentes Sociais do INSS e, assim, transmitir os dados obtidos por meio deste estudo de forma mais fidedigna possível, no sentido de fomentar a sensibilização e a inquietação quanto à temática, a partir da percepção desses profissionais.

Destaca-se que a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Psicologia – Número do Parecer 2.420.541, obedecendo todas as normativas previstas pelo CONEP. Obteve-se, ainda, o aceite Institucional autorizando a realização da pesquisa e participação do grupo funcional do INSS. Os (As) Assistentes Sociais que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando com os termos de investigação propostos pela pesquisadora.

Os achados da pesquisa serão devolvidos a comunidade em consonância aos valores éticos que asseguram compromisso da pesquisadora com a sociedade. Isto ocorrerá por meio da publicação da versão final deste estudo e de materiais em formato de artigo, em revistas e periódicos científico, assim como buscará o debate público em seminários e encontros de profissionais da área de Saúde do Trabalhador e da Previdência Social.

4.3 O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO INSS

Na perspectiva do projeto profissional, o Serviço Social só tem sentido como práxis (VASCONCELOS, 2015); práxis que tem como modelo o trabalho que, como criador de valores-de-uso, é o ato ontológico, como revela Vasconcelos (2015). Na sociedade capitalista, o trabalho explorado, alienado, considerado exclusivamente como criador de valores-de-troca, não tem condições de ser modelo de uma atividade profissional que tenha como finalidade processos emancipatórios. Logo a problematização da categoria Trabalho do(a) Assistente Social no INSS revela, nos marcos da organização social capitalista, que ainda que haja uma evolução da autorrepresentação e autonomia profissional, em que pese seus valores éticos que indiquem um direcionamento político-social, os(as) Assistentes Sociais “se inserem

em atividades interventivas cuja dinâmica, organização, recursos e objetivos são determinados para além do seu controle” (NETTO, 2005, p 68). Esta determinação do trabalho, vinculada em estratégias de enfraquecimento das políticas sociais pode obscurecer a prática profissional.

Sabe-se que essa prática, ou seja, o Trabalho do(a) Assistente Social no INSS depende de condicionantes internos e externos. Conforme lamamoto (2009, p. 94, grifos da autora),

[...] os primeiros [condicionantes internos] são geralmente referidos a competências do Assistente Social como, por exemplo, acionar *estratégias e técnicas*; a capacidade *de leitura da realidade conjuntural*, a habilidade *no trato das relações humanas*, a *convivência numa equipe interprofissional* etc. Os segundos [condicionantes externos] abrangem um conjunto de fatores que não dependem exclusivamente do sujeito profissional, desde as *relações de poder institucional*, os *recursos* colocados à disposição para o trabalho pela instituição [...], os *objetivos e demandas da instituição empregadora*, a realidade social da população usuária dos serviços prestados etc.

Tendo em mente o exercício profissional apresenta-se como um caminho tortuoso, visto a explicitação de inúmeras mediações que particularizam o Trabalho do(a) Assistente Social emergiu da percepção dos(as) entrevistados(as) impressões sobre o objeto de Trabalho do(a) Assistente Social no INSS e sua relação à questão social, bem como o objetivo profissional relacionado ao acesso e realização plena de direito do trabalhador síntese do projeto profissional da categoria.

Os(as) profissionais entrevistados(as) majoritariamente demonstraram compreender o trabalho enquanto categoria central e fundamental, embora nem sempre precisem seu objeto profissional para o desenvolvimento de potencialidades na superação dos limites institucionais, sendo este desenvolvido, segundo lamamoto (2010, p. 219), no terreno denso de tensões e contradições sociais em que se situa o protagonismo profissional. Este entendimento fica claro no depoimento de Larimar (2017, informação verbal):

O Assistente Social é aquele profissional que consegue perceber essa questão do direito, é aquele profissional que não quer que o segurado volte por voltar ao mercado de trabalho, aí entra a questão do objeto. Eu acho que a gente tem condições de fazer esse trabalho, que ele retorne, mas que ele consiga retornar bem para aquela função.

Nesse sentido, há um entendimento das diversas refrações da questão social, que se constitui no objeto profissional expressas na fala da (o) entrevistada (o) que

insinua diante as experiências cotidianas a possibilidade de intervenção efetiva na realidade do usuário. Desafio assim referido por Iamamoto (2010, p. 220-221):

[...] o Assistente Social lida, no seu trabalho cotidiano, com situações singulares vividas por indivíduos e suas famílias, grupos e segmentos populacionais, que são atravessados por determinações de classes. O profissional é desafiado a desentranhar da vida dos sujeitos singulares que atendem as dimensões universais e particulares que aí se concretizam, como condição de transitar suas necessidades sociais da esfera privada para luta por direitos na cena pública, potenciando-a em fóruns e espaços coletivos.

No conjunto de práticas de que tratam os objetivos profissionais a socialização das informações previdenciárias e assistenciais torna-se atividade fundamental e indispensável à realização da política previdenciária como se ocupa com assertiva o Manual Técnico do Serviço Social, no capítulo II, ao regular as ações profissionais do Serviço Social do INSS (BRASIL, 2017e). Entende-se que elas se fazem presentes não só no Serviço Social, enquanto serviço previdenciário, mas em todos os espaços de Trabalho do(a) Assistente Social no INSS. Portanto, socializar as informações é um processo democrático e político pelo qual se torna transparente o real pela comunicação que pode propiciar reflexões quanto os efeitos da burocracia institucional sobre o exercício concreto de direitos e o desvendamento do significado da Previdência Social como política social. Dessa forma, a característica ética que envolve o acesso e a socialização da informação no Trabalho do(a) Assistente Social na Previdência Social se materializa em procedimentos técnicos estabelecidos em normativas internas do INSS:

- a) realizar entrevista por meio da escuta qualificada;
- b) identificar as demandas individuais e coletivas dos usuários, em suas necessidades imediatas, a partir da análise do contexto global da sociedade;
- c) conhecer a rede de serviços do município, por meio da realização do estudo exploratório dos recursos sociais, com vistas a viabilizar o acesso dos usuários aos direitos sociais;
- d) democratizar as informações por meio da criação de espaços de discussão que propiciem a participação efetiva dos usuários, identificando interesses comuns nas demandas dirigidas à Previdência Social;
- e) registrar, catalogar e analisar os dados referentes aos atendimentos técnicos, tendo em vista o monitoramento das ações e elaboração de parâmetros para a intervenção profissional em situações similares; e
- f) trocar conhecimentos e informações com os setores da instituição para estabelecer encaminhamentos, fluxos de atendimento, soluções, decisões conjuntas e divulgação das informações. (BRASIL, 2017e, p. 14).

Para Berilo e as(os) demais entrevistadas(os), diante da realidade vivenciada no cotidiano de trabalho a possibilidade da população ter concretizado e efetivado o acesso à informação previdenciária torna-se um desafio ao Trabalho do(a) Assistente Social no INSS: “a socialização da informação é o que é a política previdenciária, quais são os seus benefícios e o que a pessoa precisa para acessá-los” (BERILO, 2017, informação verbal), mesmo que haja normativas internas

[...] a própria previdência hoje tá se distanciando do seu trabalhador. Ela ali tem o 135 agora o INSS digital, então, quer dizer, tá havendo um desmonte, porque dentro dessa forma, o INSS, tá se abrindo pro mercado e esvaziando a política pública previdenciária, né, no sentido de que aqui só tem acesso pela internet, pelo 135, e o contato com a pessoa tá sendo restrito. (BERILO, 2017, informação verbal).

Sabe-se que uma parcela significativa da população não tem acesso à internet²⁸ e que isso somado à burocratização dos sistemas leva muitos a não conseguirem ter acesso a essa política. Assim, como outras políticas sociais, a Previdência Social, como mecanismo de Proteção Social também ao trabalho, tem sido alvo de um desmonte histórico, tendo-se em vista a sua importância econômica, política e social.

Alexandrita (2017, informação verbal), traz uma fala da última “inovação” institucional: o INSS Digital:

Sim, o INSS digital num país de pessoas analfabetas, ou semianalfabetas, porque as pessoas conseguem ler, elas até têm um celular, porque eu escuto muito colegas que falam: “Sim, mas a pessoa tem um celular”. Sim, tem um celular pra atender e pra ligar. Quem é que sabe baixar um aplicativo? [...] Fazem não sei quantas mudanças por ano, como é que eles vão guardar a senha do INSS? Então, eu acho que isso, pra mim, é demais. Tá me deixando até um pouco perturbada, assim. É muita dificuldade pros usuários, muita, muita, e pouca estrutura, poucos profissionais, enfim [...].

Geralmente quem acessa a Previdência é o trabalhador formal que perde e/ou reduz o seu potencial laborativo por motivo de doença e/ou acidente e aqueles trabalhadores que desejam encaminhar sua aposentadoria. Deve-se considerar também que grande parte da população desconhece os direitos previdenciários e, conseqüentemente, os serviços e benefícios da Previdência Social. Tal realidade propicia a atuação de atravessadores, com a proposta de garantir o benefício

²⁸ De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (apud G1, 2018), 63,4 milhões de brasileiros não têm acesso à internet.

previdenciário ou assistencial, ou seja, o sustento mensal do trabalhador e de sua família. Segundo Berilo (2017, informação verbal), “o problema maior da população é o desconhecimento”.

Para lamamoto (2010, p. 338),

[...] é nesse campo de tensões que se realiza o trabalho profissional, carregando, em si, as contradições sociais atinentes a qualquer trabalho na sociedade capitalista; mas que, simultaneamente, se expressam de maneira particular nessa especialização do trabalho social, porquanto dependente de sua específica funcionalidade social e das respostas profissionais, que materializam o legado profissional coletivamente acumulado.

Assim, nas palavras de Berilo (2017, informação verbal), “nós somos multiplicadores de uma política que poucas pessoas têm acesso e compreensão e isso faz com que a gente consiga esmiuçar um pouco o que é a política previdenciária”. Vale lembrar que a racionalização dos processos de trabalho no INSS é estratégia de recuperação cumulativa do capital que tem revertido a sociabilidade do trabalho contemporâneo e avançado sobre as estruturas do Estado, em especial as políticas sociais. Nesta apreensão um diálogo entre os objetivos institucionais e profissionais se configura tensionado na materialização o Projeto Ético-Político, ainda que na contramão da maré neoliberal. As palavras de Rubi (2017, informação verbal) robustecem a compreensão sobre o objeto de trabalho dos(as) profissionais entrevistados(as) e os impedimentos institucionais:

[...] o objeto de trabalho é justamente tá fazendo esse olhar, que chega pra nós aqui no cotidiano, é o desprotegido, é aquele que não acessou, aquele que acessou, ele saiu daqui ele, pegou a carta de concessão e ele vai embora, ele não vem no serviço social.

As palavras de lamamoto (2009, p. 28, grifos da autora) tem importância central para substanciar a reflexão sobre o objeto do Serviço Social e o fulcro da atuação profissional:

Os Assistentes Sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. [...] Assim, apreender a questão social, é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de reinvenção da vida construídas no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado.

Nesse sentido, a finalidade do Trabalho do(a) Assistente Social aponta para a

intervenção nas diferentes manifestações da questão social, com vistas a contribuir com a redução das desigualdades e injustiças sociais, como também consolidar os processos de resistência dos trabalhadores, na perspectiva da democratização, da autonomia do trabalhador e do seu acesso a direitos sociais. Nesse contexto, Larimar (2017, informação verbal) cita que:

[...] através da questão da socialização das informações, eu vejo muito isso, no momento que tu vai, tu informa aquele segurado quais são os direitos que ele tem pra acessar... tanto pra acessar os benefícios previdenciários, porque muitas vezes ele tá lá na empresa, tá lá no trabalho dele e ele não quer [entrar] em benefício porque ele nem sabe que tem esse direito ou às vezes ele saiu da empresa, ele tá doente e ele não sabe que ele tem direito porque tem aquele período de graça, podendo estar ali, para se tratar e depois ir pro mercado de trabalho de uma forma muito mais tranquila.

Constata-se que significativa parcela de trabalhadores não obtendo o acesso à Previdência Social continua trabalhando informalmente, mesmo adoecidos, para suprirem suas necessidades básicas e de suas famílias. Além disso, quando conseguem o acesso ao benefício, muitas vezes continuam na informalidade para pagar o atravessador e/ou complementar a renda familiar, sem o entendimento, ou, mesmo com o entendimento de que na maioria das vezes aquela atividade pode levá-lo ao agravamento do quadro clínico.

Na fala de Alexandrita (2017, informação verbal),

[...] a informação é a peça chave que o trabalhador não tem. Ele tem um desconhecimento geral da política previdenciária e das formas de acesso também. Ele desconhece, e aí nós associamos isso a uma burocracia enorme que tem na instituição. Então dificulta, chega ao ponto deles não conseguirem o acesso.

Observa-se, portanto, que o acesso precário ao conhecimento e a informação é um dos fatores que contribui para a construção de uma coletividade permeada pela discriminação e por preconceitos gerados pela elaboração frágil de consciência de classe e de cidadania. Embora, a formação e o desenvolvimento de classe em resistência e luta ao capital signifique a questão social e suas expressões, pois é o resultado das contradições entre as classes que exige no campo político do Estado uma intervenção que vá além da caridade ou repressão dos movimentos populares (CARVALHO E IAMAMOTO, 2000, p. 77).

Para tanto, entende-se que o (a) Assistente Social deverá imprimir em sua intervenção uma direção, fazendo-se indispensável, para isso, conhecer e

problematizar o seu objeto. Nas palavras de Larimar (2017, informação verbal), “[...] muitas vezes esse profissional enxerga muito mais o objeto dado pela instituição e não se dá conta que ele pode ter o seu objeto de trabalho”. Numa perspectiva contrária Diamante (2017, informação verbal) toma este objeto de forma diversa:

[...] o objeto é a questão social, as expressões da questão social, só que dentro de cada serviço que eu vou estar ele me é dado. Vou chegar lá e vou pegar reabilitação, objeto da reabilitação é reabilitar o segurado em tanto tempo. Eu sei que eu tenho aquilo ali, mas eu vou construir ele na medida em que eu tenho a minha intenção, a minha intencionalidade que é o comprometimento ético político hoje da categoria, de ter essa visão um pouco mais ampliada e as necessidades da pessoa que tá ali na minha frente. Então, assim, eu tenho prazo, tenho, mas eu vou tá construindo com ela um projeto de vida pra ela também, e pra isso eu teria que estar articulada com outras áreas também, mas eu não consigo muitas vezes. Isso não reabilita.

Através dessa fala, observa-se que é necessário reelaborar o objeto a partir de informações e análises consistentes e, concomitantemente, de um planejamento profissional no qual se construam estratégias coletivas para o enfrentamento das diversas expressões da questão social em uma perspectiva histórica que apreenda o movimento contraditório do real. A questão do objeto se expressa de maneira contraditória e atravessada pelos limites institucionais, ou seja, a atuação sobre o objeto visando efetivar o trabalho profissional incidindo efetivamente sobre a realidade acaba limitando o seu produto.

Com isso, é inquestionável a intervenção do Serviço Social no âmbito das desigualdades sociais, ou seja, nas refrações da questão social, independentemente do espaço em que o(a) Assistente Social atue, como pode ser observado na fala a seguir:

Os espaços que eu percebo de atividades possíveis pro Assistente Social dentro do INSS, de saúde do trabalhador, é o próprio Serviço Social, onde eu vou tá realizando a avaliação da pessoa com deficiência, trabalhando com benefício assistencial pro idoso, através dos pareceres, a LC 142 e dentro da Reabilitação Profissional com o segurado né, reabilitando, dentro do SIASS, desenvolvendo atividade com o servidor, isso é saúde do trabalhador. Outro espaço é a saúde e qualidade de vida (SQVT) que é um programa também vinculado hoje ao SOGP, que é o nosso RH. (DIAMANTE, 2017, informação verbal).

Entretanto, ao pensar amplamente, considerando-se a concepção de questão social e de suas expressões conclui-se que esse objeto pertence às mais diversas profissões, tendo suas atuações determinadas por ela. Os médicos, os

fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais, os psicólogos, entre outros profissionais, também atendem problemas de saúde causados por acidentes de trabalho, violência, desemprego, fome, falta de condições de moradia etc. Enfim, os mais diferentes profissionais também atuam nas refrações da questão social.

Conforme lamamoto (2009, p. 61-62),

[...] todo processo de trabalho implica uma matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação; meios ou instrumentos de trabalho que potenciam a ação do sujeito sobre o objeto; e a própria atividade, ou seja, o trabalho direcionado a um fim, que resulta em um produto.

Por isso, na Reabilitação Profissional, o Trabalho do(a) Assistente Social, ao ser norteado pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social, contribui para a ampliação da compreensão das expressões da questão social que permeiam o processo saúde-doença, pois esse trabalho tem uma abordagem multiprofissional para dar conta da Saúde do Trabalhador com enfoque interdisciplinar. Isso acontece, segundo lamamoto (2012, p. 238),

[...] à medida que o segmento da realidade sócio-histórica – objeto de análise e intervenção – for sendo submetido a um procedimento analítico totalizador, que ao invés de diluir, ressalte suas especificidades, permitindo ações profissionais diversas, porém articuladas nas múltiplas expressões da realidade, de acordo com a competência profissional atribuída por diferentes especialidades.

No entanto, ao se referir sobre o Trabalho do(a) Assistente Social na RP, Rubi (2017, informação verbal) afirma que “[...] a colega que tá lá enquanto Assistente Social, ela não tem espaço pra fazer determinadas intervenções e que ela tem ferramentas pra fazer, enquanto Assistente Social, mas o programa, formatado como ele tá, não dá esse espaço”.

A referência do(a) entrevistado(a) sobre os impedimentos institucionais para a contribuição profissional, indica ser necessário a apresentação de algumas atribuições do Profissional de Referência previstas no Manual Técnico de procedimentos da área da Reabilitação Profissional, que se subdividem entre atividades internas e externas:

Atividades internas nas GEX/APS:

- a) avaliar os segurados, verificando seu potencial laborativo e registrar os dados em formulário próprio;
- b) realizar avaliação conjunta com o Perito Médico e, com a participação do segurado, estabelecer as opções e perspectivas para o PRP; [...]

- d) planejar o programa profissional para retorno ao trabalho; [...]
 - f) solicitar, quando necessário, parecer especializado (nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, educação e outras) [...];
 - g) fazer contato com a empresa de vínculo para definir a função que o segurado poderá exercer; [...]
 - j) fazer levantamento de funções compatíveis com o potencial laborativo do segurado sem vínculo empregatício;
 - k) realizar atendimentos subsequentes dos segurados em avaliação ou em Programa Profissional;
 - l) elaborar, em conjunto com o Perito Médico, Parecer Técnico Conclusivo do PRP desenvolvido com o segurado; [...]
 - o) certificar, em conjunto com o Perito Médico, o PRP;
 - p) homologar e certificar, em conjunto com o Perito Médico, a compatibilidade da habilitação/reabilitação promovida pela empresa ou pela comunidade nos casos das pessoas com deficiência [...].
- Atividades externas: [...]*
- b) visitar empresas para divulgação do Serviço de Reabilitação Profissional [...];
 - c) acompanhar a preparação educacional dos segurados para o Programa de RP;
 - d) visitar o domicílio do reabilitando para aprofundamento do estudo sócio-profissional, quando necessário;
 - e) estabelecer contato com entidades e empresas públicas ou privadas objetivando acordos de cooperação técnica;
 - f) efetuar entrevistas da pesquisa da fixação [...]. (BRASIL, 2016b, p. 86-87, Grifos da autora).

Apesar de a Reabilitação Profissional estar configurada como um modelo que historicamente não tem conseguido introduzir a Saúde do Trabalhador enquanto mecanismo de Proteção Social e se tratar de um serviço que não tem acompanhado os avanços tecnológicos e científicos sobre processo de saúde-doença decorrentes do trabalho, observa-se que, tanto nas atividades internas como nas externas encontra-se em latência artifícios que poderiam contribuir potencialmente para desenvolvimento do Trabalho do(a) Assistente Social. Porém, para que uma nova instrumentalidade seja consolidada, assim como em outros espaços sócio-ocupacionais, existem muitos obstáculos a serem superados no cotidiano profissional. Dentre os desafios que devem ser enfrentados pelo Serviço Social, segundo Iamamoto (2010, p. 233),

[...] o maior deles é tornar esse projeto um guia efetivo para o exercício profissional e consolidá-lo por meio de sua implementação efetiva, ainda que na contramão da maré neoliberal, a partir de suas próprias contradições e das forças políticas que possam somar na direção por ele apontada. Para tanto, é necessário articular as dimensões organizativas, acadêmicas e legais que lhe atribuem sustentação com a realidade do trabalho cotidiano. Exige-se uma análise acurada das reais condições e relações sociais em que se efetiva a profissão, num radical esforço de integrar o “deve ser” com a objetivação desse projeto.

Em um cotidiano de trabalho atravessado pelas inúmeras facetas da relação capital-trabalho, o(a) Assistente Social depara-se cotidianamente com inúmeras contradições institucionais, em especial, aquelas que atingem a Saúde do Trabalhador. Chamado a intervir em situações-chaves para o acesso aos benefícios previdenciários e assistenciais, o(a) Assistente Social por vezes encontra dificuldade em realizar a mediação entre as situações singulares do atendimento, as particularidades da instituição e as questões universalizadas que incidem sobre os problemas demandados.

Portanto, é importante reafirmar que a dinâmica do exercício profissional como síntese de múltiplas determinações deve ser confrontada, como parte e expressão das relações sociais presentes na construção de projetos societários coletivos. Por isso, verifica-se, no contexto sócio-histórico do Serviço Social, que novas exigências são apresentadas à profissão, que demandam uma nova (re)organização profissional. Também é necessário um processo de elaboração e consolidação do projeto profissional na instituição a partir do fortalecimento e da atualização da Matriz Teórico-Metodológica do Serviço Social na política previdenciária.

4.4 ARTICULAÇÃO INTRAINSTITUCIONAL E INTERSETORIAL

A partir da análise sobre o Trabalho do(a) Assistente Social no INSS é possível evidenciar o seu papel para que ocorra uma articulação intrainstitucional e intersetorial, no âmbito da Saúde do Trabalhador, bem como identificar os limites institucionais para que esta se materialize.

Entende-se por articulação intrainstitucional as ações desenvolvidas entre os serviços que compõem o SST e por intersectorialidade aquela que contribui para a criação e o reconhecimento de saberes resultante da integração entre as áreas setoriais. Sposati (2006, p. 140) “vê a intersectorialidade não só como um campo de aprendizagem dos agentes institucionais, mas também como caminho ou processo estruturador da construção de novas respostas, novas demandas para cada uma das políticas públicas”.

No entanto, ao ser questionada sobre o trabalho articulado entre os serviços previdenciários no INSS, Esmeralda (2017, informação verbal) diz o seguinte:

[...] a gente não percebe atividades articuladas dentro dos serviços. Eles até tão previstos na legislação, mas não consigo visualizar a articulação entre o serviço social, saúde do trabalhador ou Reabilitação Profissional. Isso eu não consigo perceber, essa articulação. Sei que ela existe, mas não foi ainda organizada. Não existe um fluxo de atendimento.

Para tanto, destaca-se a CIF, da Organização Mundial da Saúde (OMS), para discutir as articulações intrainstitucional e intersetorial, pois esta preconiza um modelo de avaliação biopsicossocial que se encontra presente na operacionalização de muitos benefícios, inclusive na avaliação médica e social do BPC e na Lei Complementar n. 142²⁹. Ademais, esse modelo também está previsto no Manual Técnico de procedimentos da área de Reabilitação Profissional (BRASIL, 2013a, 2016b).

Considera-se o modelo apresentado pela CIF um grande avanço para a garantia da Proteção Social do trabalhador e de sua família. Entretanto, ele ainda não vem sendo utilizado como mecanismo de avaliação dos diferentes determinantes que incidem no processo de saúde-doença e (in)capacidade do trabalhador, onde permanece a supremacia médico-pericial. Isso pode ser observado por meio do discurso de Larimar (2017, informação verbal):

[...] a avaliação conjunta entre serviço social e perícia médica é uma coisa bem pontual... Não existe nem uma discussão, mas os dois avaliam, acho que é uma ação. E reabilitação, a mesma coisa. Os dois profissionais atendem e, de uma forma bem pontual, às vezes acaba-se discutindo, mas infelizmente o que prevalece no momento da alta é, digamos assim, o posicionamento da perícia médica, infelizmente. Muitas vezes a gente até diz: esse segurado não tá pronto pra ir, mas fisicamente ele pode retornar ao trabalho.

Esta supremacia parece estar vinculada ao caráter funcionalista e conservador que dominou a atenção à Saúde do Trabalhador durante largo período do desenvolvimento produtivo capitalista. E, embora o paradigma biomédico tenha sido quebrado, o predomínio ainda não foi superado. O avanço no conceito de incapacidade e deficiência e dos instrumentos normatizados e instituídos pela política previdenciária tem repercutido insatisfatoriamente na prática profissional médico-pericial mantendo-se soberana as demais. Assim, como Assunção e Melo (2003, p 124) reconhece-se que o “julgamento pericial tem um caráter político, não

²⁹ Lei complementar n. 142, de 8 de maio de 2013, que regulamenta o §1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) (BRASIL, 2013a).

neutro, nessa interpretação, ou seja, certa forma de ver ou reconhecer a realidade, que é uma construção social vigente naquele sujeito, o médico perito.” Portanto, perpassado pelo modelo ideológico hegemônico que estabelece medidas de valor encharcados de interesses próprios.

Sabe-se que a operacionalização dos sistemas que permeiam a avaliação dos benefícios, em sua maioria, é deficitária. Um exemplo disso é que na RP os sistemas ainda não se encontram adaptados para uma avaliação fundamentada na CIF, assim como observa Berilo (2017, informação verbal), no que tange à forma de avaliação predominante no INSS: “Eu acho que o grande problema hoje é o retrocesso que nós estamos tendo na avaliação desses benefícios. Tá todo centrado na perícia médica”. Em consequência, no plano dos benefícios, os prejuízos aos trabalhadores são nítidos: o desligamento do programa de Reabilitação sem ter havido avaliação conjunta com ampla visão sobre as repercussões e a condição laborativa do usuário, como preconizam as normativas internas do INSS.

Nesse sentido, outro viés da cessação do benefício se materializa quando o trabalhador é considerado apto para retornar à atividade laboral. A única estabilidade que tem é de um ano, vinculado à empresa, se o motivo que deu origem ao seu afastamento for o acidente de trabalho. Caso contrário, pode ser demitido ao retornar para a empresa de vínculo, como refere Alexandrita (2017, informação verbal): “no retorno do trabalhador, o que que acontece? O trabalhador é demitido ou se fica sabendo, às vezes, que a vaga só foi criada pra dar aquela parte do treinamento e depois efetivamente não acontece a reinserção do trabalhador”. Isso ocorre quando o trabalhador possui vínculo empregatício, pois os trabalhadores autônomos ou desempregados, ao serem reabilitados, são praticamente abandonados assim que concluem o curso e/ou treinamento, porque a legislação previdenciária apresenta-se protetiva, nesses casos, até o desligamento do programa de RP. Após a cessação do benefício, cabe ao trabalhador buscar um trabalho de acordo com suas limitações laborais.

Para Alexandrita (2017, informação verbal), “[...] muitos casos que a gente já atendeu que passaram pela reabilitação, acabaram caindo no benefício assistencial, porque ficaram sem colocação no trabalho, sem possibilidade de reingressar no mercado”. Porém, a realidade apresentada por Wunsch, Mendes e Martins (2017, p. 46) é outra: as autoras consideraram a incapacidade para o trabalho e a negativa do auxílio-doença para constatarem “que apenas 1,5% dos trabalhadores buscaram o

BPC, e que apenas 32% desse universo o acessaram. Os demais, ou seja, 68% dos trabalhadores, não tiveram acesso a nenhum desses direitos”.

Outro aspecto a considerar, a partir dos apontamentos das entrevistas, é a instrumentalização do trabalho realizado a partir do planejamento do trabalho, uma vez que esse permite “projetar a própria ação a partir do conhecimento obtido da realidade, da proposição de objetivos, da escolha de formas de abordagem e de instrumentos operativos, conectados à matriz teórico-metodológica norteadora do exercício profissional” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 235).

Essa perspectiva assinala a dimensão teleológica do trabalho, como aponta Larimar (2017, informação verbal) ao afirmar que o(a) Assistente Social na Reabilitação Profissional, “não tem que dar alta pra esse segurado. Eu sei que ele tem um prazo claro, mas tu podes te planejar e trabalhar com esse segurado dentro desses limites que a instituição te impõe, mas setu consegue ter claro algumas coisas como a questão da instrumentalidade e a questão do objeto”.

Deve-se pensar a instrumentalidade como uma condição histórica do Serviço Social, que requer habilidade, cuja utilidade social decorre da capacidade interventiva de responder às demandas sociais da classe trabalhadora. Por isso, é necessário estar atento para que a instrumentalidade não esteja direcionada para uma intervenção voltada à reprodução das relações sociais capitalistas, o que se expressa, muitas vezes, por meio da racionalização do trabalho no INSS. Por outro lado, os instrumentos utilizados pelo Serviço Social orientam-se por um direcionamento crítico, que rompe com o conservadorismo, renovando-se e permitindo-se ultrapassar as ações necessárias de ordem imediatas.

Isto posto, há que se distinguir as intervenções profissionais voltadas às situações imediatas, daquelas que se encontram abertas aos fenômenos emergentes. No primeiro caso, ao atuar ao nível do imediato, a ação profissional pode limitar-se à manipulação de variáveis do contexto empírico, já que os resultados esperados não extrapolam a perspectiva de recuperar o índice de “normalidade” necessário ao (re)estabelecimento da “ordem” social vigente. [...] No segundo, para atender aos fenômenos emergentes, a intuição, a sensibilidade, a repetição de experiências, a utilização de modelos não bastam. [...] O Assistente Social tem que deter um conjunto de saberes que extrapola a realidade imediata e lhe proporcione apreender a dinâmica conjuntural e a correlação de forças manifesta ou oculta. (GUERRA, 2007, p. 200).

Por isso, é fundamental o papel do(a) Assistente Social para que se alcance uma Reabilitação Integral. Nesse caso, faz-se necessária uma nova abordagem

técnica, que implique em ações estratégicas, na qual o trabalhador a ser reabilitado seja sujeito da ação. Para tal, é essencial um debate crítico sobre esse espaço sócio-ocupacional e também encaminhamentos que proponham uma Reabilitação Profissional na perspectiva integral do trabalhador. Todavia, no interior da profissão, majoritariamente, esta reflexão não tem sido realizada enfraquecendo na mesma medida qualquer esforço de compartilhar as decisões médico-pericial com equilíbrio de forças.

A postura encontrada reitera prejuízos ao trabalhador, pois o modelo biomédico se mantém em desacordo com o enfoque apresentado pela CIF, uma vez que o modelo proposto considera a influência dos fatores contextuais (ambientais e pessoais) e seus impactos, tanto positivos quanto negativos, nas três dimensões das condições de saúde: estrutura e função do corpo, atividade e participação social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Pautada na CIF, a Reabilitação Profissional deve estar voltada ao aprimoramento de procedimentos e instrumentos técnicos que permitam a abordagem biopsicossocial e que, inclusive, identifique as barreiras que restrinjam a participação social dos trabalhadores e os facilitadores para que essas barreiras sejam superadas. A Reabilitação Integral é uma ação intersetorial que requer a articulação de ações e projetos que envolvam as áreas de saúde, previdência, assistência social, educação, direitos humanos, cultura, esporte e trabalho e emprego (BRASIL, 2016b).

Ao fazer comparações entre os Serviços Previdenciários de Reabilitação Profissional e de Serviço Social, Berilo (2017, informação verbal) esclarece o que a seu ver são causas de estranhamento profissional:

[...] porque os métodos são diferentes, então o que aconteceu? O Reabilita é criado e traz uma nomenclatura que se chama OP³⁰. Assim, a instituição traz essa nova forma de trabalho, para as colegas que foram pra reabilitação, que (claro) resultado de uma definição institucional. Não tô culpabilizando o profissional, mas por outro lado ele tem uma responsabilidade técnica e ética de que ele não pode perder sua identidade.

Em análise a esta situação, Vasconcelos (2015, p. 341) refere as dificuldades que todo profissional apresenta para se desvencilhar das amarras do trabalho

³⁰ O profissional de nível superior é designado Orientador Profissional, denominação discutida pelos técnicos que a vêm como “estratégia de sobrevivência do atendimento, diante da carência desordenada das diversas categorias profissionais dos serviços” (SCARANELLO, 2006, p. 119).

alienante produzido pelo sistema capitalista ao retratar a lógica instituída:

[...] culpabilizar os profissionais seria pensar que estivéssemos ou estaríamos, por negligência ou escolha consciente, numa sociedade que nos mutila a todos, se esquivando de realizar algo que já estivesse dado a fazer, como estão dadas de forma tão banal e fácil circunstâncias e condições para reprodução da sociedade capitalista. Que fique claro que a reprodução do dominante, ou seja, agir de forma conservadora, quando não reacionária, ainda que fácil e dado, no âmbito da classe trabalhadora, e como não poderia deixar de ser, no âmbito do Serviço Social, na maioria das vezes não está sendo feito de “caso pensado”.

Outros desafios são enfrentados pelo(a) Assistente Social quando a instituição mantendo o sentido de preservação dos seus interesses:

[...] tem dificuldade de entender que o profissional tem que sair pra executar uma atividade no conselho municipal de saúde, dentro da comissão da CIST, pois a pessoa que tá sendo discutida lá é a mesma que tá na previdência, que tá na assistência, e é mesma que busca o trabalho. (BERILO, 2017, informação verbal),

Por isso, entende-se que as ações em Saúde do Trabalhador do INSS, que poderiam contribuir para a promoção e a prevenção e de agravos relacionados ao trabalho, bem como o incentivo a ambientes e processos de trabalho mais saudáveis, por meio de movimentos integrados de vigilância em saúde e do estímulo à participação dos trabalhadores, não estão ocorrendo na atual conjuntura.

A ausência de reuniões periódicas também influencia negativamente a questão da articulação entre os serviços previdenciários. Mesmo com a emissão de um memorando, a reunião técnica dos serviços que compõem o SST, segundo Rubi (2017, informação verbal), “nesse ano não aconteceu. Isso compromete o trabalho interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial ao mesmo tempo em que favorece atuações individualizadas e fragmentadas, como sinaliza Diamante (2017, informação verbal):

[...] é um trabalho meio sozinho, porque tu não és respeitado, muitas vezes, como um parecer que tu faz e o teu colega não vai considerar e vai dar alta, ignora o teu conhecimento. Não são todos os casos que acontece, mas infelizmente hoje tá assim... Mas eu acredito que com a parte médica, que é o que acaba definindo o benefício, muitas vezes tu acaba compondo assim na empatia, né, não dá coisa como deveria ser. Tu vais com quem te facilita, com quem tem um conhecimento um pouco melhor de saúde do trabalhador, infelizmente.

Vasconcelos (2012, p. 443) explica que “difícilmente um só profissional daria

conta de todos os aspectos de uma realidade tão complexa, [...] o que leva, na atenção integral, a recorrer-se ao trabalho multiprofissional”.

Sabe-se que mesmo com esses avanços na legislação e nas normativas internas do INSS, no período compreendido de 2013 a 2016, acerca da RP, que poderiam resultar na garantia da Proteção Social do trabalhador e de sua família, o modelo atual de Reabilitação Profissional continua sendo objeto de críticas de diversos estudos, quer pela ausência de atendimento das necessidades de saúde dos trabalhadores (MAENO; VILELA, 2010; TAKAHASHI, 2008), quer pelo modelo de avaliação de incapacidade adotado, qualificando-a como reducionista. Ademais, pesquisas têm investigado o sentido desse serviço para os trabalhadores e suas famílias, assim como para as empresas (CESTARI; CARLOTO, 2012; MATSUO, 2002; POERSCH; RAMOS; DA SILVA, 2010; STRUFFALDI, 1994) e os resultados indicam que a RP não tem desempenhado o seu papel.

Possivelmente por isso que Berilo (2017, informação verbal) destaca a dissociação do projeto profissional da atuação de alguns profissionais para o cumprimento da lógica institucional com a seguinte afirmação:

Eu não vejo um trabalho do serviço social dentro da Reabilitação Profissional. O que eu vejo são pessoas que têm o nome de Assistentes Sociais e executam um programa institucional, sem a menor crítica, simplesmente reproduzindo aquilo que é institucional. [...] Nós temos um projeto enquanto profissional Assistente Social, e a instituição tem outro [...], inclusive os profissionais da área da reabilitação que se desvestiram da sua profissão pra exercer uma atividade que não representa o serviço social... Por isso o distanciamento entre os Assistentes Sociais [...]. A gente não consegue ter um diálogo com os profissionais que incorporaram um outro tipo de forma... Método de trabalho.

A partir dessa colocação é possível constatar que há uma distância significativa entre os pares, mesmo diante do movimento que tem sido feito na busca de uma unidade da categoria profissional e de uma Reabilitação Integral para o trabalhador. Segundo normativas internas do INSS,

[...] a Reabilitação Profissional deve estar fundamentada em concepção que compreenda o trabalhador integrado ao seu meio ambiente físico, social, cultural e familiar, visando à garantia de direitos básicos, inclusive identificando barreiras que restrinjam a participação social dos reabilitandos, bem como facilitadores que possam favorecer a superação dessas barreiras. (BRASIL, 2016b, p. 18).

Apesar desses avanços, ainda permanece muito presente o modelo de

Reabilitação Profissional funcionalista centrado no indivíduo. Isto ocorre porque diante do cenário histórico da Reabilitação Profissional muitos(as) Assistentes Sociais optaram por negar esse espaço enquanto campo de atuação profissional. O que pode ser atribuído a desconsideração de sua concepção e incompreensão de suas potencialidades na atenção a saúde dos trabalhadores. Além disso, no contexto atual há um desconhecimento por parte da maioria dos(as) Assistentes Sociais de alguns avanços propostos, mesmo em face dos imensos limites institucionais.

Esta resistência em ocupar a Reabilitação Profissional e garantir, nesse serviço, os meios necessários para uma Reabilitação Integral do trabalhador também poderia ser interpretada como uma forma de defesa do Serviço Social, enquanto serviço previdenciário, assim como uma forma de enfrentar e fazer a correlação de forças com os demais serviços (Perícia Médica e Reabilitação Profissional). Todavia, entende-se que o trabalhador acaba perdendo com isso, pois a profissão deixa de fazer a disputa pela Saúde do Trabalhador, delegando-a aos outros dois serviços que compõem o SST.

Relacionado a isso, percebe-se, na fala de Rubi (2017, informação verbal), a não percepção da contradição:

[...] acaba que o serviço social tá [desenvolvido] com a avaliação funcional da lei complementar, mas... O Assistente Social da reabilitação desconhece, desconhece a lei complementar, por quê? Porque quando nós tivemos a capacitação da lei complementar na gerência [...] a [RT] deles não entendeu que elas deveriam participar [...]. A minha conclusão disso é que talvez o programa perde, o profissional enquanto Assistente Social perde, e o segurado perde de ter uma intervenção talvez que fosse além daquele manual técnico, que eu não o conheço, mas mais ou menos sei, né, a gente acompanha e tal. Ele limita... Me parece que limita o trabalho, e talvez não só do Assistente Social.

É perceptível que há, de acordo com as falas apresentadas, uma resistência e/ou negação do trabalho na reabilitação. Infere-se como causa provável a pouca reflexão sobre as suas potencialidades como meio de acesso ao direito da classe trabalhadora que se verifica entre outras causas no aprofundamento raso da legislação que o norteia, bem como no desconhecimento daqueles(as) Assistentes Sociais do exercício deste direito viabilizado pelos seus pares no cotidiano da Reabilitação Profissional. Quiçá por isso apresentam dificuldade no entendimento de que esse espaço de trabalho é de grande relevância para a discussão e a garantia

da Saúde do Trabalhador.

A falta de reconhecimento entre os profissionais e a ausência de conhecimento sobre o referencial teórico que fundamenta a RP também pode estar impactando de forma negativa o acesso e a ampliação da cobertura da população usuária da Política de Previdência Social, principalmente ao direito à Reabilitação Profissional.

Reafirma-se, assim, que o fortalecimento do trabalho voltado à Saúde do Trabalhador se dá através das ações de segurança e Saúde do Trabalhador, que exigem “uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde” (BRASIL, 2004, p. 3).

Destaca-se, nesse contexto, que a interdisciplinaridade³¹ precisa ser pensada como uma necessidade de interação e busca dos profissionais das diferentes áreas do conhecimento. No entanto, segundo Diamante (2017, informação verbal),

[...] hoje não temos nenhuma atividade articulada entre os serviços. E a gente tem muita coisa pra fazer ali, articulação, com a perícia principalmente, dentro das revisões de benefícios de longa data, né. Nossa contribuição pra isso é muito boa, porque tu consegue chegar além das pessoas, das dificuldades, analisar o contexto em que ela tá, o tempo em que ela tá em benefício, o porquê, se é uma cirurgia que tá aguardando, o SUS não funciona etc. Mas não existe, hoje, eu te digo, que a revisão desses benefícios se dá sozinha, só pela parte médica.

Além disso, no que se refere ao Trabalho do(a) Assistente Social no âmbito institucional, Esmeralda (2017, informação verbal) diz o seguinte, que a RP

[...] é um serviço muito importante na saúde do trabalhador [...]. Hoje o Assistente Social, é um grande número nessa área, mas estão faltando algumas especificações, como é que eu vou te dizer, as especificidades de cada profissão, elas não estão em evidência [...].

Nesse sentido, para a materialização tanto de um trabalho interdisciplinar quanto multiprofissional, de acordo com a realidade apresentada pelo(a) entrevistado(a) acima, se fazem necessárias as articulações previstas nas legislações e normativas internas do INSS. Portanto, cada profissional deve desenvolver suas ações no que lhe compete tecnicamente, a saber, no que está

³¹ O significado da palavra interdisciplinar (inter + disciplinar) refere-se ao que é comum a duas ou mais disciplinas ou ramos do conhecimento, enquanto multidisciplinar (de mui(i) + disciplina) abrange ou refere-se a muitas disciplinas (FERREIRA, 1999).

materializado em seu Código de Ética e na Lei de Regulamentação de sua profissão etc. Berilo (2017, informação verbal) contribui sinalizando que:

[...] a proposta da saúde do trabalhador no INSS, como uma equipe multidisciplinar, abriria uma possibilidade. Nós não deixaríamos de fazer [...] aquilo que nos é de atribuição no serviço social, de socializar, de assessorar tanto interno quanto externo, mas a definição seria conjunta, e não uma supremacia médica. Nós tínhamos que ter uma outra forma de... Avaliar essa pessoa, não só na doença, mas também no meio em esse trabalhador está inserido.

Essa fala vai ao encontro das possibilidades apresentadas nas normativas institucionais, pois

[...] o Serviço de Reabilitação Profissional constitui-se em um processo complexo que abrange diversos aspectos dentro do campo de conhecimentos da Saúde do Trabalhador, segundo os quais a capacidade para o trabalho é um fenômeno que vai além da doença, da limitação funcional ou da deficiência física ou mental (BRASIL, 2016b, p. 18).

Dessa forma, identifica-se que um dos maiores desafios para o(a) Assistente Social está em compreender as características e objetivos da RP. Reconhecer as possibilidades de contribuição profissional para a garantia do direito à Saúde do Trabalhador enquanto mecanismo de Proteção Social.

Por isso, é de grande relevância a discussão da temática, assim como uma maior articulação entre os serviços que compõem o SST e com as demais políticas sociais que contemplam a Saúde do Trabalhador, visando à consolidação do direito do trabalhador à Reabilitação Profissional, que nas palavras de Larimar (2017, informação verbal), “reabilitação e o serviço social eu acho que eles têm muito a ver, né, com a questão da Saúde do Trabalhador”.

Nesse sentido, essa colocação está ancorada nas diretrizes gerais para a intervenção profissional, que são definidas nacionalmente e formuladas a partir das principais demandas direcionadas ao Serviço Social (BRASIL, 2017e). Ou seja, a Segurança e Saúde do Trabalhador é uma linha de ação fundamentada na Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que visa a redução de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho por meio de ações de promoção, reabilitação e vigilância (BRASIL, 2012). Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial e a participação popular, envolvendo o Trabalho, a Saúde e a Previdência Social.

Conforme preconizam as diretrizes do Serviço Social (BRASIL, 2017e) para o

desenvolvimento de atividades nessa linha de ação, o Serviço Previdenciário de Serviço Social busca contribuir para o aperfeiçoamento do processo de reconhecimento do direito aos benefícios por incapacidade e favorecer a prevenção, promoção e proteção da saúde e segurança do trabalhador. Busca conhecer o espaço sócio-ocupacional dos trabalhadores, suas condições de trabalho e os motivos geradores do adoecimento. Envolve vínculo prioritário com os seguintes benefícios: auxílio-doença previdenciário e acidentário, aposentadoria por invalidez e auxílio-acidente. As parcerias internas podem ser desenvolvidas com a Perícia Médica e a Reabilitação Profissional, enquanto as parcerias externas podem ser firmadas com o Ministério do Trabalho e Emprego, os CERESTs, Ministério Público, entre outros (BRASIL, 2017e).

Nesse sentido, a DIRSAT, em novembro de 2015, publicou um guia dos projetos e ações a serem desenvolvidos, como demonstrado na Figura 4, visando o acesso da população usuária à seguridade social ampliada, por meio de uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2015).

Figura 4 – Fluxo de avaliação dos benefícios por incapacidade



Fonte: Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social (2015, p. 11).

O enfoque multiprofissional já é dado pela legislação para o desenvolvimento de um trabalho na RP, que supõe a colaboração de diversas áreas, como medicina,

terapia ocupacional, serviço social, psicologia, sociologia, fisioterapia, entre outras, objetivando o atendimento integral às demandas relacionadas à Saúde do Trabalhador. Embora a figura do médico apareça duplamente na ilustração é nítido o avanço no reconhecimento do trabalho realizado por uma equipe multiprofissional para a garantia da Saúde do Trabalhador por meio da rede de seguridade social ampliada.

Destaca-se também a relevância do trabalho realizado pelos técnicos do seguro social, de nível médio, que integram as equipes de Reabilitação Profissional nas Gerências Executivas do INSS e nas Agências da Previdência Social, pois estes fazem parte da malha executora da política previdenciária que se constituem nos serviços oferecidos aos trabalhadores. Com isso, os resultados de uma Reabilitação Integral poderiam ser atingidos, ampliando-se a cobertura previdenciária e o alcance das ações adotadas durante todo o processo de Reabilitação Profissional.

Entretanto, esse enfoque apresenta limites na sua efetivação, uma vez que a articulação acontece de forma muito frágil e com pequenos avanços, como evidencia a fala de Rubi: “[...] a reabilitação tem feito ensaios, de nos procurar pra conversar sobre a lei complementar, são aproximações que a reabilitação vem buscando [...] [mas] não tenho percebido a perícia muito aberta pra isso” (RUBI, 2017, informação verbal).

Verifica-se que estratégias de articulação estão sendo construídas, mesmo que ainda não sejam reconhecidas pela própria categoria profissional. Rubi (2017, informação verbal) explica: “[...] eu participo do CEREST, eu sou a suplente, né, a colega da reabilitação é a titular. A gente tem ido junto. A gente tem conseguido ir junto [...]. A gente pode trazer uma discussão intersetorial pra uma pauta de Saúde do Trabalhador.” Há de se destacar que esse foi o único relato em que os profissionais discutem e participam das reuniões da rede de seguridade social conjuntamente. Assim, se estabelece uma comunicação entre a RP e o SS, evidenciando que é possível um trabalho conjunto, embora, por vezes, haja a descrença de que isso se torne realidade.

Através da avaliação social, no que se refere ao Trabalho do(a) Assistente Social, pode-se realizar o enfrentamento ao modelo biomédico nas avaliações conjuntas, estreitando-se, assim, as relações entre serviço social e perícia médica, possibilitando-se um trabalho articulado entre os profissionais. Isso proporciona uma maior clareza para o perito médico do contexto social em que está inserido o

usuário, mesmo que esse olhar conjunto muitas vezes ocorra somente por meio dos sistemas informatizados do INSS.

Dessa forma o(a) Assistente Social trabalha na perspectiva da atenção à Saúde do Trabalhador no INSS e, retomando-se a questão da CIF, esta poderia se materializar nos benefícios por incapacidade, que hoje são a maior demanda da perícia médica no INSS. Destaca-se que a CIF vem contribuindo para o fortalecimento do Trabalho do(a) Assistente Social no INSS, articulando, por meio da rede de atendimento, as políticas sociais que compõem o tripé da seguridade.

Já na RP a materialização da CIF proporcionará ao trabalhador uma avaliação integral, pois ela organiza a informação em duas partes:

- a) parte 1: funcionalidade e incapacidade, composta pelos componentes a seguir: funções do corpo/estruturas do corpo e atividade/participação;
- b) parte 2: fatores contextuais, composta pelos componentes a seguir: fatores ambientais e fatores pessoais.

Dessa forma, o conceito de incapacidade passa a ser revisto, e não se centra na limitação física do trabalhador após o adoecimento. Todavia, essa perspectiva não está dada, ou seja, urge a necessidade de um debate crítico sobre esse espaço sócio-ocupacional e de encaminhamentos para uma nova proposta de Reabilitação na perspectiva integral do trabalhador. “É necessário fazer um trabalho intersetorial” (RUBI, 2017, informação verbal) e intrainstitucional. Para tanto, Berilo (2017, informação verbal) afirma: “nós que temos que buscar a reabilitação pra tentar conversar. Nós temos que buscar uma perícia médica pra ver se a gente consegue discutir uma situação de um segurado que vem até a gente pra resolver um problema. Então nós estamos mediando”.

Além disso, verificou-se que os(as) Assistentes Sociais que atuaram na Reabilitação Profissional apresentam outra ótica, não somente reconhecendo esse espaço, mas também apontando a necessidade de avançar no reconhecimento do direito à Saúde do Trabalhador por meio de uma comunicação interna, entre os pares e entre os serviços. Talvez a rede socioassistencial também seja uma grande possibilidade para se propor a articulação internamente, por meio de reuniões conjuntas intrainstitucionais e intersetoriais, quem sabe dentro da estrutura física do INSS. Sobre isso, Diamante (2017, informação verbal) refere que:

[...] não identifico essa articulação que seja entre os colegas, com a perícia ou com os serviços. A gente não tem conseguido. Mas vejo muito o nosso

trabalho com a rede. A rede hoje é uma forma de tu tá chegando antes do advogado no momento em que tu orienta esse público lá no CRAS, falando de BPC. Isso eu tô tentando trabalhar pra garantia desse acesso, dessa proteção, com a pessoa que é um usuário... Com a empresa, dentro do setor de reabilitação, tu ter um tempo pra trabalhar a empresa que tá recebendo essa pessoa, com a tua equipe, o teu parecer, estar sendo valorizado enquanto profissional, porque é um espaço pro Assistente Social.

Contudo, a incorporação de ações intrainstitucionais e intersetoriais mais efetivas possivelmente provocaria uma articulação de saberes técnicos por meio de objetivos comuns, através das reuniões técnicas e avaliações conjuntas e de discussões com a rede de seguridade social ampliada. “Não é uma prática ainda, mas tem sido muito comum as gurias (refere-se à equipe da RP) nos procurarem, por exemplo, pra sentar e discutir questões de possibilidades de aposentadoria da lei complementar n. 142” (RUBI, 2017, informação verbal, grifo nosso).

Essas atividades, já previstas na legislação e nas normas internas, pautadas na CIF, é que proporcionariam, na avaliação integral, o desligamento do trabalhador da RP, podendo ele se reintegrar, de forma efetiva, no mercado de trabalho, com a parceria e a vigilância do Ministério do Trabalho, dos CERESTs, dos SINEs e/ou aposentar-se. Porém, Alexandrita (2017, informação verbal) refere que:

[...] aqui dentro, em termos de reabilitação, serviço social e perícia, a única coisa que esporadicamente acontece, muito eventual, é a solicitação de algum parecer social, socioeconômico, pra decidirem se vão encaminhar pra aposentadoria ou não. [...] Assim, um usuário que a reabilitação não tá conseguindo reabilitar ou percebe-se que tem algumas outras questões dificultando a reabilitação. Aí eles pedem o parecer, mas é muito difícil isso acontecer, quase inexistente, vamos dizer assim. Também bem esporádico é o técnico da reabilitação solicitar pra discutir algum caso, pra ver se tem condições de acessar a lei complementar 142, que é a aposentadoria das pessoas com deficiência. Mas isso é alguns casos, que praticamente já têm o tempo de serviço, e daí que a pessoa também não tá conseguindo se recolocar no mercado.

De acordo com o Código de Ética da Profissão (BRASIL, 2012a, p. 32), ao tratar das relações com Assistentes Sociais e outros(as) profissionais, preconiza-se que são deveres do(a) Assistente Social: “incentivar, sempre que possível a prática profissional interdisciplinar”, um viés é de fundamental importância para a condução de um trabalho articulado. Nesse cenário, ao ser questionado sobre o trabalho na Reabilitação, Berilo (2017, informação verbal) explica que:

[...] um trabalho com o benefício por incapacidade não se dá no Serviço Social unicamente se não tiver articulado com os outros serviços e se esses outros serviços não estiverem integrados e articulados com outras políticas,

[...] tudo é um processo, mas nós trabalhamos com esse segurado quando ele já tá no final da linha [...].

Sobre esse tema, Esmeralda (2017, informação verbal) vai ao encontro do citado por Berilo: “sobre a Reabilitação Profissional acho que é um direito de cada cidadão e também dos colegas, funcionários servidores, e eu espero que a Reabilitação [...] permaneça e que não sofra com processos de terceirização”. Percebe-se que majoritariamente os(as) entrevistados(as) passam a reconhecer a importância da RP diante das ameaças de desmonte dos serviços previdenciários.

Com isso, o(a) Assistente Social deverá ter claro qual é o seu espaço de intervenção e o que lhe compete nesse lócus de trabalho, pensando na promoção das articulações intrainstitucional e intersetorial. Essa realidade se expressa nas palavras de Rubi (2017, informação verbal): “eu tenho me sentido provocada pela reabilitação, a pensar, a conversar e sair daqui do papel, mas tá complicado fazer propostas concretas de trabalho e ter um espaço que a gente pudesse trazer esse trabalhador pra conversar conosco [...]”.

Dessa forma, o(a) Assistente Social poderá contribuir no enfrentamento dessas questões, com olhar crítico, para não naturalizar o ordenamento social instituído. Isso porque, segundo Vasconcelos (2015, p. 342) a atividade profissional é capaz de “repercutir de forma pontual, imediata ou mediata, na vida de indivíduos, famílias, grupos/comunidades atendidas”.

Assim, deve-se ter a clareza de que os principais desafios apontados para implementação do projeto profissional estão relacionados às imposições do grande capital no seio da sociedade de classes. Essas imposições refletem sobre o Trabalho do(a) Assistente Social e nas relações entre Estado, sociedade e políticas sociais. Destaca-se que nessa correlação de forças muitas vezes o profissional precisa reinventar-se para garantir o acesso da população usuária às políticas sociais.

Por isso, é de grande relevância não somente a apropriação de todos os espaços sócio-ocupacionais voltados à Saúde do Trabalhador, como também a participação ativa nos conselhos de direitos e a articulação com os organismos de representação dos trabalhadores.

4.5 LEGITIMIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A Política de Previdência Social, assim como outras políticas sociais, sofreu muitas reformas que impactaram diretamente no Trabalho do(a) Assistente Social, como foi apontado no segundo capítulo deste estudo. Destacou-se que as mudanças societárias que emergiram contemporaneamente da crise estrutural do capital transformou o mundo do trabalho ocasionando a precarização do trabalho nos seus mais diversos níveis. Como afirmam Pereira e Cartaxo (2012, p. 79) os reflexos destas transformações ficaram evidentes inclusive no âmbito dos “serviços prestados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), entre eles o Serviço Social” ao remodelar-se as “condições de trabalho dos Assistentes Sociais e intensificar-se a tentativa de desmonte desta profissão no INSS.”

Nessa perspectiva, é fundamental pensar sobre como o Serviço Social vem legitimando sua atividade. O escopo social e político impresso no projeto profissional se traduzem num ideal renovador da sociedade e afirma a atuação voltada à liberdade e a defesa à democracia. Portanto, a luta pelos direitos sociais dos usuários com a atenção e respeito às suas necessidades e interesses, se transmutam em demandas profissionais e sociais viabilizadas por inúmeras mediações que buscam se aproximar deste ideal. Avança, dessa forma, a legitimidade do Serviço Social na sociedade com a apropriação crítica e a ampliação competente e criativa dos espaços de atuação, reforçando a identidade profissional (IAMAMOTO, 2010).

Dessa maneira, ao questionar-se sobre as atividades desenvolvidas pelo(a) Assistente Social voltadas à Saúde do Trabalhador no INSS, Berilo (2017, informação verbal) responde:

“Olha, eu acho que ela não acontece, de certa forma, é muito isolado, porque eu não sei o que que a reabilitação faz hoje. Nós não sentamos com a reabilitação. Não sentamos com a perícia médica pra saber o que que nós fizemos, pra fazer um trabalho que venha a beneficiar aquele trabalhador que vem aqui, que é, na verdade, o direito”.

Diante da consideração feita pela (o) entrevistada (a) ao aferir um resultado inevitável e precário às demandas dos trabalhadores entende-se que pode estar contido neste entendimento um caráter fatalista no enfrentamento as questões. Para

superar a ideia de um contexto institucional desfavorável deve-se recuperar o método instaurado por Marx que se move para o desvendamento do real em suas totalidades e em suas contradições. Com ele, deve-se decifrar o próprio discurso profissional no âmbito institucional, reconhecendo as contradições incrustadas na sua prática e ao mesmo tempo avançando na elaboração crítica dos diversificados processos de trabalho em que o(a) Assistente Social está inserido(a) contribuindo para a legitimidade profissional.

A mediação enquanto campo de intervenção profissional dá conta da relação entre os planos mediato e imediato do dia a dia e da intervenção profissional nos serviços previdenciários. Num conceito prático Martinelli e Moraes (2012, p. 9) revelam que as mediações se apresentam caracterizadas em duas frentes a do usuário e do fenômeno em si.

[...] com relação às pessoas as principais mediações se situam na perspectiva de conhecer a sua existência real e concreta através dos dados sobre a sua existência, condição de vida e atividade prática; a sua consciência – participação, socialização e cultura; a sua vida social – reciprocidade, solidariedade e cooperação. As mediações que se referem ao conhecimento do fenômeno são: condicionalidade material de seu surgimento e existência; de seus traços específicos e peculiaridades; de sua posição no contexto dos fenômenos sociais; dos impactos individuais e sociais que provoca.

Esta apreensão das parcelas constitutivas da realidade propõe ao Assistente Social uma atuação crítica e propositiva “no desvendamento do jogo de forças conjunturais” (MORAES e MARTINELLI, 2012, p. 9), transversais ao fazer da categoria. Esta atitude frente ao fato faz surgir por meio da introdução de novas mediações outras possibilidades de intervenção nas demandas institucionais, possibilitando o fortalecimento da relação Instituição/Assistente Social/Usuário, transformando-as em legítimas demandas socioprofissionais.

Algumas vezes observa-se um equívoco na leitura da realidade ao buscar-se a totalidade fora da vida cotidiana, esquecendo-se que essa vida contém totalidade e que nela é que se processam muitas das mediações entre o particular e o global, entre o singular e o coletivo (CARVALHO, 2012, p. 51).

A compreensão das mediações, pornto pode qualificar o Trabalho do(a) Assistente Social e o alcance de resultados efetivos na Política de Previdência Social. Encontrando-se presente e potencialmente pronta a revelação de suas possibilidades aos profissionais, sendo que a sua assimilação aproximaria o Serviço

Social da reconstrução do objeto de trabalho. Esse caminho segue em direção de respostas que ultrapassam as demandas imediatas, rompendo, assim, a face maquiada do conservadorismo que ainda se mantém vivo em muitos locais de trabalho.

Claramente se reconhece que a realidade institucional se apresenta com diversos obstáculos à sua própria apreensão, fragmentando, conseqüentemente, a própria política previdenciária. Dessa forma, a postura investigativa é fundamental para a identificação de mediações potencializadoras à viabilização do acesso dos usuários aos serviços prestados no âmbito institucional.

Nesse sentido, Netto (2016, p. 65, grifos do autor) afirma:

Há fortíssimas indicações de que, mesmo dando-se por suposto que a hegemonia do projeto ético-político não se encontra em causa, *atrofia-se* o labor histórico-analítico que tem por objeto o processo de constituição e, especialmente, do desenvolvimento recente do nosso Serviço Social – labor que, reitere-se, está entre os fundamentos do projeto. Uma tal atrofia, entre outras implicações, afeta significativamente a incidência da pesquisa histórica no direcionamento social da profissão e pode sinalizar, como premonitoriamente, uma *inflexão* na direção social que se considera hegemônica.

Diante desse contexto, entende-se que é indispensável que o(a) Assistente Social utilize a pesquisa como um instrumento fundamental para garantir a sua legitimidade no âmbito institucional. Disposição que tem guarida no Manual Técnico do Serviço Social que descreve a pesquisa social como instrumentalidade técnica essencial para a produção de um conhecimento crítico e como possibilidade para que o(a) Assistente Social faça um trabalho reflexivo e atento às mudanças na perspectiva da realidade social do trabalhador. Portanto, a pesquisa social propiciará:

a) conhecimento da realidade social, na qual se inserem os usuários da Política de Seguridade Social, considerando seu contexto político, cultural e socioeconômico, em sua relação com a Previdência Social; b) subsídio à elaboração de planos, programas e projetos do Serviço Social; c) produção e divulgação de conhecimentos que possam contribuir para a ampliação da Proteção Social e melhoria dos serviços prestados. (BRASIL, 2017e, p. 27).

Conforme Martinelli (1994), as metodologias qualitativas aproximam pesquisador/sujeitos pesquisados, permitindo ao primeiro conhecer as percepções dos segundos, os significados que atribuem a suas experiências, seus modos de vida, ou seja, oferece subsídios para trabalhar com o real em movimento, em toda a

sua plenitude.

Além disso, as diretrizes do Serviço Social no INSS ainda apresentam como ações prioritárias as seguintes linhas de pesquisa, estudos e pesquisas, nesta ordem: Saúde e Segurança do Trabalhador; Categorias Profissionais, Categorias Ocupacionais, segmentos e grupos sociais com dificuldade de acesso e a consolidação desses grupos na Previdência Social; as políticas de seguridade social, com ênfase na Previdência Social e Assistência Social; e ações profissionais do Serviço Social (BRASIL, 2017e).

Por sua vez, a educação permanente também colabora para o fortalecimento da legitimidade do trabalho profissional, emergindo das falas os limites socioinstitucionais para concretização de espaços de aquisição e troca de conhecimento voltados à Saúde do Trabalhador.

[...] a gente precisa de mais capacitações. Quando se entra pro INSS, percebe-se que são poucas as capacitações oferecidas. A gente tem só aquelas educações a distância. Pra sair do INSS existe uma burocracia, que acaba sendo um limite socioinstitucional porque tu acaba não tendo oportunidade a uma educação continuada, né, permanente [...] (Esmeralda, 2017, informação verbal).

A importância da capacitação e qualificação profissional faz com que lamamoto (2013, p. 233-234), saliente a necessidade de ações que visem alargar as atividades de pesquisa que abranjam “também os organismos de implementação das políticas sociais, públicas e privadas, pondo-as a serviço do aprimoramento do exercício e formação profissionais.” Institucionalmente encontra-se impeditivos a concretização de ações de aperfeiçoamento pela rigidez ao comprimento às normas, que não oportunizam tempo para educação continuada, possível somente fora do horário de trabalho, o que dificulta o seu acesso.

Sabe-se que essa realidade está de acordo com o ideário neoliberal, para manutenção de sua base cumulativa, porém, nesse contexto, ocorre a retração do Estado, desencadeando transformações no perfil não só do(a) Assistente Social, que perde espaço de trabalho, mas também mudanças no perfil das políticas sociais, que têm seus investimentos reduzidos com a justificativa de restrição dos gastos públicos, o que, conseqüentemente, aumenta a exploração do trabalhador e restringe seus direitos.

De acordo com Prado e Duarte (2015, p. 163), essa realidade sinaliza a adesão do INSS ao “modelo de gestão baseado na racionalização, de acordo com o

qual o controle é monopolizado pela alta gerência. Por isso as atividades são racionalizadas ao máximo, atribuindo aos profissionais meras funções executivas”. A racionalização das tarefas é sentida na atividade a partir do comentário de Rubi (2017, informação verbal) ao afirmar que:

[...] na atual conjuntura que impõe pra nós uma metodologia de trabalho restritiva, pra tu poder executar o teu trabalho tu fica refém de uma autorização, tu fica aguardando uma autorização pra poder avançar, só que aí isso envolve outras pessoas, outras instâncias, envolve o externo. O nosso trabalho ele é muito externo, ela é a população, ela é a comunidade, ela é a rede que tá fora daqui.

No que diz respeito ao tema, Prado e Duarte (2015, p. 169-170) descrevem com maior detalhe a sistematização das atividades que tem como efeito o domínio do trabalho profissional,

[...] os Assistentes Sociais do INSS estão subordinados ao controle dos processos de trabalho assim como os demais trabalhadores. Os profissionais têm o seu trabalho controlado por diversas ferramentas institucionais que limitam a autonomia profissional, tais como: delimitação das agendas dos profissionais (do que atender), do tempo disponibilizado para cada atividade, dos sistemas informatizados e da participação na execução e não no planejamento das atividades.

Destarte, com a justificativa de restrições orçamentárias, os(as) Assistentes Sociais passaram a ter que solicitar junto à chefia do SST uma autorização para realizar qualquer atividade externa. Sobre esse tema, Rubi (2017, informação verbal) indica: “isso limita muito o meu trabalho, porque eu dependo de autorizações, aí o trabalho não acontece e aí quem é que perde no final? É o segurado, é o usuário, é a população, que é o sujeito da minha intervenção”.

Todavia, sabe-se que o sistema capitalista sustentado por governos de orientação neoliberal se beneficia dessas mudanças, pois elas provocam a alteração dos processos de trabalho, que se tornaram cada vez mais burocratizados, padronizados e controlados. Assim, parece tornar-se, na maioria das vezes, impossível um diálogo entre o projeto institucional e o projeto profissional, o que o torna cada vez mais necessário e exige que o(a) Assistente Social se reinvente para garantir a proteção do trabalhador. De acordo com Rubi (2017, informação verbal),

[...] a gente tem conversado, mas a gente não tem conseguido ir além, inclusive chamar esse trabalhador pra conversar também, né, a gente, enquanto INSS, enquanto CIST, enquanto CEREST, enquanto coordenadoria da acessibilidade, a gente conversa, mas ouvir esse

trabalhador, o que que ele tem pra nos dizer, o que que ele tem pra falar, isso é uma das coisas que me angustia enquanto alguém que trabalha com saúde do trabalhador. A gente não tem conseguido sentar com o trabalhador e conversar com ele.”

Como bem aponta a fala acima se faz necessário ouvir o trabalhador, para que os profissionais possam se aproximar mais da realidade da população usuária da PS, situação essa que impactará, conseqüentemente, no trabalho em equipe, ao articularem-se saberes entre pares e profissionais de áreas distintas. Na atual conjuntura econômica, social e política é preciso olhar para o trabalhador na sua integralidade, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas o contexto histórico, cultural, econômico e social no qual ele está inserido, para que seja viabilizado o acesso à Proteção Social.

Dessa forma, no INSS, pode-se descentralizar o poder que está nas mãos de um único profissional, inspirado em um discurso biomédico, ao definir-se o que é direito do trabalhador. Além disso, devem-se eliminar as hierarquias presentes e as relações de poder institucionais, horizontalizando o discurso e valorizando, por meio de uma escuta qualificada, o trabalhador.

Nesse contexto, destacam-se as respostas de Rubi e Alexandrita, quando questionadas sobre as atividades realizadas pelo(a) Assistente Social voltadas à Saúde do Trabalhador no INSS. Para Rubi (2017, informação verbal), “[...] por conta do BPC, da demanda do BPC, e muito por conta das colegas estarem divididas entre serviço social e reabilitação, me parece que a gente não avança no trabalho... na questão de Saúde do Trabalhador enquanto serviço social”. Alexandrita (2017, informação verbal) corrobora com essa afirmação ao explicar que “a articulação é muito pequena, assim, porque o serviço social nesses últimos tempos se voltou mais, dentro da instituição como um todo, pros benefícios assistenciais”.

Na fala de parcela dos(as) entrevistados(as), observa-se que a maior parte da demanda do(a) Assistente Social que está vinculado(a) ao Serviço Social é proveniente do BPC. Entende-se que esse é o único benefício operacionalizado pelo INSS que promove a articulação entre as políticas sociais da seguridade social, garantindo o seu reconhecimento profissional. Porém, a compreensão, por parte dos(as) entrevistados(as), é de que o BPC não tem nenhuma relação com a temática da Saúde do Trabalhador. Isso talvez ocorra porque os trabalhadores atendidos, por meio das avaliações sociais do BPC, chegam ao INSS, quando se

trata da população adulta, já descobertos pela política previdenciária, ou seja, em sua maioria são trabalhadores informais que estão há muito tempo sem contribuir e/ou perderam a qualidade de segurado. Deve-se considerar também a focalização do BPC descontextualizada da perspectiva da categoria trabalho. No entanto, vale ressaltar que esses trabalhadores são igualmente explorados, inseridos em condições precárias de trabalho, ou seja, em suma, estão desprotegidos.

Para maior efetividade da política previdenciária na Saúde do Trabalhador parece indiscutível a retomada pela categoria da elaboração de estratégias de proteção ao trabalhador em todas as dimensões do gerenciamento dos serviços. É neste sentido que Mito e Nogueira (2013, p. 65) entendem a possibilidade de reafirmação da legitimidade profissional:

[...] o trabalho desenvolvido pelos profissionais nas esferas de formulação, gestão e execução da política social é, indiscutivelmente, peça importante para o processo de institucionalização das políticas públicas, tanto para a afirmação da lógica da garantia dos direitos sociais, como para a consolidação do projeto ético-político da profissão. Portanto, o enfrentamento dos desafios está em todas as áreas que o(a) Assistente Social atua no INSS, e, por isso, torna-se uma questão fundamental para a legitimidade ética, teórica e técnica da profissão.

Ao posicionar-se sobre o tema, no que tange a articulação entre serviços, Alexandrita (2017, informação verbal) diz que “precisaria que os serviços, o serviço social, a reabilitação e a perícia, se conversassem, vamos dizer, com relação às ações. Eu acho que falta muito pra se atingir um patamar onde o trabalhador seja olhado na sua integralidade”.

Verifica-se a falta de diálogo entre os serviços previdenciários e o fato de o(a) Assistente Social ainda não reconhecer, no âmbito institucional, a existência de um trabalho articulado entre os serviços previdenciários para garantir a Proteção Social do trabalhador como preconiza o Manual Técnico do Serviço Social, que aponta, como “atribuições do(a) Assistente Social e do(a) analista do seguro com formação em serviço social na Agência da Previdência Social”, na letra “n”, “desenvolver ações conjuntas com as áreas de Perícia Médica e Reabilitação Profissional” (BRASIL, 2017e, p. 19-20). Assim, Rubi (2017, informação verbal) pontua que existe

[...] um serviço social aqui que atua uma vida inteira, e que a rede tem um reconhecimento desse trabalho, como que ele funciona, como que ele é, o quanto ele é efetivo, e que de um momento pra outro ele mudou. Ele não tem mais aquela resposta imediata que ele tinha, não por conta dele, mas por conta de normativas internas, por conta de... uma gestão interna atual

que colocou umas burocracias no meio do caminho, que transformou o nosso trabalho. Então eu acho que a principal ferramenta é o diálogo.

Nesse contexto, Alexandrita (2017, informação verbal) diz que o mais importante, acima de tudo, é que “nunca deixamos de fazer um trabalho da comunidade, [...], é articulado com as outras políticas”.

Observa-se nas falas de Rubi e Alexandrita que existe uma articulação e o reconhecimento do Serviço Social fora da estrutura institucional, com a rede de atendimento que viabiliza o acesso para a população usuária a recursos sociais das políticas públicas. No entanto, essa comunicação não acontece internamente, talvez essa realidade faça com que as chefias, no âmbito institucional, não compreendam a dimensão do Trabalho do(a) Assistente Social, o que desencadeia uma série de ruídos no diálogo entre Instituição, Assistentes Sociais e Usuários. Dificultando, assim, o acesso do trabalhador aos serviços previdenciários e assistenciais contribuindo para ampliar os obstáculos para um trabalho mais autônomo e que dê respostas mais imediatas e necessárias às demandas dos usuários.

O Manual Técnico do Serviço Social, que trata das ações profissionais do Serviço Social do INSS, baliza que o Serviço Social desenvolve ações profissionais em articulação com as outras áreas do INSS, entidades governamentais e organizações da sociedade civil e tem como diretriz a participação do usuário na implementação e no fortalecimento da Seguridade Social, especialmente no que tange à política previdenciária e da assistência social. Como resume Alexandrita (2017, informação verbal),

[...] o meu objetivo maior aqui acho que é dar acesso aos usuários, facilitar, vamos dizer assim, [...] a tradução de toda essa burocracia, porque o colega (administrativo) pode dizer assim: olha, você tem que conseguir X documentos lá. [...] Mas aí a pessoa vai embora, e ele não sabe pra onde ir, não sabe que documento é aquele, não entendeu, tem vergonha de pedir de novo, de dizer que não entendeu.

Assim, Iamamoto (2013, p. 229) afirma que o Serviço Social traz “em suas raízes, o selo de legitimidade de classe como um dos instrumentos a serviço da dominação política-ideológica e da apropriação econômica, isto é, como um tipo de ação social essencialmente política, ainda que travestida de aparência técnico-burocrática e filantrópico-moralizadora”.

Nessa perspectiva, outra ação de grande relevância, também prevista no documento que orienta o Trabalho do(a) Assistente Social no INSS, é o

fortalecimento do coletivo, que apesar de possuir características específicas poderá estar interligado às demais ações do SS e em consonância com a missão e os objetivos estratégicos do plano de ação institucional. Ainda no que tange ao documento, ou seja, ao Manual Técnico do Serviço Social, são previstos os seguintes procedimentos técnicos:

a) [...] identificar as demandas coletivas dos usuários, a partir da leitura da realidade social; [...] c) elaborar estudo das demandas dirigidas ao Serviço Social; d) planejar as atividades socioeducativas e abordagens técnicas (oficinas, debates, dinâmicas de grupo, pesquisa-ação etc.) que serão desenvolvidas com os grupos de usuários; e) criar espaços de discussão coletiva, a partir da identificação dos interesses comuns do grupo, tendo em vista a troca de experiências e a democratização das questões; f) mobilizar os usuários para a criação e/ou fortalecimento dos espaços coletivos de participação no âmbito da Previdência Social e demais políticas de Seguridade Social; g) articular com as instâncias de controle social e conselhos de direitos, com vistas ao fortalecimento da participação social dos usuários e encaminhamento de proposições/reivindicações [...], j) avaliar as ações desenvolvidas pelo grupo de usuários, de forma contínua, buscando aferir os resultados alcançados e as respostas apresentadas diante das demandas analisadas. (BRASIL, 2017e, p. 16-17).

Portanto são preconizadas várias ações voltadas ao fortalecimento do coletivo, inclusive, vale lembrar, que o projeto profissional é “fruto e expressão de um amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade e do Estado no país, com forte presença das lutas operárias que impulsionaram a crise da ditadura e do grande capital” (IAMAMOTO, 2010, p. 223).

Nessa perspectiva, constata-se que o enfrentamento é diário e que o profissional deve saber negociar com a instituição para viabilizar o acesso do trabalhador à política previdenciária, pois sempre haverá barreiras institucionais que dificultam, principalmente, o Trabalho do(a) Assistente Social.

Segundo Iamamoto (2013, p. 233),

[...] não raras vezes a autorrepresentação do Assistente Social assemelha-se à de “Alice no País das Maravilhas”: se vivêssemos num país maravilhoso, sem tensões, crises e conflitos, de classe, numa sociedade utopicamente desejável, se as instituições não fossem cristalizações de poder, se a população fosse combativa, consciente, organizada etc., aí, sim, poderíamos realizar o “verdadeiro Serviço Social”, a profissão idealizada e sonhada.

Como a realidade é completamente outra, ela é rejeitada e transformada em impedimento para a realização do trabalho profissional. “De costas para a história, o profissional flutua na malha imaginária de sonhos, tornando-se incapaz de decifrar e

responder às exigências mais elementares que lhe são apresentadas, prisioneiro de uma visão irreal do Serviço Social” (IAMAMOTO, 2013, p. 233). Assim, o contexto histórico passa a ser instituído como limitador e não como um solo fértil para o fazer profissional. De acordo com Alexandita, que resume o sentimento da maioria dos(as) Assistentes Sociais do INSS,

A gente tinha todo trabalho montado com a rede, mas até meados de setembro, aí a gente não pode mais fazer assim. Nós estamos dando uma parada, porque veio orientações que pra poder ser feita qualquer ação externa precisava ter autorização de uma divisão lá em Brasília. [...] Isso complicou. Eu não sei se nós que não nos adaptamos a essas novas formas de trabalho, acho que isso veio pra acabar com a autonomia do Serviço Social. [...] Tô muito... vamos dizer, assim, até decepcionada, porque, meu Deus, tá difícil!

Esse cenário enfraquece o profissional e o desenvolvimento das ações apresentadas, mas ao mesmo tempo também nos faz refletir sobre a apreensão do trabalho, categoria central deste estudo. Para Vasconcelos (2015, p. 129),

[...] a relevância da apreensão do trabalho, criador de valores-de-uso, como ato fundante do ser social e modelo da práxis, para os Assistentes Sociais ou para qualquer outro profissional, não está em justificar a apreensão do Serviço Social/profissão como trabalho, mas para estruturar e fortalecer o ponto de vista de classe que dá a direção das nossas ações

Porém, ainda o entendimento sobre a efetiva direção do trabalho profissional não está enraizado no âmbito institucional, sendo esse mais um desafio a ser enfrentado pelo(a) Assistente Social no INSS. A matriz apresenta como uma conquista dos(as) Assistentes Sociais o art. 88 da Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991, que define a competência do Serviço Social (referente ao serviço previdenciário) no campo do esclarecimento dos direitos sociais, dos meios de exercê-los e do estabelecimento conjunto com os beneficiários quanto à solução de problemas, tanto na sua relação com a instituição como na dinâmica da sociedade (BRASIL, 1991b). Ela também afirma que “o Novo Paradigma do Serviço Social está no compromisso de ruptura com o modelo tradicional, na construção e reconstrução permanente teórico-metodológica da prática, visando efetivá-la no jogo das forças sociais presentes” (BRASIL, 1995, p. 11).

Uma das possibilidades de avançar no projeto profissional e redimensionar a Matriz Teórico-Metodológica do Serviço Social na Previdência Social talvez seja a ocupação efetiva de todos os espaços voltados à Saúde do Trabalhador no INSS,

como a RP, o SIASS, o SQVT, o PEP. Assim, decerto poderá provocar-se, com a participação dos usuários, as mudanças necessárias para a garantia da Saúde do Trabalhador enquanto mecanismo de Proteção Social na Política de Previdência Social. Isso seria capaz de iluminar as possibilidades reais de ação profissional no INSS, respondendo às demandas imediatas feitas à profissão, recriando-as e ampliando o espaço ocupacional, de forma interventiva, crítica e eficaz (IAMAMOTO, 2013), portanto criando condições cotidianamente para a ampliação e a legitimidade do trabalho profissional.

Todavia, verifica-se que a Reabilitação Profissional deveria ser mais um espaço a ser conquistado pela categoria profissional enquanto direito dos trabalhadores, porém não tem recebido o devido reconhecimento como um espaço de atuação pelo Serviço Social de forma imediata. Uma das razões pode ser atribuída ao fato da RP não apresentar, na prática, um modelo de avaliação biopsicossocial fundamentado na CIF.

Nessa perspectiva, a grande maioria dos(as) Assistentes Sociais que estão no Serviço Previdenciário Serviço Social se afasta do entendimento da relação entre a Saúde do Trabalhador e a dinâmica societária em um conjunto de determinações contraditórias que reproduz o movimento do real e suas diversas manifestações. Ou seja, urge a necessidade de compreender, na perspectiva do(a) Assistente Social que atua na Previdência Social, os múltiplos e contraditórios aspectos que incidem sobre seu objeto profissional historicamente construído.

Para que os(as) Assistentes Sociais materializem o Projeto Ético-Político em seus espaços de atuação é imprescindível que acreditem em sua efetividade, em seu potencial renovador, sendo essencial para tal uma formação profissional que tenha a mesma direção social. Desse modo, o(a) Assistente Social seria capaz de compreender o movimento do real e identificar as organizações e/ou entidades de luta da classe trabalhadora, contribuindo, assim, com espaços de tomada de consciência coletiva. Nesse sentido, Larimar (2017, informação verbal) explica que:

O serviço social está ali pra facilitar o acesso do trabalhador, quando ele já está ali dentro da previdência, quando ele já buscou, já acessou os seus direitos, e enfrenta algumas dificuldades, o serviço social também atua nisso, também facilita essa busca do acesso, isso também é saúde do trabalhador.

Quando questionado sobre a existência de espaço dentro do INSS para que

se possa trabalhar Saúde do Trabalhador, Berilo (2017, informação verbal) afirmou: “[...] espaço tem, e como tem, porque qual é o carro chefe, [...] é o benefício por incapacidade, é uma das maiores demandas [...]” da Previdência Social.

Nesse cenário, Vasconcelos (2015, p. 344) afirma:

[...] só aqueles Assistentes Sociais que conscientemente tomam o projeto profissional como referência podem assumir o compromisso de tanto criar as condições para ampliar o segmento que escolha conscientemente essa direção, quanto participar ativamente do processo que transforme o projeto profissional em realidade junto aos trabalhadores/usuários.

Portanto, a reflexão sobre a Saúde do Trabalhador leva ao entendimento das diferentes demandas e dos espaços voltados à temática. É importante dar destaque ao SIASS, estabelecido no Decreto n. 6.833, de 29 de abril de 2009, que tem por objetivo a execução de ações e atividade de prevenção aos agravos, promoção e acompanhamento da saúde dos servidores, visando garantir a implantação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal. Além dele, há também o SQVT, que visa garantir a promoção e a prevenção da Saúde do Servidor através de ações voltadas à qualidade de vida no ambiente de trabalho vinculadas às condições, à organização, às relações socioprofissionais e à gestão do trabalho em uma perspectiva multidisciplinar, buscando proteção, vigilância, segurança no trabalho e educação em saúde, criando uma nova cultura organizacional no INSS, com a prática de cuidado da Saúde do Trabalhador.

Além destes, também é possível ocupar o PEP, que tem como objetivo:

[...] informar e conscientizar a sociedade acerca de seus direitos e deveres em relação à Previdência Social e os meios de exercê-los, com a finalidade de assegurar a proteção social aos cidadãos, por meio de sua inclusão e permanência no Regime Geral de Previdência Social, bem como contribuir para divulgação dos canais de atendimento e socialização de informações, demonstrando o compromisso da Previdência Social com a sociedade e sustentabilidade do país.(BRASIL, 2014, p.5)

Ambos os espaços são, portanto, de atuação para o(a) Assistente Social. Reitera-se que a intersetorialidade passa, então, a ser um tema importante para a garantia do direito à Saúde do Trabalhador, já que as políticas setoriais por si só não solucionam tudo e necessitam se comunicar para identificar as necessidades da população e os benefícios que podem ou não ser acessados. Entretanto, para que esses espaços sejam considerados legítimos para a intervenção dos(as) Assistentes

Sociais, a intersectorialidade na gestão pública não pode ser considerada antagônica ou substitutiva da setorialidade, mas complementar, “ou seja, deve-se realizar uma combinação entre política setorial com intersectorial, e não contrapô-las no processo de gestão” (SPOSATI, 2006, p. 134).

Assim, o fortalecimento de um trabalho articulado intrainstitucionalmente também poderá trazer muitos ganhos para o Serviço Social, como a garantia de um espaço legítimo para facilitar o acesso no âmbito das demandas sociais em defesa da qualidade dos serviços prestados aos usuários das políticas sociais, com ênfase à política previdenciária. Dessa forma, provavelmente serão minimizados os problemas enfrentados na operacionalização dos serviços e benefícios previdenciários. Além disso, possivelmente dar-se-á uma maior aproximação e articulação com as políticas públicas que ampliam a seguridade social, por meio das ações a serem desenvolvidas previstas nas legislações e normativas internas do INSS.

A atual conjuntura convoca os(as) profissionais articulados(as) aos movimentos de luta dos trabalhadores para que garantam o acesso às políticas sociais e não se cansem de lutar pela garantia dos direitos sociais, com ações e serviços complementares, capazes de integrar as equipes multiprofissionais, interdisciplinares e intersectoriais. Espera-se viabilizar, assim, a participação dos trabalhadores nas decisões a serem tomadas.

Por fim, destaca-se que o(a) Assistente Social, assim como os demais profissionais que integram o processo de Reabilitação Profissional, é uma peça fundamental para imprimir movimento na garantia do direito à Saúde do Trabalhador. Por isso, deve-se lutar tanto pela Reabilitação Profissional enquanto espaço sócio-ocupacional, quanto pelo direito à Saúde do Trabalhador, que precisa ser incorporado ao Trabalho do(a) Assistente Social desenvolvido junto ao Serviço Social. Como nos lembra Larimar (2017, informação verbal), em suas palavras de resistência: “eu acho que a gente tem que insistir, tem que continuar insistindo”, pelo reconhecimento da Reabilitação Profissional enquanto direito da classe trabalhadora e pela legitimação deste espaço de Trabalho do(a) Assistente Social no INSS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais desta dissertação são parte da relação dialética que se estabeleceu em todo o percurso percorrido em sua construção. Regressando ao ponto de partida acerca dos desafios e das possibilidades para o Trabalho do(a) Assistente Social no Instituto Nacional do Seguro Social no âmbito da Saúde do Trabalhador, alicerçados pelo Código de Ética Profissional, pela Lei de Regulamentação Profissional e pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social pressupõe-se chegar a esta etapa final com novas compreensões e determinações sobre o objeto de estudo. Tendo-se como lócus o Serviço de Reabilitação Profissional identificou-se como a organização dos processos de Trabalho do(a) Assistente Social diante das desenfreadas reformas da Política de Previdência Social executadas pelo INSS, foram redimensionadas diante do modelo gerencialista adotado pela instituição, influenciado pelo modelo econômico e político neoliberal que eclode da crise estrutural contemporânea.

Historicamente a centralidade do trabalho no contexto das relações capitalista introduz no âmbito da Proteção Social e na refração da política previdenciária a Reabilitação Profissional como primeiro espaço sócio-ocupacional para a atuação do(a) Assistente Social, portanto, um serviço previdenciário que veio como resposta do Estado a organização de classe sobre os agravos a saúde dos trabalhadores decorrentes da exploração capital/trabalho.

Trata-se de desvelar a partir de uma perspectiva crítica as contradições que permeiam o Trabalho do(a) Assistente Social no INSS em face dos distintos interesses de classe, considerando-se suas múltiplas determinações econômicas, políticas, culturais e sociais que se expressam no comezinho do fazer profissional. Trabalho profissional que se consolidou e se estabeleceu nas mais variadas formas de organização estrutural da Política de Previdência no Brasil e durante todo o desenvolvimento institucional.

Verifica-se, por meio deste estudo, que novas frentes de trabalho surgiram no decorrer da história do Serviço Social na Previdência, mas muitos espaços ainda não são ocupados e/ou não são compreendidos pela categoria profissional como espaços legítimos de atuação, onde se expressa a tensão entre projeto profissional e a condição de trabalhador assalariado submetido ao poder institucional (IAMAMOTO, 2010). Fato que a estrutura do INSS impõe historicamente

normatizando as atividades e prescrevendo a lógica de trabalho a estes profissionais. Como, por exemplo, o Regimento Interno do INSS, de 29 de setembro de 2017, no Art. 177, parágrafo único: “aos servidores analistas do seguro social com formação em serviço social compete prioritariamente a execução de avaliação social no âmbito no INSS” (BRASIL, 2017g, art. 177).

Estima-se a importância das avaliações sociais, mas, na atual conjuntura, a realidade institucional restringe cada vez mais o exercício profissional, levando o(a) Assistente Social a desviar o olhar da maior demanda, que como identificados nas entrevistas, são os benefícios por incapacidade, ou seja, existem outros espaços que precisam ser ocupados pelo(a) Assistente Social no INSS.

Nesse sentido, percebe-se a necessidade de fomentar ações pelo Serviço Social e fortalecer outros espaços de atuação para o(a) Assistente Social na política previdenciária, pois os trabalhadores estão retornando aos seus locais de trabalho adoecidos, por falta de um entendimento integral que reconheça a realidade apresentada por eles durante a realização da perícia médica no INSS. Com isso, permanece a condição de exploração da classe trabalhadora, ainda mais exposta a condições insalubres, baixos salários e extensas jornadas de trabalho, bem como se mantém os agravos a saúde, a mutilação e a morte de um trabalhador fragilizado em suas forças vitais.

Constata-se que pouco se relaciona o trabalho desenvolvido por meio das avaliações sociais do BPC à temática da Saúde do Trabalhador, como foi evidenciado no presente estudo. Talvez esse entendimento esteja associado ao perfil dos trabalhadores atendidos, que apresentam perda da qualidade de segurados da Política Previdenciária pelo Serviço Previdenciário de Serviço Social, em nada se diferenciando daqueles trabalhadores desprotegidos, igualmente explorados e inseridos em condições precárias de trabalho. Assim, enseja-se estabelecer uma melhor relação entre o BPC e a Saúde do Trabalhador.

Evidencia-se que a atuação do Serviço Social, majoritariamente, em um único serviço com a designação de Serviço Social, por vezes, acaba aprisionando os(as) Assistentes Sociais nas prerrogativas do trabalho instituído. Isso ocorre apesar de toda a luta histórica de defesa desse espaço profissional, que pode ter levado ao seu reconhecimento como o único espaço legítimo da profissão, fato esse que emergiu em 50% das falas das(os) entrevistados.

Talvez esse entendimento ocorra porque a nomenclatura do Serviço Previdenciário, ou seja, o “Serviço Social”³², tenha a mesma designação da formação profissional do(a) Assistente Social. Contraditoriamente, essa designação parece restringir a atuação profissional em outros espaços profissionais no âmbito do INSS.

Concomitantemente a isso, destaca-se, na Lei n. 8.213/91, a competência do Serviço Social de “esclarecer junto aos beneficiários seus direitos sociais e os meios de exercê-los e estabelecer conjuntamente com eles o processo de solução dos problemas que emergirem da sua relação com a Previdência Social” no âmbito interno da instituição e também na dinâmica da sociedade (BRASIL, 1991b, art. 88). Compreende-se que as competências acima abrem um leque de possibilidades profissionais, entretanto a que trata da “solução de problemas”, citada previamente, se afasta da compreensão estabelecida pelos artigos 4º e 5º das competências e atribuições do(a) Assistente Social.

A existência da luta pela consolidação do Serviço Social na Previdência Social, como um dos serviços previdenciários, deve constituir-se em um espaço a ser fortalecido, de tensionamento, para a ocupação de outras áreas para a profissão no âmbito da Política de Previdência Social. Principalmente, em uma conjuntura adversa de desmonte de direitos, os(as) Assistentes Sociais devem fortalecer o trabalho profissional no âmbito dos direitos previdenciários e da Saúde do Trabalhador, seja a partir de seu legítimo espaço de atuação profissional ou na busca de se legitimar em outras frentes de trabalho que tenham a Saúde do Trabalhador como objeto de ação.

No atual contexto econômico, social e político, é preciso ampliar o olhar sobre o trabalhador para percebê-lo na sua integralidade, considerando não apenas os aspectos biológicos para a avaliação da incapacidade profissional, mas o contexto histórico, cultural, econômico e social em que ele está inserido. Dessa forma, pode-se viabilizar o acesso a mecanismos de Proteção Social.

Percebe-se fundamental ampliar a participação do trabalhador, esperando-se que haja maior reconhecimento e escuta desses trabalhadores. Entende-se que a falta de uma maior aproximação com o trabalhador, a burocratização do acesso aos

³² Haja vista que na Lei de Regulamentação da Profissão, Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993, no art. 15, é vedado o uso da expressão Serviço Social por quaisquer pessoas de direito público ou privado que não desenvolvam atividades previstas nos artigos 4º e 5º dessa lei (BRASIL, 1993).

benefícios e o fortalecimento do caráter de seguro da previdência impactam, de forma negativa, o cotidiano dos(as) Assistentes Sociais que estão no Serviço Previdenciário de Serviço Social, pois o modelo de Gestão do INSS reduz esse espaço. Assim, novas contradições são criadas com a contrarreforma da Previdência, que tentam não viabilizar o que está estabelecido na Carta Constitucional, implicando no reconhecimento e na legitimação do Trabalho profissional na defesa dos direitos previdenciários

Nesse contexto, deve-se utilizar como estratégia a ocupação de espaços que permitem o acompanhamento dos trabalhadores (Serviço de Reabilitação Profissional, SIASS e SQVT), mesmo que eles também sofram influência do conjunto de complexas determinações institucionais que articularam entre si os elementos constitutivos do modelo de gestão gerencial. Dessa forma, é urgente a criação de meios para a articulação intersetorial com as instituições públicas que fazem interface com a Saúde do Trabalhador (SINE, CEREST, CIST, Ministério do Trabalho etc.). Provavelmente aqui o coletivo de Assistentes Sociais se fortalecerá com os trabalhadores/usuários e, conseqüentemente, o reconhecimento deles provocará melhorias no atendimento da população usuária, legitimando cada um desses espaços no INSS.

No entanto, identifica-se que esse cenário está intimamente ligado às transformações do mundo do trabalho, que impulsionam a destruição dos sistemas de Proteção Social. Porém, é fundamental a compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa o Trabalho do(a) Assistente Social, a saber, apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais em uma ótica de totalidade.

Considera-se que a luta do Serviço Social trouxe ao cotidiano profissional muitos avanços, porém tem-se muito a construir na implementação da política previdenciária e no combate à atuação fragmentada no âmbito do INSS. Sabe-se que a política previdenciária é um campo minado para a atuação do(a) Assistente Social, já que a aprovação de uma nova reforma previdenciária ronda a atual conjuntura, se tornando uma possibilidade cada vez maior. Dessa forma, mais próximos estamos do sucateamento dos direitos sociais e da ruína da política previdenciária, tal como presencia-se hoje, a partir da constatação de que não se trata de um ajuste fiscal, devido ao déficit previdenciário propagado pela mídia, mas

de mais um golpe do governo ilegítimo do atual presidente para atacar a classe trabalhadora em detrimento do poder econômico.

Cabe lembrar a direção social adotada pela profissão nas últimas décadas a atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais que compartilham os princípios e as diretrizes defendidas pelo Projeto Ético-Político, garantindo o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos nesse processo.

Destarte, deve-se refletir sobre o trabalho em equipe e as atribuições do(a) Assistente Social que precisam ficar bem especificadas. Além disso, essas informações devem ser divulgadas para os demais profissionais, preservando, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida para a garantia da Saúde do Trabalhador. Segundo Iamamoto (2002, p. 41), “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (IAMAMOTO, 2002, p. 41).

Acredita-se que por meio do fomento ao trabalho interdisciplinar, se possa alterar a cultura institucional de trabalho, onde prevalecem decisões segmentadas pelo trabalho hierarquizado baseado na racionalidade técnico-científica. Ou seja, através da introdução de novas mediações no atendimento às demandas, poderiam se construir possibilidades de intervenção no âmbito da Saúde do Trabalhador, transformando-as em legítimas demandas socioprofissionais.

Compreende-se que o Trabalho do(a) Assistente Social na Política Previdenciária, sob a ótica da Reabilitação Profissional, precisa estar em conexão as outras áreas da saúde que atuam no sistema previdenciário e fora dele para a organização coletiva das práticas que viabilizem o atendimento integral do trabalhador. Pois, entende-se que o Serviço Social dispõe de recursos diferenciados para observação e interpretação das condições de Saúde do Trabalhador, os quais agregam valores importantes a leitura e ação conjunta na elaboração das demandas previdenciárias. Desponta a clareza que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, pelo contrário, exige mais atenção sobre a ação a ser desenvolvida, observando-se os princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos que direcionam o fazer profissional.

Desse modo, mesmo apresentando-se a RP um modelo reducionista, essa

deve ser compreendida como um direito do trabalhador, tornando-se um espaço de escuta qualificada diante da situação apresentada por ele. Por isso, cabe à categoria profissional promover espaços de discussão para a defesa de uma Reabilitação Integral que atenda as reais necessidades da classe trabalhadora, ou seja, conforme preconiza o Decreto n. 8.725, de 27 de abril de 2016 (BRASIL, 2016a).

Contudo, essa realidade exige uma reflexão sobre o processo de trabalho em que está inserido(a) o(a) Assistente Social do INSS, tendo como referência o Projeto Ético-Político da profissão, sob uma perspectiva crítica do trabalho profissional com a intenção de suscitar debates, desdobramentos, novas possibilidades e caminhos. Todavia, reitera-se que a Reabilitação Profissional deveria ser mais um espaço a ser conquistado e/ou fortalecido pela categoria profissional enquanto direito dos trabalhadores. No entanto, não tem recebido o devido reconhecimento como um espaço de atuação pelo Serviço Social de forma imediata.

Entende-se que, por meio da Reabilitação Profissional, possivelmente surjam novas alternativas de trabalho para o(a) Assistente Social, voltados à área da Saúde do Trabalhador, e, ao mesmo tempo, que o(a) Assistente Social pode contribuir e tensionar esse espaço profissional à luz da Matriz Teórico-Metodológica do Serviço Social na política previdenciária.

Para tal, é imprescindível um conjunto de ações articuladas também no interior do INSS, principalmente dos serviços que compõem a Seção de Saúde do Trabalhador do INSS, ou seja, Reabilitação Profissional, Perícia Médica e Serviço Social, construindo, assim, uma consciência coletiva para realização de um trabalho voltado para a garantia de direitos. Quiçá, assim, rompa-se com a alienação provocada pelas atividades burocráticas, fruto das transformações institucionais que se legitimam no cenário atual do sistema capitalista.

Todavia, no que se refere a essa articulação intrainstitucional para garantia do direito à Saúde do Trabalhador, a partir do Trabalho do(a) Assistente Social no âmbito da Previdência Social identifica-se que tanto as ações intrainstitucionais quanto as intersetoriais corroboram para a garantia da legitimidade do Serviço Social, pois essa realidade, facilita o tensionamento coletivo para uma formação permanente das equipes de trabalho, por meio de capacitações, participação em congressos, seminários, palestras, grupos de trabalho com eixos temáticos etc.

Por isso, deve-se ter clareza da importância de todas as ações que podem ser utilizadas como estratégias de enfrentamento ao desmonte de direitos provocado

pelo ideário neoliberal, sendo que elas não devem se restringir apenas a práticas no âmbito institucional, pois tanto as ações de pesquisa e planejamento do fazer profissional quanto de mobilização popular são de grande relevância nesse processo, nas quais temos o compromisso de nos inserir como profissionais.

No plano institucional, deve-se lutar pela legitimação de todos os espaços possíveis para a atuação do(a) Assistente Social, principalmente nas equipes multiprofissionais, pois já se verificou que nenhuma disciplina isolada alcança um atendimento integral ao trabalhador. Logo, a interdisciplinaridade torna-se uma emergência para garantia da Saúde do Trabalhador enquanto mecanismo de Proteção Social. Com isso, se faz necessária a superação de todo um passado de fragmentação do conhecimento, como já referido, pois entende-se que os espaços voltados à Saúde do Trabalhador, em sua maioria, devem ser compostos por equipes multiprofissionais. Somente assim será possível promover as articulações intrainstitucional e intersetorial e proporcionar a troca de saberes e um atendimento das reais necessidades do trabalhador.

Reitera-se a afirmação de Yamamoto no capítulo 2 desta dissertação: “é por meio do trabalho que o homem se afirma como um ser que dá respostas prático-conscientes aos seus carecimentos, às suas necessidades” (IAMAMOTO, 2009, p. 60). Para tanto, entende-se que os(as) Assistentes Sociais do INSS, por meio do conjunto CFESS/CRESS, sindicatos, movimentos dos trabalhadores, podem avançar na discussão de uma estrutura que possibilite um novo fazer profissional, reinventando-se para garantir o acesso da classe trabalhadora aos direitos sociais e a ocupação de espaços legítimos da categoria profissional no âmbito do INSS, demonstrando que as diversas ações estão interligadas e são complementares.

Contudo, é preciso ter a clareza da correlação de forças presente no cotidiano do(a) Assistente Social para manter a categoria profissional fortalecida, para que, em unidade, lute-se contra as imposições institucionais. Isso é necessário, pois a partir das discussões apresentadas no decorrer desta dissertação, pôde-se inferir que a Previdência Social, nas últimas décadas, vem se distanciando de sua finalidade, ou seja, assegurar para os beneficiários “meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente” (BRASIL, 1991a, art. 3). Sabe-se que esse afastamento tem como propósito o atendimento prioritário dos interesses do capital.

Dessa forma, é mister a ampliação da interface dessa política com ações intersetoriais, conforme preconizam as diretrizes da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Destaca-se que muitas das questões elencadas também têm sido preocupação de outros pesquisadores, como se pôde verificar nos capítulos 2 e 3 deste estudo.

Entretanto, apesar de identificarem-se algumas dificuldades para atividades externas à instituição, para realização do trabalho com a rede socioassistencial, também se observou que algumas estratégias para essas saídas têm sido exitosas, a saber, a participação nos CERESTs, de acordo com as entrevistas, como espaços de fazer a discussão intersetorial sobre a Saúde do Trabalhador. Nesse sentido, se viabilizam as articulações intrainstitucional e intersetorial, legitimando o Trabalho do(a) Assistente Social no âmbito institucional.

Evidencia-se também, por meio desta análise, que o Trabalho do(a) Assistente Social no INSS tem impactado a garantia de direitos voltados à Saúde do Trabalhador, tanto quando participa de articulações com os demais serviços voltados à Saúde do Trabalhador quanto nas ocasiões em que o(a) profissional socializa as informações previdenciárias e assistenciais individualmente ou coletivamente.

São reiteradas a potencialidade e a necessidade de ocupação efetiva de todos os espaços voltados à Saúde do Trabalhador no INSS, como a RP, o PEP, o SIASS e o SQVT, buscando-se, através disso, a participação dos usuários. Acredita-se que esse tipo de ação provavelmente fortaleceria as ações intrainstitucionais e, conseqüentemente, ocorreriam as mudanças necessárias para a garantia da Saúde do Trabalhador enquanto mecanismo de Proteção Social na Política de Previdência Social. Através disso, iluminar-se-ia o que temos de possibilidades reais de ação profissional no INSS e responder-se-ia às demandas imediatas feitas à profissão, recriando-as e ampliando o espaço ocupacional de forma interventiva, crítica e eficaz.

Dessa maneira, o fortalecimento de um trabalho articulado intrainstitucionalmente também poderá trazer muitos ganhos para o Serviço Social, a saber, a garantia de um espaço legítimo para facilitar o acesso no âmbito das demandas sociais em defesa da qualidade dos serviços prestados aos usuários das políticas sociais, com ênfase à política previdenciária. Através disso, provavelmente

serão minimizados os problemas enfrentados na operacionalização dos serviços e benefícios previdenciários.

As transformações institucionais que elevam a burocracia e imprimem inovações tecnológicas são uma realidade que restringe o acesso aos direitos previdenciários. De fato, toda essa burocracia tornou-se uma barreira capaz de intensificar as determinações neoliberais que hoje definem o caminho a ser percorrido pelo INSS, gerando incertezas, medo e inseguranças não só nos trabalhadores usuários da política previdenciária, mas na maioria dos servidores do INSS. Esses profissionais automaticamente determinam o cotidiano desses trabalhadores, o que os torna executores das medidas restritivas impostas para a concessão dos benefícios previdenciários e assistenciais.

Além disso, a falta de autonomia profissional tenta deslegitimar o trabalho dos(as) Assistentes Sociais no INSS, como bem apontaram as entrevistas. Observou-se, durante o estudo, que muitos profissionais que tinham um trabalho organizado com a rede socioassistencial foram impedidos de dar continuidade a esse trabalho de forma autônoma, tendo-se em vista a determinação da necessidade de autorização superior, em âmbito nacional, em Brasília, e a imposição de novo regramento nos agendamentos no atendimento aos usuários.

Na construção dessa dissertação apontaram-se inúmeros desafios, em face do contexto institucional e conjuntural, que impactam o trabalho profissional. Entretanto, buscou-se, também apontar perspectivas profissionais para ampliar a legitimação do trabalho profissional, em particular na área da Saúde do Trabalhador.

Conclui-se que há uma importante contribuição do Serviço Social para a área da Saúde do Trabalhador a partir da atuação no Serviço de Reabilitação Profissional da Previdência Social. Independentemente de seus desafios históricos, há um importante legado, cuja atualidade está na perspectiva de garantir a Proteção Social do trabalhador e sua família, através de uma reabilitação integral. Uma vez que o acesso e a permanência na política previdenciária são linhas tênues para quem busca seus direitos e a Reabilitação Profissional, por vez se constitui em um mecanismo de Proteção Social, ou seja, entende-se que, para a profissão, a área da Saúde do Trabalhador precisa ganhar espaço profissional e político na instituição e na sua relação intrainstitucional.

Por isso, urge a necessidade de dar *a cara* do Serviço Social a todos os espaços que puderem ser ocupados pela categoria profissional no INSS. No

entanto, sabe-se que essa não é uma tarefa fácil e que, para que isso se efetive, a tomada de consciência deve ser coletiva, como podemos observar em diversos períodos históricos apresentados neste estudo. Por meio das memórias de todas as lutas que foram travadas pelo Serviço Social que o(a) profissional se fortalece para um embate que tem sido diário, exigindo reinventar-se e exercer, de forma competente, teórica, técnica e política, o seu papel.

Sendo assim, o presente estudo realizado apontou elementos que podem contribuir para a construção de Parâmetros de Atuação na Política Previdenciária que referenciem intervenção dos(as) Assistentes Sociais na área da Previdência Social, assim como os já existentes nas Políticas de Saúde e Assistência Social³³. Acredita-se que esses elementos possam provocar o avanço nas discussões pautadas pela Matriz Teórico-Methodológica do Serviço Social na Política Previdenciária e nos diversos documentos legais que direcionam o exercício profissional. Esses parâmetros responderiam, portanto, às demandas identificadas, historicamente, no cotidiano de Trabalho do(a) Assistente Social no INSS e a outras que ora são requisitadas pelos trabalhadores sujeitos da Política de Previdência Social. Assim, tornam-se urgentes novos estudos que possam aprofundar a discussão sobre a construção destes parâmetros.

Por fim, almeja-se expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos(as) Assistentes Sociais na Previdência, considerando-se que elas vão muito além da estrutura institucional. Além disso, evidencia-se a particularidade das ações desenvolvidas de acordo com cada campo de atuação e/ou local de trabalho, sem que se perca o foco de que, independentemente do espaço sócio-ocupacional, deve-se facilitar o acesso do trabalhador à política previdenciária, socializando informações previdenciárias e assistenciais para a garantia da Proteção Social. Dentre essas, destaca-se fundamentalmente a Saúde do Trabalhador.

³³ Constituído como produto do Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde e na Assistência Social, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações dos Encontros Nacionais CFESS/GRESS. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, 2011).

REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, M. B. C. Memória: 80 anos do Serviço Social no Brasil: O III CBAS "O Congresso da Virada" 1979. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 128, p. 181-186, abr. 2017. Disponível em <<https://bit.ly/2N6W7qR>>. Acesso: 28/01/ 2018.
- ABREU, M. M.; LOPES, J. B. O. O plano básico de ação do Serviço Social no INPS – 1972: racionalidade técnica modernizadora no serviço assistencial da política previdenciária. In: BRAGA, L.; CABRAL, M. S. R. (Org.). **O Serviço Social na Previdência**: trajetória, projetos profissionais e saberes. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 38- 62.
- AGOSTINI, M. Saúde do trabalhador. In: ANDRADE, A.; PINTO, S. C.; OLIVEIRA, R. S. (Org.). **Animais de laboratório**: criação e experimentação. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 375-379.
- ALVES, G. **Dimensões da reestruturação produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. 2. ed. Londrina: Práxis; Bauru: Canal 6, 2007.
- _____. Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório: o novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha. **Giovanni Alves**, [S.l.], 2010. Disponível em: <www.giovannialves.org/artigo_giovanni%20alves_2010.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2017.
- ANTUNES, R. **O caracol e sua concha**. São Paulo: Boitempo, 2005.
- _____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. 9. reimpr. São Paulo: Boitempo, 2007.
- _____. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.
- BEHRING, E. R. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. Rio de Janeiro: [s.n.], 2000. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-1.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2017. p. 1-27.
- _____; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.
- BOSCHETTI, I. A política de seguridade social no Brasil In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BRAGA, L.; CABRAL, M. S. (Org.). **O Serviço Social na Previdência**: trajetória, projetos profissionais e saberes. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1960. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. Decreto n. 53.264, de 13 de dezembro de 1963. Reabilitação Profissional na Previdência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1963. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-53264-13-dezembro-1963-393225-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6439.htm>. Acesso em: 9 maio 2017.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 7 dez. 2017.

_____. Decreto n. 99.350, de 27 de junho de 1990. Cria o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) define sua estrutura básica e o Quadro Distributivo de Cargos e Funções do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores de suas Unidades Centrais e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d99350.htm>. Acesso em: 11 nov. 2017.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 7 dez. 2017.

_____. Lei n. 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1991a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 11 nov. 2017.

_____. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1991b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212rep.htm>. Acesso em: 11 nov. 2017.

_____. Lei n. 8.662, de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional do Seguro

Social. **Matriz Teórico-Metodológica do Serviço Social na Previdência Social**. 1. ed. Brasília, DF, 1995.

_____. Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/cerest/doc/DOC000000000042912.PDF>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL. Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: 11 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 11 maio 2017.

_____. Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.html>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. Decreto n. 6.934, de 11 de agosto de 2009. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão, das Funções Gratificadas e das Funções Comissionadas do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, dispõe sobre remanejamento de cargos em comissão e funções gratificadas, e altera o Anexo II ao Decreto no 6.417, de 31 de março de 2008, que aprova a Estrutura Regimental e Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/D6934.htm>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. Decreto n. 7.556, de 24 de agosto de 2011. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão, das Funções Gratificadas e das Funções Comissionadas do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e remaneja cargos em comissão, funções comissionadas e gratificadas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7556.htm#art6>. Acesso em: 9 maio 2017.

_____. Decreto n. 7.602, de 7 de novembro de 2011. Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. **Diário Oficial [da] República**

Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm>. Acesso: 12 dez. 2017.

_____. **Código de ética do/a Assistente Social**. Lei n. 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2012a.

BRASIL. Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 11 nov. 2017.

_____. Lei complementar n. 142, de 8 de maio de 2013. Regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp142.htm>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. **Reabilitação Profissional**: articulando ações em Saúde do Trabalhador e construindo a reabilitação integral. Brasília, DF: Diretoria de Saúde do Trabalhador; Coordenação-Geral de Serviços Previdenciários e Assistenciais; Coordenação de Reabilitação Profissional; Divisão de Gerenciamento de Atividades de Reabilitação Profissional, 2013b. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/Projeto-Reabilita%C3%A7%C3%A3o-Profissional-do-INSS-Texto-para-Constru%C3%A7%C3%A3o-Coletiva.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. Secretaria de Previdência Social. **Missão**. [S.l.], 2013c. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/historico/missao/>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. **Contexto atual, projetos e ações**. [S.l.], 2015. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/da648567-335f-42ee-85b9-7bd1e73dea91>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

_____. Câmara dos Deputados. Decreto n. 8.725, de 27 de abril de 2016. Institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2016/decreto-8725-27-abril-2016-782944-publicacaooriginal-150184-pe.html>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual técnico de procedimentos da área de Reabilitação Profissional**. Volume 1. Atualizado pelos despachos decisórios n. 2/DIRSAT/INSS, de 24/11/2011, n. 1/ DIRSAT/INSS, de 19/04/2016 e n. 2/DIRSAT/INSS, de 12/05/2016. [S.l.], 2016b.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual do Programa de Educação Previdenciária**. 2014.

_____. Decreto n. 9.104, de 24 de julho de 2017. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9104.htm#art9>. Acesso em: 12 abr. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Qualidade de segurado**. [S.l.], 2017b. Disponível em: <<https://www.inss.gov.br/orientacoes/qualidade-de-segurado>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. **Seguro-defeso**. [S.l.], 2017c. Disponível em: <<https://www.inss.gov.br/tag/segu-defeso/>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2017d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. **Manual Técnico do Serviço Social**. Brasília, DF: INSS, 2017e.

_____. Portaria n. 414, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2017f. Disponível em: <<https://www.inss.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Regimento-Interno-do-INSS.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2017.

_____. **Regimento Interno do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS**. Anexo I da Portaria MDS n. 414, de 29 de setembro de 2017. Brasília, DF, 2017g. Disponível em: <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/70/INSS/2017/RI_INSS_2017.htm>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. **Ações em saúde do trabalhador no INSS**. [S.l.]: [2009].

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara.1987.

BRONZO, C.; VEIGA, L. Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 92, p. 5-21, 2007.

BULLA, L. C. Relações sociais e questão social na trajetória do Serviço Social brasileiro. **Textos & Contextos**. Porto Alegre PPGSS/PUCRS, 2003.

CANNALONGA, L. S. Projeto de Revitalização da Reabilitação Profissional. **Projeto Pró-reabilitação**, [S.l.], 2018. Disponível em: <<http://www.proreabilitacao.com.br/papo-cafezinho/leila-silva-cannalonga/projeto-de-revitalizacao-da-reabilitacao-profissional>>. Acesso em: 12 out. 2017.

CARTAXO, A. M. B. **Estratégias de sobrevivência**: a previdência e o Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1995.

_____; CABRAL, M. S. R. O processo de desconstrução do projeto profissional do Serviço Social na Previdência – um registro de resistência e luta dos Assistentes Sociais. In: BRAGA, L.; CABRAL, M. S. R. (Org.). **O Serviço Social na Previdência**: trajetória, projetos profissionais e saberes. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 156-181.

CARVALHO, M. C. B. O cotidiano e a Prática Social dos Assistentes Sociais. NETTO, J. P.; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano**: conhecimento e crítica. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2012. p. 51-62.

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M. V. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 13. ed. São Paulo, Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2000.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: CASTEL, R.; WANDERLEY, L. E. W.; BELFIORE-WANDERLEY, M. **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 2004. p. 17-51.

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

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2018.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2018.

COUTINHO, C. N. Gramsci e as ciências sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 34, p. 21-40, 1990.

COUTO, B. R. **O Direito Social e Assistência Social na Sociedade Brasileira**: uma equação possível? 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

DIAS, E. C. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no**

Brasil: realidade, fantasia ou utopia? 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do welfare state na nova ordem mundial. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 35, p. 73-111, 1995.

FERNANDES, R. M. C. **Reflexões Introdutórias – Trabalho interdisciplinar e intersetor**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, PPG PSSS, 2017. 14 slides. Apresentação em Power Point.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, A. M. A.; AMARAL, A. S. A saúde do trabalhador e a (des)proteção Social no capitalismo contemporâneo. **Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 176-184, 2014.

FRIAS JUNIOR, C. A. S. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. 1999. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.
G1. **IBGE:** 63,4 milhões de brasileiros não têm acesso à internet [vídeo]. 2018. Disponível em: <<http://g1.globo.com/tecnologia/videos/t/todos-os-videos/v/ibge-634-milhoes-de-brasileiros-nao-tem-acesso-a-internet/6522268/>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Disponível em: <<https://bit.ly/2ly9iOa>> Acesso em: 03/01/2018.

GUERRA, Y. Racionalidade do Capitalismo. In: _____. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007. p. 101-206.

HAUBERT, M. “É o próprio governo que provoca o déficit da Previdência”, alerta economista. **Carta Capital**, [S.l.], 2017. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/economia/e-o-proprio-governo-que-provoca-o-deficit-da-previdencia-alerta-economista>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Editora UFPR

IAMAMOTO, M. V. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade: atribuições privativas do(a) assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2002.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro e questão social, trabalho e questão social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **Trabalho e indivíduo social**: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19 ed. São Paulo: Cortez. 2006.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802011000100009>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Residência Multiprofissional - HUCFF/UFRJ**. [S.l.], 1982. Disponível em: <www.residenciamultihucff.xpg.com.br/textos/texto11.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2017.

LOURENCO, E. A. A.; BERTANI, Í. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007.

MAENO, M.; PARARELLI, R. O trabalho como ele é e a saúde mental do trabalhador. In: SILVEIRA, M. A. (Org.). **Inovação para o desenvolvimento de organizações sustentáveis**: trabalho, fatores psicossociais e ambiente saudável. Campinas: CTI, 2013, p. 145-166.

MAENO, M.; VILELA, R. A. G. Reabilitação Profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 87-99, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000100010>>. Acesso em: 1 mar. 2017.

MALLOY, J. M. **A política da Previdência Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MARTINELLI M. L. (Org.). **O uso das abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social**: um instigante desafio. São Paulo: Veras: 1994.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

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

MEDEIROS, F. M. **Administração Pública e Previdência Social no Brasil**: desconstrução neoliberal, mutações objetivas e subjetivas e suas particularidades

em Juiz de Fora. 2012. 229 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2012. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgsvicosocial/files/2012/05/floriscena.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

MELO, M. P. P.; ASSUNCAO, A. Á. A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 343-365, Dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30/02/2018.

MENDES, J. M. R.; OLIVEIRA, P. A. B. Medicina do trabalho: o desafio da integralidade na atenção à saúde. In: VIEIRA, S. I. V. (Coord.). **Medicina básica do trabalho**. Curitiba: Gênese, 1995.

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. Trabalho, classe operária e Proteção Social: reflexões e inquietações. **Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 241-248, 2009.

_____; _____. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011.

_____; _____. COUTO, B. Verbete Proteção Social. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Zouk, 2011. p. 276-280.

MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

_____; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. S21-S32, 1997.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

_____; _____. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Katálysis**, Florianópolis, v. 16, p. 61-71, 2013.

MORAES, J.; MARTINELLI, M. L. A importância categoria mediação para o serviço social. In: XX Seminario Latinoamericano de Escuela de Trabajo Social, 2012, Córdoba. XX Seminario Latinoamericano de Escuela de Trabajo Social. Córdoba, 2012. Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/Y6O09Vi7X17oOE584R0e.pdf>> Acesso em: 23/01/2018.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e Seguridade Social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

NETTO, J. P. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. **SSRede**, 1999. Disponível em: <<http://www.ssrede.pro.br/wp->

content/uploads/2017/07/projeto_etico_politico-j-p-netto_.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. Para uma história nova do Serviço Social no Brasil. In: OLIVEIRA E SILVA, M. L. (Org.). **Serviço Social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2016. p. 49-76.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2005.

NEWMAN, J.; CLARKE, J. Gerencialismo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 353-381, maio/ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/edreal/v37n2/03.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

NOGUEIRA, M. A. Os direitos de cidadania como causa cívica: o desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 82, p. 5-21, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP; 2003.

PAIVA, B. A.; HILLESHEIM, J. Ainda sobre os 80 anos do Serviço Social: direitos sociais em tempos de ruptura democrática. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 234-249, 2016. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/25311>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

PARANAGUÁ, R. C. R. Eu amo a previdência. Eu amo o Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, a. 4, n. 12, 1983, p. 64-76. (Depoimento à Maria Lúcia Martinelli)

PEREIRA, C. P. **Proteção Social no capitalismo: crítica a teorias e ideologias conflitantes**. São Paulo: Cortez, 2016.

PEREIRA, M. C. C.; CARTAXO, A. M. B. Estratégias dos Assistentes Sociais previdenciários sulistas frente ao desmonte do Serviço Social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 18, n. 1, p. 77-104, 2012. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/706>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social: temas & questões**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Proteção Social contemporânea: cui prodest? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 636-651, 2013.

_____. **Proteção social: a quem beneficia/cui prodest?** Universidade de Brasília, NEPOS. 2017. 18 slides. Apresentação em Power Point.

POERSCH, A. L.; RAMOS, M. Z.; DA SILVA, R. N. Reabilitação Profissional: o coletivo como ferramenta de ressignificação. **Psico**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 137-143, jan./mar. 2010.

PRADO, F. O.; DUARTE, E. E. C. A racionalização do trabalho dos Assistentes Sociais do INSS. **Katálisis**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 162-171, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-49802015180200003>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

RAMIL, V. **Joquim**. [1987]. Disponível em: <<https://www.letras.com.br/vitor-ramil/joquim>>. Acesso em: 1 abr. 2018.

ROSA, J. G. Grande Sertão: Veredas. In: ROSA, J. G. **Ficção completa em dois volumes**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994. p. 46.

SANTOS, M. A. A reestruturação produtiva e seus impactos na saúde do trabalhador. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 82, p. 73-85, jul. 2005.

SCARANELLO, A. F. S. **O Serviço Social na Reabilitação Profissional do INSS: a experiência da agência da Previdência Social de São José do Rio Preto / SP**. 2006. 169 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista, Franca, SP, 2006.

SILVA, A. A. O Serviço Social na Previdência Social: entre a necessidade social e o benefício. In: BRAGA, L.; CABRAL, M. S. R. (Org.). **O Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 16-36.

SILVA, M. L. L. O serviço Social no INSS: luta para garantir direitos e cidadania. **Revista Inscrita**, Brasília, ano II, n. 5, p. 19-22, 1999.

_____. Um novo fazer profissional. In: CFESS/ABEPSS/Nead/CEAD. **Programa de capacitação continuada para Assistentes Sociais: capacitação em serviço social e política social**. Módulo 4. Brasília, DF, 2000. p. 111-124.

_____. **Previdência Social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização**. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. 70 anos do Serviço Social na previdência: luta pela efetivação da seguridade social no Brasil. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social na Previdência**. Brasília, DF: CFSS, 2015.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 85, p. 133-141, mar. 2006.

_____. Proteção Social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do Assistente Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 652-674, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000400005>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

STRUFFALDI, M. C. B. **Reabilitação Profissional**: características, conhecimentos e opiniões dos acidentados trabalhadores. 1994. 140 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; GUTI, A. M. As mudanças nas práticas de Reabilitação Profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da Proteção Social? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 24, p. 2661-2670, nov. 2008.

_____ et al. Programa de Reabilitação Profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 100-111, 2010.

TAMBELLINI, A. T. et al. Occupational and environmental health in South America: the result of rapid changes in social and economic conditions. In: 24th INTERNATIONAL CONGRESS ON OCCUPATIONAL HEALTH. 1993, Nice. **Annals**. Nice: ICOH, 1993.

TEIXEIRA, A. A. D.; MEDEIROS, F. M. Reabilitação Profissional e a lógica reducionista como expressão da contrarreforma da Previdência Social. In: 4^o SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. 80 anos de Serviço Social: Tendências e Desafios. 2014, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: [s.n.], 2014. Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/93/93217554-da99-4aea-9fa0-852f4942a06e.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

THÉBAUD-MONY, A.; APPAY, B. **Précarisation sociale**. Paris, França: Institut de Recherche sur les Sociétés Contemporaines, 2000.

VARGAS, L. A. **Direito à Reabilitação Profissional**: fundamentalidade e conteúdo jurídico. São Paulo: LTr, 2017.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **A(o) Assistente Social na luta de classes**: projeto profissional e mediações teórico-práticas. São Paulo: Cortez, 2015.

WÜNSCH, D. S. Os paradoxos da Reabilitação Profissional e os desafios para o trabalho do Assistente Social. In: XIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL - ENPESS, 2012, Juiz de Fora. **Anais...** Juiz de Fora, 2012.

_____; MENDES, J. M. R.; MARTINS, J. Trabalho e Previdência Social: as lacunas de Proteção Social na seguridade social. **Argumentum**, Vitória, v. 9, n. 3, p. 37-51, set./dez. 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/16780/12639>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

YAZBEK, M. C. Análise da Matriz Teórico-Methodológica do Serviço Social no INSS (1995), considerando a política previdenciária, suas determinações sócio-históricas e o projeto hegemônico do Serviço Social. In: BRAGA, L.; CABRAL, M. S. R. (Org.). **O Serviço Social na Previdência**: trajetória, projetos profissionais e saberes. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 115-135.

APÊNDICE A – Convite para participar da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação de Política Social e Serviço Social

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado(a) Assistente Social,

É com satisfação que solicito sua colaboração na pesquisa que estou realizando para o *Programa de Pós-Graduação de Política Social e Serviço Social – Mestrado*, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Na oportunidade, gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “Serviço Social e Reabilitação Profissional na Previdência Social”, sob a orientação da Prof.^a Dra. Dolores Sanches Wünsch, da UFRGS.

O objetivo desse estudo é analisar o Trabalho do(a) Assistente Social no Instituto Nacional do Seguro Social e sua contribuição para a garantia do direito à Saúde do Trabalhador, com vistas a apontar as potencialidades e os desafios do Serviço Social na Reabilitação Profissional.

Na expectativa de que possa vir a concretizar-se o presente apoio, reafirmo meu respeito, minha consideração, e destaco a importância da sua participação, que contribuirá na ampliação das potencialidades e na superação dos desafios presentes no Serviço Social do INSS.

Silvana Stedile Flôres
Assistente Social – CRESS 7279

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Eu,....., RG....., abaixo assinado, declaro que, de livre e espontânea vontade e de forma gratuita, aceito participar da pesquisa “Reabilitação Profissional e o Serviço Social na Previdência Social”, realizada pela Assistente Social Silvana Stedile Flôres, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da UFRGS. Assim, autorizo o uso das informações dadas para serem utilizados parcial ou integralmente, sem restrições de prazos e citações, a partir da realização desta entrevista por meio de um formulário.

Declaro que fui informado(a) do objetivo da pesquisa, que é analisar o Trabalho do(a) Assistente Social no Instituto Nacional do Seguro Social e sua contribuição para a garantia do direito à Saúde do Trabalhador, com vistas a apontar as potencialidades e os desafios do Serviço Social na Reabilitação Profissional.

Os materiais coletados ficarão armazenados no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST), que está vinculado ao Programa de Pós-Graduação de Política Social e Serviço Social, na sala 318 (Anexo Saúde), e incinerados após o período de cinco anos. Para a publicação dos resultados desta pesquisa, a identidade do profissional será mantida em sigilo, sendo omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a). Este estudo será orientado pela Prof.^a Dra. Dolores Sanches Wünsch, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Quaisquer dúvidas que surgirem em relação à pesquisa podem ser esclarecidas pela pesquisadora pelo telefone (51) 3308-5700 ou pelos e-mails silvanastedile@hotmail.com ou silvana.sflores@inss.gov.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, pelo telefone (51) 3308-5698 ou pelo e-mail cep-psico@ufrgs.br, localizado na Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Pesquisador responsável pela entrevista

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação de Política Social e Serviço Social

Dados de Identificação do(a) Assistente Social

Idade: _____

Sexo: F () M ()

Nome da Gerência Executiva do INSS em que atua: _____

RESPONDA AS QUESTÕES DE ACORDO COM O QUE SE SOLICITA

1. Tempo de trabalho e formação profissional

1.1 Tempo de atuação como Assistente Social na Instituição:

- () 1 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 a 15 anos
() 15 a 20 anos () 20 a 25 anos () 25 a 30 anos
() Outros. Qual?

1.2 Atuação:

- () Serviço Social - Período: _____
() Reabilitação Profissional - Período: _____
() Ambos - Período: _____

1.3 Formação complementar:

- () Nenhuma
() Especialização.
() Mestrado
() Doutorado
Especificar a formação complementar: _____

2. O trabalho no INSS e a Saúde do trabalhador

2.1 Percepção do(a) Assistente Social:

- a) Indique atividades realizadas pelo(a) Assistente Social voltadas à Saúde do Trabalhador no INSS:

b) Especifique/exemplifique como é possível, por meio do trabalho, garantir a Proteção Social do usuário/trabalhador da Política de Previdência Social:

c) Em sua opinião, como você vê o Trabalho do(a) Assistente Social na Reabilitação Profissional:

d) Especifique se você realiza algum trabalho/ação voltado(a) à Saúde do Trabalhador articulado com os serviços que compõem a Seção da Saúde do Trabalhador no INSS:

2.2 Em caso positivo:

a) Sobre o que incide o trabalho profissional, ou seja, qual o objeto de trabalho no INSS:

b) De que meios/instrumentos se utiliza para realizar esse trabalho:

c) Quais são as ações intrainstitucionais voltadas à Saúde do Trabalhador pelos serviços que compõem a Saúde do Trabalhador no INSS:

d) A partir do trabalho voltado à Saúde do Trabalhador, qual o resultado/produto/potencialidade do trabalho realizado:

2.3 Limites socioinstitucionais:

a) Indique abaixo qual dos principais limites socioinstitucionais você identifica para a realização do trabalho voltado à Saúde do Trabalhador:

2.4 Espaço para expressar livremente sobre o tema da pesquisa:

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SERVIÇO SOCIAL E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Pesquisador: Dolores Sanches Wunsch

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 73117417.8.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.420.541

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa trata da temática do trabalho do(a) Assistente Social na Reabilitação Profissional do Instituto Nacional de Seguro Social - INSS e os desafios para o Serviço Social na Política de Previdência Social, no que tange a sua atuação no âmbito da saúde do trabalhador e da proteção social.

PORTO ALEGRE, 06 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Clarissa Marceli Trentini
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br