

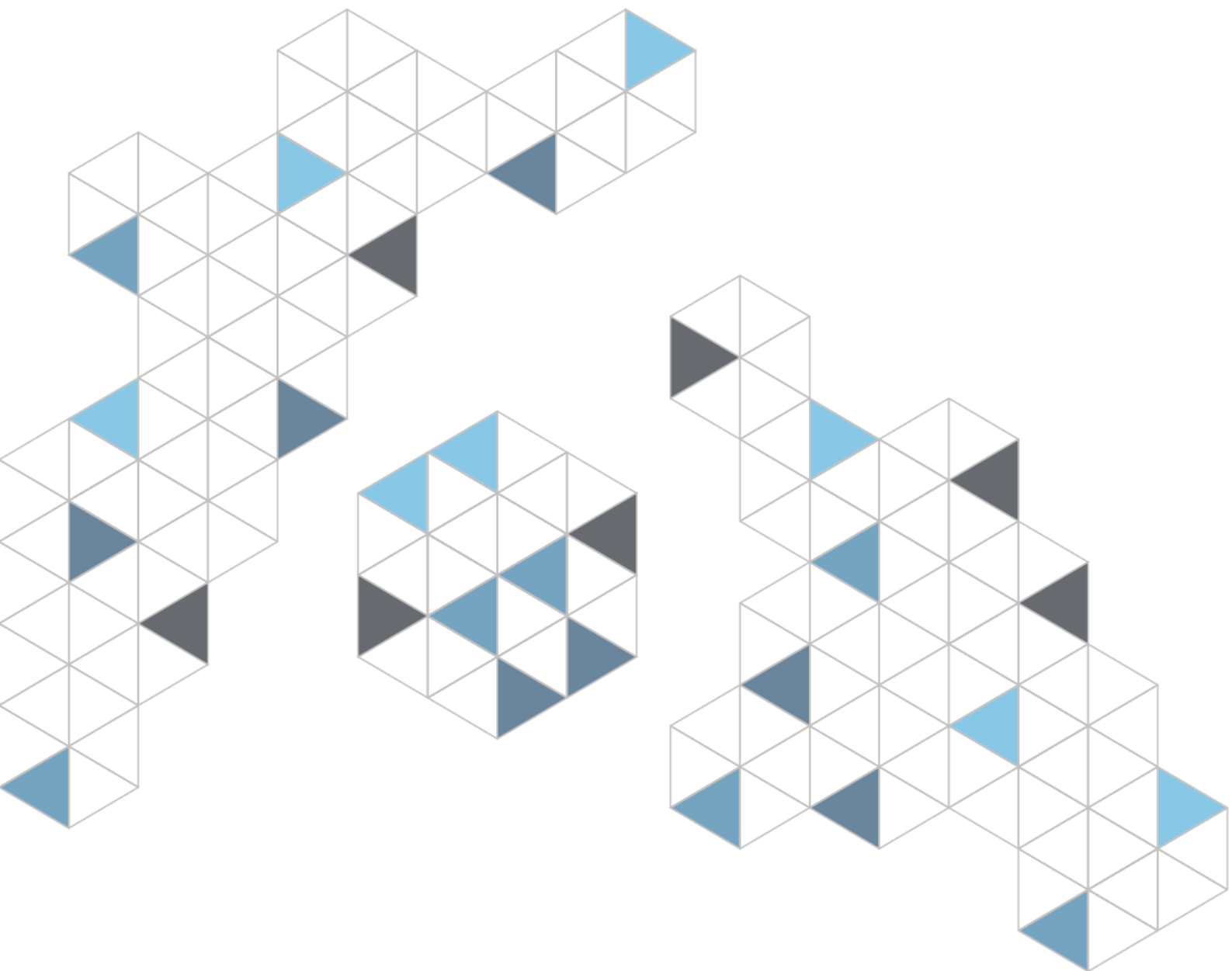
2025

30 de setembro

Relatório de Avaliação Executiva

Serviço de Reabilitação Profissional (SRP)

Ciclo CMAP 2024-2025





2025

Serviço de Reabilitação Profissional (SRP)



Ministério do Planejamento e Orçamento – MPO

Presidente do Brasil

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministra do Planejamento e Orçamento

Simone Nassar Tebet

Secretário-Executivo

Gustavo José de Guimarães e Souza

Secretário de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos Econômicos

Wesley Matheus de Oliveira

Secretário de Articulação Institucional

João Victor Villaverde de Almeida

Secretária de Assuntos Internacionais e Desenvolvimento

Viviane Vecchi Mendes Muller

Secretária Nacional de Planejamento

Virginia de Angelis Oliveira de Paula

Secretário de Orçamento Federal

Clayton Luiz Montes

Equipe Técnica

Arte e Design – Secretaria Executiva – MPO

Projeto gráfico e design: Viviane Barros

Assistente de design: Ivan Sasha

Aprendizes de design: Manu Queiros e

Douglas Saymom

Informações

E-mail: gabin.sma@planejamento.gov.br

Última alteração: 25 de setembro de 2025.

*É permitida a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.

Ministério do Planejamento e Orçamento



[@gov.br/planejamento](https://twitter.com/gov.br/planejamento)



[@minplanejamento](https://www.instagram.com/minplanejamento)

Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas – CMAP

Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos Diretos – CMAG

Ciclo CMAP

2024-2025

Política Avaliada

Serviço de Reabilitação Profissional (SRP)

Coordenador do Ciclo CMAP

Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos Econômicos

Luiz Fernando Arantes Paulo

Andréia Rodrigues dos Santos

Coordenador da Avaliação

Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos Econômicos

Cíntia Beatriz Fonseca

Equipe de Avaliação

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Ana Tereza Pires dos Santos

Fábio Monteiro Vaz

Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos Econômicos

Cíntia Beatriz Fonseca

Secretaria de Orçamento Federal

Carlos Luiz Marques da Silva (colaborador)

Denise Hermínio Gontijo do Nascimento

Jucemara Castro Velloso (colaboradora)

Secretaria do Tesouro Nacional

Gian Barbosa da Silva

João Sérgio Pereira da Silva Junior

Mauricio Dias Leister

Roberto Mendes Altavilla Luttner

Avaliador Externo

Cristiano Barreto de Miranda

Apoio Técnico

Escola Nacional de Administração Pública



Sumário

<i>Sumário</i>	3
<i>Lista de Siglas</i>	6
<i>Lista de Tabelas</i>	7
<i>Lista de Figuras</i>	8
<i>Lista de Gráficos</i>	9
<i>Lista de Quadros</i>	10
<i>Resumo Executivo</i>	11
<i>Avaliação Executiva do Serviço de Reabilitação Profissional</i>	13
1. Descrição Geral	13
1.1. Caracterização da Política	13
1.2. Razões para intervenção do Estado	14
1.3. Base Legal	15
2. Diagnóstico do Problema	16
2.1. Contextualização e histórico da criação do IGD	16
2.2. Problema-alvo da intervenção	16
2.3. Árvore do problema	21
2.4. Causas do problema	22
2.4.1. Barreiras de acessibilidade e de comunicação	23
2.4.2. Benefícios assistenciais	23
2.4.3. Dificuldade de acesso às vagas disponíveis	24
2.5. Consequências do problema	25
2.6. Políticas correlatas	27
2.7. Análise sobre o diagnóstico do problema	28
3. Desenho da Política	30
3.1. Insumos	31
3.1.1. Normativos	31
3.1.2. Sistemas de informação	31
3.1.3. Recursos humanos	31
3.1.4. Estrutura física	32
3.1.5. Recursos financeiros	32
3.2. Processos	32
3.2.1. Concessão de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e outros recursos de tecnologia assistiva	32
3.2.2. Avaliação do Potencial Laborativo	33
3.2.3. Orientação e Acompanhamento do Programa de Reabilitação Profissional	34
3.2.4. Articulação com a comunidade	35
3.3. Produtos	36
3.4. Resultados	37



3.5.	Impactos	37
3.6.	Critérios de Elegibilidade	38
3.7.	Modelo Lógico	39
3.8.	Indicadores	41
3.8.1.	Indicadores construídos em oficina	41
3.9.	Teoria do Programa	44
4.	Implementação	46
4.1.	Supervisão e mecanismos de acompanhamento	46
4.2.	Canais de comunicação e coordenação entre níveis de gestão	48
4.3.	Instrumentos normativos	49
4.4.	Acesso, elegibilidade e barreiras para os beneficiários	51
4.5.	Transparência, dados públicos e controle social	53
4.6.	Divulgação e comunicação com o público-alvo	54
4.7.	Acompanhamento da execução, uso de indicadores e entrega dos serviços aos beneficiários.....	55
4.8.	Gestão de riscos na implementação.....	58
5.	Governança.....	60
5.1.	Arranjos institucionais, coordenação e responsabilização no SRP	60
5.2.	Participação social e transparência	63
5.3.	Monitoramento e prestação de contas	64
5.4.	Gestão de riscos.....	65
6.	Resultados e Impactos	68
6.1.	Resultados	68
6.1.1.	Bases de dados para análise de resultados.....	68
6.1.2.	Pesquisa de Fixação	69
6.1.3.	Cobertura e qualidade do preenchimento na Pesquisa de Fixação.....	69
6.1.4.	Adequação da Pesquisa de Fixação enquanto instrumento de monitoramento de resultados 70	
6.1.5.	Resultados e metas do SRP	72
6.1.6.	Indicadores de resultados do PRP.....	73
6.1.7.	Beneficiários da política e público-alvo.....	76
6.1.7.1.	Fonte de dados e metodologia.....	76
6.1.7.2.	Perfil geral dos beneficiários de 2024	76
6.1.7.3.	Características pessoais dos concluintes da reabilitação	77
6.1.7.4.	Características dos vínculos dos concluintes da reabilitação.....	79
6.1.8.	Avaliação de Potencial Laborativo, encaminhamento à reabilitação e casos de sucesso 82	
6.1.9.	Indicadores de Impacto do PRP	85
6.1.10.	Percepção dos Beneficiários do PRP	87
6.1.10.1.	Comentários positivos	87
6.1.10.2.	Comentários negativos.....	88
6.2.	Impacto.....	88
6.2.1.	Revisão de literatura	88



6.2.2.	Avaliabilidade do Impacto do Programa de Reabilitação Profissional.....	90
7.	Execução Orçamentária e Financeira.....	94
7.1.	Considerações Iniciais.....	94
7.2.	Orçamento do programa.....	97
7.3.	Execução orçamentária e financeira.....	105
7.4.	Impacto das variações no Orçamento no nível de produtos obtidos ou resultados alcançados.....	111
7.4.1.	Alterações orçamentárias das dotações destinadas ao Programa nas Leis Orçamentárias Anuais.....	112
7.5.	Considerações Finais.....	120
8.	Insights sobre Eficiência e Economicidade do Gasto.....	123
8.1.	Potencial economia previdenciária com a reabilitação.....	123
8.2.	Tempos por tarefa ou combinação de tarefas.....	127
8.3.	Tempos por agência ou gerência executiva e disponibilidade de pessoal.....	132
	REFERÊNCIAS.....	136
	Apêndice A.....	141
	Apêndice B.....	142



Lista de Siglas

AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social	ONU	Organização das Nações Unidas
APL	Avaliação de Potencial Laborativo	OPM/TA	Órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e outros recursos de tecnologia assistiva
APS	Agência da Previdência Social	PcD	Pessoas com Deficiência
APWEB	Sistema de Emissão de Autorização de Pagamento	PGARP	Programa de Gestão por Resultados da Reabilitação Profissional
BERP	Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional	PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
BPC	Benefício de Prestação Continuada	PcD	Pessoas com Deficiência
BPC	Benefício de Prestação Continuada	PNADc	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões	PRP	Programa de Reabilitação Profissional
CER	Centros Especializados em Reabilitação	RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social	RP	Reabilitação Profissional
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública	RPS	Regulamento da Previdência Social
GET/PAT	Gerenciamento de Tarefas	SABI	Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
GEX	Gerência Executiva	SAG	Sistema de Agendamento Gestão
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões	Sine	Sistema Nacional de Emprego
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social	SIOP	Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social	SRP	Serviço de Reabilitação Profissional
MMA	Ministério do Meio Ambiente	SUAS	Sistema Único de Assistência Social
MP/CGU	Ministério do Planejamento / Controladoria-Geral da União	SUS	Sistema Único de Saúde
MPO	Ministério do Planejamento e Orçamento	TCU	Tribunal de Contas da União
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego		



Lista de Tabelas

Tabela 1 – Pessoas com 2 anos ou mais por sexo e cor ou raça e por existência de deficiência (mil).....	18
Tabela 2 – Dados estruturais do mercado de trabalho por condição de deficiência (mil).....	20
Tabela 3 – Tabela de Indicadores	41
Tabela 4 – Resultados e metas do Serviço de Reabilitação Profissional – 2018 a 2027	72
Tabela 5 – Características pessoais dos concluintes da Reabilitação Profissional	78
Tabela 6 – Características dos vínculos dos concluintes da Reabilitação Profissional	79
Tabela 7 – Encaminhamentos após a APL com quantitativo observado	82
Tabela 8 – Possíveis desligamentos do PRP com quantitativos observados	84
Tabela 9 – Indicadores de impacto do Serviço de Reabilitação Profissional	85
Tabela 10 – Valor médio do benefício por incapacidade temporária (auxílio-doença) e rendimento do trabalho dos beneficiários da RP com vínculos formais na data de conclusão da reabilitação	86
Tabela 11 – Programações orçamentárias que financiaram o Programa de Reabilitação Profissional, 2014 – 2024	98
Tabela 12 – Orçamento do Programa por Ação Orçamentária Dotação Atual (Lei + Créditos), 2014-2024	100
Tabela 13 – Orçamento do Programa por Fonte de Recursos Dotação Atual (Lei + Créditos), 2014-2024	102
Tabela 14 – Desempenho da Execução Orçamentária e Financeira, 2014 – 2024	106
Tabela 15 – Índice de Execução Financeira por Natureza da Despesa, 2014 – 2024	108
Tabela 16 – Índice de Representatividade dos Empenhos Pendentes de Pagamento em relação aos Valores Pagos do Exercício, 2014 – 2024	109
Tabela 17 – Índice de Alterações Orçamentárias e Índice de Execução Física, 2024-2024	113
Tabela 18 – OPM concedidas, 2019 a 2024	120
Tabela 19 – Valores empenhados por beneficiário reabilitado, 2016 a 2023	124
Tabela 20 – Estimativa de custo da RP INSS	124
Tabela 21 – Tempo médio das tarefas (em dias) por UF	131
Tabela 22 – Quantidade média de tarefas por 100.000 habitantes por UF	132



Lista de Figuras

Figura 1 – Árvore do Problema.....	21
Figura 2 – Modelo Lógico do Serviço de Reabilitação Profissional.....	40
Figura 3 – Teoria do Serviço de Reabilitação Profissional	44
Figura 4 – Fluxo do Resultado da Licitação à Convocação do Segurado, Confecção/Montagem e Entrega de Próteses, Órteses e outros Meios de Locomoção	117



Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição de pessoas com 2 anos ou mais por grupos de idade segundo a existência de deficiência (mil)	19
Gráfico 2 – Incidência de pessoas com deficiência por região (%).....	19
Gráfico 3 – Distribuição geográfica da população com deficiência (%).....	19
Gráfico 4 – Nível de instrução por condição de deficiência (%)	20
Gráfico 5 – Reserva legal de vagas para pessoas com deficiência e beneficiários reabilitados da previdência social (Lei n.º 8.213/91, art. 93).....	24
Gráfico 6 – Benefícios do BPC-PcD em situação ativa	26
Gráfico 7 – Aposentadorias por invalidez concedidas anualmente	27
Gráfico 8 – Percentual de segurados com vínculo formal 14 meses após a conclusão da reabilitação (2020-2023)	74
Gráfico 9 – Percentual de segurados com vínculo formal na data de conclusão da reabilitação (2019-2023).....	75
Gráfico 10 – Tipos de resultados dos encaminhamentos das APLs conclusivas.....	83
Gráfico 11 – Tipos de conclusão registrados para o PRP.....	84
Gráfico 12 – Comparativo entre dotação PLOA, LOA e Lei + Créditos, 2014 – 2024.....	100
Gráfico 13 – Créditos orçamentários não utilizados, 2014 – 2024.....	102
Gráfico 14 – Execução orçamentária e financeira, 2014 – 2024.	106
Gráfico 15 – Execução Orçamentária por Natureza da Despesa, 2014 – 2024.	107
Gráfico 16 – Execução financeira, 2014 – 2024.....	109
Gráfico 17 – Restos a Pagar executados, 2014 - 2024.....	110
Gráfico 18 – Restos a Pagar cancelados, 2014 - 2024.	110
Gráfico 19 – Índice de Alteração Orçamentária das Programações Ordinárias do Programa, 2014-2024 (%).....	112
Gráfico 20 – Quantitativo de beneficiários aguardando APL ao final do ano, 2018-2024.	126
Gráfico 21 – Quantidade de beneficiários aguardando conclusão da APL por tempo de espera, em meses.....	127
Gráfico 22 – Combinações de Tarefas com maiores quantidades de observações	128
Gráfico 23 – Combinações de Tarefas com maiores durações médias em dias.....	129
Gráfico 24 – Combinações de Tarefas com menores durações médias em dias.....	130
Gráfico 25 – Tempo médio da reabilitação profissional e de suas diferentes tarefas, em dias (eixo y), por Gerência Executiva do INSS, em função da média de processos de reabilitação ou de tarefas por profissional atuando na PRP em cada gerência (eixo x).....	134



Lista de Quadros

Quadro 1 - Recursos Próprios do INSS - classificação pela natureza de receita (2024)103



Resumo Executivo

A Reabilitação Profissional é um serviço prestado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que visa proporcionar às pessoas com deficiência e pessoas com incapacidade para o trabalho a aquisição de conhecimentos, habilidades e aptidões para exercício de profissão ou de ocupação, permitindo nível suficiente de desenvolvimento profissional para (re)ingresso no campo de trabalho.

O serviço também compreende o fornecimento de aparelho de prótese, órtese e instrumentos de auxílio para locomoção, quando a perda ou redução da capacidade funcional puder ser atenuada por seu uso, e dos equipamentos necessários à habilitação e reabilitação profissional.

Atualmente, o Serviço de Reabilitação Profissional (SRP) é definido pelos artigos 89 a 93 da Lei nº 8.213/1991 e regulamentado pelos artigos 136 a 141 do Decreto nº 3.048/1999 (Regulamento da Previdência Social-RPS).

O problema central a ser enfrentado pela política pública foi estabelecido no processo avaliativo como sendo a “baixa capacidade de (re)inserção no mundo do trabalho de pessoas com deficiência e pessoas com incapacidade para o trabalho”. Sua caracterização é evidenciada por diversos indicadores que demonstram desvantagens estruturais, como o menor acesso à educação, ao trabalho e à renda, bem como o reduzido preenchimento das vagas legalmente reservadas para pessoas com deficiência e beneficiários reabilitados da previdência social em empresas com 100 ou mais empregados.

O SRP visa combater duas causas do problema identificado:

- dificuldade de acesso a tecnologias assistivas para correção, complementação ou promoção de funcionalidade; e
- baixa escolaridade e falta de qualificação profissional adequada para as vagas disponíveis.

Nesse sentido, a política oferta planejamento e preparação profissional que consideram, além do potencial laboral do beneficiário, os requisitos necessários ao exercício das profissões/ocupações e oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho. A formação profissional pode incluir o encaminhamento para cursos de qualificação, capacitação, aperfeiçoamento e atualização profissional.

Na implementação, observou-se baixa resolutividade e ausência de monitoramento sistemático. Os instrumentos de supervisão, como o Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional (BERP) e as Supervisões Técnicas, apresentam cobertura limitada e pouca capacidade de indução. A gestão da elegibilidade é centralizada na perícia médica, sem considerar de forma adequada as desigualdades sociais e territoriais. A comunicação com os beneficiários é pouco acessível e sem canais efetivos de participação social.

Constatou-se que a pesquisa de fixação não é aplicada à maior parte dos reabilitados. Mesmo quando realizada, observa-se um elevado número de campos não preenchidos,



comprometendo a avaliação dos resultados do programa. Além disso, o padrão de respostas evidencia a ausência de controles no fluxo orientador do questionário, a inexistência de regras de validação e consistência e o não aproveitamento de informações já disponíveis nos sistemas do próprio programa de Reabilitação Profissional ou no sistema de benefícios do INSS.

Estudos identificados em revisão de literatura acadêmica revelaram não apenas os efeitos do programa sobre o retorno ao trabalho, mas também os desafios estruturais e operacionais que limitam sua efetividade. Em geral, a taxa de reinserção laboral é baixa: a maioria dos estudos reporta que menos da metade dos reabilitados retorna ao mercado de trabalho, sendo comuns percentuais entre 30% e 50%. Destaca-se a pouca aderência das capacitações oferecidas às condições de saúde do assistido, ao potencial laborativo e à demanda do mercado de trabalho local, o que compromete a aplicabilidade da qualificação adquirida.

Estudos acadêmicos apontam barreiras estruturais e institucionais que limitam a efetividade do programa. A falta de articulação entre o INSS e serviços públicos como saúde, educação e intermediação de mão de obra é recorrente e compromete a reintegração dos trabalhadores.

No período de 2014 a 2024, os recursos orçamentários disponibilizados ao Programa de Reabilitação Profissional totalizaram R\$ 596,6 milhões (valores corrigidos para dez/24 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA). O comprometimento dos recursos orçamentários – empenho em relação à dotação autorizada, foi da ordem de 92% (R\$ 548,3 milhões). Os valores pagos referentes ao exercício, por sua vez, alcançaram, em média, 69% da dotação empenhada (R\$ 379,6 milhões).

Com fundamento nas evidências da avaliação, foram apresentadas propostas de aprimoramento com foco na articulação interinstitucional entre o INSS e órgãos parceiros, na reformulação do gerenciamento das informações do SRP, no aumento da capacidade de atendimento do Serviço e no fortalecimento da supervisão e monitoramento orientado a resultados.

Avanço institucional relevante foi observado no campo da governança, com a reinauguração do Comitê Gestor da Rede Intersetorial de Reabilitação Integral, pela Portaria PRES/INSS Nº 1.806, de 14 de janeiro de 2025. A iniciativa fortalece a integração e a articulação de políticas voltadas a enfrentar os desafios vividos por pessoas com restrição de funcionalidade, trabalhadores em reabilitação profissional e, especialmente, pessoas com deficiência.



Avaliação Executiva do Serviço de Reabilitação Profissional

1. Descrição Geral

1.1. Caracterização da Política

A Reabilitação Profissional é um serviço assistencial prestado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que visa proporcionar ao segurado que recebe benefício por incapacidade temporária, Pessoas com Deficiência (PcD) sem vínculo com o Instituto, entre outros casos, a aquisição de conhecimentos, habilidades e aptidões para exercício de profissão ou de ocupação, permitindo nível suficiente de desenvolvimento profissional para (re)ingresso no campo de trabalho.

A deficiência, que pode ser de natureza física, sensorial (auditiva e visual) ou intelectual, é definida pelo Decreto nº 3.298/1999 como “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”. Já o conceito de incapacidade é apresentado pelo mesmo Decreto como sendo uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa possa receber ou transmitir informações necessárias ao desempenho de suas funções ou atividades.

A habilitação ou reabilitação profissional auxilia na inclusão dos beneficiários, na medida em que oferece apoio de equipe especializada e os recursos necessários para o ingresso ou retorno ao exercício adaptado para o trabalho, como cursos profissionalizantes e treinamentos específicos, órteses e próteses, auxílio-transporte e instrumentos de trabalho, para que o trabalhador possa adquirir ou recuperar sua capacidade de exercer atividade laboral, seja na sua profissão ou em outra compatível com sua condição.

Habilitação se distingue da reabilitação por se tratar de preparação do inabilitado, em decorrência de incapacidade física adquirida ou deficiência hereditária, para o exercício laboral. Já a reabilitação pressupõe que o trabalhador teve aptidão em algum momento, mas a perdeu por motivo de enfermidade ou acidente.

A instituição da reabilitação profissional ocorreu há mais de 80 anos, por meio do Decreto-Lei nº 7.036, de 10 de novembro de 1944. Nessa época, o serviço era executado pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Atualmente, a reabilitação profissional está sob a responsabilidade do INSS, que atua neste campo desde a sua criação, em 1990.



1.2. Razões para intervenção do Estado

Os direitos das Pessoas com Deficiência e dos trabalhadores incapacitados para o trabalho estão definidos em uma série de normas. A Constituição Federal garante à Pessoa com Deficiência o direito de não ser discriminada de nenhuma forma, no que se refere a salário e critérios de admissão, e de terem sua integração à vida comunitária promovida pelos serviços de assistência social.

Um importante marco referente ao tema é a **Convenção nº 159 da Organização Internacional de Trabalho**, de 20 de junho de 1983, promulgada no Brasil através do Decreto nº 129, de 22 de maio de 1991. A Convenção define pessoas com deficiência, em seu artigo primeiro, como aquelas cujas “possibilidades de obter e conservar um emprego adequado e de progredir no mesmo fiquem substancialmente reduzidas devido a uma deficiência de caráter físico ou mental devidamente comprovada”. Segundo a Convenção, a finalidade da reabilitação profissional deve ser a de “permitir que a pessoa deficiente obtenha e conserve um emprego e progrida no mesmo, e que se promova, assim a integração ou reintegração dessa pessoa na sociedade”.

Em 2015, ocorreu a promulgação da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência ou **Estatuto da Pessoa com Deficiência** (Lei nº 13.146). Conforme o Estatuto, o processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência, tendo por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades aptidões físicas, cognitivas, sensórias, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da PcD e sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

A lei define que equipe multiprofissional deverá indicar “programa de habilitação ou de reabilitação que possibilite à pessoa com deficiência restaurar sua capacidade e habilidade profissional ou adquirir novas capacidades e habilidades de trabalho”. Por fim, o §2º do artigo 36 Lei nº 13.146/2015 estabelece que a habilitação profissional corresponde ao processo destinado a propiciar à pessoa com deficiência a aquisição de conhecimentos, habilidades e aptidões para exercício de profissão ou de ocupação, permitindo nível suficiente de desenvolvimento profissional para ingresso no campo de trabalho.

No que concerne à Reabilitação Profissional, o artigo 36 da Lei nº 13.146 determina que o poder público deve implementar serviços e programas completos de habilitação profissional e de reabilitação profissional para que a pessoa com deficiência possa ingressar, continuar ou retornar ao campo do trabalho, respeitados sua livre escolha, sua vocação e seu interesse.

Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) para o desenvolvimento sustentável traz referências específicas quanto às pessoas com deficiência no que se refere ao acesso ao emprego, com produtividade e igual remuneração, no oitavo objetivo (Trabalho decente e crescimento econômico), mais especificamente na meta 8.5: “Até 2030, alcançar o emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todas as mulheres e homens, inclusive para os jovens e as pessoas com deficiência, e remuneração igual para trabalho de igual valor” (ONU, 2023).



1.3. Base Legal

O Serviço de Reabilitação Profissional (SRP) é definido pelos artigos 89 a 93 da Lei nº 8.213/1991 e regulamentado pelos artigos 136 a 141 do Decreto nº 3.048/1999 (**Regulamento da Previdência Social-RPS**).

O Decreto nº 3.048/1999 determina que a assistência (re)educativa e de (re)adaptação profissional deve ser fornecida aos beneficiários em caráter obrigatório, independentemente de carência, e que cabe ao INSS promover esse serviço, mediante a celebração de convênio de cooperação técnico-financeira.

Vale ressaltar que a Lei nº 8.213/1991 estabelece a obrigatoriedade do processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade para o segurado em gozo de benefício por incapacidade temporária, que é concedido a trabalhadores temporariamente impossibilitados de trabalhar por questões de saúde.

A Lei nº 8.213/1991, conhecida como “**Lei das Cotas**”, também institui um importante instrumento para a efetividade da política. A lei estabelece que a empresa que conta com 100 ou mais empregados está obrigada a reservar vaga de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos para beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência. As proporções variam de acordo com o número de empregados: de 100 a 200, a reserva legal é de 2% de 201 a 500, de 3%, de 501 a 1.000, de 4% e acima de 1.001, de 5%. Concluído o treinamento, no âmbito do Serviço de Reabilitação Profissional do INSS, o trabalhador poderá ser contratado para o preenchimento dessas vagas.

A execução orçamentária do SRP é feita por meio da Ação “**2585 - Serviço de reabilitação profissional**”, que está vinculada ao Plano Plurianual (PPA) 2024-2027 por meio do Programa “**2314 - Previdência Social: Promoção, Garantia de Direitos e Cidadania**”. O PPA é o instrumento legal que estabelece as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal em uma perspectiva de médio prazo. O Programa 2314 é um programa finalístico que tem como Objetivo Geral “Assegurar o Acesso à Previdência Social, Melhorando a Prestação dos Serviços, Ampliando a Cobertura Previdenciária, Promovendo a Equidade, a Sustentabilidade e o Fortalecimento dos Regimes, para Garantia da Proteção Social” (Lei 14.802/2024).



2. Diagnóstico do Problema

2.1. Contextualização e histórico da criação do IGD

A primeira etapa da avaliação executiva de políticas públicas é o diagnóstico do problema, que consiste na caracterização do problema enfrentado, do público-alvo de intervenção da política e na identificação de suas causas e consequências.

O Guia prático de análise *ex-post* (2018) orienta que, caso esse diagnóstico tenha sido realizado quando da formulação da política, deve-se avaliar se aquela construção continua válida e se não houver diagnóstico formalizado, a equipe de avaliação deve desenvolvê-lo. Esse exercício é útil para que se possa compreender a importância atual da política, bem como as diretrizes para que ela possa ser mais efetiva em gerar resultados e impactos na sociedade.

2.2. Problema-alvo da intervenção

O problema é a situação ou condição negativa que a intervenção pública visa mitigar ou solucionar. Inicialmente, procura-se mapear o problema-alvo em documentos oficiais da formulação da política. No caso da Reabilitação Profissional, de acordo com informações dos gestores da política, não há registro nos documentos do INSS de estudos sobre o problema-alvo da intervenção. Nos normativos da política, também não foi possível identificar, de forma clara, menção ao problema a ser enfrentado pela Reabilitação Profissional. O que a legislação apresenta, de forma explícita, é a finalidade da política, conforme mostrado a seguir:

Art. 89. A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive.

Parágrafo único. A reabilitação profissional compreende:

a) o fornecimento de aparelho de prótese, órtese e instrumentos de auxílio para locomoção quando a perda ou redução da capacidade funcional puder ser atenuada por seu uso e dos equipamentos necessários à habilitação e reabilitação social e profissional;

(Lei nº 8.213/1991)

Tendo como ponto de partida o que diz as normas sobre o tema, o problema público foi discutido em Oficina mediada por facilitador da ENAP, realizada no dia 29/11/2024, que contou com a participação de servidores do INSS e dos executores da avaliação. Com resultado, chegou-se à seguinte definição do problema público a ser enfrentado pela Reabilitação Profissional:



PROBLEMA: Baixa capacidade de (re)inserção no mundo do trabalho de pessoas com deficiência e pessoas com incapacidade para o trabalho.

Definido o problema central da política, é necessário fazer o levantamento dos indicadores que podem ser utilizados para quantificar ou caracterizar o problema. No caso da população com deficiência, os dados mais recentes são do módulo Pessoas com Deficiência da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNADc do 3º trimestre de 2022.

Nessa pesquisa, os tipos de dificuldades funcionais captados foram: para enxergar, mesmo usando óculos ou lentes de contatos; para ouvir, mesmo usando aparelhos auditivos; para andar ou subir degraus; para levantar uma garrafa com dois litros de água da cintura até a altura dos olhos; para pegar objetos pequenos ou abrir e fechar recipientes; para aprender, lembrar-se das coisas ou se concentrar; para realizar cuidados pessoais; e para se comunicar, compreender e ser compreendido.

Os resultados da pesquisa, mostrados na Tabela 1, revelam que existiam 18,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência no Brasil em 2022, o que corresponde a 8,9% da população. Desse quantitativo, **57,7% eram mulheres e 42,3%, homens**. Relativamente à cor ou raça, **56,6% das pessoas com deficiência se autorreconheceram da cor parda ou preta e 42,2% da cor branca**.

O grupo com maior incidência de pessoas com deficiência foi o de mulheres indígenas (11,8%) e pretas (11,1%), enquanto entre os homens a incidência foi de 7,4% entre os de cor branca e de 7,9% e 7,8% entre os de cor parda e preta, respectivamente.

A pesquisa também mostrou que o percentual de pessoas com deficiência cresce com a idade, uma vez que está associada às perdas de funcionalidades do corpo com o envelhecimento. 47,1% das pessoas com deficiência tinham 60 anos ou mais. Entre as pessoas sem deficiência, esse grupo etário representou apenas 12,5%. Entre 20 e 59 anos, existiam aproximadamente 8 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 6,6% da população nessa faixa etária (Gráfico 1).

No que se refere à distribuição geográfica (Gráfico 2), o Nordeste, com 5,8 milhões de pessoas com deficiência, foi a Região que teve a maior incidência, com 10,3% da população. As demais Regiões tiveram percentuais próximos entre si: Sudeste (8,2%), Norte (8,4%), Centro-Oeste (8,6%) e Sul (8,8%).

Em termos absolutos, como mostrado no Gráfico 3, a região com o maior número de pessoas com deficiência foi a Região Sudeste, com 7,2 milhões de pessoas (39% do total), seguida da Região Nordeste (31%) e Sul (14%).

A pesquisa também mostrou a desigualdade educacional entre as pessoas com deficiência e as demais pessoas. A taxa de analfabetismo no Brasil para as pessoas de 15 anos ou mais de idade sem deficiência é de 4,1%, sendo que para o grupo de pessoas com deficiência, essa taxa sobe para 19,5%. Já o percentual de pessoas com 25 anos ou



mais que concluíram a educação básica obrigatória (no mínimo o ensino médio) foi de 25,6% para as pessoas com deficiência e de 57,3% para as pessoas sem deficiência. Em relação ao nível superior, a taxa de conclusão das pessoas com deficiência foi de apenas 7,0% contra 20,9% para as pessoas sem deficiência (Gráfico 4).

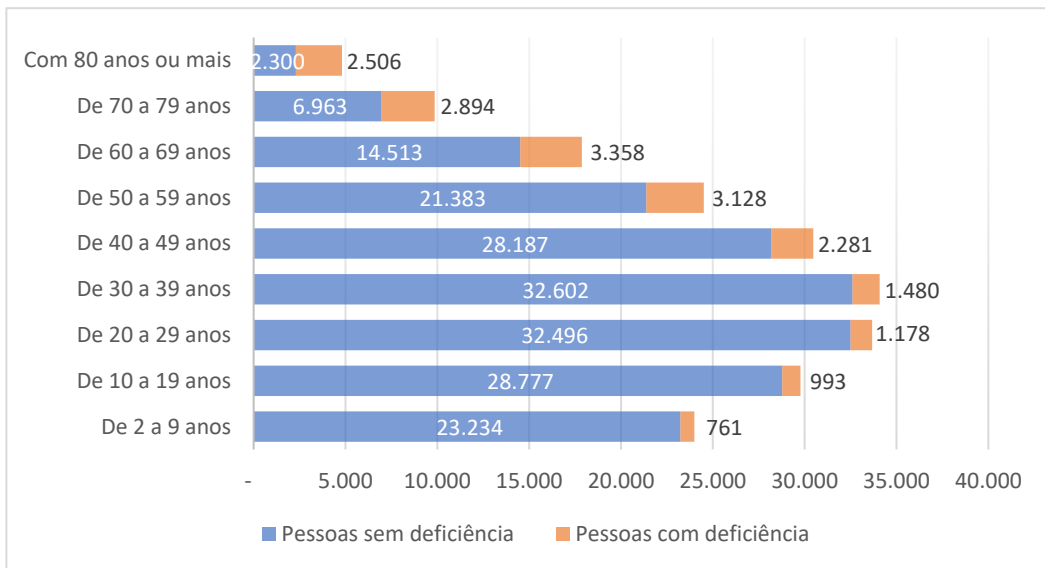
Tabela 1 – Pessoas com 2 anos ou mais por sexo e cor ou raça e por existência de deficiência (mil)

<i>Sexo Cor ou raça</i>	<i>Pessoas sem deficiência</i>	<i>Pessoas com deficiência</i>		<i>Incidência de pessoas com deficiência</i>
Homem	94.141	7.858	42,30%	7,70%
Branca	39.899	3.210	17,30%	7,40%
Preta	10.024	870	4,70%	7,80%
Amarela	624	50	0,30%	7,40%
Parda	43.211	3.690	19,90%	7,90%
Indígena	357	36	0,20%	9,20%
Ignorado	26	2	0,00%	7,10%
Mulher	96.314	10.721	57,70%	10,00%
Branca	42.147	4.630	24,90%	9,90%
Preta	9.665	1.208	6,50%	11,10%
Amarela	776	79	0,40%	9,20%
Parda	43.291	4.747	25,60%	9,90%
Indígena	410	55	0,30%	11,80%
Ignorado	25	2	0,00%	7,40%
Total	190.455	18.579	100%	8,90%

Fonte: Módulo Pessoas com Deficiência da PNADc 3º trimestre/2022. Elaboração própria.

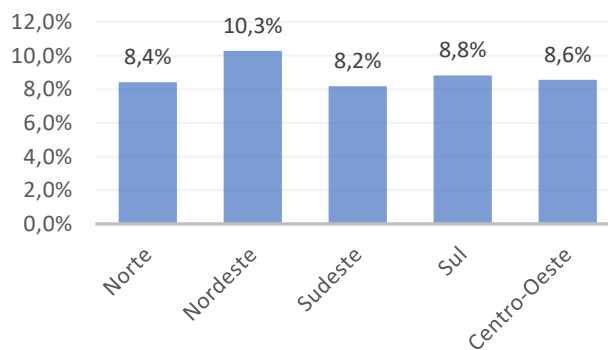


Gráfico 1 – Distribuição de pessoas com 2 anos ou mais por grupos de idade segundo a existência de deficiência (mil)



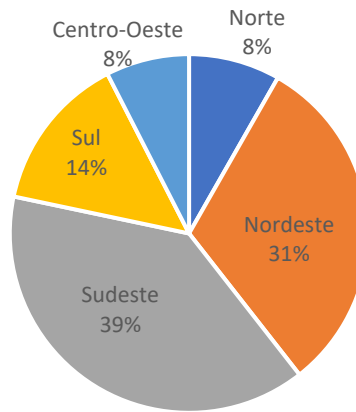
Fonte: Módulo Pessoas com Deficiência da PNADc 3º trimestre/2022. Elaboração própria.

Gráfico 2 – Incidência de pessoas com deficiência por região (%)



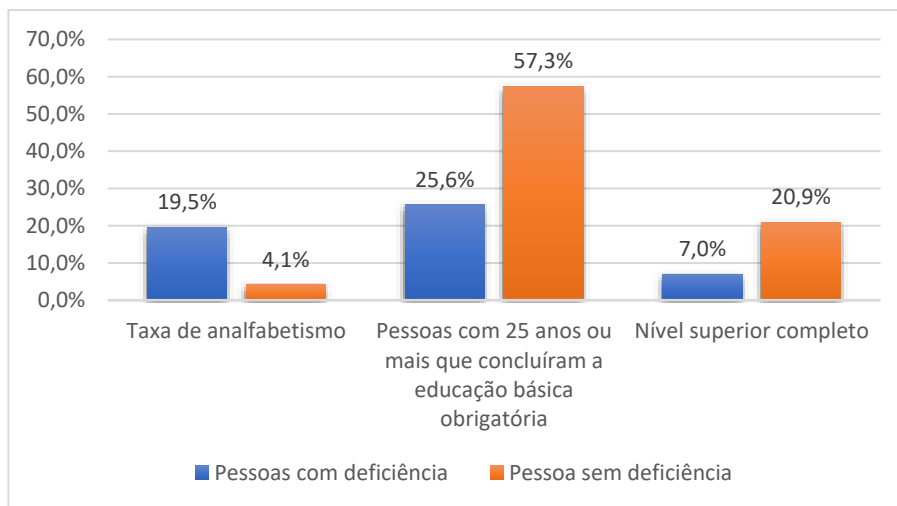
Fonte: Módulo Pessoas com Deficiência da PNADc 3º trimestre/2022. Elaboração própria.

Gráfico 3 – Distribuição geográfica da população com deficiência (%)



Fonte: Módulo Pessoas com Deficiência da PNADc 3º trimestre/2022. Elaboração própria.

Gráfico 4 – Nível de instrução por condição de deficiência (%)



Fonte: Módulo Pessoas com Deficiência da PNADc 3º trimestre/2022. Elaboração própria.

Na força de trabalho, as pessoas com deficiência também estão menos presentes em relação àquelas que não têm deficiência, conforme os dados da PNAD apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Dados estruturais do mercado de trabalho por condição de deficiência (mil)

	Pessoas sem deficiência	Pessoas com deficiência
Pessoas em idade de trabalhar	156.006	17.452
Pessoas ocupadas	94.630	4.639
Pessoas desocupadas	8.997	463
Pessoas fora da força de trabalho	52.379	12.350



Fonte: Módulo Pessoas com Deficiência da PNADc 3º trimestre/2022

Em 2022, o total de pessoas com deficiência em idade de trabalhar era de 17,5 milhões, o equivalente a cerca de 10% do total da população com 14 anos ou mais de idade. Porém, apenas 5,1 milhões estavam de fato na força de trabalho. A taxa de participação para pessoas com deficiência (29,2%) era menos da metade do que entre as pessoas sem deficiência (66,4%). Esse indicador mede o engajamento no mercado de trabalho, ou seja, as pessoas empregadas e as que estavam procurando emprego.

O nível de ocupação, que mede o percentual de pessoas ocupadas em relação às pessoas em idade de trabalhar, também era menor para Pessoas com Deficiência (26,6%) em relação às pessoas sem deficiência (60,7%).

O Módulo Pessoas com Deficiência da PNADc do 3º trimestre/2022 também revelou que o rendimento médio real habitualmente recebido por mês relativo ao trabalho principal das pessoas com deficiência (R\$1.860) foi o equivalente a 69% do rendimento médio das pessoas sem deficiência que era de R\$ 2.690, em 2022.

Esses dados demonstram como as pessoas com deficiência têm menos acesso à educação, ao trabalho e à renda, reflexo da desigualdade de condições e oportunidades de estudo, de qualificação profissional e para o ingresso no mundo do trabalho desse grupo populacional.

2.3. Árvore do problema

A árvore do problema é um diagrama que apresenta o problema identificado no centro e, abaixo dele, as causas que o promovem e a relação entre elas e, acima, os efeitos negativos provocados por ele.

A figura a seguir apresenta a Árvore de Problema do Serviço de Reabilitação Profissional desenvolvida em oficina no dia 6/12/2024, com a participação dos avaliadores e dos gestores da política.

Figura 1 – Árvore do Problema



2.4.1. Barreiras de acessibilidade e de comunicação

O Estatuto da Pessoa com Deficiência define barreiras como sendo “qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros” (artigo 3º, inciso IV, da Lei 13.146/15). Essas barreiras podem ser de vários tipos: urbanísticas, arquitetônicas, nos transportes, nas comunicações e na informação, além de barreiras atitudinais e tecnológicas.

Barreiras urbanísticas e nos transportes dificultam a realização de deslocamentos das pessoas com deficiência, prejudicando o acesso tanto à educação formal e qualificação profissional quanto ao mundo do trabalho. Essas barreiras estão relacionadas principalmente a espaços urbanos pouco seguros e amigáveis e a sistemas de mobilidade urbana que desconsideram as necessidades dessa parcela da população.

Barreiras arquitetônicas e de comunicação são encontradas em empresas que não estão adequadamente preparadas para receber PcDs como funcionários. Isso inclui não somente a falta de acessibilidade física, como rampas de acesso, banheiros adaptados e sinalizações apropriadas, mas também o despreparo dos gestores e colegas de trabalho para lidar com a diversidade. As barreiras de comunicação são vivenciadas por pessoas com deficiências que afetam a audição, fala, leitura, escrita e/ou compreensão, e que usam formas particulares de comunicação.

Nesse sentido, o uso de tecnologias assistivas, tais como órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e acessórios, é fundamental para ampliar a funcionalidade, promover autonomia e contribuir para a superação de barreiras no processo de inclusão social das pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida.

Barreiras atitudinais correspondem a atitudes ou comportamentos que impedem ou prejudicam a participação na força de trabalho em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas. O preconceito e a pouca aceitação da diversidade derivam da falta de preparo da sociedade para interagir com as pessoas com deficiência, muitas vezes por desconhecimento das reais limitações e potencialidades dessas pessoas e do seu direito à convivência não segregada e inclusão no mundo do trabalho.

2.4.2. Benefícios assistenciais

Também é importante destacar que a Lei nº 8.742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS) garante um benefício assistencial de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência (Benefício de Prestação Continuada – BPC) que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. Para ter direito ao benefício a renda familiar per capita deve ser igual ou menor que 1/4 do salário-mínimo.



Ocorre que o receio de perder o direito ao BPC-LOAS pode ser um fator que desestimule a pessoa com deficiência a buscar sua inserção no mundo do trabalho. Entretanto, isso se deve a um desconhecimento a respeito do direito ao Auxílio Inclusão previsto no artigo 94 da Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e regulamentado pela Lei nº 14.176/ 2021.

Esse benefício da Assistência Social tem por objetivo justamente estimular e apoiar a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, pois garante ao trabalhador beneficiário do BPC-LOAS que passa a exercer atividade com renda de até 2 salários mínimos um valor mensal de $\frac{1}{2}$ salário mínimo que pode ser acumulada com a remuneração do emprego. Além disso, se a pessoa que recebe o auxílio-inclusão ficar desempregada ou não se adaptar à função, ela poderá voltar a receber o BPC-LOAS, desde que atenda aos critérios de acesso.

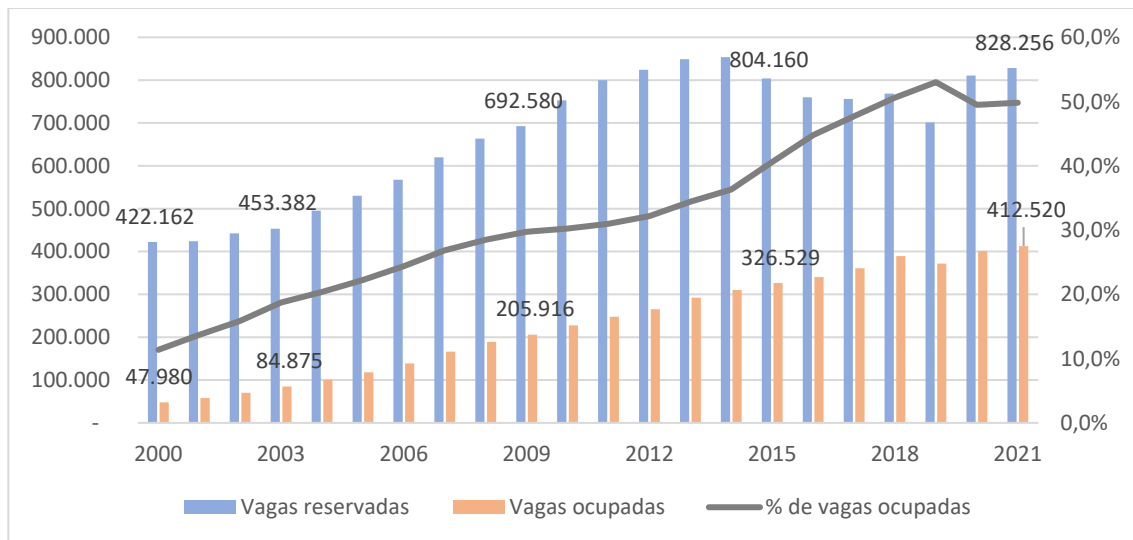
2.4.3. Dificuldade de acesso às vagas disponíveis

A dificuldade de acesso às vagas disponíveis também constitui uma causa para o problema, reflexo do descumprimento da Lei das Cotas, da baixa capacidade de intermediação da mão de obra e de questões relacionadas ao perfil dos trabalhadores.

Em relação ao cumprimento da reserva de vagas, dados do Painel de Informações e Estatísticas da Inspeção do Trabalho no Brasil, apresentados no Gráfico 5, revelam que, apesar do número de vagas ocupadas por pessoas com deficiência/reabilitados ter crescido nos últimos anos, em 2021, das 828 mil vagas reservadas, apenas 412 mil estavam ocupadas (menos de 50%).

Outra causa para o problema está relacionada à pausa na vida laboral em razão da incapacidade, o que diminui a probabilidade de reingresso no mundo do trabalho. Em muitos casos, os trabalhadores ainda apresentam dificuldades de adaptação às novas funções/atividades. A baixa escolaridade e a falta de qualificação profissional adequada para as vagas disponíveis também são fatores que dificultam o preenchimento das vagas reservadas para PcD/reabilitados pelas empresas. A taxa de analfabetismo das pessoas com deficiência é de 19,5%, enquanto apenas 25,6% concluíram o ensino médio e 7,0% a educação superior, segundo dados da PNAD de 2022 (Gráfico 4).

Gráfico 5 – Reserva legal de vagas para pessoas com deficiência e beneficiários reabilitados da previdência social (Lei n.º 8.213/91, art. 93)



Fonte: Painel de Informações e Estatísticas da Inspeção do Trabalho no Brasil¹. Elaboração própria.

A educação inclusiva é um aspecto crucial para a inserção laboral porque permite, desde a infância, o convívio entre as pessoas com deficiência e as demais. Isto restringe o preconceito e a discriminação, favorecendo a inclusão. Outro ponto a se destacar é que níveis mais elevados de escolaridade estão diretamente relacionados a remunerações mais altas, o que representa um estímulo à inserção no mundo do trabalho das pessoas que recebem o Benefício da Prestação Continuada (BPC).

A oferta reduzida de programas de formação profissional conduzidos por profissionais capazes de lidar com as limitações das pessoas com deficiência também é um fator que contribui para a baixa qualificação profissional desses trabalhadores.

A baixa capacidade de intermediação da mão de obra para (re)inserção no mundo do trabalho, por parte do Sistema Nacional de Emprego – Sine, também foi apontada como causa para o problema durante as oficinas. As seguintes atividades foram sugeridas para melhorar esse processo: I- criação de um banco de dados que identifique os reabilitados e as PcDs aptas a retornar ao mundo do trabalho; II- realização de ações de sensibilização junto ao RH das empresas promovidas pelo Sine; III- promoção de campanhas de divulgação para a população das vagas em aberto nas empresas.

2.5. Consequências do problema

Conforme as informações levantadas por gestores e avaliadores em oficinas, uma das principais consequências da baixa capacidade de (re)inserção no mundo do trabalho é a exclusão social e a marginalização das pessoas com deficiência. Outro efeito importante é a ausência de uma renda proveniente do trabalho, o que aumenta o número de

¹ Disponível em: <https://sit.trabalho.gov.br/radar/>

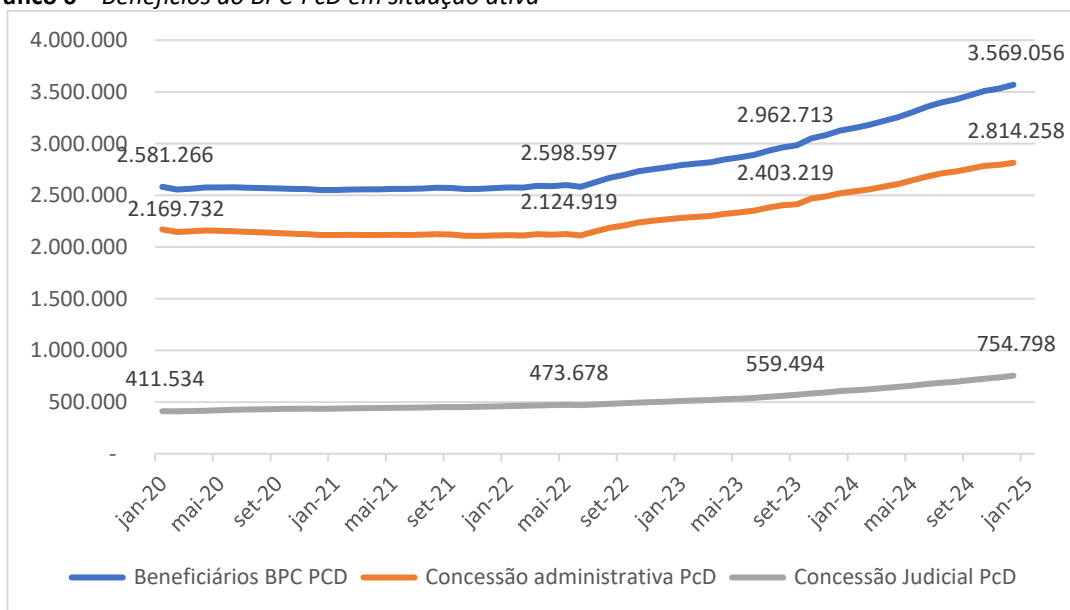
peças que dependem exclusivamente de benefícios previdenciários ou de programas governamentais de transferência de renda, como o BPC-Loas.

Vale destacar que o SRP está inserido em uma estratégia mais ampla voltada à sustentabilidade dos regimes previdenciários, buscando reduzir os impactos da incapacidade laborativa. Estudos indicam que a incapacidade para o trabalho resulta em altos e crescentes encargos socioeconômicos, que chegam a alcançar 2% da renda per capita entre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2010).

Nesse sentido, a efetividade dos serviços de habilitação e reabilitação profissional é fundamental para a redução do ônus social e econômico associado à incapacidade, assim como para a promoção de melhores condições de vida e saúde para trabalhadores com deficiências ou incapacidades.

Para ilustrar essa situação, apresenta-se no Gráfico 6 a evolução do número de beneficiários do BPC concedido a pessoas com deficiência nos últimos anos. Em dezembro de 2024, eram 3.569.056 milhões de benefícios pagos, sendo 79% oriundo de concessão administrativa e 21% oriundos de concessão judicial. Desde 2020, observa-se um aumento de 38% no número de benefícios concedidos.

Gráfico 6 – Benefícios do BPC-PcD em situação ativa



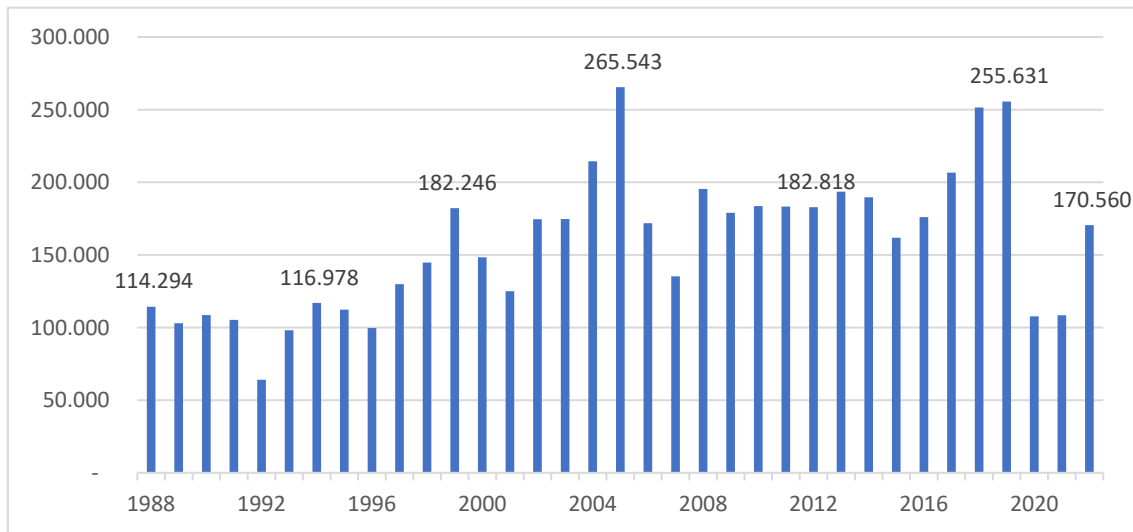
Fonte: VIS DATA 3 - Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único – SAGICAD².
Elaboração própria.

No que se refere às aposentadorias por invalidez, o Gráfico 7 apresenta o número de benefícios concedidos anualmente pelo INSS entre 1988 e 2022. Nos últimos 5 anos

² Disponível em: <https://aplicacoes.cidadania.gov.br/vis/data3/data-explorer.php>

mostrados no gráfico, foram 894 mil benefícios concedidos, o que corresponde a uma média anual de 179 mil beneficiários atendidos.

Gráfico 7 – Aposentadorias por invalidez concedidas anualmente



Fonte: INFOLOGO AEPS – Base de dados históricos da Previdência Social³. Elaboração própria.

Em relação às consequências do problema, também é importante considerar que a participação no mundo do trabalho proporciona ganhos que vão além da renda, tais como socialização, autorrespeito e identidade. Esses fatores contribuem para o bem-estar e a saúde mental do trabalhador que, mesmo tendo algum tipo de deficiência ou incapacidade, ainda está apto a exercer atividades laborais condizentes com as suas limitações.

2.6. Políticas correlatas

Um passo relevante para que a intervenção governamental seja eficaz é analisar se a política pública está sendo implementada de forma integrada e coordenada. Para isso, é necessário identificar outras políticas em curso direcionadas ao mesmo problema.

No âmbito do governo federal, existem uma série de iniciativas nas áreas da saúde, previdência social, trabalho, assistência social e educação que contribuem para a inclusão ou retorno ao mundo do trabalho de pessoas com deficiência ou com incapacidades.

O Ministério da Saúde oferta ações e serviços de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência orientados ao desenvolvimento ou ampliação da capacidade funcional e desempenho dos indivíduos. Nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) são realizados diagnósticos e tratamentos de pessoas com deficiência, além da promoção, concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas.

³ Disponível em: <https://www3.dataprev.gov.br/scripts10/dardoweb.cgi>



Conforme definição da Lei 13.146/2015, tecnologia assistiva são produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que tenham como objetivo promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social.

Ao Ministério do Trabalho e Emprego – MTE compete “estabelecer a sistemática de fiscalização, bem como gerar dados e estatísticas sobre o total de empregados e as vagas preenchidas por pessoas com deficiência e por beneficiários reabilitados da Previdência Social” (Lei nº 8.213/1991, artigo 93 §2º).

A Relação Anual de Informações Sociais – RAIS é um importante instrumento de coleta de dados do mercado de trabalho formal, sob a responsabilidade do MTE. Anualmente, todas as empresas públicas ou privadas devem declarar as relações de emprego ocorridas ao longo do ano-base com as informações sobre seus trabalhadores na RAIS, inclusive a respeito das vagas ocupadas por pessoas com deficiência ou reabilitadas.

Também gerido pelo MTE, o Sistema Nacional de Emprego – Sine constitui um serviço público de intermediação de mão-de-obra, que visa colocar trabalhadores no mercado de trabalho, por meio de vagas captadas junto a empregadores, reduzindo o tempo de espera e a assimetria de informação, tanto para o trabalhador quanto para o empregador.

2.7. Análise sobre o diagnóstico do problema

Os dados relacionados à participação no mundo do trabalho das pessoas com deficiência e reabilitados demonstram a relevância do problema-alvo da política para a sociedade brasileira e a necessidade de intervenção do Estado.

O SRP visa combater duas causas bastante relevantes para o problema identificado. A primeira é a dificuldade de acesso a tecnologias assistivas para correção, complementação ou promoção de funcionalidade, que contribuem para a superação de barreiras. A política atua para minimizar essa causa prescrevendo, concedendo, reparando ou substituindo órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e outros recursos de tecnologia assistiva (OPM/TA), quando indispensáveis ao desenvolvimento do processo de reabilitação profissional.

Como mencionado anteriormente, o Ministério da Saúde também atua para combater essa causa fornecendo tecnologias assistivas nos Centros Especializados em Reabilitação. Entretanto, não existe uma fila única para concessão de OPM/TA pelo Governo Federal, o que permite que ocorra duplicidade de concessão desses dispositivos para os segurados em programa de reabilitação profissional.

A segunda causa na qual a política visa interferir é a baixa qualificação profissional das PcDs e pessoas com incapacidades/limitações. Esse fato deriva em boa parte da dificuldade de acesso à educação de qualidade e a cursos de qualificação adequados, no território do beneficiário.



Nesse sentido, a política oferta o planejamento e a preparação profissional que consideram, além do potencial laboral do beneficiário, os requisitos necessários ao exercício das profissões/ocupações e oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho. A formação profissional pode incluir o encaminhamento para cursos de qualificação, capacitação, aperfeiçoamento e atualização profissional.

Já o problema da baixa capacidade de intermediação da mão de obra para (re)inserção no mundo do trabalho, indicado na Árvore de Problemas, está fora do campo de atuação do INSS. Isso porque o processo de Reabilitação Profissional cessa com a emissão do certificado individual indicando a função para a qual o reabilitando foi capacitado profissionalmente, não constituindo obrigação da previdência social a manutenção do segurado no mesmo emprego ou a sua colocação em outro para o qual foi reabilitado.

Conforme citado na seção anterior, existem políticas públicas geridas pelo Ministério do Trabalho e Emprego que buscam combater esse problema. A integração entre essas políticas seria fundamental para melhorar os impactos do programa, no que se refere ao retorno do reabilitado ao mundo do trabalho. Nesse sentido, o compartilhamento de informações dos segurados reabilitados pelo Programa para o cadastro junto ao SINE seria importante para fomentar o preenchimento da reserva legal de vagas para PcD estabelecida pela Lei nº 8.213/1991.

Fica claro que o desempenho e a efetividade do processo de reabilitação profissional são altamente influenciados por outras políticas públicas das áreas de saúde, educação, trabalho e assistência social, o que requer uma efetiva coordenação das políticas para o atendimento das diversas necessidades dos trabalhadores PcD e com incapacidades/limitações.

Vale destacar que a **Rede Intersectorial de Reabilitação Integral** representa uma importante iniciativa em curso nesse sentido. Essa rede busca integrar e articular políticas de saúde, previdência social, trabalho, assistência social e educação com a finalidade de encontrar soluções para os diferentes problemas enfrentados por pessoas com restrição de funcionalidade, por trabalhadores em reabilitação profissional e, em especial, por pessoas com deficiência.

O Comitê Gestor da Rede, instituído pelo Decreto nº 8.725, de 20216 e reinaugurado pela Portaria PRES/INSS Nº 1.806, de 14 de janeiro de 2025, tem como objetivos coordenar e integrar políticas públicas voltadas à reabilitação integral de pessoas com deficiência e com incapacidades; promover a integração de esforços entre diferentes áreas de governo; garantir acesso a direitos fundamentais; e fortalecer a inclusão no mercado de trabalho. Compõem o Comitê os ministérios da Saúde, da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Trabalho e Previdência Social e Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos; além do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).



3. Desenho da Política

O desenho de uma política define a sua forma de funcionamento nos planos lógico - isto é, a teoria em que a política se baseia- e prático, ao especificar como ela é implementada. Uma política bem formulada delimita os resultados esperados e prevê o desenvolvimento de atividades que façam sentido para alcançar os objetivos. É preciso que haja uma sequência lógica interna, com relações de causa e efeito entre cada fase da intervenção.

Os insumos utilizados – financeiros, humanos e físicos – devem ser adequados para desenvolver as atividades, que geram os produtos ou serviços oferecidos, os quais, por sua vez, devem levar aos resultados e, em última instância, aos impactos de longo prazo.

Vale destacar que art. 137 do Regulamento da Previdência Social estabelece que o processo de habilitação e de reabilitação profissional do beneficiário deve ser desenvolvido por meio de quatro funções básicas: I- avaliação do potencial laborativo; II- orientação e acompanhamento da programação profissional; III- articulação com a comunidade; e IV- acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho.

Ainda segundo o que dispõe o §1º e o §1ºA do art. 137, a execução dessas funções básicas deve ser feita por meio do trabalho de equipe multiprofissional especializada, enquanto a avaliação da elegibilidade do segurado para encaminhamento à reabilitação profissional e a prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e acessórios são de competência da Perícia Médica Federal.

As condições sociais e profissionais do beneficiário são avaliadas, incluindo, além de suas estruturas corporais, o ambiente em que está inserido, sua moradia, bairro, acesso a transporte público, vias, distância, acesso a equipamentos de saúde, rede de apoio social e familiar, e como o beneficiário se relaciona com esses aspectos e a interação entre eles. Procura-se compreender o que é possível viabilizar, minimizar ou modificar para que o beneficiário tenha viabilizada a sua participação no mundo do trabalho e no meio em que vive, fortalecendo o mesmo para superação das barreiras, sejam elas ambientais, atitudinais e ou pessoais.

Concluído o processo de Reabilitação Profissional, o INSS emite certificado individual indicando a função para a qual o reabilitado foi capacitado profissionalmente, estando este apto à contratação pela reserva de vaga para pessoa com deficiência ou beneficiário reabilitado da Previdência Social, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213/1991 (“Lei das Cotas”).

Também cabe frisar que a emissão do certificado cessa o processo de reabilitação profissional, não constituindo obrigação da previdência social a manutenção do segurado no mesmo emprego ou a sua colocação em outro para o qual foi reabilitado (Art. 140 §1º do RPS).



3.1. Insumos

Insumos são os recursos do setor público utilizados pela intervenção, incluindo recursos financeiros, equipamentos, equipe e infraestrutura, necessários para realizar as atividades previstas. No caso da Reabilitação Profissional, os principais insumos identificados foram:

3.1.1. Normativos

- Lei nº 8.213/1991 - Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.
- Decreto nº 3.048/1999 - Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências.
- Portaria DIRBEN/INSS nº 999/2022 - Aprova as Normas Procedimentais em Matéria de Benefícios.
- Instrução Normativa PRES/INSS nº 128/2022 - Disciplina as regras, procedimentos e rotinas necessárias à efetiva aplicação das normas de direito previdenciário.

3.1.2. Sistemas de informação

- SABI - Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
- SAG Gestão - Sistema de Agendamento eletrônico das atividades de Reabilitação Profissional
- APWEB - Sistema de Emissão de Autorização de Pagamento a beneficiários relativo a diárias, passagens, alimentação e/ou transporte
- SAPD - Sistema de Armazenamento de Processos Digitalizados
- GET/PAT - Sistema de Gerenciamento de Tarefas
- PMF-AGENDA - Sistema para agendamento de perícias médicas

3.1.3. Recursos humanos

- Médicos Peritos: a Perícia Médica Federal é responsável por avaliar a elegibilidade do segurado para encaminhamento à reabilitação profissional, reavaliar a incapacidade de segurados em programa de reabilitação profissional e prescrever órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e acessórios.
- Equipe multidisciplinar especializada: equipe de atendimento da Reabilitação Profissional, constituída por profissionais de nível superior ou Analistas do Seguro Social com formação nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Sociologia, Pedagogia e áreas afins.
- Profissional de Referência (PR): profissional que atua na condução do processo de Reabilitação Profissional, avaliando, informando,



orientando e acompanhando os reabilitandos encaminhados ao Serviço.

- Técnicos do Seguro Social: o Serviço também conta com Técnicos do Seguro Social para as atividades administrativas de suporte.

3.1.4. Estrutura física

- Agências da Previdência Social: o atendimento aos beneficiários durante o processo da Reabilitação Profissional é feito nas Agências da Previdência Social – APSSs.

3.1.5. Recursos financeiros

Recursos do Orçamento Geral da União: o Serviço é financiado por meio dos gastos diretos, com dotações consignadas no Orçamento Geral da União na Ação 2585 - Serviço de reabilitação profissional. Os recursos são utilizados para a aquisição de recursos materiais, implemento profissional e instrumentos de trabalho; pagamento de taxas de inscrição e mensalidades de cursos profissionalizantes; e deslocamento de servidores para atendimentos diretos à população e visitas técnicas.

3.2. Processos

Processos são ações que produzem bens e serviços com os quais se procura atacar as causas do problema. Conforme a estrutura e a organização legal do Serviço de Reabilitação Profissional no INSS, podemos dividir as ações realizadas no âmbito da política em quatro processos distintos:

3.2.1. Concessão de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e outros recursos de tecnologia assistiva

A concessão de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e outros recursos de tecnologia assistiva - OPM/TA pelo serviço de Reabilitação Profissional do INSS tem por objetivo a manutenção ou o retorno ao mercado de trabalho do beneficiário.

Próteses são substitutos de membros perdidos decorrente de acidente ou doença e órteses são suportes, como aparelhos auditivos e bengalas, que auxiliam o trabalhador a se readaptar ao trabalho.

As OPM/TA têm como objetivo ampliar a funcionalidade e proporcionar maior autonomia para a pessoa com deficiência, contribuindo para a superação de barreiras.

- Avaliar e prescrever a concessão de OPM/TA



A avaliação e a prescrição de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e outros recursos de tecnologia assistiva é de competência da Perícia Médica Federal.

- Acompanhar a concessão de OPM/TA

Cabe à equipe de Reabilitação Profissional o acompanhamento periódico dos casos de concessão desses recursos, desde o requerimento até a finalização do processo, e ainda, o acompanhamento referente à utilização dos equipamentos, de acordo com o prazo de garantia de cada produto

3.2.2. Avaliação do Potencial Laborativo

A Avaliação do Potencial Laborativo é o primeiro momento de atendimento aos beneficiários e visa definir a real capacidade de retorno de segurados ao trabalho. Compreende as seguintes ações:

- Avaliar a elegibilidade do beneficiário para o Programa de Reabilitação Profissional.

A elegibilidade por parte da perícia médica ocorre quando o perito identifica que o beneficiário é insuscetível de recuperação para a sua atividade habitual, porém reúne condições de ser inserido no serviço de Reabilitação Profissional.

Nos casos em que o encaminhamento não for proveniente de exame médico-pericial, deverá ser agendada, junto à Perícia Médica Federal, a Avaliação de Elegibilidade.

- Realizar a avaliação socioprofissional dos beneficiários encaminhados.

A avaliação socioprofissional, realizada pelo Profissional de Referência, tem como objetivo conhecer o trabalhador no contexto em que se insere, sua história laboral, entender a maneira como o adoecimento impacta em sua funcionalidade, as barreiras, os facilitadores e os recursos disponíveis naquele território. A avaliação considera a ocupação do beneficiário, histórico de afastamentos do trabalho, suas experiências profissionais prévias e sua qualificação profissional obtida por cursos e treinamentos, bem como avalia o interesse e o grau de motivação do mesmo frente ao cumprimento do programa.

- Emitir prognóstico conclusivo

Ao final desta etapa, deve ser emitido um prognóstico conclusivo em relação ao cumprimento do Programa de Reabilitação Profissional.

Nos casos em que for constada a inviabilidade de reabilitação, o profissional de referência do INSS dará seu parecer encaminhando-o para nova avaliação pericial a fim de verificar a possibilidade de aposentadoria por invalidez.



3.2.3. Orientação e Acompanhamento do Programa de Reabilitação Profissional

É nessa etapa que o beneficiário, cujo potencial laborativo para retornar em nova função foi reconhecido, iniciará de fato as diversas atividades necessárias para que possa voltar ao trabalho na condição de reabilitado. As principais ações dessa fase são listadas a seguir:

- Definir o planejamento para o Projeto Singular de Reabilitação Profissional (PSRP).

O Projeto Singular é o instrumento de planejamento do Programa de Reabilitação Profissional, definido pelo Profissional de Referência, em conjunto com o reabilitando, estabelecendo as intervenções necessárias para o retorno ao trabalho.

- Estabelecer contato com a empresa de vínculo do beneficiário

No caso dos beneficiários com vínculo empregatício, o treinamento pode ser feito na própria empresa de vínculo. Cabe ao Profissional de Referência avaliar a compatibilidade e a pertinência da função proposta pela empresa, e verificar se contempla os objetivos do PRP em proporcionar os meios para reingresso no mercado de trabalho.

- Encaminhar os beneficiários para treinamentos adequados ao que se estabeleceu no PSRP.

Caso a função proposta pela empresa seja considerada compatível, o Profissional de Referência deve providenciar o encaminhamento do beneficiário para a capacitação/treinamento para a nova função/atividade na empresa, com documentos para acompanhamento da frequência e avaliação de desempenho/resultado, que serão preenchidos pelo responsável que acompanhará a ação.

Nos casos de beneficiários sem vínculo, ou quando não foi possível identificar uma função compatível na empresa de vínculo, o treinamento ou capacitação profissional será feito em empresas parceiras, com ou sem Acordo de Cooperação Técnica.

- Encaminhar os beneficiários para cursos de formação profissional. O Profissional de Referência, em conjunto com o beneficiário, define proposta de formação profissional por meios de cursos de qualificação que proporcionem os meios necessários para a (re)inserção no mercado de trabalho e no contexto em que vive. Esses cursos podem ser acessados por meio de gratuidade na comunidade, acordos e parcerias ou adquiridos pelo INSS.

- Encaminhar os beneficiários para melhoria de escolaridade.

A melhoria de escolaridade objetiva a ampliação das possibilidades de reinserção no mundo do trabalho e para fins de posterior encaminhamento para capacitação em cursos de formação profissional ou treinamento.

- Solicitar recursos materiais para cumprimento da capacitação/treinamento



O Profissional de Referência solicita os recursos materiais necessários (auxílio transporte, auxílio alimentação, diárias, cursos, implemento profissional), conforme o planejamento do PRP e providencia o devido encaminhamento.

- Acompanhar e monitorar o beneficiário durante o Programa de Reabilitação Profissional.

O beneficiário é acompanhado durante todo o processo de Reabilitação Profissional, para verificação da frequência, análise de intercorrências e devidos encaminhamentos, e replanejamento do Projeto Singular, quando necessário.

Nos casos em que o segurado estiver em gozo de auxílio por incapacidade, o benefício estará mantido até que se conclua o PRP, estando a cargo da Equipe de Reabilitação Profissional o monitoramento permanente dos casos.

- Homologar o processo de Habilitação e Reabilitação Profissional. O Programa de Reabilitação deve ser finalizado quando houver elementos para que se considere que o beneficiário está apto para o retorno ao trabalho do ponto de vista socioprofissional. Nesses casos, o INSS emite certificado individual, indicando a função para a qual o reabilitado foi capacitado profissionalmente.

- Realizar pesquisa de fixação no mercado de trabalho

A pesquisa da fixação no mercado de trabalho é feita com os beneficiários desligados do Programa de Reabilitação Profissional para retorno ao trabalho, com emissão de certificado, 14 meses após o desligamento e tem como finalidade comprovar a efetividade do processo de reabilitação profissional.

- Elaborar Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional

Os dados registrados no processo de atendimento na Reabilitação Profissional e as informações referentes à concessão de recursos materiais compõem o Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional que é a fonte de dados oficiais do serviço de Reabilitação Profissional do INSS para fins gerenciais, divulgação e prestação de contas do serviço,

3.2.4. Articulação com a comunidade

A articulação com a comunidade é uma das funções básicas da RP, com vistas ao levantamento da oferta do mercado de trabalho, ao direcionamento da programação profissional e à possibilidade de reingresso do reabilitando no mercado formal.

- Firmar acordos ou convênios de cooperação técnica, contratos e parcerias com entidades públicas ou privadas

A melhoria do nível de escolaridade, o treinamento profissional e a participação em cursos profissionalizantes dos beneficiários são viabilizados mediante Acordos ou Convênios de cooperação técnica, contratos e parcerias com entidades públicas ou privadas.



O atendimento de Pessoas com Deficiência não vinculadas ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS é feito por meio de Acordos firmados entre o INSS e instituições que auxiliam pessoas com deficiência.

3.3. Produtos

Produtos são os bens ou serviços resultantes de um processo, ou seja, as entregas que a política pública faz para atacar as causas do problema e gerar resultados, a partir dos recursos disponíveis.

Os produtos identificados como resultantes dos processos do Serviço de Reabilitação Profissional foram:

- Tecnologias assistivas prescritas e entregues, como órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção

A concessão de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e outros recursos de tecnologia assistiva tem por objetivo a manutenção ou o retorno ao mercado de trabalho do beneficiário.

- Prognóstico da Avaliação do Potencial Laborativo emitido

Na conclusão da Avaliação do Potencial Laborativo, o Profissional de Referência registra o prognóstico conclusivo em relação ao cumprimento do PRP apresentando as justificativas que embasam a decisão.

- Projeto singular de reabilitação profissional definido

O Projeto Singular é o instrumento de planejamento do Programa de Reabilitação Profissional que estabelece as intervenções necessárias para o retorno do beneficiário ao trabalho.

- PcD e pessoas com incapacidades com escolaridade elevada, treinadas e/ou capacitadas profissionalmente

A programação profissional para o desempenho de uma nova função pode ser desenvolvida por meio da melhoria de escolaridade, cursos de aprendizagem, profissionalizantes e técnicos ou treinamento prático nas empresas de vínculo ou empresas parceiras.

- Recursos materiais concedidos (auxílio alimentação, transporte, diárias e passagens)

O INSS fornece recursos materiais para o pagamento de despesas com o deslocamento do beneficiário de seu domicílio para atendimento nas Agências da Previdência Social, avaliações, cursos, melhoria da escolaridade e/ou treinamento em empresas ou instituições da comunidade.

- Benefício por incapacidade mantido

O pagamento do benefício por incapacidade temporário é mantido enquanto o segurado estiver cumprindo o Programa de Reabilitação Profissional, sendo encerrado ao final do processo.

- Certificados conclusão de reabilitação profissional entregues



Ao término do programa, o beneficiário receberá o Certificado de Reabilitação Profissional, comprovando que está apto a ingressar ou reingressar no mercado pela reserva de vagas para pessoas com deficiência.

- Acordos ou convênios de cooperação técnica, contratos e parcerias realizados

A melhoria do nível de escolaridade, o treinamento profissional e a participação em cursos profissionalizantes dos beneficiários são viabilizados mediante Acordos ou Convênios de cooperação técnica, contratos e parcerias com entidades públicas ou privadas.

3.4. Resultados

Resultados são os efeitos diretos sobre os indivíduos decorrentes dos produtos gerados pelas ações. Os resultados que se espera alcançar com a Reabilitação Profissional são:

- Aumento da funcionalidade para o retorno ao mundo do trabalho
O fornecimento de tecnologia assistiva para correção de deformidades ou melhora da funcionalidade; para substituição de membros ou parte destes e de aparelhos ou dispositivos que auxiliam a locomoção do indivíduo visam aumentar a funcionalidade e auxiliam na superação de barreiras para que o segurado possa retornar ao mundo do trabalho.

- Elevado o nível de qualificação profissional das PcD e pessoas com incapacidades/limitações

Um dos resultados esperados do Programa é a elevação do nível de qualificação profissional dos reabilitados, que são conduzidos para a realização de cursos e treinamentos que irão qualificá-lo para uma nova função/atividade compatível com as suas limitações, visando prepará-lo para o retorno ao mundo do trabalho.

- Elevada a capacidade de (re)inserção no mundo do trabalho das PcD e pessoas com incapacidades/limitações

Durante o planejamento do PRP são estabelecidas as intervenções necessárias para o retorno ao mundo do trabalho, considerando os aspectos pessoais o contexto em que o beneficiário está inserido.

Com isso, espera-se que, ao final do Programa, o beneficiário tenha sua capacidade de (re)inserção no mundo do trabalho aumentada a partir dos recursos planejados e recebidos durante o programa.

3.5. Impactos

Impactos, por sua vez, são mudanças esperadas no longo prazo, que culminam do conjunto de resultados alcançados da política. Esses efeitos esperados devem estar alinhados aos objetivos de última instância da intervenção, mas, em geral, estão fora de sua alçada.



- Aumento da renda de pessoas com deficiência e pessoas com incapacidades/limitações

Um dos impactos esperados com a Reabilitação Profissional é o aumento da renda das pessoas com deficiência ou pessoas com incapacidades/limitações que concluíram o Programa e tiveram o seu nível de capacitação profissional aumentado a partir dos cursos ou treinamentos executados.

- Aumento do nível de ocupação de pessoas com deficiência e pessoas com incapacidades/limitações

Outro impacto esperado é o aumento do nível de ocupação dos beneficiários que antes do ingresso no programa estavam afastados do trabalho e que retornaram para exercer atividades compatíveis com a capacitação ou o treinamento executado durante o Programa de Reabilitação.

- Diminuição das despesas com pagamento de benefícios por incapacidade

Durante o cumprimento do PRP, o beneficiário do INSS recebe o auxílio por incapacidade temporária, antes conhecido como auxílio-doença. Ao final do programa, caso o beneficiário seja considerado apto a retornar ao mundo do trabalho, o benefício é cessado.

- Aumento do número de Contribuintes da Previdência social, promovendo a sustentabilidade do sistema

Os reabilitados do Programa que foram (re)inseridos no mercado formal de trabalho se tornaram contribuintes da Previdência Social, contribuindo para a sustentabilidade do sistema.

3.6. Critérios de Elegibilidade

A análise de desenho na avaliação executiva também envolve avaliar os critérios de elegibilidade e de priorização do público-alvo do Programa, verificar se os bens e serviços ofertados atendem à demanda da sociedade e se há medidas no desenho do Programa que levam a comportamentos indesejados por parte dos envolvidos no Programa

O público-alvo do programa, conforme estabelecido nos artigos 89 e 90 da Lei nº 8.213/1991, são os segurados que estão recebendo o benefício por incapacidade temporária e que não têm como exercer a mesma atividade em que trabalhavam previamente, mas têm potencial para retornar ao trabalho, os dependentes de segurados, aposentados por invalidez e Pessoas com Deficiência.

Os encaminhamentos ao Serviço podem ocorrer por meio da Perícia Médica, o que em geral ocorre no exame de avaliação de benefício por incapacidade, por decisão judicial ou por requerimento espontâneo.

Os critérios de elegibilidade e condições para o atendimento do público-alvo estão detalhados no art. 5º da Portaria DIRBEN/INSS Nº 999, de 2022:



Art. 5º Poderão ser encaminhados para o Programa de Reabilitação Profissional:

I- o segurado em gozo de auxílio por incapacidade temporária, acidentário ou previdenciário;

II- o segurado sem carência para benefício por incapacidade temporária, incapaz para as atividades laborais habituais;

III- o segurado em gozo de aposentadoria por incapacidade permanente;

IV- o pensionista inválido;

V- o segurado em gozo de aposentadoria programada, especial ou por idade do trabalhador rural, que voltar a exercer atividade abrangida pelo Regime Geral de Previdência Social, e tenha reduzido a sua capacidade funcional em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou causa;

VI- o segurado em atividade laboral, mas que necessite de reparo ou substituição de Órteses, Próteses, meios auxiliares de locomoção e outros recursos de tecnologia assistiva (OPM/TA), desde que estes tenham sido previamente concedidos pelo INSS;

VII- o dependente do segurado; e

VIII- as Pessoas com Deficiência – PcD.

§ 1º É obrigatório o atendimento pela Reabilitação Profissional aos beneficiários descritos nos incisos I, II, III, IV, V e VI do caput.

§ 2º Fica condicionado às possibilidades administrativas, técnicas, financeiras e às características locais, o atendimento aos beneficiários relacionados aos incisos VII e VIII do caput.

§ 3º Na hipótese do inciso VIII do caput, o atendimento depende de celebração prévia de Acordos ou Convênios de Cooperação Técnica - ACT firmado entre INSS e instituições e associações de assistência às PcD.

O atendimento é obrigatório apenas para os beneficiários que estão afastados do trabalho, em benefícios por incapacidade temporária ou permanente, e para o pensionista inválido, encaminhados pela Perícia Médica Federal ou por demanda judicial.

O atendimento ao dependente do segurado e às Pessoas com Deficiência está condicionado às possibilidades administrativas, técnicas, financeiras do Instituto e às características locais. No caso das PcD, o atendimento depende ainda de celebração prévia de Acordos ou Convênios de Cooperação Técnica - ACT firmado entre INSS e instituições ou associações de assistência.

3.7. Modelo Lógico

De acordo com o Guia prático de análise *ex-post* (2018), o modelo lógico é formado por cinco componentes – insumos, processos, produtos, resultados e impactos – e exibe a



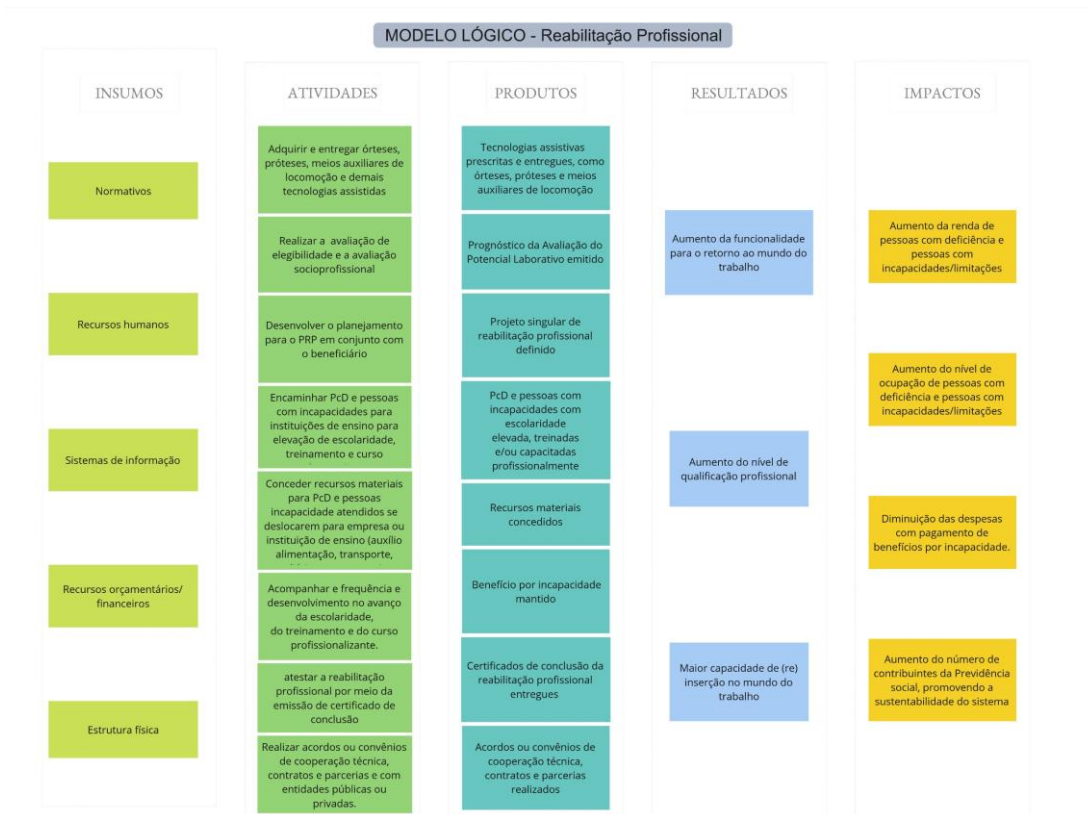
lógica causal entre eles, explicitando os mecanismos por meio dos quais visa-se obter os resultados e impactos indicados a curto, médio e longo prazos. Isso permite testar a consistência do encadeamento lógico desses componentes, orientando e identificando fragilidades para a sua execução com foco nos resultados e impactos pretendidos.

O modelo lógico permite comparar o que era esperado da política com o que se realizou com a sua execução até o momento atual. Ele também apoia a formulação de indicadores e dados a serem monitorados durante a execução da intervenção, para que se possa medir seu desempenho.

No caso do Serviço de Reabilitação Profissional, não foi identificado modelo lógico elaborado previamente, então foi construído um modelo lógico a partir das normas que regem internamente a política, durante Oficinas realizadas nos dias 13/12/2024, 17/01/2025 e 24/01/2025, que contaram com a participação dos gestores e dos avaliadores.

A Figura 2 mostra o diagrama representativo do Modelo Lógico construído para fins da avaliação executiva do Serviço de Reabilitação Profissional.

Figura 2 – Modelo Lógico do Serviço de Reabilitação Profissional



Fonte: Elaboração própria com a participação dos gestores da política e dos avaliadores.

3.8. Indicadores

Definido o Modelo Lógico, é necessário selecionar os indicadores mais relevantes para avaliar se a política está sendo executada conforme o planejado e se os resultados esperados estão sendo atingidos.

Os indicadores de insumos e atividades permitem averiguar em que medida a política conta com o que precisa para ser posta em prática e até que ponto os recursos estão sendo bem utilizados. Trata-se de indicadores que medem o grau de implementação. Indicadores de produto fornecem elementos a serem considerados para eventuais ajustes na implementação, revelando problemas nos insumos, nas atividades ou na própria teoria do programa.

Por sua vez, indicadores de resultados e impactos identificam e quantificam as mudanças ocorridas na realidade do público-alvo de um programa entre seu início e fim, permitindo a avaliação do atingimento ou não dos efeitos esperados.

3.8.1. Indicadores construídos em oficina

A Tabela 3 apresenta uma lista de possíveis indicadores para o Serviço de Reabilitação Profissional, com a respectiva associação ao atributo do modelo lógico e a fonte de dados. Essa lista de indicadores foi construída em oficina com a participação dos gestores da política e dos executores da avaliação, sendo posteriormente sistematizada e qualificada pelo Evidência Express (EvEx), da Escola Nacional de Administração Pública (Enap).

Tabela 3 – Tabela de Indicadores

<i>Componente do Modelo Lógico / Item</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fonte de dados</i>
INSUMOS		
Sistemas de informação	Número de segurados registrados no SRP	BERP e AEPS
	Métrica de estabilidade do sistema	-
Servidores do INSS das áreas administrativas	Quantidade de servidores do INSS das áreas administrativas que atendem ao PRP	Planilha INSS
Recursos orçamentários/ financeiros	Recursos orçamentários para o serviço de reabilitação profissional (Ação 2585)	SIAFI
Servidores do INSS das áreas afetas a Saúde do Trabalhador	Número de servidores do INSS das áreas afetas a Saúde do trabalhador dedicados à RP	Planilha INSS
Perícia Médica Federal	Número de médicos peritos que realizam atendimento para a RP (todos os médicos peritos atendem à RP)	Secretaria de Perícia Médica
Segurados do INSS encaminhados para o PRP	Proporção de encaminhamentos judiciais em relação ao total	BERP
PROCESSOS		
Adquirir e entregar OPM/TA	Tempo médio de espera para recebimento do recurso OPM/TA	BG INSS
Realizar a avaliação do potencial laborativo	Percentual de avaliações do potencial laborativo realizadas em relação ao número de clientes registrados	BERP e AEPS
	Quantitativo de clientes aguardando a avaliação do potencial laborativo	BERP



Desenvolver o planejamento para o PRP em conjunto com o beneficiário	Tempo médio de espera para início do programa de reabilitação profissional (atividade anterior ao projeto singular)	BG INSS
Encaminhar PcD e pessoas com incapacidades para instituições de ensino para elevação de escolaridade, treinamento e curso profissionalizante	Percentual de clientes em PRP sendo acompanhados na elevação de escolaridade, treinamento ou capacitação em relação ao número de clientes inseridos na RP	BERP
Conceder recursos materiais para PcD e pessoas incapacidade atendidos se deslocarem para empresa ou instituição de ensino (auxílio alimentação, transporte, diárias e passagens)	Percentual de clientes que receberam recursos materiais para se deslocarem em relação ao número de clientes inseridos na RP	-
Acompanhar e frequência e desenvolvimento no avanço da escolaridade, do treinamento e do curso profissionalizante	Percentual de clientes em PRP sendo acompanhados na elevação de escolaridade, treinamento ou capacitação em relação ao número de clientes inseridos na RP	BERP
Atestar a reabilitação profissional por meio da emissão de certificado de conclusão	Tempo médio de permanência em programa reabilitação profissional	BG INSS
	Percentual de beneficiários com mais de 24 meses de permanência no PRP	BG INSS
Realizar acordos ou convênios de cooperação técnica, contratos e parcerias e com entidades públicas ou privadas	Número de acordos ou convênios de cooperação técnica realizados por tipo.	Planilha INSS
PRODUTOS		
Tecnologias assistivas prescritas e entregues, como órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	Número de tecnologias assistivas prescritas e entregues dentro do prazo clínico adequado.	BG INSS
	Custo médio de OPM/TA para beneficiários do SRP	Planilha INSS
Prognóstico da Avaliação do Potencial Laborativo emitido	Percentual de clientes inseridos na RP em relação ao número de clientes registrados	BERP e AEPS
Projeto singular de reabilitação profissional definido	Percentual de clientes com Projeto Singular definido em relação aos clientes inseridos na RP	-
PcD e pessoas com incapacidades com escolaridade elevada, treinadas e/ou capacitadas profissionalmente	Percentual de clientes encaminhados para elevação de escolaridade, treinamento ou capacitação que concluíram os treinamentos e capacitações	BG INSS
Manutenção do benefício por incapacidade	Percentual de clientes em PRP que recebem o benefício por incapacidade	BERP
Certificados de conclusão da reabilitação profissional entregues	Percentual de clientes reabilitados em relação ao número de clientes inseridos em RP	BERP e AEPS
Acordos ou convênios de cooperação técnica, contratos e parcerias realizados	Percentual de pessoas atendidas pelos acordos ou convênios de cooperação técnica, contratos e parcerias em relação ao total de clientes em programa	-
RESULTADOS		
Aumento da funcionalidade para o retorno ao mundo do trabalho	Percentual de clientes que receberam OPM/TA e estavam empregados após 14 meses.	Pesquisa de fixação
Aumento do nível de qualificação profissional	Percentual de segurados encaminhados para elevação de escolaridade, treinamento ou	BG INSS



	capacitação que concluíram os treinamentos e capacitações por grau de escolaridade	
	Percentual de beneficiários que foram reabilitados na empresa de vínculo	-
	Percentual de beneficiários que foram reabilitados em empresas parceiras	-
Maior capacidade de (re) inserção no mundo do trabalho	Proporção de segurados empregados após 14 meses de RP	Pesquisa de fixação
IMPACTOS		
Aumento da renda de pessoas com deficiência e pessoas com incapacidades/limitações	Comparação entre benefícios pagos e salários recebidos pós-reabilitação	Pesquisa de fixação
Aumento do nível de ocupação de pessoas com deficiência e pessoas com incapacidades/limitações	Percentual de segurados em atividades compatíveis após 14 meses de RP	Pesquisa de fixação
Diminuição das despesas com pagamento de benefícios por incapacidade.	Economia gerada pela RP com o pagamento de benefícios por incapacidade (projeção)	BERP

Fonte: Elaboração própria com a participação dos gestores da política e dos avaliadores

As principais fontes de dados são: o Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), o Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional (BERP), a Pesquisa de Fixação, o sistema BG INSS e planilhas internas. Algumas estatísticas da Reabilitação Profissional são divulgadas no AEPS InfoLogo⁴, da Dataprev, e no sítio eletrônico de divulgação de dados estatísticos da Previdência Social e INSS⁵, Seção III - Benefícios por Incapacidade, Assistenciais e Serviços Previdenciários, Capítulo 28 - Reabilitação Profissional.

O BERP é composto pelos registros relativos ao atendimento dos beneficiários no Programa, das informações referentes à concessão de recursos materiais e das ações de articulação intersetorial e com a rede. Os Boletins de cada Gerência Executiva são a fonte de dados oficiais do serviço de Reabilitação Profissional do INSS para fins gerenciais, divulgação e prestação de contas do serviço.

O BG é um Sistema de *Business Intelligence* utilizado para o monitoramento e para a realização de consultas gerenciais do INSS. Já a pesquisa de fixação, prevista no Decreto nº 3.048/1999, ainda não foi informatizada. Além disso, o número de pesquisas realizadas nesses moldes, atualmente, é baixo e regionalizado e não considera a parcela dos trabalhadores que exercem atividade informal.

É importante reconhecer que muitas das fontes internas utilizadas para alimentar esses indicadores são alimentadas de forma descentralizada pelas equipes locais e dependem diretamente do preenchimento correto e completo dos campos, o que pode comprometer a consistência e a comparabilidade dos dados no caso desse processo não ser realizado com uniformidade. A ausência de padronização no registro, seja por falhas técnicas ou falta de capacitação, pode gerar distorções nos resultados dos indicadores. Além disso, verifica-se que, embora o SRP conte com registros administrativos

⁴ Disponível em: <https://www3.dataprev.gov.br/infologo/inicio.htm>

⁵ Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/Dados-estatisticos-previdencia-social-e-inss>

relevantes distribuídos em diferentes sistemas internos do INSS, a maior parte dos dados fundamentais para seu monitoramento permanece restrita ao acesso institucional (ENAP, 2025).

O trabalho de sistematização e qualificação dos indicadores do SRP reforça a importância de dispor de um sistema de monitoramento estruturado, capaz de apoiar a gestão e o aprimoramento da política. As análises mostraram que grande parte das informações necessárias depende de registros administrativos restritos ao INSS. Por outro lado, a incorporação de fontes públicas contribui para ampliar o uso analítico dos indicadores (ENAP, 2025).

Em relação aos possíveis indicadores, observa-se também que há lacunas no que se refere à disponibilidade de dados sobre gênero e raça o que prejudica a inclusão de dimensões voltadas à equidade e à efetividade do processo, com foco em grupos vulneráveis.

3.9. Teoria do Programa

A teoria do programa expressa a racionalidade por trás da política pública, descrevendo como a política incide sobre as causas do problema, as hipóteses consideradas entre os estágios envolvidos e os resultados e impactos esperados.

A Figura 3 apresenta a Teoria do Programa do SRP, formalizada para fins dessa avaliação executiva:

Figura 3 – Teoria do Serviço de Reabilitação Profissional





Fonte: Elaboração própria com a participação dos gestores da política e dos avaliadores.

O SRP baseia-se na hipótese de que o acesso a tecnologias assistivas, a elevação de escolaridade e/ou a qualificação profissional adequada seriam suficientes para aumentar a capacidade de (re)inserção no mundo do trabalho das pessoas com deficiência e das pessoas com incapacidade para o trabalho inseridas no Programa. O modelo lógico estruturado para a política também parte da premissa de que há oferta de vagas para treinamento e capacitação profissional compatíveis com as particularidades dos beneficiários e que as intervenções previstas no Projeto Singular são satisfatoriamente executadas.



4. Implementação

A etapa de implementação, no contexto da avaliação executiva do Serviço de Reabilitação Profissional (SRP) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), tem como principal objetivo verificar em que medida esse serviço tem sido executado conforme o planejado, identificar eventuais desvios, lacunas e gargalos operacionais, além de apontar possibilidades de aprimoramento nos processos. Esta etapa examina especialmente os modos como os serviços são prestados aos beneficiários, os mecanismos de supervisão e monitoramento, a gestão de riscos, os canais de comunicação com os públicos-alvo, bem como a articulação interinstitucional e intersetorial necessária para a efetividade da reabilitação profissional.

As questões que guiam essa análise foram estruturadas com base nas orientações do guia “Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *Ex Post*” (Brasil, 2018), que propõe critérios analíticos claros para examinar o desempenho de políticas públicas sob a ótica da execução real de seus instrumentos. São abordadas questões como: os produtos e serviços previstos estão sendo entregues? Quais barreiras dificultam a entrega esperada? Que mecanismos de coordenação e monitoramento existem? Há gestão de riscos institucionais? Há lacunas estruturais ou de equidade?

Para responder às questões orientadoras, foram utilizados três principais recursos metodológicos: (i) análise documental de normativos e guias técnicos produzidos pelo INSS; (ii) coleta de respostas de gestores do SRP em nível federal, por meio de questionário estruturado; e (iii) revisão de literatura científica, com base na síntese de evidências realizada pela Enap. Além de levantamento bibliográfico realizado pelo avaliador, a partir de estudos qualitativos e quantitativos sobre o tema. Essas fontes foram analisadas de forma articulada para permitir traçar um panorama da implementação do SRP.

4.1. Supervisão e mecanismos de acompanhamento

A supervisão da execução do SRP do INSS encontra-se normatizada no Guia e Diretrizes do SRP (Parte I) e estruturada a partir de três eixos principais: as Supervisões Técnicas, as Reuniões Técnicas e o Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional (BERP).

As supervisões técnicas são definidas como atividades de suporte às equipes nas Agências da Previdência Social (APS), com o objetivo de qualificar tecnicamente os processos de trabalho, por meio de discussões de casos, organização de fluxos e reavaliação de rotinas. Segundo as diretrizes, devem ocorrer ao menos uma vez ao ano em cada unidade com equipe fixa. As reuniões técnicas, por sua vez, cumprem papel complementar e têm função de alinhar fluxos e atualizar os profissionais sobre normativas e articulações intersetoriais. O BERP representa o principal instrumento de monitoramento dos resultados quantitativos do serviço, permitindo a consolidação de dados por Gerência Executivas (GEX) e sua utilização na gestão da política.

Apesar dessa estrutura formalmente prevista, os estudos empíricos indicam que tais instrumentos não têm sido suficientes para garantir uma supervisão efetiva da execução



da política e o alcance de seus objetivos. Estudos como os de Sousa (2017) e Varandas (2013) indicam a ausência de acompanhamento após o desligamento do beneficiário da RP, o que vai de encontro ao art. 137 do Decreto nº 3.048/99, que prevê o acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho como uma das quatro funções básicas da RP.

A literatura também aponta para a ausência de articulação institucional como um problema crônico não monitorado adequadamente. Medeiros (2019) destaca a falta de suporte do INSS na fase de reingresso laboral e a omissão da RP na orientação às empresas quanto à alocação dos reabilitados. Já Albuquerque et al. (2022) enfatizam a alta precece dos programas e a ausência de acompanhamento dos reabilitados nos locais de trabalho.

A análise dos sistemas também revela um paradoxo: embora exista ampla normatização sobre o uso de sistemas como GET/PAT, SAG, SABI, APWEB e o próprio BERP, os dados não são utilizados de forma estratégica para monitorar resultados e reorientar a política. O BERP, por exemplo, deveria consolidar os dados das fases de RP, mas as informações sobre tempo de permanência, tipo de treinamento ofertado, condição de retorno ao trabalho e inserção previdenciária não têm sido sistematicamente analisadas.

Os relatos também apontam que as supervisões, quando ocorrem, não são capazes de induzir mudanças relevantes na qualidade do serviço. O estudo de Sousa (2017) mostra que, mesmo após certificação, muitos reabilitados permanecem sem ocupação ou retornam ao mercado informal. Isso também indica que a supervisão atual se concentra na certificação e não no acompanhamento de resultados reais.

Ainda segundo o levantamento realizado pela auditoria do TCU (2010), apenas 18% das APS afirmaram possuir equipes de RP e 91% dos gestores avaliaram que a estrutura é insuficiente para atender à demanda. Além disso, 83% apontaram a falta de cursos profissionalizantes como uma barreira e 78% afirmaram que os servidores da RP não recebem treinamentos adequados.

Embora existam instrumentos de supervisão estabelecidos formalmente, a supervisão da execução da política é fragmentada, descontinuada e limitada em sua capacidade de induzir mudanças significativas. Os mecanismos existentes não são suficientes para garantir o alcance dos objetivos da RP, seja pela insuficiência de recursos, pela baixa institucionalização de rotinas de monitoramento e avaliação ou pela desconexão entre os dados produzidos e o processo decisório.

A fragilidade da supervisão compromete a efetividade da política e acarreta consequências como: prolongamento do tempo em benefícios por incapacidade, reinserção precária no mercado de trabalho e aumento da frustração entre os segurados. Como resposta, recomenda-se a ampliação das supervisões com foco nos resultados, a retomada das pesquisas de fixação no mercado de trabalho de maneira sistemática, a criação de indicadores sintéticos de desempenho e a vinculação da supervisão às instâncias de gestão da política, com maior integração entre planejamento, execução e avaliação.



Adicionalmente, recomenda-se a realização de estudos qualitativos com profissionais das APS e GEX, com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre os fatores que condicionam a efetividade da supervisão, a utilização do BERP e a implementação prática das diretrizes da política. Essa escuta permitirá captar barreiras operacionais, soluções locais e percepções dos(as) profissionais envolvidos(as), oferecendo subsídios concretos para o aprimoramento do modelo nacional de supervisão.

4.2. Canais de comunicação e coordenação entre níveis de gestão

A comunicação entre os níveis de gestão do SRP está prevista nos normativos do INSS por meio de instrumentos como memorandos, notas técnicas, reuniões técnicas, supervisões e boletins estatísticos. Tais instrumentos visam garantir alinhamento das diretrizes e promover apoio técnico-operacional às unidades descentralizadas.

Segundo gestores da coordenação nacional do SRP, os canais institucionais existentes — como e-mails corporativos, notas informativas, webinários e capacitações — têm potencial para promover uma colaboração eficaz com as unidades regionais e profissionais de referência. No entanto, reconhecem que a efetividade desses canais depende diretamente da capacidade dos profissionais locais de organizarem sua rotina para acompanhar as atualizações e participar das atividades propostas.

Chama atenção, nesse contexto, a gestão federal apontar a "organização da rotina dos profissionais" como um obstáculo aos canais de comunicação. Essa interpretação revela um deslocamento da responsabilidade institucional para os(as) trabalhadores(as) da ponta, como se a precariedade dos processos fosse produto de uma suposta desorganização individual e não do modelo de governança da política. Além de injusta, essa postura invisibiliza a sobrecarga, a escassez de recursos humanos e materiais e a ausência de protocolos que orientem a comunicação institucional.

Essa percepção institucional revela uma racionalidade gerencial pautada por uma comunicação operada de forma verticalizada, talvez, fragmentada, com predomínio da lógica prescritiva e ausência de pactuação entre os diferentes níveis. A ausência de escuta ativa, com predomínio de uma comunicação unidirecional dificulta a consolidação de uma rede colaborativa entre os diferentes níveis de gestão, enfraquecendo a coesão do SRP enquanto política pública complexa e territorializada.

Entende-se que a assimetria de informação entre os níveis estratégicos e operacionais do SRP tende a se acentuar em contextos de sobrecarga administrativa e alta demanda por produtividade. A rotina intensa das equipes da ponta, marcada por acúmulo de funções e escassez de pessoal, dificulta não apenas o acompanhamento das atualizações normativas e ações formativas, como também a implementação concreta das diretrizes recebidas (Terrasso, 2019).

Essa limitação operacional, longe de ser uma falha individual, revela a insuficiência da capacidade instalada e a ausência de estratégias institucionais para garantir a viabilidade operacional das orientações técnicas no cotidiano dos serviços. Em termos estruturais, a realidade institucional observada deriva, em grande parte, da falta de uma



cultura de cogestão e da fragilidade dos mecanismos comunicativos entre as instâncias decisórias e os profissionais de linha de frente.

Para além da comunicação interna, estudos reiteram que há fragilidade na articulação entre o INSS e os demais setores da sociedade, especialmente no que tange à comunicação com empresas e com a rede de atenção à saúde (Moura, 2020; Sousa, 2017). A desarticulação compromete a oferta de serviços integrados e interfere negativamente na continuidade do cuidado e na reinserção do(a) trabalhador(a). Em particular, a interlocução com o setor empregador é escassa e pouco estruturada. Como resultado, muitos trabalhadores(as) reabilitados(as) não são realocados em funções compatíveis com suas limitações, o que evidencia a ausência de pactuação efetiva com o setor produtivo e a desresponsabilização das empresas no processo de reintegração laboral (Albuquerque et al., 2022; Medeiros, 2019; Silva, 2016; Silva, 2019).

Além disso, a comunicação deficiente entre o SRP e os empregadores afeta diretamente a inserção laboral dos reabilitados. A falta de uma ponte eficaz entre os atores responsáveis pela reinserção do trabalhador, como as empresas, os profissionais do INSS e os próprios usuários, compromete os resultados pretendidos pelo Serviço. Essa lacuna é especialmente grave considerando que o sucesso da política depende de arranjos colaborativos e de uma coordenação fluida (Albuquerque et al. 2022; Medeiros, 2019).

A análise das evidências revela que os atuais instrumentos de comunicação do SRP, embora formalmente instituídos, são insuficientes e desarticulados da realidade operacional dos serviços. A ausência de estratégias dialógicas e de mecanismos sistemáticos de consulta às equipes e usuários compromete a efetividade da coordenação nacional do serviço, demandando a urgente reestruturação dos canais comunicacionais no âmbito da RP.

Por outro lado, as APS que construíram redes intersetoriais e locais, mesmo que pontualmente, há evidências de ganhos concretos na articulação e nos resultados da reabilitação (Silva, 2019; Bartilotti et al., 2009). Esse achado aponta para a importância de estratégias locais de articulação da comunicação dialógica entre os diferentes níveis de gestão, bem como a necessidade de estabelecer comunicação intersetorial com instâncias municipais de saúde, assistência social e educação, e reforça a necessidade de institucionalização de práticas exitosas.

4.3. Instrumentos normativos

Os instrumentos que formalizam a atuação dos atores — como o Decreto nº 3.048/99, manuais, diretrizes técnicas e protocolos internos — são condições necessárias, mas não suficientes para garantir a coordenação efetiva do SRP. O Decreto nº 3.048/99 apresenta uma estrutura normativa robusta, prevendo, por exemplo, a atuação de equipes multiprofissionais, a articulação com a comunidade, o fornecimento de próteses e cursos profissionalizantes e a realização de pesquisas de fixação no mercado de trabalho (Brasil, 1999). Essas diretrizes formam um marco organizativo que, se bem implementado, favoreceria a integralidade das ações e a coordenação entre os diversos



atores. No entanto, o distanciamento entre a formalização normativa e a prática institucional tem comprometido essa articulação.

Um dos efeitos mais evidentes da fragilidade dos instrumentos normativos na coordenação do SRP é a desorganização dos fluxos de triagem e elegibilidade dos segurados para a RP. Embora os instrumentos normativos estabeleçam diretrizes sobre a avaliação do potencial laborativo como etapa inicial do processo, a ausência de critérios operacionais com clareza e de instrumentos eficazes de triagem dificulta a atuação coordenada entre perícia médica e equipes de reabilitação. Como consequência, estudos apontam encaminhamentos indevidos ao programa por parte da perícia, resultando em sobrecarga das equipes, desperdício de recursos e congestionamento do sistema (Moura, 2020; Albuquerque et al., 2022).

Além disso, os relatos de segurados indicam esperas prolongadas entre a constatação da incapacidade e o início do processo reabilitatório, com médias de até 22,6 meses (Teixeira, 2011), o que compromete tanto a efetividade do programa quanto a legitimidade do processo de elegibilidade. Nesse sentido, a ineficiência dos instrumentos de formalização não apenas dificulta a coordenação, mas contribui ativamente para a desarticulação das ações entre os níveis operacionais do SRP.

Outro desafio é a falta de mecanismos eficazes de monitoramento e avaliação, como a Pesquisa de Acompanhamento da Fixação no Mercado de Trabalho, prevista no art. 137 do Decreto nº 3.048/99. Essa lacuna compromete a capacidade do programa de retroalimentar sua gestão com base em evidências, limitando o aprimoramento contínuo da implementação.

Estudos qualitativos também destacam a baixa aderência dos instrumentos normativos às realidades locais. Em diversos contextos, os cursos ofertados não dialogam com o mercado de trabalho nem com as limitações dos segurados (Palavezzini, 2020; Medeiros, 2019), demonstrando que a uniformização normativa, quando descolada de processos de pactuação e escuta local, pode ser um obstáculo à coordenação do SRP.

Em termos de facilitadores, gestores federais destacam que a centralização dos manuais e diretrizes no portal do INSS contribui para padronizar minimamente as práticas em um sistema amplamente descentralizado. Contudo, esse efeito positivo é limitado diante da carência de estratégias pedagógicas de capacitação continuada e da escassez de profissionais para operacionalizar os instrumentos.

As implicações dessas barreiras são concretas: os instrumentos normativos deixam de orientar de forma eficaz a atuação dos atores, tornando-se muitas vezes prescritivos e formais, sem capacidade de coordenação real. A consequência é a permanência prolongada de segurados no SRP (Maranhão, Ferreira e Costa, 2020; Santos, 2019), a baixa taxa de reabilitação (Marsango, 2020) e a fragilidade do retorno ao trabalho (Vacaro & Pedroso, 2011).

A efetividade dos instrumentos como indutores de coordenação depende da capacidade de institucionalização desses instrumentos nos diversos níveis de gestão, da existência de canais de escuta e pactuação com os profissionais de linha de frente e do fortalecimento das condições operacionais das unidades que executam o serviço. Sem



essas condições, os instrumentos não cumprem seu papel central de organizar e coordenar a ação pública no campo da RP.

Os instrumentos normativos apresentam lacunas significativas em termos de clareza, coerência e padronização das ações nas unidades descentralizadas. O estudo de Araújo (2016) aponta que, embora existam diretrizes nacionais e manuais técnicos, a ausência de procedimentos claros e aplicáveis à diversidade dos contextos territoriais resulta em desigualdade de acesso e inconsistência na execução do SRP.

Os guias operacionais representam uma oportunidade estratégica para fortalecer a implementação do SRP, desde que integrados a uma política de formação continuada, supervisão técnica ativa e disponibilização de instrumentos concretos de avaliação. A elaboração de guias exige mais do que diretrizes: requer mecanismos de apoio, responsabilização compartilhada e aprendizagem institucional.

4.4. Acesso, elegibilidade e barreiras para os beneficiários

A gestão do controle da elegibilidade no SRP do INSS está fortemente condicionada por instrumentos normativos que, embora formalmente estabeleçam critérios, têm se mostrado insuficientes para garantir equidade, transparência e efetividade nos processos decisórios. A partir da revisão de estudos que analisam os mecanismos de admissão ao SRP, é possível identificar uma série de limitações nos fluxos e nas diretrizes orientadoras, além da existência de barreiras estruturais e normativas que limitam a inclusão de trabalhadores(as).

Embora as diretrizes legais definam a RP como obrigatória para beneficiários com incapacidade parcial ou total, a gestão da elegibilidade, na prática, é marcada por subjetividade, centralização na perícia médica e baixa padronização entre agências. A literatura indica que, frequentemente, os critérios de acesso são aplicados de maneira assimétrica e excludente, dificultando a entrada de trabalhadores(as) no serviço.

Estudo de Santos e Lopes (2015) revela que a elegibilidade é decidida majoritariamente pelo perito, com escassa participação do trabalhador e atuação coadjuvante do profissional de referência. A avaliação do potencial laborativo ocorre sem diálogo ou envolvimento do(a) beneficiário(a), o que transforma o processo em uma lógica tecnocrática e verticalizada. Além disso, os autores identificam que decisões de inelegibilidade são frequentemente justificadas com base em critérios técnico-administrativos descontextualizados, como idade avançada, baixa escolaridade ou residência em regiões distantes dos centros urbanos — fatores que são usados para restringir o acesso. Essa prática invisibiliza desigualdades estruturais e reforça uma seletividade que fere os princípios da seguridade social.

Outros estudos corroboram essas críticas. Em Medeiros (2019), os segurados relatam resistência institucional no reconhecimento da incapacidade, com exigência excessiva de documentação e suspeição quanto às queixas relatadas. Os estudos de Barros (2015) e Bernardo (2010) apontam ainda para o excesso de burocracia e o sentimento de descaso institucional, o que gera frustração e contribui para o abandono ou



judicialização do direito à reabilitação. Já Takahashi et al. (2010), apontam que o SRP é regido por uma lógica meritocrática e seletiva. A elegibilidade é frequentemente definida com base em critérios que desconsideram as desigualdades socioeconômicas e territoriais dos(as) beneficiários(as), além de haver uma responsabilização individual sobre condições que são produto de exclusão social. Os instrumentos normativos não garantem, portanto, uma abordagem centrada nos direitos dos(as) trabalhadores(as), mas reforçam uma prática burocrática e excludente.

A literatura também destaca que a atuação do perito médico é marcada por uma cultura institucional de suspeição, em que há maior ênfase na identificação de fraudes do que na potencialização de capacidades para o retorno ao trabalho. Essa lógica compromete a função protetiva do SRP e fragiliza sua implementação equitativa (Maeno, Takahashi e Lima, 2009).

A forma de avaliação do potencial laborativo do trabalhador com incapacidade privilegia as limitações físicas do indivíduo e subestima as suas capacidades e interesses, assim como a influência dos aspectos sociais no processo de retorno ao mercado de trabalho (Silva, 2013; Souza, 2016b; Miranda, 2018; Albuquerque et al., 2022).

Além disso, a longa espera para início do atendimento no programa pode levar à agudização das condições de saúde e redução das chances de recuperação, repercutindo sobre a capacidade laboral de segurados e seguradas e suas chances de reabilitação (Varandas, 2013; Sá, 2022; Takahashi, 2006; Silva, Oliveira e Modena, 2020). Essa demora, amplamente registrada nos estudos de Silva (2019) e Souza (2016a), está associada a uma estrutura desorganizada de acesso, em que trabalhadores(as) permanecem anos em lista de espera ou enfrentam múltiplas perícias com profissionais distintos, prejudicando a continuidade da avaliação e o início do processo.

A gestão do controle da elegibilidade, portanto, não apenas falha na aplicação das diretrizes existentes, mas reproduz desigualdades sociais, educacionais e territoriais, atuando como uma barreira ao direito à reabilitação. A lógica punitiva e seletiva que orienta as decisões de acesso converte o PRP em um instrumento de racionalização de benefícios, e não em uma política de cuidado centrada no trabalhador.

Além das lacunas observadas na coerência normativa e na aplicabilidade prática dos instrumentos orientadores do SRP, identifica-se também a ausência de diretrizes explícitas que abordem desigualdades de raça, gênero e território nos processos de reabilitação. Os manuais técnicos, guias operacionais e protocolos de elegibilidade não preveem estratégias específicas para mitigar barreiras interseccionais que impactam de maneira diferenciada mulheres negras, indígenas, pessoas trans, moradores de áreas periféricas e outros grupos historicamente vulnerabilizados no mercado de trabalho.

Essa omissão normativa compromete a efetividade do serviço, ao ignorar as formas complexas e sobrepostas de exclusão que moldam a trajetória de trabalhadores(as) no acesso ao benefício e à reinserção laboral. A ausência de indicadores e procedimentos que considerem tais marcadores sociais inviabiliza uma política de reabilitação verdadeiramente universal e equitativa, reforçando padrões discriminatórios historicamente presentes na previdência e no mundo do trabalho.



4.5. Transparência, dados públicos e controle social

A avaliação da transparência e da disponibilização de dados relacionados ao SRP revela deficiências que limitam o exercício pleno do controle social. Apesar da existência de boletins estatísticos e sistemas de registro, os dados não são suficientemente desagregados por variáveis como sexo, idade, território, raça/cor, tipo de deficiência e situação laboral pós-reabilitação, o que impede a compreensão das desigualdades e das reais condições de efetividade da política.

A implementação do Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do INSS ocorre sem previsão de mecanismos formais de participação social, o que limita a transparência, a legitimidade e o controle externo sobre a política. Segundo declaração dos próprios gestores federais do programa, “não há participação social na implementação e avaliação do PRP”, o que evidencia uma estrutura verticalizada e tecnocrática, com baixa inserção de usuários e da sociedade civil nos processos decisórios.

O SRP carece de canais permanentes e institucionalizados de escuta dos segurados, entidades sindicais ou movimentos sociais. Essa ausência compromete o desenvolvimento de ações responsivas às reais demandas dos(as) trabalhadores(as) incapacitados(as), dificultando o aprimoramento contínuo do programa.

Além disso, o nível de transparência do PRP é insuficiente para permitir o exercício do controle social, mesmo por instituições especializadas. A falta de dados consolidados e atualizados sobre o desempenho do programa, especialmente do acompanhamento do retorno e permanência no trabalho, impossibilita análises mais profundas sobre sua efetividade.

A divulgação pública dos dados do SRP também é falha. Os estudos revisados reforçam que a ausência de dados qualitativos e de desfechos reais dos usuários após a alta representa um dos principais gargalos do serviço (Moura, 2020; Marsango, 2020; Silva, 2013; Sá, 2022). Essa limitação compromete tanto a avaliação de impacto quanto a capacidade de identificação de falhas recorrentes no processo. A falta de sistematização e acessibilidade de dados também afeta negativamente o reconhecimento social do programa, tornando-o invisível para boa parte da população segurada.

Mesmo entre os dados disponíveis, os indicadores são alarmantes: apenas 29,8% dos segurados são efetivamente reabilitados ao fim do processo, e mais de 61% permanecem no programa por mais de 240 dias (Maranhão, Ferreira e Costa, 2020). Há ainda disparidades regionais e uma falta de acompanhamento sobre o retorno e a permanência no trabalho, elementos centrais para a mensuração da efetividade do programa. A ausência de indicadores padronizados, painéis públicos e relatórios periódicos compromete a gestão por resultados e o planejamento de investimentos.

A falta de transparência, portanto, não é apenas uma deficiência técnica, ela representa uma barreira estrutural à democratização da política previdenciária. Além disso, o controle social é enfraquecido pela inexistência de espaços formais e sistemáticos de escuta dos(as) usuários(as) e da sociedade civil, como conselhos ou comitês de participação específicos. Os(as) beneficiários(as) não dispõem de canais acessíveis para



registrar reclamações, propor melhorias ou acompanhar a execução local da política. Essa ausência de diálogo afeta negativamente a legitimidade do SRP e restringe sua capacidade de adaptação às demandas reais do público-alvo.

Do ponto de vista da interseccionalidade, a ausência de dados segmentados prejudica o monitoramento de desigualdades estruturais enfrentadas por mulheres, pessoas negras, com deficiência, idosos e trabalhadores com baixa escolaridade, entre outros grupos vulnerabilizados. Essa opacidade institucional dificulta a responsabilização dos gestores públicos e a proposição de ações corretivas com foco em justiça social.

4.6. Divulgação e comunicação com o público-alvo

O SRP apresenta fragilidades significativas em sua capacidade de informar, engajar e orientar os beneficiários. Estudos incluídos na síntese de evidências indicam que os trabalhadores, em sua maioria, desconhecem etapas fundamentais do processo reabilitador, não compreendem as diretrizes do serviço e sentem-se inseguros quanto às suas possibilidades de reinserção laboral (Sousa, 2017; Freitas, 2024).

Os achados revelam que a linguagem utilizada nos canais formais é excessivamente técnica e burocrática, o que dificulta o entendimento especialmente entre trabalhadores com baixa escolaridade ou comprometimento cognitivo (Silva, 2016; Barros, 2015). Essa deficiência comunicacional se agrava diante da inexistência de materiais acessíveis e de estratégias adaptadas para públicos diversos.

Nas respostas fornecidas pela gestão federal, há menção a iniciativas de divulgação por meio do atendimento ao público e das redes sociais institucionais. No entanto, a ausência de campanhas estruturadas, com segmentação territorial e sociocultural, revela um déficit importante. A divulgação é, atualmente, dependente da iniciativa local de servidores e de canais genéricos da autarquia, o que limita seu alcance entre os segurados mais vulnerabilizados, com menor letramento digital, acesso precário à internet ou que não possuem histórico de uso ativo dos serviços do INSS.

Além disso, a literatura apresenta estudos em que os entrevistados relatam confusão sobre os objetivos e etapas do SRP. Carvalho (2018), Sousa (2017) e Maywald e Rodrigues (2010) observam que, para muitos segurados, o processo de reabilitação ocorre sem que lhes seja explicado com clareza qual a finalidade do programa, quais são os seus direitos, e o que se espera deles. A comunicação, quando ocorre, tende a ser fragmentada e centrada em uma lógica vertical, pouco sensível às demandas subjetivas dos beneficiários.

Muitos dos segurados que poderiam se beneficiar do SRP sequer conhecem sua existência, ou interpretam o encaminhamento ao programa como algo punitivo ou burocrático, e não como uma oportunidade de reinserção digna no mercado de trabalho. Essa interpretação distorcida está, em grande parte, associada à precariedade da linguagem institucional e à falta de diálogo entre os agentes do SRP e os segurados (Tessarro, 2019).



O Guia Orientador – Parte I não explicita diretrizes sobre estratégias de comunicação direcionadas ao público-alvo. Embora o documento tenha forte ênfase na padronização técnica do atendimento, ele não contempla diretrizes para o acolhimento informativo dos segurados, tampouco oferece subsídios para uma linguagem acessível e inclusiva no processo de reabilitação.

A ausência de materiais de divulgação simplificados, vídeos, cartilhas ou ações territoriais de comunicação ativa mostra que o SRP ainda não incorporou uma estratégia de comunicação pública como parte de seu desenho institucional. Não há uma identidade visual específica, campanhas educativas regulares ou estratégias de acessibilidade para públicos com deficiência. Isso gera um descompasso entre a importância social do serviço e sua presença pública, tornando-a praticamente invisível à sociedade.

Em síntese, o PRP carece de uma política de comunicação que considere a diversidade dos seus públicos e que atue como instrumento de fortalecimento do vínculo entre Estado e segurado. O direito à informação não pode ser tratado como acessório no SRP. Ele é, ao contrário, condição fundamental para sua legitimidade e efetividade.

4.7. Acompanhamento da execução, uso de indicadores e entrega dos serviços aos beneficiários

A avaliação sistemática da implementação de uma política pública é condição para sua legitimidade e aprimoramento. No caso do SRP, entretanto, observa-se uma fragilidade significativa nesse componente. Apesar da existência de instrumentos técnicos e do monitoramento de alguns indicadores, a análise integrada das fontes evidencia que o acompanhamento ainda se apresenta como um processo fragmentado, insuficiente e, por vezes, desvinculado da gestão estratégica.

Os indicadores atualmente utilizados pelo INSS para acompanhar a implementação e os resultados do SRP não permitem uma avaliação robusta e efetiva desse serviço. Apesar de existirem métricas como tempo de reabilitação, percentual de conclusão do processo e retorno ao mercado de trabalho, os dados demonstram baixa resolutividade, morosidade nos fluxos e fragilidade institucional para transformar essas medições em melhoria do SRP.

A execução do SRP carece de um sistema robusto de acompanhamento que permita avaliar de forma contínua e qualificada seus resultados. Estudos revelam a ausência de mecanismos de monitoramento regulares, com foco em indicadores de qualidade, efetividade e impacto social. Os indicadores atuais concentram-se majoritariamente em métricas de processo, sem conexão clara com os resultados e impactos esperados da política, como a inserção laboral efetiva, a qualidade do retorno ao trabalho ou a sustentabilidade da reinserção profissional (Moura, 2020; Marsango, 2020; Sá, 2022; Silva, 2013; Souza, 2016b).

A começar pela conclusão do processo de RP, os dados apontam que menos da metade dos segurados encaminhados ao programa é de fato reabilitada. Em 2018, apenas 16%



dos beneficiários avaliados no estudo de Moura (2020) foram desligados do SRP com parecer conclusivo. Embora Belém apresente dados mais favoráveis — com 55% dos segurados reabilitados —, a análise de Maranhão, Ferreira e Costa (2020) revela que 74% dos reabilitados na capital paraense permaneceram no programa por mais de 240 dias, e apenas 10,9% concluíram o processo em menos de quatro meses, evidenciando a morosidade e o alto custo operacional da RP.

O tempo de permanência no serviço, que é outro indicador estruturante, confirma esse padrão. A média nacional de permanência no programa gira em torno de 23 meses (Albuquerque et al., 2022; Santos, 2019), mas em algumas regiões os casos ultrapassam oito anos. Embora regiões como o Norte tenham índices menores de permanência prolongada, o dado nacional de 61,4% de permanência acima de 240 dias em 2017 (Maranhão, Ferreira e Costa, 2020) denuncia uma sistemática dificuldade de fluxo. Essa lentidão repercute negativamente tanto sobre a condição de saúde do segurado quanto sobre os gastos com benefícios por incapacidade.

No tocante ao retorno ao trabalho, indicador central para a avaliação da efetividade da reabilitação, os resultados são igualmente preocupantes. A média nacional em 2017 foi de apenas 8,5%, chegando a 7,7% em Belém em 2018 (Maranhão, Ferreira e Costa, 2020). Estudos como o de Marsango (2020) mostram que apenas 21% dos participantes foram efetivamente reabilitados. Entre os reabilitados que retornam ao mercado, muitos o fazem em funções diversas, geralmente com menor qualificação e estabilidade. Isso revela o descompasso entre os cursos oferecidos pelo SRP e as demandas do mercado de trabalho, frequentemente criticados por sua inadequação (Medeiros, 2019; Palavezzini, 2020).

O estudo de Miranda (2022) contribui de forma significativa para qualificar a discussão sobre o retorno e a permanência no trabalho, pois reforça que não basta medir o retorno ao trabalho de forma pontual — como fazem os indicadores atuais —, mas é necessário compreender a sustentabilidade desse retorno, algo que o SRP não monitora sistematicamente. A pesquisa de fixação no mercado de trabalho, prevista no Decreto nº 3.048/99 não tem sido realizada adequadamente, com isso compromete a capacidade do INSS de acompanhar o que acontece após a conclusão formal da RP e fragiliza a gestão da política.

A falta de sistematização da pesquisa de fixação no trabalho, citada como elemento-chave para mensurar o êxito do programa, reforça a lacuna entre a coleta de dados e o uso estratégico da informação na gestão da política. Em muitos casos, os trabalhadores retornam a funções inadequadas, são desligados após o período de estabilidade ou simplesmente não conseguem se reinserir no mercado formal (Sousa, 2017; Medeiros, 2019; Silva, 2016).

Nesse contexto, é fundamental considerar também a entrega efetiva de bens e serviços no âmbito do SRP, como parte da análise de sua implementação. Embora haja previsão de oferta de cursos de capacitação, orientação profissional e mediação para reinserção no mercado de trabalho, esses bens são frequentemente entregues de maneira desarticulada, com baixa aderência às necessidades dos segurados e pouca responsividade às dinâmicas do mercado local. A ausência de base pedagógica sólida, a



falta de carga horária mínima e a desatualização dos conteúdos dos cursos (Souza, 2016b) comprometem os bens educacionais, que deveriam representar um diferencial formativo. Além disso, não há mecanismos normativos eficazes que assegurem a destinação de bens complementares à reinserção, como equipamentos adaptados, instrumentos de trabalho ou apoio formal à mediação com empregadores. A fragilidade desses mecanismos tem sido apontada como um obstáculo para a permanência dos reabilitados no mercado de trabalho (Silva, Oliveira e Modena, 2020).

Estudos apontam que há uma ampla heterogeneidade na oferta, na qualidade e no acesso aos serviços prestados aos segurados. Segundo a literatura, os serviços mais citados pelos estudos são os cursos de capacitação ou requalificação profissional, as ações como avaliação do potencial laboral, provimento de órteses e próteses, e apoio à reinserção no mercado de trabalho (Figueiredo et al., 2018; Albuquerque et al., 2022; Santos, 2019). Contudo, há grandes disparidades na disponibilidade e na continuidade desses serviços entre as diferentes regiões e agências do INSS. Em diversas situações, o acesso é condicionado à rede local e à existência de parcerias institucionais, revelando a ausência de um padrão nacional mínimo de atendimento.

A carência de articulação com redes externas, como serviços de saúde, assistência social e empregabilidade, também compromete a efetividade da entrega. O SRP, apesar de reconhecer a importância de uma abordagem intersetorial, ainda opera de forma isolada, com baixa coordenação entre políticas públicas e poucas parcerias estruturadas com empresas. Esse isolamento reduz as oportunidades de reinserção e enfraquece a sustentabilidade dos planos de reabilitação.

Outro desafio recorrente diz respeito ao tempo de resposta da política. Como o início da reabilitação muitas vezes se dá tardiamente — apenas após longos períodos de afastamento por incapacidade —, muitos beneficiários chegam ao serviço com condição funcional já degradada, o que dificulta a reinserção. O desenho atual da política não prevê mecanismos proativos de identificação precoce de casos, o que compromete o sucesso das intervenções.

Do ponto de vista da gestão federal, reconhece-se que há limitações estruturais e operacionais na oferta dos serviços. As respostas dos gestores indicam que o acompanhamento da entrega dos serviços ocorre com base em dados administrativos, mas não há um mecanismo específico de verificação da aderência da prática às diretrizes do programa. Esse contexto aponta ausência de parâmetros claros de qualidade e de mecanismos para aferir se os serviços entregues estão efetivamente gerando os resultados esperados. A ênfase no quantitativo, como número de processos encerrados ou de segurados encaminhados a cursos, não necessariamente reflete a efetividade do processo de reabilitação.

O modelo fragmentado de atendimento multiprofissional, somado à desarticulação interinstitucional e à ausência de um sistema nacional de acompanhamento dos reabilitandos (Souza, 2017), reduz a capacidade do SRP de acompanhar a efetividade da entrega desses bens e serviços. Mesmo estratégias reconhecidamente facilitadoras — como simulação de entrevistas, cursos profissionalizantes ou apoio à escolarização (Bartilotti et al., 2009; Figueiredo et al., 2018) — são implementadas de forma desigual



entre agências e não contam com diretrizes sistematizadas. Como resultado, a implementação da política acaba sendo altamente dependente da iniciativa local, sem garantir equidade no acesso aos bens e serviços previstos.

Portanto, os indicadores atualmente utilizados pelo INSS são insuficientes para medir com precisão a implementação e os resultados da política de RP. Eles não capturam a complexidade dos itinerários vivenciados pelos segurados, tampouco permitem avaliação de impacto ou planejamento estratégico com foco em resolutividade. É urgente o aperfeiçoamento da base de dados, a retomada da pesquisa de fixação, o fortalecimento do monitoramento de longo prazo e a incorporação de indicadores qualitativos que considerem aspectos subjetivos, condições de trabalho, vínculos empregatícios e entrega efetiva dos bens e serviços que sustentam a reabilitação profissional como direito social.

4.8. Gestão de riscos na implementação

A gestão de riscos é reconhecida como dimensão essencial da boa governança pública. No caso do SRP, entretanto, não foi identificada a adoção de processos sistemáticos de identificação, monitoramento e mitigação de riscos operacionais ou estratégicos, conforme os parâmetros definidos pela Instrução Normativa Conjunta MP/CGU nº 1/2016.

As evidências disponíveis apontam que o SRP lida com riscos significativos, como reduzido número de profissionais, judicialização crescente, ausência de articulação intersetorial e baixa previsibilidade orçamentária (Tessaro, 2019; Albuquerque et al., 2022, Freitas, 2024). No entanto, não há estrutura organizacional dedicada à gestão desses riscos, tampouco planos de contingência documentados ou revisados periodicamente.

Embora haja dados quantitativos produzidos rotineiramente, não há evidências de que tais dados são utilizados de maneira estratégica para antecipar problemas, corrigir distorções ou priorizar ações preventivas. O foco permanece em metas operacionais, sem vínculo com uma lógica de gestão por resultados sustentada em cenários de risco.

A literatura aponta que o SRP está inserido em um ambiente de precarização institucional, com alta rotatividade de gestores, escassez de profissionais especializados, descontinuidade de parcerias e ausência de retaguarda técnico-pedagógica. Esses elementos estruturais, que afetam diretamente a qualidade da entrega e a permanência dos segurados no processo, não são formalmente reconhecidos como riscos a serem tratados por estratégias institucionais. Ao contrário, são frequentemente normalizados como parte da rotina do serviço, levando à manutenção de padrões operacionais aquém das diretrizes previstas no *Guia Orientador* (Takahashi, 2006; Sousa, 2017; Tessaro, 2019, Miranda, 2018).

A ausência de uma abordagem sistemática de gestão de riscos do SRP representa um dos principais fatores de fragilização da sua efetividade. Conforme apontam a literatura e a gestão federal, não existe uma estrutura formalizada para identificar, monitorar e



mitigar riscos operacionais, sociais ou institucionais ao longo do processo de reabilitação profissional. Há diversos fatores que poderiam ser integrados a um plano de riscos, como a desarticulação entre etapas do processo, baixa integração entre áreas técnicas, ausência de critérios claros de desligamento, e falhas nos fluxos de encaminhamento (Sousa, 2017; Lima, 2017; Miranda, 2022). A recorrência desses problemas em diferentes regiões e períodos indica que se trata de riscos sistêmicos, e não pontuais.

A ausência de uma matriz de riscos institucionalizada, que identifique os principais pontos de vulnerabilidade da política (ex: falhas na elegibilidade, baixa efetividade da reinserção, insatisfação dos usuários), dificulta a adoção de estratégias preventivas e reativas. Além disso, do ponto de vista de interseccionalidade, a inexistência de mecanismos formais de avaliação de riscos implica também em negligenciar os impactos diferenciados que barreiras institucionais e operacionais exercem sobre grupos vulnerabilizados. Por exemplo, a ausência de suporte adequado a seguradas mulheres em situação de vulnerabilidade social, podem representar riscos de exclusão silenciosa, que não são sequer diagnosticados pelas instâncias gestoras.

Conforme propõe o TCU em seu referencial de governança, a gestão de riscos deve ser incorporada como função transversal na política pública, articulada com os mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação. Para isso, é recomendável a constituição de uma estrutura de instância técnica para sistematizar os riscos e propor estratégias de mitigação e acompanhamento.



5. Governança

A presente avaliação da governança do SRP do INSS tem por objetivo analisar em que medida os princípios da governança pública estão incorporados na condução desse serviço. As questões que estruturam esta etapa estão baseadas no guia “Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *Ex Post*” (Brasil, 2018), e visam verificar a existência de instâncias de coordenação, rotinas de cooperação, alinhamento entre diretrizes e práticas, bem como o grau de institucionalização dos processos decisórios. Também são analisadas dimensões relativas à supervisão da política, à transparência das informações e à presença de mecanismos de controle e *accountability*.

Para responder às questões orientadoras, foram mobilizadas três principais fontes metodológicas: (i) análise documental de normativos legais e instrumentos institucionais relacionados ao SRP; (ii) análise das respostas de gestores federais colhidas por meio de questionário estruturado; e (iii) revisão sistemática da literatura científica, com base na síntese de evidências produzida pela Enap, complementada por levantamento realizado pelo avaliador.

5.1. Arranjos institucionais, coordenação e responsabilização no SRP

Atualmente, o marco normativo do SRP não institui uma instância de governança capaz de coordenar de maneira sistêmica e integrada as ações entre os diferentes níveis da administração pública e com os demais setores estratégicos, como o setor produtivo, as redes de assistência social e a saúde. Apesar do INSS exercer um papel central na execução do serviço, a inexistência de um órgão colegiado ou de fóruns permanentes de gestão limita a capacidade de articulação e compartilhamento de responsabilidades entre os atores envolvidos.

As respostas dos gestores federais e a análise normativa indicam que o desenho institucional da política não contempla uma articulação interinstitucional e favorece uma atuação fragmentada do SRP. A ausência de rotinas sistematizadas de comunicação e de coordenação entre os entes envolvidos compromete a efetividade do serviço, dificultando a definição de prioridades comuns e a supervisão de metas em nível nacional.

Essa fragilidade é confirmada pela literatura científica, que identificou a desarticulação interinstitucional e intersetorial como uma das principais barreiras à implementação do SRP. Estudos apontam a inexistência de arranjos formais entre o INSS e os empregadores (Albuquerque et al., 2022), os serviços de saúde e assistência social (Sousa, 2017; Schweitzer, 2014), e a ausência de estratégias colaborativas para reinserção laboral dos(as) reabilitandos(as) (Silva; Oliveira; Modena, 2020).

O resultado prático dessa lacuna de governança são reintegrações malconduzidas, cursos profissionalizantes desconectados das demandas do mercado (Bernardo, 2010; Medeiros, 2019), e retorno ao trabalho em condições incompatíveis com a capacidade física dos(as) trabalhadores(as) (Cestari; Carlotto, 2012; Lima, 2017). As evidências



também mostram que, em muitos casos, há falhas no acompanhamento dos(as) reabilitados(as), o que compromete a continuidade do processo e reforça a sensação de abandono institucional (Silva, 2008).

Além disso, não foram identificadas instâncias claras para resolução de conflitos operacionais ou mecanismos eficazes de escuta dos territórios. A inexistência de comitês locais, redes de governança ou estruturas colegiadas de decisão impede que boas práticas sejam institucionalizadas e replicadas. Por exemplo, experiências pontuais de acolhimento e realocação bem-sucedida nas empresas não encontram mecanismos de disseminação ou indução em nível federal.

O processo decisório do SRP permanece concentrado no INSS, com predomínio de uma lógica hierárquica e ausência de colegiados regionais ou nacionais de deliberação. Até 2025, não havia um comitê ativo com função de cogestão intersetorial. A reativação do Comitê Gestor da Rede Intersectorial de Reabilitação Integral, originalmente instituído pelo Decreto nº 8.725/2016 e retomado pela Portaria PRES/INSS nº 1.806/2025, representa um avanço no sentido de rearticular os diversos setores estratégicos envolvidos: saúde, assistência social, educação, trabalho e setor produtivo. No entanto, sua atuação ainda é recente e precisa ser acompanhada quanto à sua efetividade, representatividade e capacidade deliberativa.

Este comitê representa um avanço institucional relevante ao propor uma instância nacional de governança colegiada para a RP, reunindo representantes do INSS e de setores estratégicos como saúde, assistência social e empregadores. Ainda que recente, sua efetiva implementação pode contribuir para enfrentar as fragilidades estruturais descritas nesta análise e promover maior articulação entre os diversos atores envolvidos na RP.

A análise normativa mostra que o arcabouço jurídico que institui o SRP, especialmente o Decreto nº 3.048/1999, formaliza o papel do INSS como responsável pela execução da política, mas não define de forma clara e vinculante as atribuições dos demais atores envolvidos no processo de RP. Isso compromete a responsabilização compartilhada, sobretudo dos empregadores, que muitas vezes se eximem do acolhimento e readaptação dos trabalhadores (Cestari e Carlotto, 2012; Lima, 2017; Albuquerque et al., 2022). A ausência de instrumentos normativos que consolidem essa corresponsabilidade intersectorial gera ineficiências e perpetua a lógica de atuação isolada do INSS.

Essa fragilidade de articulação intersectorial compromete a implementação do SRP, pois reduz a eficácia da reabilitação, prolonga o tempo de permanência dos(as) segurados(as) no serviço e perpetua a dependência dos benefícios previdenciários. A desarticulação também afeta negativamente a equidade territorial da RP, já que a disponibilidade de equipes e serviços varia significativamente entre as regiões. O resultado é a produção de iniquidades, com impacto desproporcional sobre segurados(as) com menor escolaridade, renda e vínculo formal.

No campo operacional, as competências e responsabilidades dos diferentes atores são, em grande parte, estabelecidas de forma pontual. A prática cotidiana revela a



prevalência de arranjos locais que, embora permitam alguma flexibilidade e inovação, dificultam a replicabilidade de boas práticas, a segurança jurídica das decisões e a consolidação de uma cultura institucional de cogestão (Silva, 2008; Sousa, 2017). Em muitos casos, a falta de definição formal das atribuições dos parceiros resulta na omissão de responsabilidades e na sobrecarga das equipes do INSS, especialmente nos territórios.

A articulação institucional voltada à geração de valor público mostra-se frágil e fragmentada. A integração do SRP com políticas públicas complementares – como educação profissional, assistência à saúde do trabalhador, assistência social e proteção contra a discriminação – é insuficiente, dificultando a reabilitação integral e a reinserção laboral sustentável. A literatura é consistente ao apontar a ausência de fluxos de referência e contrarreferência entre os setores, a escassez de estratégias colaborativas e a inexistência de redes operacionais consolidadas (Silva; Oliveira; Modena, 2020; Santos e Lopes, 2021).

Apesar da recente publicação do Guia e Diretrizes da RP (INSS, 2023) e da instituição do Programa de Gestão por Resultados (PGARP) pela Portaria PRES/INSS nº 1.131/2023, que visam qualificar a gestão e o monitoramento das ações do SRP, ainda não há evidências suficientes de sua aplicação efetiva nos territórios. Esses instrumentos apresentam potencial para estruturar melhor a atuação técnica, definir projetos singulares de reabilitação e induzir padrões de desempenho. Contudo, sua implementação demanda investimento em qualificação profissional, acompanhamento contínuo e suporte institucional às equipes, além de pactuação com os entes externos à previdência social.

O modelo vigente do SRP carece de um arranjo de governança capaz de produzir coordenação estratégica, gestão por resultados e responsabilização compartilhada. A informalidade nas relações institucionais, a carência de protocolos de integração, a ausência de incentivos estruturados à cooperação intersetorial e a inexistência de mecanismos de contratualização de metas contribuem para a baixa efetividade observada. Mesmo os normativos existentes não são suficientes para assegurar compromisso dos atores externos ao INSS, como empregadores e instituições de ensino, cuja participação permanece voluntarista e esporádica.

O modelo atual também carece de mecanismos consistentes de prestação de contas. Embora existam normativos que orientam a formalização do processo, não há rotinas padronizadas de monitoramento dos resultados nem espaços estruturados de participação social, o que enfraquece os princípios de transparência, integridade e capacidade de resposta da política. A ausência de dados públicos sistematizados sobre a trajetória e o desempenho da RP compromete ainda a responsabilização dos atores envolvidos.

Em síntese, a governança do SRP apresenta baixa institucionalização de seus mecanismos estratégicos e operacionais, o que compromete sua efetividade. Para que a SRP cumpra seu papel, sua governança precisa incorporar três eixos de aprimoramento: (1) institucionalização de instrumentos de articulação intersetorial, por meio de acordos federativos, protocolos operacionais padronizados e plataformas de



governança colaborativa; (2) capacitação e ampliação das equipes técnicas, com previsibilidade orçamentária e plano de desenvolvimento institucional; e (3) modernização do sistema de monitoramento e avaliação, fortalecendo a pesquisa de fixação no mercado e integrando bases de dados para análise de desempenho e impacto.

Ademais, é necessário reposicionar a SRP como uma política transversal da proteção social, superando o modelo médico-burocrático centrado em perícias e protocolos de desligamento. A reabilitação deve ser pensada como parte de uma estratégia mais ampla de integração socioprodutiva de trabalhadores(as) vulnerabilizados(as), com foco na articulação entre Previdência, SUS, SUAS, Educação e empresas. Isso demanda liderança técnica e política do INSS, mas também apoio da esfera interministerial e coordenação integrada para garantir diretrizes nacionais, metas pactuadas e cooperação federativa.

O SRP só produzirá impacto real quando for capaz de se constituir como um sistema integrado e interinstitucional, voltado à superação de barreiras estruturais, ampliação de capacidades laborativas e reconexão com o mercado de trabalho em bases sustentáveis e dignas.

5.2. Participação social e transparência

A dimensão da participação social no âmbito do SRP revela-se pouco institucionalizada e ainda distante dos parâmetros de governança participativa preconizados pelo Decreto nº 9.203/2017. A ausência de canais formais e permanentes de consulta à sociedade civil, especialmente aos(as) usuários(as) do serviço, limita a capacidade do INSS de incorporar avaliações qualitativas, expectativas e críticas sobre a efetividade do SRP.

Mesmo com a existência de prestação de contas anual para áreas internas de planejamento e para o Ministério da Previdência Social, conforme reconhecido pelos gestores federais, tal prática permanece restrita, sem transparência ativa, o que impede o controle social efetivo e a participação cidadã. A literatura especializada evidencia que experiências de reabilitação mais exitosas tendem a envolver os usuários em espaços de escuta ativa, valorizando suas vivências como subsídios para aprimorar processos e promover maior aderência das ações às reais demandas do público-alvo (Sousa, 2017; Takahashi, 2006).

Do ponto de vista institucional, não foram identificados conselhos, comitês ou fóruns específicos que desempenhem funções de acompanhamento social do SRP. A inexistência de instâncias colegiadas de participação social compromete a transparência das decisões e impede a socialização dos critérios utilizados na concessão, no acompanhamento e na finalização do processo de RP. A comparação com outros programas sociais evidencia a importância dessa lacuna: no caso do Programa Bolsa Família, por exemplo, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) atua como instância relevante de controle social, acompanhando a execução orçamentária e os resultados alcançados. Assim como, desempenha um papel importante no acompanhamento e fiscalização do Benefício por Prestação Continuada (BPC), garantindo que o benefício seja concedido e utilizado corretamente.



No que tange à transparência, observa-se um déficit importante na disponibilização ativa de dados e informações sobre a política. Não há um painel público que consolide, de forma acessível, indicadores sobre número de reabilitados(as), taxa de retorno ao mercado de trabalho, duração média dos processos, entre outros dados críticos para o monitoramento externo da política. Isto chama atenção para a opacidade de informações sobre resultados e destaca a necessidade de ampliar os mecanismos de gerenciamento voltados ao cidadão e aos órgãos de controle.

A análise documental também revela que a comunicação com os(as) segurados(as) tende a ser unidirecional e pouco responsiva. Os canais formais de reclamação e sugestão – como ouvidorias e centrais de atendimento – não são integrados a um sistema de gestão de informação que permita a retroalimentação das práticas institucionais. Essa limitação compromete a capacidade do SRP de responder de maneira oportuna e ajustada às diferentes situações dos(as) beneficiários(as), além de enfraquecer os princípios de responsividade e prestação de contas que fundamentam uma boa governança pública.

5.3. Monitoramento e prestação de contas

O SRP apresenta fragilidades expressivas no que diz respeito ao seu sistema de monitoramento, avaliação e prestação de contas. Conforme a avaliação da implementação, o SRP não possui um modelo estruturado de acompanhamento de resultados que permita verificar com precisão os impactos das ações desenvolvidas. A ausência de metas claras e instrumentos regulares de avaliação impede tanto o controle interno da política quanto a sua prestação de contas à sociedade.

Atualmente, os dados administrativos disponíveis no INSS concentram-se principalmente em aspectos procedimentais e operacionais – como o número de encaminhamentos, concessões de alta e cursos oferecidos –, mas não capturam de forma sistemática os desfechos relevantes, como a reinserção efetiva no mercado de trabalho ou a melhoria das condições de vida dos segurados reabilitados. Estudos como os de Silva (2008), Medeiros (2019) e Albuquerque et al. (2022) apontam que muitos trabalhadores concluem o processo de reabilitação sem conseguirem se recolocar de maneira sustentável no mundo do trabalho, o que evidencia a limitação dos indicadores atualmente utilizados.

Outro ponto crítico diz respeito à inexistência de mecanismos regulares de auditoria e avaliação externa da política. Há ausência de evidências de que o INSS realiza análises sistemáticas sobre a efetividade dos programas. Isso compromete a transparência e dificulta a formulação de melhorias baseadas em evidências. O fato de o SRP operar sem um ciclo de avaliação bem definida, com periodicidade e critérios estruturados reduz a capacidade institucional de identificar gargalos, implementar ajustes e dar publicidade às ações e resultados alcançados.

Adicionalmente, o sistema atual não prevê mecanismos de responsabilização ou incentivos voltados ao cumprimento de metas de reinserção laboral. A literatura identificou que, em muitos casos, a conclusão do processo de reabilitação ocorre com base em critérios formais – como a finalização de um curso – e não em indicadores de



efetividade, como o retorno a atividades laborais compatíveis com as capacidades e limitações do trabalhador (Palavezzini, 2020; Santos e Santos, 2017). Essa lacuna reforça a desconexão entre os objetivos da política e os instrumentos de sua implementação.

A ausência de painéis públicos com dados agregados e desagregados por território, faixa etária, sexo, escolaridade e condição de deficiência também limita a capacidade de avaliação da equidade no acesso e nos resultados do SRP. Além disso, a incorporação de uma perspectiva interseccional no monitoramento permitiria não apenas identificar desigualdades estruturais, como também orientar estratégias específicas para grupos vulnerabilizados.

5.4. Gestão de riscos

A ausência de uma abordagem sistemática de gestão de riscos no âmbito do SRP do INSS compromete sua resiliência institucional frente aos diversos fatores operacionais, organizacionais e sociais que ameaçam sua efetividade. Embora o desenho da política contemple diretrizes com potencial inclusivo, a falta de governança orientada à antecipação e mitigação de riscos constitui um dos principais entraves à consolidação da RP.

O sistema de RP no INSS opera sob uma lógica predominantemente burocrática e economicista, o que limita sua capacidade de resposta às demandas concretas dos(as) trabalhadores(as) em processo de RP. Estudos como os de Tessarro (2014) evidenciam a contração progressiva da atuação do Estado na política, com perda da centralidade dos processos terapêuticos e redução da atuação interprofissional. A escassez de equipes técnicas e a sobreposição de atribuições tornam o serviço vulnerável a sobrecargas e perdas de continuidade nas ações.

A ausência de uma estratégia nacional de gestão de riscos é um dos aspectos mais críticos. Os dados revelam que os riscos operacionais — como o prolongamento excessivo do tempo de permanência no programa, a inadequação dos cursos ofertados, e o baixo percentual de reinserção — não são sistematicamente tratados como riscos institucionais. Estudo de Maranhão, Ferreira e Costa (2020) aponta que, mesmo nos melhores cenários, como em Belém, apenas 55% dos segurados completaram a reabilitação, com 74% desses permanecendo no serviço por mais de 240 dias. Esse tempo médio é corroborado por outros estudos, como os de Albuquerque et al. (2022) e Santos (2019), que indicam cerca de 23 meses de permanência. Isto evidencia não apenas a ineficácia, mas também o alto custo social e fiscal do modelo atual.

As barreiras vão além da infraestrutura. A literatura também denuncia a desarticulação entre os atores da reabilitação, evidenciando riscos de descontinuidade assistencial. Takahashi (2006) demonstra como a ausência de planos terapêuticos integrados e a rotatividade de profissionais geram tratamentos pouco resolutivos, exigindo prolongamento do afastamento.

Nesse sentido, a fragmentação entre os setores internos do INSS — como a perícia médica, o serviço social e os profissionais da reabilitação — compromete a coordenação das ações, resultando em encaminhamentos equivocados, altas precoces e



descontinuidade dos planos terapêuticos, conforme demonstrado por Moura (2020), Silva (2016) e Albuquerque et al. (2022). Esse cenário é agravado por um modelo decisório tecnocrático, que minimiza a participação dos(as) reabilitandos(as) na definição de seus trajetos formativos e ocupacionais. Sousa (2017) e Silva (2019) enfatizam que a ausência de escuta ativa e mediação institucional aprofunda a exclusão subjetiva dos(as) segurados(as), gerando insegurança, baixa autoestima e desistências.

O risco de apagamento da voz do(a) trabalhador(a) é central. Além da escolha não compartilhada de caminhos formativos e ocupacionais, há ainda negligência em reconhecer as vulnerabilidades emocionais e sociais dos(as) segurados(as). A insegurança sobre o futuro, o medo do insucesso e o isolamento emocional são frequentemente relatados, sem que haja oferta sistemática de suporte psicológico ou mediação institucional para lidar com os desafios da reinserção (Sousa, 2017; Silva, 2019).

Ademais, a articulação com o setor produtivo é frágil e pouco resolutiva. Em vez de estratégias colaborativas para reinserção laboral, predominam práticas formais como o envio de ofícios, sem pactuação de planos de adaptação ou acompanhamento após reingresso ao trabalho (Vargas et al., 2017; Carvalho, 2018). O SRP falha em assumir a coordenação das estratégias de reintegração, repassando aos empregadores a responsabilidade exclusiva pelo retorno, o que resulta frequentemente na não readmissão ou em alocações incompatíveis com as limitações dos(as) trabalhadores(as) (Albuquerque et al., 2022; Cestari e Carlotto, 2012).

Mesmo os dispositivos mais elementares da governança, como o acompanhamento após a alta, são negligenciados. Carvalho (2018) demonstra que esse acompanhamento, quando existente, se restringe a contatos formais pontuais, sem suporte técnico contínuo ou mediação com o mercado de trabalho. Ainda mais grave é a baixa efetividade da Pesquisa de Acompanhamento da Fixação no Mercado de Trabalho, prevista em decreto, mas que não vem sendo implementada de forma sistemática. A ausência de um monitoramento da trajetória laboral dos(as) reabilitados(as), faz com que o serviço dependa de iniciativas isoladas das equipes locais, sem padronização metodológica ou integração dos dados coletados. Essa lacuna compromete a capacidade do serviço de gerar evidências sobre sua efetividade, inviabilizando a retroalimentação do ciclo de políticas públicas.

Paradoxalmente, há experiências positivas que indicam o potencial transformador do PRP quando suas diretrizes são efetivamente cumpridas. Teixeira (2011) mostra que 82% dos usuários avaliaram positivamente o apoio do INSS no processo de retorno, e Takasu (2018) revela como o acompanhamento adequado contribuiu para ganhos em autoestima, saúde mental e ressignificação do trabalho. Em termos gerenciais, os gestores federais entrevistados reconhecem as fragilidades estruturais — como a insuficiência de servidores e a dificuldade de contratação de cursos — e apontam a necessidade de reformulação, o que pode ser um ponto de partida para mudanças.

O modelo de gestão excessivamente burocratizado também constitui um risco sistêmico. Os estudos reunidos na síntese de evidências indicam que os processos internos são lentos, com alta exigência documental e pouca flexibilidade para adequações locais. Isso não apenas afeta o tempo de resposta do serviço, mas também



gera desmotivação entre os segurados e pode agravar suas condições de saúde durante a espera por atendimento (Silva, Oliveira e Modena, 2020; Lima, 2017).

Adicionalmente, observa-se o crescimento da judicialização das ações relacionadas à RP como um risco institucional relevante. A crescente demanda judicial por acesso ou revisão de decisões do SRP revela não apenas o enfraquecimento dos canais administrativos de resolução de conflitos, mas também a percepção de ineficácia ou arbitrariedade por parte dos(as) usuários(as). Tal cenário transfere para o sistema judiciário a mediação das falhas operacionais do serviço, sobrecarregando estruturas externas e corroendo a legitimidade da RP. Essa judicialização recorrente pode ainda engessar a capacidade de resposta da política pública, ao deslocar a gestão do mérito técnico para decisões individualizadas e reativas, desarticuladas do planejamento sistêmico e territorializado.

No campo intersetorial, destaca-se o risco da baixa colaboração de parceiros externos, como empresas e redes municipais de saúde e assistência social. A falta de estratégias formais de articulação torna o SRP vulnerável a contextos territoriais adversos, nos quais a inexistência de oportunidades reais de reinserção laboral torna o processo de reabilitação inócuo, como sugerido nos estudos de Cestari e Carlotto (2012) e Palavezzini (2020).

Por fim, há riscos relacionados à equidade da política, pois a ausência de monitoramento com recorte interseccional impede a identificação de padrões de exclusão relacionados a gênero, raça, idade ou deficiência. Sem dados robustos, a política corre o risco de perpetuar desigualdades estruturais ao não considerar adequadamente as especificidades de grupos vulnerabilizados (Sousa, 2017; Medeiros, 2019).

Superar as contradições da RP no INSS exige reconhecer o caráter social da incapacidade e promover uma reconfiguração do sistema de atividade. A gestão de riscos deve ser o eixo central dessa transformação, permitindo SRP não apenas prevenir falhas e ineficiências, mas também garantir a efetividade dos direitos sociais assegurados em sua concepção. Ao incorporar práticas de análise de cenários, pactuações institucionais e protocolos de resposta a riscos previsíveis, o SRP poderá se consolidar como uma política pública estruturante na reinserção laboral de trabalhadores(as), com base na justiça social, na eficiência e na equidade.



6. Resultados e Impactos

6.1. Resultados

A avaliação de resultados do Programa de Reabilitação Profissional (PRP) tem por objetivo abordar as seguintes questões:

- Como os indicadores de resultado da política evoluíram nos últimos anos?
- Os resultados previstos (metas) foram alcançados? Por quê? As bases de dados disponíveis permitem a aferição dos resultados da política?
- Existem informações sobre os beneficiários da política? Em que medida as entregas da política estão alcançando o público-alvo?
- Há alguma forma de o usuário final da política enviar retorno sobre o bem ou serviço recebido? Se sim, que forma é essa?

6.1.1. Bases de dados para análise de resultados

Como é esperado, a qualidade dos processos de monitoramento e avaliação de resultados está intrinsecamente condicionada à disponibilidade, cobertura e fidedignidade dos dados administrativos associados à determinada política. Idealmente, os avaliadores teriam acesso aos microdados dos beneficiários do programa, organizados para cada fase do PRP. Neste cenário, seria possível acompanhar o percurso individual dos segurados nas diversas etapas do programa, estimar o tempo despendido em filas e etapas intermediárias, e avaliar os desfechos com maior precisão. Com base nesse entendimento, foram formalmente solicitados aos gestores tanto os microdados da política quanto os dados agregados.

Para realizar esse trabalho, os avaliadores se debruçaram sobre os dados da Reabilitação Profissional, compartilhados pela Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão do Instituto Nacional do Seguro Social, encaminhados por meio do OFÍCIO SEI Nº 5658/2025/MPS de 16/05/2025, tendo sido compartilhados com os avaliadores efetivamente no dia 19/05/2025. Assim, os avaliadores tiveram somente três semanas para entender, organizar, validar e analisar os dados, para posteriormente reportarem os achados no presente relatório.

Os dados compartilhados correspondem a informações individuais de processos de reabilitação, contendo registros das diversas fases (formulários F0/FJ, F1, F2 e F3) desidentificados, e registros (F9) contendo, além dos campos dos formulários, a identificação do beneficiário por meio de nome e CPF.

Além dessas informações, utilizou-se também os dados da RAIS e resultados encontrados na literatura.



6.1.2. Pesquisa de Fixação

A Pesquisa de Fixação está estabelecida pela Portaria DIRBEN/INSS nº 999/2022 como obrigatória para todos os segurados desligados do PRP com retorno ao trabalho e emissão de certificado. Conforme indicado no Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional (2018), o objetivo desta pesquisa é identificar a adaptação do beneficiário ao mercado de trabalho e avaliar a efetividade do processo de reabilitação. A pesquisa ocorre 14 meses após o desligamento do programa, com base em informações do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), que registra vínculos empregatícios e contribuições previdenciárias.

Uma análise preliminar dos dados enviados pelos gestores revela que, apesar da obrigatoriedade formal da realização da Pesquisa de Fixação, sua execução ainda ocorre em ritmo aquém do desejável. Primeiramente, destaca-se que o processo de digitalização e sistematização dessas informações é relativamente recente, com o registro mais antigo da base de dados disponibilizada datando de fevereiro de 2020. Essa limitação temporal constitui um desafio substancial para a análise, pois implica na indisponibilidade de informações anteriores ao período pandêmico, restringindo significativamente a construção de séries históricas robustas e, por consequência, comprometendo a capacidade de inferências sólidas sobre a evolução e a efetividade do programa ao longo do tempo. Em segundo lugar, conforme destacado abaixo, é notável que o número absoluto de Pesquisas de Fixação concluídas permanece baixo, ainda que apresente uma tendência de crescimento gradual ao longo dos últimos anos.

6.1.3. Cobertura e qualidade do preenchimento na Pesquisa de Fixação

Os dados compartilhados pelo INSS indicam que a pesquisa de fixação não é aplicada à maior parte dos reabilitados. E que, mesmo quando realizada, observa-se um elevado número de campos não preenchidos, comprometendo a avaliação dos resultados do programa. Além disso, o padrão de respostas evidencia a ausência de controles no fluxo orientador do questionário, a inexistência de regras de validação e consistência, e o não aproveitamento de informações já disponíveis nos sistemas do próprio programa de Reabilitação Profissional ou do sistema de benefícios do INSS.

A base de dados da Pesquisa de Fixação, referente ao período entre 2020 e 2025, continha 4.951 entrevistas marcadas como concluídas. Desses registros, 1.275 referiam-se a beneficiários desligados do programa no ano de 2022. Tomando-se esse ano como referência — por ser o mais representativo entre os reabilitados constantes na base — e considerando que, naquele ano, o programa concluiu o processo de reabilitação para 4.730 segurados, conclui-se que a Pesquisa de Fixação foi aplicada a apenas 27% dos reabilitados de 2022.

Alguns números que evidenciam a falta de preenchimento de campos da Pesquisa de Fixação nos questionários dados como concluídos, são:



- A data de início e de desligamento da Reabilitação Profissional, bem como a espécie de benefício recebido durante a RP estão ausentes em mais de um terço dos registros.
- O campo sobre o tipo de tratamento realizado está em branco em aproximadamente 50% dos casos.
- Observa-se um alto índice de omissão de informações pessoais básicas como sexo, data de nascimento e raça/cor, com percentuais de não preenchimento de 34%, 50% e 97%, respectivamente. Os campos sobre escolaridade antes e depois da reabilitação estão praticamente sem preenchimento: 85% e 96%, respectivamente.
- Por fim, as principais perguntas para a avaliação de resultados do programa apresentam baixíssimo nível de preenchimento: a informação sobre a situação empregatícia do beneficiário 14 meses após o término da reabilitação consta em apenas 37% dos registros. Já a pergunta “Você considera que a RP colaborou efetivamente para sua reinserção no mercado de trabalho?” foi preenchida em menos de 9% dos questionários.

Apesar dos problemas listados, é possível observar uma tendência de melhora na completude dos registros mais recentes. As pesquisas com data de conclusão mais próxima de 2025 apresentam, em média, menor proporção de quesitos em branco, o que indica um avanço gradual na qualidade do preenchimento e nos procedimentos de coleta. A explicação da Coordenação-Geral de Serviços Previdenciários e Assistenciais do INSS é que estes dados somente passaram a ser acessíveis pelos sistemas a partir de outubro/2024 e somente após a avaliação Socioprofissional. Antes disso, as informações eram preenchidas em formulários e inseridas no sistema na forma de arquivos PDF, com os campos adicionais do sistema ficando sem preenchimento. Isso significa que a realização da Pesquisa da Fixação pelo novo sistema é muito recente e, segundo o INSS, os dados ainda não se mostram confiáveis para serem utilizados sem a devida contextualização.

6.1.4. Adequação da Pesquisa de Fixação enquanto instrumento de monitoramento de resultados

O desenho atual do formulário da Pesquisa de Fixação apresenta diversas limitações que comprometem a avaliação efetiva dos resultados da política. Entre os principais problemas, destacam-se a ausência de um fluxo lógico que oriente o entrevistador, a limitação no número e na abrangência das perguntas, e o pouco aproveitamento de informações já disponíveis em outras fases do programa.

Um exemplo claro dessa limitação é o não aproveitamento de dados que poderiam ser integrados a partir de sistemas já existentes. Informações como benefício previdenciário recebido, data de nascimento e gênero poderiam ser obtidas diretamente do sistema de benefícios. Da mesma forma, dados sobre a data de início e término da reabilitação, bem como o tipo de tratamento recebido, poderiam ser extraídos do histórico do



segurado no programa.⁶ Além disso, informações sobre a inserção ocupacional ou o nível de escolaridade ao final do processo de reabilitação poderiam ser registradas no momento da conclusão da reabilitação, e não somente 14 meses depois, junto com as demais questões de aferição de resultado do programa.

O questionário também não contempla informações fundamentais sobre limitações funcionais relacionadas à deficiência, como dificuldades para enxergar, ouvir, andar, utilizar os membros superiores, comunicar-se, realizar autocuidados ou processar informações cognitivas — mesmo com o uso de dispositivos de apoio. Esses dados são essenciais para qualificar adequadamente os diferentes perfis de beneficiários e permitir uma avaliação mais precisa dos resultados esperados.

Outra lacuna importante é a ausência de um manual de preenchimento com definições claras dos conceitos utilizados. Isso é evidente, por exemplo, quando se pergunta a pessoas desempregadas se estão procurando emprego — sendo que essa busca ativa é justamente um critério essencial para classificar alguém como desempregado (ou “desocupado”, segundo a terminologia oficial do IBGE).

Outros pontos que também merecem atenção:

- O uso de campos abertos para descrever a função anterior, a função para a qual o segurado foi reabilitado e a função atual dificulta a análise estatística e comparativa.
- Não há coleta de informações sobre o setor de atividade (código CNAE), sobre a ocupação (código CBO) ou sobre a compatibilidade entre a nova função e a formação recebida durante a reabilitação.
- Falta um conjunto de questões que avalie o grau de satisfação do usuário em relação ao processo de reabilitação, o que poderia ser feito por meio de escalas do tipo Likert.
- A informação sobre variação salarial é apresentada de forma categórica, o que impossibilita o cálculo de uma taxa de variação da renda antes e depois da reabilitação.
- Não há coleta de dados sobre aspectos que caracterizam a qualidade da ocupação obtida, como tempo no emprego, tipo de vínculo, jornada de trabalho, entre outros.

Por fim, recomenda-se que o questionário adote um fluxo lógico condicional, que permita pular blocos de perguntas não aplicáveis conforme as respostas anteriores. Isso tornaria a entrevista mais eficiente, reduzindo o tempo de aplicação e aumentando a qualidade das respostas.

⁶ A existência de um elevado percentual de pesquisas com valores *missings* nesses campos permite inferir que o preenchimento desses campos é realizado de forma manual, e sem regras de validação e consistência.

6.1.5. Resultados e metas do SRP

Essa seção busca mostrar os resultados recentes da Reabilitação Profissional e compará-los com as metas estabelecidas pelos gestores, de modo a inferir se os resultados previstos (metas) do programa foram alcançados.

A Tabela 4 mostra o número de clientes reabilitados pelo Serviço de Reabilitação Profissional de 2018 a 2023, bem como as metas definidas para o PPA e as estimativas presentes no Cadastro de Ações do SIOP.

Chama a atenção o efeito que o estado de emergência em saúde pública por conta da Covid-19 teve nos resultados do programa entre 2020 e 2022, que resultou em uma queda de mais de 70% no número de clientes reabilitados, quando comparado com o período prévio.

Tabela 4 – Resultados e metas do Serviço de Reabilitação Profissional – 2018 a 2027

Ano	Clientes Reabilitados ⁽¹⁾	Meta clientes reabilitados - PPA ⁽²⁾	Previsão de clientes reabilitados - SIOP ⁽³⁾	Certificados de Reabilitação Profissional emitidos ⁽²⁾		
				Retorno à mesma função com atividade diversa	Retorno à função diversa	Total
2018	16.586		17.000	2.472	10.382	12.854
2019	16.437		17.000	2.452	10.327	12.779
2020	6.069			681	3.265	3.946
2021	6.709			914	2.709	3.623
2022	4.730			692	4.379	5.071
2023	5.968	5.000	9.000	717	4.853	5.570
2024	6.596*	7.500	8.000	637	5.102	5.739
2025		10.000	16.600			
2026		12.500				
2027		15.000				

Fonte: (1) AEPS; (2) Coordenação-Geral de Serviços Previdenciários e Assistenciais do INSS; (3) Cadastro de Ações do SIOP.

Nota: (*) Dados computados a partir dos registros do formulário F3 compartilhados pelo INSS, tomando como referência a data de conclusão da tarefa.

Outro ponto de destaque é a expectativa de retomada do programa a partir de 2023, consubstanciada por meio de um calendário de metas crescentes entre 2023 e 2027, mas cuja execução apresentou resultados modestos entre 2023 e 2024 em relação ao que era esperado. Assim, embora se tenha estabelecido um aumento anual de 2,5 mil clientes reabilitados de 2023 a 2027, o resultado prático foi bem menor, com o número de certificados de reabilitação profissional emitidos aumentado em menos de 700 casos entre 2022 e 2024.



Essa frustração de expectativa do programa mostra as dificuldades enfrentadas pelo INSS para a recompor o atendimento a níveis prévios à pandemia de Covid-19. Por exemplo, informações disponibilizadas pela Coordenação-Geral de Serviços Previdenciários e Assistenciais do INSS mostram que o número de profissionais atuantes na reabilitação profissional em 2024 (609) era um terço menor que aqueles de 2018 (929), sem contar que parte desses profissionais divide o tempo com outras atividades dentro do INSS. Mesmo que o processo de informatização de serviços possa contribuir para aumentar a eficiência do processo, é preciso levar em conta que o serviço oferecido pela Reabilitação Profissional é intensivo em mão de obra, e, portanto, a questão de mão-de-obra pode se tornar um fator relevante para retomar os resultados do programa.

6.1.6. Indicadores de resultados do PRP

No processo de construção do modelo lógico, definiu-se que as ações de implementação do Programa de Reabilitação Profissional do INSS devem se traduzir em resultados e impactos mensuráveis, tais como: a ampliação da funcionalidade e da qualificação dos beneficiários para o retorno ao mercado de trabalho; o aumento da capacidade de (re)inserção laboral; a elevação dos níveis de renda e ocupação; e a geração de economia previdenciária decorrente da redução da dependência de benefícios por incapacidade.

A Pesquisa de Fixação, de caráter obrigatório para os concluintes do PRP que receberam o certificado do programa, permite, em teoria, que estes indicadores sejam monitorados e avaliados. Na prática, a maior parte destas informações não está disponível, incluindo a informação de emprego dos segurados 14 meses depois de finalizada a ação de reabilitação. Não obstante, para analisar os indicadores de resultados e impactos fez-se o pareamento das informações individualizadas cedidas pelo INSS com as informações da RAIS identificada, a fim de verificar a situação laboral daqueles que passaram pelo PRP.

O primeiro indicador de resultados do modelo lógico visa medir a ampliação da funcionalidade dos beneficiários com vistas ao seu retorno ao mundo do trabalho. Uma vez que a maior parte dos beneficiários do PRP sofrem de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo⁷, o que implica que a maior parte deles necessita do recebimento de OPM-TA, uma maneira de medir a ampliação da funcionalidade dos beneficiários pode ser medida pelo número de segurados que passaram pelo PRP e receberam OPM-TA. Entretanto, os dados fornecidos pela equipe gestora não permitem a mensuração deste indicador. Para tanto, seria necessário combinar as informações de recebimento de OPM-TA com os dados de conclusão do PRP, e, em muitos casos, esta informação não está bem reportada.

⁷ CID do grupo M, dedicado a doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, que afetam ossos, articulações, músculos e outros tecidos relacionados.

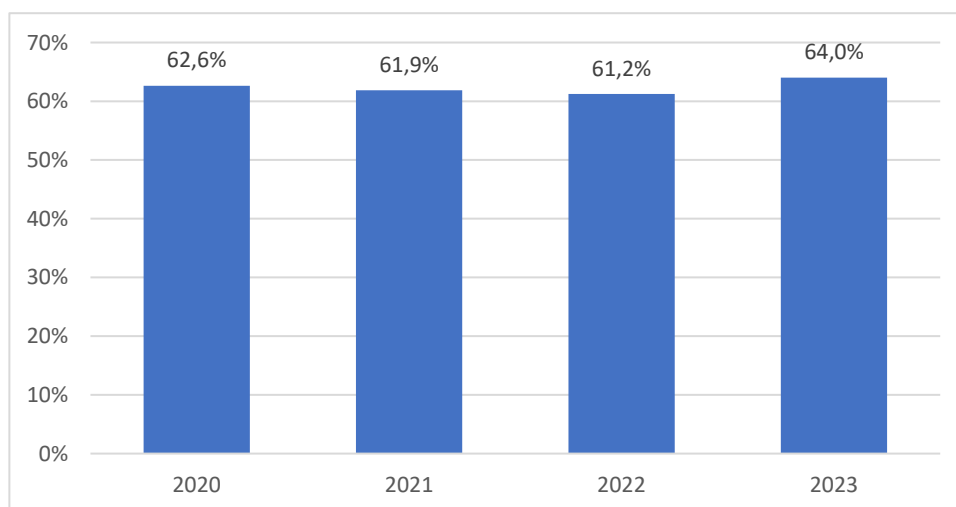


O mesmo problema de indisponibilidade de dados confiáveis impede a análise do segundo indicador de resultado que poderia ser analisado, a ampliação do nível de qualificação profissional dos beneficiários. Neste caso, o indicador mensura o percentual de segurados que passaram por treinamentos ou processo de elevação de escolaridade e o percentual de segurados que participaram de ações de capacitação profissional ou de elevação de escolaridade, bem como o percentual daqueles cuja reabilitação ocorreu no âmbito da mesma empresa ou em empresas parceiras do programa. A impossibilidade de cálculo deste indicador também é causada pela ausência de preenchimento das informações sobre a elevação de escolaridade dos segurados, bem como o recebimento de cursos de qualificação profissional.

Por fim, o terceiro indicador de resultados mede o percentual de segurados empregados após 14 meses de Reabilitação Profissional. Neste caso, foi possível calcular uma versão mais restrita deste indicador, o percentual de segurados que estavam empregados no mercado formal após 14 meses da conclusão do PRP. Para tanto, fez-se o pareamento dos dados internos do programa com a RAIS, usando as informações identificadoras de indivíduo.

O Gráfico 8 apresenta o percentual de segurados empregados no mercado formal 14 meses após a conclusão do PRP, por ano, no período de 2020 a 2023. Embora a RAIS registre informações sobre segurados que concluíram a reabilitação em anos anteriores, todos apareciam como empregados nesse banco de dados, o que indica que a Pesquisa de Fixação era aplicada apenas a um subconjunto de pessoas que, de fato, conseguiram se inserir e permanecer no emprego após a reabilitação. Mesmo restringindo a análise ao período de 2018 em diante, é necessário interpretar os dados do Gráfico 8 com cautela. Como já destacado, apenas cerca de um terço dos segurados reabilitados respondem à pesquisa de fixação, e é plausível supor que a probabilidade de resposta seja maior entre aqueles que conseguiram se empregar, gerando um viés de seleção que tende a superestimar os percentuais observados.

Gráfico 8 – Percentual de segurados com vínculo formal 14 meses após a conclusão da reabilitação (2020-2023)



Fonte: RAIS e Pesquisa de Fixação da RP.

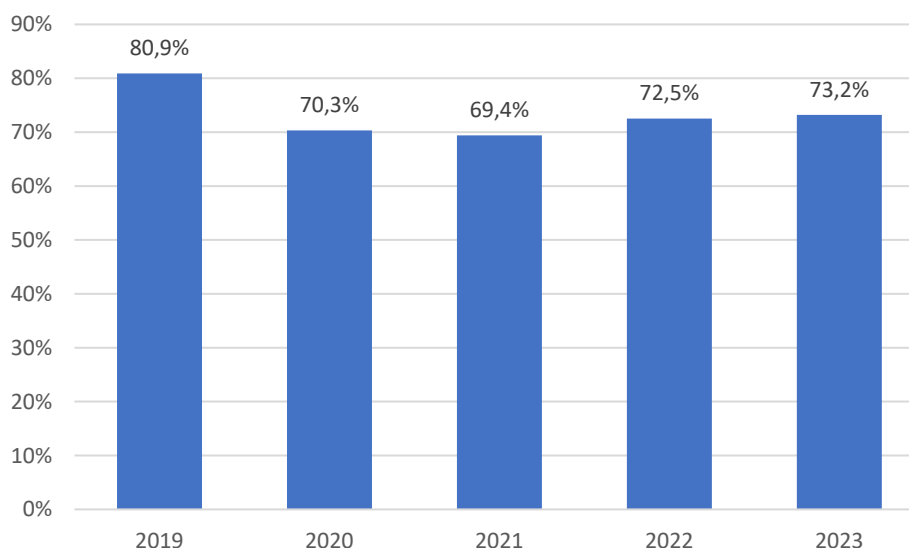


Observa-se um percentual relativamente elevado de segurados empregados 14 meses depois da conclusão da reabilitação no período observado (de 61,2% a 64,0%). Em específico, a ligeira queda observada em 2022 coincide com os efeitos prolongados da pandemia de Covid-19 sobre o mercado de trabalho, especialmente entre públicos historicamente mais vulneráveis. Por outro lado, esse período também foi marcado por avanços na digitalização dos serviços do INSS, o que pode ter impactado tanto os processos de acompanhamento quanto as próprias estatísticas apresentadas.

Os resultados observados nesta avaliação situam-se acima do intervalo reportado na literatura especializada, cujas estimativas, em estudos revisados por pares, variam de 29,4% (Vacaro e Pedroso, 2011) a 49% (Santos e Lopes, 2021). Esse percentual mais elevado pode refletir, em grande medida, o viés decorrente da maior propensão de beneficiários empregados 14 meses após a reabilitação a responderem à pesquisa de fixação. É razoável supor que esses beneficiários sejam mais facilmente localizáveis, uma vez que suas informações permanecem atualizadas nos registros administrativos, o que aumenta a probabilidade de participação na pesquisa e, conseqüentemente, pode inflar os indicadores apresentados.

Para uma melhor comparação com os resultados apresentados no gráfico anterior, o Gráfico 9 mostra o percentual de segurados que possuíam vínculo formal na data de término da reabilitação profissional. Os valores apresentados superam aqueles mostrados no Gráfico 8, indicando que uma fração ainda maior de reabilitados possuía vínculo formal logo após o término da reabilitação profissional comparativamente à situação dos reabilitados 14 meses depois.

Gráfico 9 – Percentual de segurados com vínculo formal na data de conclusão da reabilitação (2019-2023)



Fonte: RAIS e Pesquisa de Fixação da RP.

A análise feita nessa seção não permite inferir as causas para esse padrão, que pode ser resultado de um desligamento do segurado após o retorno ao trabalho ou após o período de estabilidade (situação comumente reportada em pesquisas qualitativas e nos comentários que os segurados reportam na Pesquisa de Fixação) ou da recorrência



do afastamento do trabalho relacionada às sequelas dos processos incapacitantes originais, que pode resultar na aposentadoria por incapacidade, entre outras.

6.1.7. Beneficiários da política e público-alvo

6.1.7.1. Fonte de dados e metodologia

A Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) contém informações de parte expressiva do universo de trabalhadores formais brasileiros, compreendendo, empregados com carteira, servidores públicos, trabalhadores avulsos e outras formas de trabalho registradas. Entretanto, não inclui categorias específicas associadas à inserção formal no mercado de trabalho, como trabalhadores autônomos (conta-própria) ou empregadores contribuintes da previdência social, produtores rurais ou extrativistas protegidos, e outras situações que poderiam ser enquadradas nesse conjunto.

A RAIS permite identificar se o empregado ou servidor é pessoa com deficiência habilitada ou beneficiário reabilitado, nos termos definidos pelo Decreto nº 3.298/99 e Decreto nº 5.296/04. Portanto, além de poder marcar se o trabalhador possui alguma deficiência física, auditiva, visual, intelectual ou múltipla, é possível alternativamente informar se ele é beneficiário reabilitado da Previdência Social. Dessa forma, a existência dessa informação permite quantificar, de forma independente da Pesquisa de Fixação, o perfil do universo dos trabalhadores reabilitados inseridos no mercado formal brasileiro.

A Pesquisa de Fixação representa outra fonte relevante para caracterizar os beneficiários da Reabilitação Profissional, embora apresente limitações significativas devido aos elevados percentuais de não preenchimento em questões fundamentais. Como estratégia complementar, utilizam-se informações de CPF e nome do segurado presentes nos dados compartilhados para obter dados pessoais e de vínculos empregatícios com maior precisão a partir das informações da RAIS.

6.1.7.2. Perfil geral dos beneficiários de 2024

Segundo o INSS, o número de segurados registrados no programa foi de 43.065 em 2024. Quanto ao perfil dos beneficiários, as informações disponibilizadas indicam que eles apresentam um nível de escolaridade inferior ao da média nacional. Enquanto 54,5% da população brasileira concluíram o ensino médio⁸, entre os beneficiários do PRP esse percentual é de apenas 45%. Esta estatística indica que a realização da elevação de escolaridade pode ser uma etapa importante para parte dos beneficiários. Há mais homens do que mulheres registradas no programa (66% e 34%,

⁸ Dados da PNADC 2023 anual indicam que 54,5% dos adultos possuem o ensino médio completo.



respectivamente) e as informações de cor mostram prevalência das populações branca (45%), parda (40%) e preta (11%).

Outra informação compartilhada é que 60% dos beneficiários em 2024 tinham vínculo de trabalho estabelecidos ao passo que os demais estavam desocupados ou fora da força de trabalho. Isto implica que um contingente expressivo dos beneficiários registrados em 2024 estava desengajado do mercado de trabalho, trazendo maior complexidade para o processo de (re)inserção destes indivíduos. De fato, a literatura aponta que a maior parte dos beneficiários que conseguem ser reinseridos no mercado de trabalho possuem vínculo empregatício quando do registro no PRP.

6.1.7.3. Características pessoais dos concluintes da reabilitação

As informações apresentadas anteriormente, embora importantes, oferecem um retrato limitado dos beneficiários devido às suas restrições metodológicas. Para complementar esta análise, procedeu-se à caracterização dos reabilitados com vínculo na RAIS 2023, que podem ter concluído o processo de reabilitação em diferentes períodos, bem como dos reabilitados em dois momentos distintos: na data da reabilitação e após 14 meses. Estas últimas informações baseiam-se nos dados da RAIS de 2020 a 2023.

A análise comparativa considera três grupos de referência: trabalhadores reabilitados, trabalhadores com deficiência não reabilitados e demais trabalhadores. É fundamental ressaltar que o universo analisado se refere exclusivamente aos trabalhadores em vínculos formais, não contemplando segurados reabilitados sem vínculos formais ou em situação de desocupação, grupos que podem apresentar características substancialmente distintas.

Os dados confirmam maior concentração masculina entre os reabilitados, atingindo 69,7% na data de reabilitação. Esta concentração reduz-se quando considerado o total de reabilitados no mercado de trabalho, correspondendo a 55,5%.

A distribuição etária revela predominância de adultos entre 40 e 54 anos, representando 53,8% na data da reabilitação. Observa-se presença reduzida de jovens (14 a 29 anos, 9,5%) quando comparado aos demais trabalhadores formais, incluindo pessoas com deficiência não reabilitadas. Por outro lado, verifica-se elevada concentração de trabalhadores com 60 anos ou mais em relação aos outros grupos analisados.

Observa-se um predomínio de trabalhadores classificados como brancos ou amarelos (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declara de origem japonesa, chinesa, coreana etc.) correspondendo a 51,2% na data da reabilitação. Constata-se uma sub-representação dos trabalhadores negros (raça/cor preta e parda), mesmo quando comparados com pessoas com deficiência não reabilitadas ou demais trabalhadores com vínculos formais.

Quanto à escolaridade, destaca-se a concentração de trabalhadores com ensino médio completo (58,1%, na data da reabilitação). Comparativamente a outros grupos, no

entanto, observa-se um maior percentual de reabilitados com vínculo formal que possuem ensino superior completo (30,1% dos inseridos em 2023, comparativamente a 19,9% das pessoas com deficiência não reabilitadas e 18,4% dos demais trabalhadores).

Tabela 5 – Características pessoais dos concluintes da Reabilitação Profissional

Característica	RAIS 2023			Reabilitados RP	
	Reabilitados	PcD não reabilitadas	Outros	Na data de reabilitação ⁽¹⁾	Após 14 meses ⁽²⁾
Sexo					
Masculino	55,5%	62,2%	55,7%	69,7%	70,3%
Feminino	44,5%	37,8%	44,3%	30,3%	29,7%
Faixa etária					
Até 24 anos	3,3%	8,9%	16,0%	1,9%	1,2%
25 a 29 anos	4,2%	11,2%	14,3%	7,5%	7,3%
30 a 34 anos	5,7%	12,8%	13,6%	10,8%	11,4%
35 a 39 anos	9,1%	14,8%	13,7%	14,5%	17,7%
40 a 44 anos	13,6%	15,1%	13,1%	19,0%	20,0%
45 a 49 anos	16,7%	13,1%	10,3%	18,3%	17,9%
50 a 54 anos	18,7%	10,2%	7,9%	16,4%	14,9%
55 a 59 anos	15,1%	7,3%	5,8%	8,7%	7,9%
60 anos ou mais	13,5%	6,6%	5,3%	2,8%	1,8%
Raça/cor					
Negra	38,3%	44,3%	40,2%	38,1%	38,8%
Branca / Amarela	56,2%	47,8%	40,4%	51,2%	50,2%
Indígena	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Não informado	5,2%	7,7%	19,1%	10,5%	10,6%
Escolaridade					
Fundamental incompleto	8,9%	11,8%	8,6%	13,3%	8,9%
Fundamental completo	7,6%	7,6%	7,6%	12,1%	11,1%
Médio incompleto	4,3%	6,5%	6,6%	7,3%	5,3%
Médio completo	45,3%	49,4%	54,5%	58,1%	61,9%
Superior incompleto	3,7%	4,8%	4,4%	2,1%	3,3%
Superior completo	30,1%	19,9%	18,4%	7,1%	9,5%
Região					
Norte	4,5%	5,2%	6,1%	1,5%	1,0%
Nordeste	19,0%	16,0%	18,2%	6,0%	6,3%
Sudeste	57,5%	51,2%	48,3%	61,7%	59,2%
Sul	13,7%	19,1%	18,0%	28,2%	30,7%
Centro-Oeste	5,3%	8,4%	9,4%	2,5%	2,8%
Estatísticas					



Nº de observações	59.740	684.580	61.752.911	2.679	1.403
-------------------	--------	---------	------------	-------	-------

Fonte: Relação Anual de Informações Sociais e Pesquisa de Fixação da Reabilitação Profissional. Elaboração própria

Notas: (1) Reabilitados do programa observados na RAIS entre 2020 e 2023, na data da conclusão da reabilitação profissional. (2) Reabilitados do programa observados na RAIS entre 2020 e 2023, 14 meses após a conclusão da reabilitação profissional

Interessante notar, no entanto, que essa concentração de beneficiários com ensino superior não se manifesta entre os reabilitados na data de conclusão do programa. De fato, a comparação da escolaridade dos reabilitados na data de reabilitação e após 14 meses sugere a existência de uma “sobrevivência seletiva” dos reabilitados mais escolarizados no mercado de trabalho ao longo do tempo. Assim, é difícil associar a sobrerrepresentação de trabalhadores reabilitados com maior escolaridade no mercado de trabalho formal com o resultado do programa, pois não há evidências da efetividade da reabilitação profissional para o aumento da escolaridade dos segurados. O mais provável é que isso seja resultado de seletividade dos trabalhadores, dos reabilitados com maior escolaridade estarem associados à maior facilidade de reinserção laboral, enquanto os demais não, sendo repelidos pelo mercado.

Por fim, os dados da Tabela 5 mostram que a distribuição geográfica dos reabilitados concentra-se predominantemente na região Sudeste (61,7% na data da reabilitação), seguida pelas regiões Sul (28,2%) e Nordeste (6,0%).

6.1.7.4. Características dos vínculos dos concluintes da reabilitação

A Tabela 6 apresenta as características dos vínculos das pessoas reabilitadas (RAIS de 2023) na data de conclusão da reabilitação e 14 meses depois, sendo que uma mesma pessoa pode ter mais de um vínculo no período de referência.

Tabela 6 – Características dos vínculos dos concluintes da Reabilitação Profissional

Característica	RAIS 2023			Reabilitados RP	
	Reabilitados	PcD não reabilitados	Outros	Na data de reabilitação ⁽¹⁾	Após 14 meses ⁽²⁾
Grupo CNAE 2.0					
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	1,5%	1,9%	3,8%	2,1%	1,5%
Indústria geral	19,0%	25,3%	15,0%	32,3%	31,4%
Construção	2,1%	4,5%	6,8%	6,2%	4,9%
Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas	7,1%	20,3%	19,7%	15,8%	15,1%
Transporte, armazenagem e correio	16,4%	5,1%	4,8%	13,1%	12,0%
Alojamento e alimentação	1,2%	2,3%	4,5%	2,6%	1,7%
Informação, comunicação e atividades financeiras, imobiliárias, profissionais e administrativas	11,4%	18,6%	19,2%	12,3%	12,4%



Administração pública, defesa, seguridade social, educação, saúde humana e serviços sociais	38,7%	19,3%	23,6%	14,1%	19,2%
Outros serviços	2,6%	2,7%	2,6%	1,5%	1,8%
Tipo de ocupação					
Manual Rotineira	21,5%	24,3%	27,2%	35,4%	29,7%
Manual Não Rotineira	11,7%	14,9%	16,6%	25,4%	21,1%
Não Manual Rotineira	53,0%	46,0%	37,0%	33,8%	42,0%
Não Manual Não Rotineira	13,9%	14,8%	19,1%	5,4%	7,2%
Tamanho do estabelecimento					
Até 9 vínculos ativos	7,0%	5,2%	20,5%	17,9%	12,7%
De 10 a 99 vínculos ativos	21,2%	21,1%	31,5%	26,8%	25,1%
De 100 a 499 vínculos ativos	20,9%	31,4%	18,3%	22,4%	23,6%
500 ou mais vínculos ativos	50,9%	42,2%	29,7%	32,9%	38,5%
Remuneração (em salário-mínimo)					
Até 1,00 SM	4,4%	11,6%	14,6%	15,9%	5,0%
de 1,01 a 1,50 SM	14,9%	32,6%	32,8%	25,6%	24,6%
de 1,51 a 2,00 SM	13,3%	18,5%	18,2%	20,4%	26,5%
de 2,01 a 3,00 SM	22,2%	15,1%	15,6%	22,1%	23,8%
de 3,01 a 5,00 SM	29,0%	11,5%	10,3%	11,7%	15,6%
Mais de 5,00 SM	16,3%	10,7%	8,6%	4,4%	4,6%
Horas contratadas					
Menor que 40 horas	10,2%	15,6%	11,4%	12,2%	11,4%
Entre 40 e menor que 44 horas	41,8%	20,3%	21,2%	13,0%	19,0%
44 horas	44,9%	60,0%	62,7%	72,4%	67,1%
Maior que 44 horas	3,1%	4,1%	4,7%	2,4%	2,6%
Meses trabalhados					
Menos de 6 meses	8,2%	16,8%	26,0%	1,2%	5,5%
De 6 meses a 1 ano	6,0%	11,0%	15,9%	1,7%	8,8%
De 1 a 3 anos	10,9%	22,0%	25,5%	7,1%	16,2%
De 3 a 5 anos	6,0%	11,7%	9,1%	13,1%	5,6%
Mais de 5 anos	68,8%	38,4%	23,6%	76,9%	63,9%
Causa do afastamento					
Acidente de trabalho	3,5%	3,5%	3,4%	2,8%	2,3%
Doença relacionada ao trabalho	4,1%	2,2%	2,0%	10,0%	4,4%
Doença não relacionada ao trabalho	89,1%	91,3%	88,1%	79,8%	88,0%
Outro motivo	3,3%	3,0%	6,5%	7,4%	5,2%
Estatísticas					
Remuneração média (R\$)	4.501,59	3.521,21	3.233,97	2.593,31	3.014,06
Tempo de emprego (meses)	166,1	70,8	50,1	120,5	108,3
Quantidade média de dias de afastamento	27,2	17,4	7,5	184,5	61,7
Quantidade média de dias ocupados	314,8	282,0	246,0	328,6	330,7
Percentual dias afastados / dias ocupados	8,6%	6,2%	3,0%	56,1%	18,7%
Nº de observações	64.203	783.393	80.689.871	2.778	1.461

Fonte: Relação Anual de Informações Sociais e Pesquisa de Fixação da Reabilitação Profissional.
Elaboração própria



Notas: (1) Reabilitados do programa observados na RAIS entre 2020 e 2023, na data da conclusão da reabilitação profissional. (2) Reabilitados do programa observados na RAIS entre 2020 e 2023, 14 meses após a conclusão da reabilitação profissional

A distribuição setorial dos trabalhadores reabilitados revela padrões distintos quando comparada aos demais grupos. Dos reabilitados na data de conclusão da reabilitação, observa-se uma concentração de vínculos na Indústria (32,3%), enquanto no conjunto de reabilitados com vínculos formais em 2023, o setor de Administração Pública, Defesa, Seguridade Social, Educação, Saúde Humana e Serviços Sociais concentra 38,7% dos vínculos de trabalhadores reabilitados.

Quanto ao tipo de ocupação, observa-se predominância de atividades não manual rotineira (33,8%, na data de reabilitação, e 53,0% entre todos os reabilitados com vínculos), que consiste em funções que não são fisicamente exigentes, mas que envolvem procedimentos padronizados ou tarefas administrativas. Há também uma concentração expressiva em ocupações manuais rotineiras (35,4%, na data de reabilitação), que consistiria em trabalhos manuais que seguem rotinas repetitivas e exigem pouca autonomia ou criatividade.

A análise do tamanho dos estabelecimentos empregadores revela que 50,9% dos trabalhadores reabilitados estão vinculados a empresas com 500 ou mais vínculos ativos, proporção superior à observada entre pessoas com deficiência não reabilitadas (42,2%) e outros trabalhadores (29,7%). Esta concentração em grandes estabelecimentos pode refletir a existência da Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência, que determina que empresas com 100 empregados ou mais reservem vagas para PcDs ou reabilitados certificados pelo INSS, além de uma maior capacidade estrutural dessas organizações para implementar programas de inclusão e adaptação de postos de trabalho.

O perfil remuneratório dos trabalhadores reabilitados apresenta características distintas. A remuneração média de R\$ 4.501,59 supera significativamente a de pessoas com deficiência não reabilitadas (R\$ 3.521,21) e outros trabalhadores (R\$ 3.233,97). Esta diferença pode estar associada ao maior tempo de serviço médio dos trabalhadores reabilitados (166,1 meses) comparativamente aos demais grupos (70,8 meses para PcD não reabilitadas e 50,1 meses para outros trabalhadores), e a uma elevada concentração de trabalhadores com nível superior completo.

Os trabalhadores reabilitados apresentam padrões de afastamento distintos dos demais grupos. A quantidade média de dias de afastamento (27,2 dias) supera a de pessoas com deficiência não reabilitadas (17,4 dias) e outros trabalhadores (7,5 dias), resultando em um percentual de dias afastados sobre dias ocupados de 8,6%. Este indicador sugere maior vulnerabilidade dos trabalhadores reabilitados a novos episódios de afastamento, possivelmente relacionados às sequelas dos processos incapacitantes originais.

A análise dos períodos de afastamento revela, contudo, uma evolução positiva significativa. Durante o ano de conclusão do processo de reabilitação profissional, os trabalhadores permaneceram afastados por uma média de 184,5 dias, refletindo o período de recuperação e adaptação funcional. Transcorridos 14 meses, observa-se uma



redução substancial para 61,7 dias de afastamento, evidenciando tanto um processo de seletividade dos trabalhadores quanto também um efeito do programa sobre a reabilitação dos indivíduos para o trabalho.

6.1.8. Avaliação de Potencial Laborativo, encaminhamento à reabilitação e casos de sucesso

Ao ser encaminhado para o Programa de Reabilitação Profissional, pela via administrativa ou judicial, o beneficiário é registrado no sistema de acompanhamento, em que será acompanhado por todo o processo. A primeira etapa a ser cumprida é a Avaliação de Potencial Laborativo (APL), ao fim da qual o beneficiário poderá ser encaminhado à Reabilitação Profissional, ou ter outros encaminhamentos.

Dentre os registros possíveis, há alguns que permitem uma análise conclusiva sobre o encaminhamento, como “Apto a cumprir o PRP” ou “Insuscetível de Reabilitação Profissional”. Em outros casos, entretanto, o registro do encaminhamento não traz informações relevantes – é o caso de “Decisão de outros Órgãos/Serviços” ou “Instrução de Processo Judicial Concluído”.

Há, portanto, entre os encaminhamentos ao final da APL, 4 possibilidades: que o beneficiário siga para a Reabilitação Profissional, que seja encaminhado para um possível benefício permanente (aposentadoria por invalidez) - que dependeria ainda de perícia - que retorne ao mercado de trabalho, sem necessidade de RP ou os encaminhamentos que, para fins dessa avaliação, são inconclusivos.

Os beneficiários que são encaminhados à Reabilitação Profissional, após o Programa, poderão ainda ter seu desligamento efetivado por uma série de motivos – registrados como “Código de desligamento”. Da mesma forma, há alguns códigos que permitem concluir pelo sucesso da reabilitação, outros que indicam encaminhamento para um possível benefício de aposentadoria, alguns que indicam retorno ao mercado de trabalho sem a possibilidade de aposentadoria (podendo ou não ser um caso de sucesso), e outros que deixam margem a situações diversas.

Buscamos traçar, nos dados encaminhados pelo INSS, as trajetórias dos beneficiários da política, considerando essas duas etapas em que podem ocorrer distintos encaminhamentos com conclusão do processo (registradas, no sistema, como tarefas “F1 – APL” e “F3 – Desligamento”, respectivamente).

Tabela 7 – Encaminhamentos após a APL com quantitativo observado

Encaminhamentos pós-APL	Tipo de resultado	Quantidade
Apto a cumprir o PRP	Reabilitação Profissional	48.587
Apto a cumprir o PRP por homologação	Reabilitação Profissional	232
Continuidade em PRP	Reabilitação Profissional	14
Abandono	Retorno ao mercado de trabalho	2.794
Alta a pedido	Retorno ao mercado de trabalho	479
Concessão/Manutenção OPM	Retorno ao mercado de trabalho	124
Não necessita de Reabilitação Profissional	Retorno ao mercado de trabalho	2.655
Recusa	Retorno ao mercado de trabalho	1.351



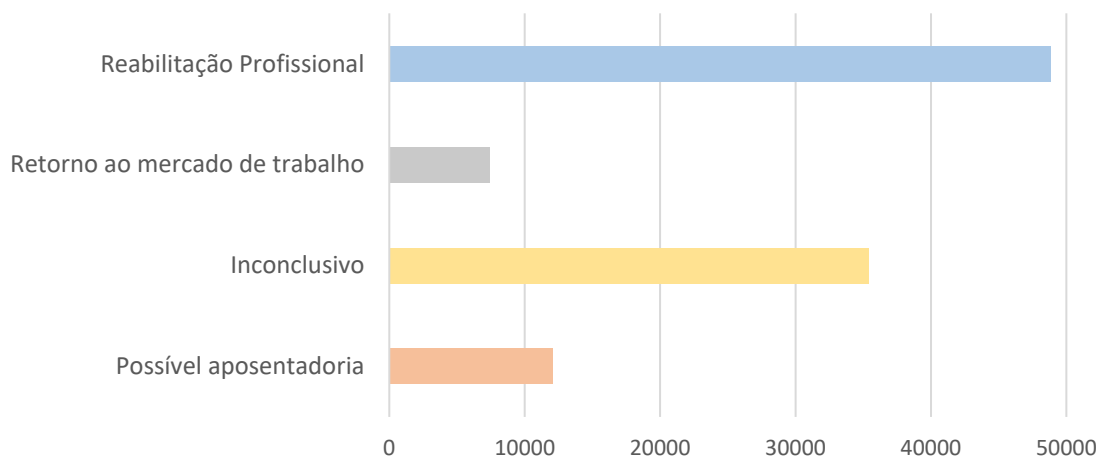
Decisão de outros Órgãos/Serviços	Inconclusivo	27.665
Indeferimento de homologação	Inconclusivo	4
Indeferimento de requerimento espontâneo	Inconclusivo	155
Instrução de Processo Judicial Concluído	Inconclusivo	292
Intercorrência Médica	Inconclusivo	3.227
NÃO INFORMADO	Inconclusivo	933
Transferência	Inconclusivo	1.061
Óbito	Inconclusivo	2.066
Insuscetível de Reabilitação Profissional	Possível aposentadoria	12.062
Invalidez/Limite Indefinido	Possível aposentadoria	1
Total		103.702

Fonte: elaboração própria com base nos dados encaminhados pelo INSS.

Analisando os dados, temos um total de registros de 103.702 Análises de Potencial Laborativo concluídas, cujos encaminhamentos aparecem discriminados na Tabela 7 (acima), separados por tipo de resultado, segundo nossa análise.

Numa primeira etapa, dos 103.702 encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional, temos que ao menos 12.063 (11,6%) foram encaminhados para uma possível aposentadoria por invalidez, e ao menos 7.403 (7,1%) retornaram ao mercado de trabalho sem a necessidade de passar por reabilitação ou recusando o PRP. Temos, ainda, que ao menos 48.833 (47,1%) foram encaminhados à reabilitação profissional. Essas informações são sumarizadas no Gráfico 10.

Gráfico 10 – Tipos de resultados dos encaminhamentos das APLs conclusivas.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados encaminhados pelo INSS.

Por outro lado, entre os 74.188 registros de reabilitação profissional concluídos, com a tarefa “F3 – Finalizado”, identifica-se ao menos 24.722 casos de sucesso da reabilitação profissional (33,3%), ao menos outros 8.916 (12,0%) que teriam retornado ao mercado de trabalho sem necessariamente ter concluído a RP, ao menos 7.359 (9,9%) que foram encaminhados para possível aposentadoria por invalidez e um total de 33.191



encaminhamentos inconclusivos (44,7%). Esses números podem ser vistos na Tabela 8 e no Gráfico 11.

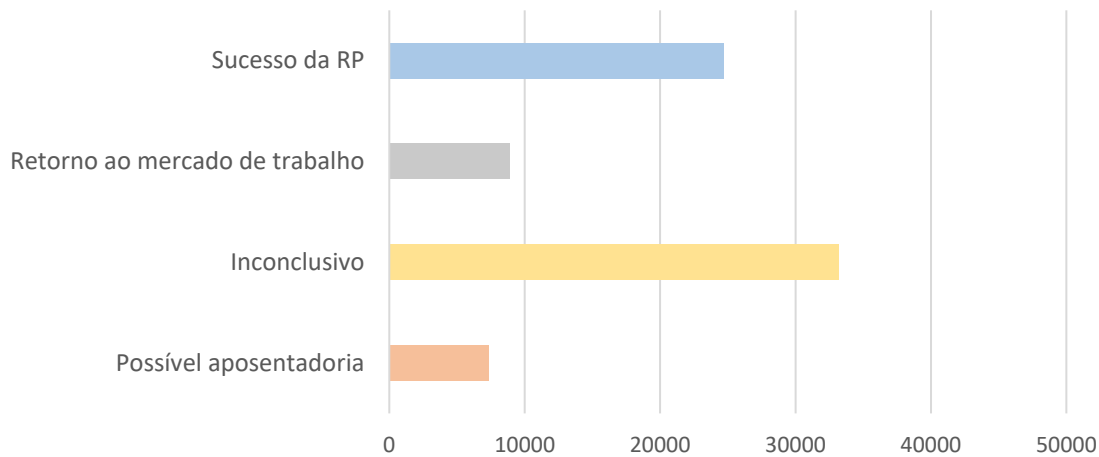
Destacamos que não há vínculo necessário entre a conclusão da APL (Tabela 7) e o registro da conclusão da Reabilitação Profissional (Tabela 8): dentre os 74.188 registros de conclusão do PRP, há 26.628 que possuem APL concluídas (logo, constam das duas tabelas); a maioria destes (20.958, ou 78,7%) receberam, na APL, o encaminhamento de “Apto a cumprir o PRP”.

Tabela 8 – Possíveis desligamentos do PRP com quantitativos observados

Encaminhamentos ao final da RP	Tipo de resultado	Quantidade
Retorno à função diversa	Sucesso da RP	20.081
Retorno à mesma função com adaptações	Sucesso da RP	3.021
Concessão/Manutenção OPM	Sucesso da RP	1.599
Homologação de readaptação ou reabilitação PcD	Sucesso da RP	20
Retorno à mesma função com atividades diversas	Sucesso da RP	1
Recusa	Retorno ao mercado de trabalho	4.742
Abandono	Retorno ao mercado de trabalho	3.268
Alta a pedido	Retorno ao mercado de trabalho	906
Decisão de outros Órgãos/Serviços	Inconclusivo	25.185
Intercorrência médica	Inconclusivo	5.336
Óbito	Inconclusivo (potencial gerador de pensão)	1.341
Transferência	Inconclusivo	1.317
Indeferimento de readaptação ou reabilitação PcD	Inconclusivo	12
Insuscetível de Reabilitação Profissional	Possível aposentadoria	7.359
Total		74.188

Fonte: Elaboração própria com base nos dados encaminhados pelo INSS.

Gráfico 11 – Tipos de conclusão registrados para o PRP.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados encaminhados pelo INSS.

6.1.9. Indicadores de Impacto do PRP

A Tabela 9 sintetiza os principais indicadores de impacto definidos no modelo lógico da política, explicitando tanto os objetivos perseguidos por cada indicador quanto as adaptações metodológicas adotadas para viabilizar sua mensuração a partir dos dados disponíveis. Com isso, busca-se garantir transparência quanto aos limites e escopo das evidências apresentadas, destacando em que medida os indicadores calculados correspondem — ou não — ao ideal inicialmente proposto no desenho da política.

Tabela 9 – Indicadores de impacto do Serviço de Reabilitação Profissional

Objetivo	Indicador Proposto	Indicador Calculado
Aumento da renda de pessoas com deficiência e pessoas com incapacidades/limitações	Comparação entre benefícios pagos e salários recebidos pós-reabilitação	Comparação entre benefícios pagos e salários recebidos pós-reabilitação no mercado formal
Aumento do nível de ocupação de pessoas com deficiência e pessoas com incapacidades/limitações		
Diminuição das despesas com pagamento de benefícios por incapacidade	Economia gerada pela RP com o pagamento de benefícios por incapacidade (projeção)	

Fonte: Elaboração própria.

Como indicado na tabela, os dois primeiros indicadores, voltados à reinserção no mercado de trabalho, precisaram ser adaptados de modo semelhante ao já exposto anteriormente: sua mensuração restringiu-se aos vínculos formais registrados nas bases administrativas. Essa delimitação, embora necessária diante das limitações dos dados, acarreta uma importante perda de abrangência, já que uma parcela expressiva dos trabalhadores brasileiros se insere em ocupações informais.



A Tabela 10 contém elementos que permitem fazer uma comparação entre o valor dos benefícios pagos e a remuneração média do trabalho dos reabilitados. De um lado, temos o valor médio dos benefícios de auxílio-doença de todos os segurados ativos (em folha) do INSS em dezembro de cada ano, comparado com a remuneração média dos reabilitados que tiveram a Pesquisa de Fixação realizada, e que estavam em ocupações formais da RAIS na data de conclusão da reabilitação profissional. Trata-se, portanto, de um conjunto diferente de pessoas, de modo que a comparação aqui feita tem tão somente propósito ilustrativo.

Tabela 10 – Valor médio do benefício por incapacidade temporária (auxílio-doença) e rendimento do trabalho dos beneficiários da RP com vínculos formais na data de conclusão da reabilitação

Ano	Auxílio-Doença Previdenciário (B31)		Auxílio-Doença Acidentário (B91)		Total		Reabilitados (Pesquisa de Fixação)	
	Benefícios	Valor médio (R\$)	Benefícios	Valor médio (R\$)	Benefícios	Valor médio (R\$)	Beneficiários	Remuneração média (R\$)
2019	952.854	1.826,90	86.140	2.127,17	1.038.994	1.851,80	74	3.301,91
2020	825.388	1.818,34	74.917	2.147,67	900.305	1.845,75	122	2.285,34
2021	850.121	1.762,49	73.726	2.067,37	923.847	1.786,82	408	2.651,86
2022	964.059	1.739,29	81.545	2.066,42	1.045.604	1.764,80	690	2.955,05
2023	1.254.638	1.742,66	95.104	2.075,94	1.349.742	1.766,14	436	2.704,12

Fonte: AEPS Infologo, RAIS e Pesquisa de Fixação da RP.

Nota: Benefícios ativos em dezembro. Valores em R\$ de 2023, corrigidos pelo IPCA médio de cada ano. Remuneração dos trabalhadores obtida nos vínculos ativos no ano de conclusão da reabilitação profissional.

Já o indicador relacionado à economia previdenciária, poderia ser acompanhado, mas dependeria de alguns ajustes no sistema, principalmente em duas questões.

Primeiramente, seria necessária a identificação dos processos que, ao serem concluídos, geram ou não o retorno ao mercado de trabalho, eliminando os casos que chamamos, na seção anterior, de “Inconclusivos”. A segunda questão é a identificação contrafactual dos benefícios por incapacidade permanente – ou seja, a indicação de que o beneficiário, caso não fosse reabilitado, poderia vir a receber o benefício.

Na seção “Insights de Eficiência e Economicidade” apresentamos uma estimativa de economia com base nos processos finalizados constantes dos dados encaminhados, em que assumimos algumas hipóteses simplificadoras (especialmente a hipótese de que todos os reabilitados teriam, caso não houvesse a reabilitação, sido aposentados por invalidez).

Também se apresenta uma possibilidade simples de se projetar potencial economia com o encaminhamento dos processos que aguardam na fila da APL – entretanto, nesse caso, a falta das informações mencionadas acima prejudica ainda mais a possibilidade de cálculo.



6.1.10. Percepção dos Beneficiários do PRP

Essa seção busca avaliar se há alguma forma de o usuário final da política enviar retorno sobre o bem ou serviço recebido e, se sim, qual é essa forma.

O principal instrumento de feedback do usuário sobre o processo de reabilitação é dado na Pesquisa de Fixação. Assim, faremos uma análise da percepção dos beneficiários a partir dos comentários da Pesquisa de Fixação.

Nesse contexto, a informação mais importante da Pesquisa de Fixação seria a pergunta: “Você considera que a Reabilitação Profissional colaborou efetivamente para sua reinserção no mercado de trabalho?”. A despeito de somente 8,9% (441) registros estarem preenchidos, uma pequena maioria dos que responderam (58%) sugerem que sim, que a RP colaborou para a reinserção no mercado de trabalho. Para quem responde essa questão, o questionário tem também um campo de preenchimento livre no qual o entrevistador coleta comentários adicionais do beneficiário. Uma breve análise desses comentários, correlacionada com percepção (positiva ou negativa) que o beneficiário teve do resultado do programa, mostra que os clientes tiveram as seguintes percepções⁹:

6.1.10.1. Comentários positivos

Esses relatos destacam o sucesso do programa em auxiliá-los na reinserção profissional ou em melhorias relacionadas ao emprego:

- **Reinserção efetiva no mercado de trabalho:** muitos relatam que a RP foi fundamental para voltar a trabalhar, mesmo em funções diferentes das originais ou com adaptações funcionais.
- **Capacitação e melhoria de qualificação profissional:** participantes valorizam os cursos e treinamentos recebidos.
- **Mudança e adaptação da função:** diversos segurados relataram que precisaram mudar de função para continuar empregados, algo viabilizado pelo programa.
- **Apoio no tratamento e continuidade da carreira:** alguns comentam que receberam suporte adequado para continuar trabalhando mesmo com limitações de saúde.
- **Reconhecimento e elogios ao atendimento:** houve agradecimentos à equipe e profissionais do PRP, destacando o atendimento.

⁹ A análise dos comentários sobre o resultado do programa foi feita com o auxílio da ferramenta de IA, ChatGPT 4.1.



6.1.10.2. Comentários negativos

Esses relatos indicam insatisfação ou dificuldades que comprometeram a reinserção no mercado de trabalho:

- **Falta de recolocação efetiva:** muitos segurados destacam a dificuldade em conseguir uma inserção estável ou formal no mercado de trabalho após a reabilitação, mesmo tendo realizado cursos e treinamentos. São citados aspectos como informalidade e permanência temporária ou intermitente no emprego.
- **Desemprego e demissões rápidas após retorno:** houve situações em que o trabalhador foi demitido logo após o término da reabilitação ou do período de estabilidade. Relatos sobre essas situações também foram apresentados pelos gestores do programa nas oficinas para a elaboração do modelo lógico da Reabilitação Profissional do INSS.
- **Cursos mal adaptados ou inadequados:** comentários apontam que os cursos não eram específicos ou insuficientes à realidade do segurado.
- **Problemas de saúde persistentes ou agravados:** reabilitação não resolveu os problemas de saúde que limitam o trabalho. Em muitos casos, houve retorno ao benefício previdenciário (auxílio-doença, aposentadoria).
- **Falta de acompanhamento ou suporte pós-reabilitação:** alguns relatam falta de preocupação do INSS ou das empresas para reinserção efetiva: empresa não cumpriu adaptações ou benefício foi cessado sem que o reabilitado conseguisse ocupação.

6.2. Impacto

Esta seção revisita os indicadores de impacto do Programa de Reabilitação Profissional (PRP), traça um breve panorama dos estudos avaliativos existentes e propõe estratégias para a avaliação dos efeitos desta política. As perguntas que se pretende responder, são:

- Há estudos acadêmicos ou avaliações de impacto contratados sobre a política? Se escassos, vale realizar nova avaliação?
- Há viabilidade de realizar avaliação de impacto da política? Existem bases e grupos de controle disponíveis?

6.2.1. Revisão de literatura

Esta subseção apresenta uma síntese dos principais achados registrados na literatura científica sobre os resultados e impactos do Programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Com base em uma revisão sistemática de 47 estudos empíricos publicados entre 2005 e 2024, elaborada pela Enap para este ciclo



CMAP, foram analisadas evidências relativas ao acesso, à conclusão e à duração do processo de reabilitação, bem como aos desfechos laborais e sociais dos segurados reabilitados. A diversidade metodológica dos estudos — predominantemente qualitativos e desenvolvidos no âmbito da pós-graduação — revela não apenas os efeitos do programa sobre o retorno ao trabalho, mas também os desafios estruturais e operacionais que limitam sua efetividade. A seguir, apresentam-se os principais achados da literatura, organizados em torno dos fatores individuais, institucionais e sociais que influenciam os resultados do Programa.

As estimativas de retorno ao trabalho após a conclusão do PRP variam amplamente entre os estudos, refletindo a heterogeneidade metodológica e regional das análises. Em geral, a taxa de reinserção laboral é baixa: a maioria dos estudos reporta que menos da metade dos reabilitados retornam ao mercado de trabalho, sendo comuns percentuais entre 30% e 50%. Santos e Lopes (2021) encontraram que 49,02% dos reabilitados estavam empregados ou contribuía como autônomos para a Previdência Social. Já Vacaro e Pedroso (2011) observaram que apenas 29,4% dos segurados mantinham-se empregados um ano após o término do programa, com heterogeneidade entre os que possuíam emprego anteriormente e os que não possuíam. Em Belém, o percentual de reabilitados foi de 55% em 2018, mas 74% despenderam mais de 240 dias no processo (Maranhão, Ferreira e Costa, 2020). Esses dados evidenciam não apenas os desafios para a (re)inserção laboral, mas também a dificuldade de sustentabilidade dos vínculos após a conclusão do PRP.

Diversos estudos identificam que o principal determinante individual do sucesso na (re)inserção laboral de beneficiários do PRP é a condição prévia de emprego. Estar empregado no momento do acidente ou intercorrência que motivou o afastamento do trabalho aumenta significativamente a chance de retorno ao mercado de trabalho após a reabilitação, conforme evidenciado por Spielmann e Bovo (2024). Ademais, segurados que permaneceram menos tempo recebendo benefícios e que foram reabilitados na própria empresa tiveram melhores resultados quanto ao retorno ao trabalho (Vacaro e Pedroso (2011).

A literatura também evidencia barreiras estruturais e institucionais significativas à efetividade do programa. A desarticulação entre o INSS e os demais serviços públicos — como saúde, educação e intermediação de mão de obra — é frequentemente apontada como um entrave à efetiva reintegração dos trabalhadores (Moura, 2020; Sousa, 2017). Soma-se a isso a inadequação dos cursos de capacitação oferecidos, que raramente consideram as condições de saúde, o potencial laborativo e a demanda do mercado de trabalho local, o que compromete a aplicabilidade da qualificação adquirida (Palavezzini, 2020; Silva, 2013).

Apesar dessas limitações, alguns estudos apontam efeitos positivos do PRP em dimensões subjetivas e sociais da vida dos beneficiários. Há relatos de aumento na autoestima, resiliência e qualidade de vida entre os reabilitados, sobretudo quando o processo incluiu apoio psicossocial e atividades terapêuticas grupais (Barros, 2015; Bartilotti et al., 2009; Takasu, 2018). Também se observam avanços quando a reabilitação ocorre por meio de equipes multiprofissionais e em articulação com as empresas, em experiências pontuais bem-sucedidas de readaptação (Schveitzer, 2014).



No entanto, esses efeitos são frequentemente mitigados por experiências de estigmatização e descrença institucional, como longos períodos de espera, alta burocracia no ingresso ao programa e percepção de abandono após o desligamento formal do PRP, o que evidencia a necessidade de uma abordagem mais integrada e biopsicossocial no desenho e na execução da política (Sousa, 2017; Miranda, 2022).

Em suma, as avaliações existentes sobre o Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do INSS concentram-se majoritariamente em estudos de caso qualitativos, realizados no âmbito da pós-graduação, com escassa representatividade nacional e limitada capacidade de generalização. Embora forneçam importantes insights sobre os desafios e efeitos percebidos da política, não há avaliações de impacto rigorosas que permitam isolar causalmente os efeitos do PRP sobre os resultados laborais e sociais dos beneficiários. Diante dessa lacuna, a realização de uma nova avaliação de impacto se mostra pertinente, sobretudo para subsidiar o aperfeiçoamento do desenho e da implementação da política com base em evidências mais robustas.

6.2.2. Avaliabilidade do Impacto do Programa de Reabilitação Profissional

O Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) configura-se como uma intervenção complexa, cujo êxito depende de uma interação entre fatores institucionais, individuais e contextuais. Seus efeitos podem se manifestar em múltiplas dimensões da vida dos beneficiários — desde a inserção ou reinserção no mercado de trabalho até melhorias no bem-estar, na mobilidade, na acessibilidade e na autonomia funcional. Apesar da amplitude de seu escopo, a presente proposta avaliativa foca na capacidade do programa de cumprir sua função primordial: viabilizar o retorno de pessoas com deficiência ou com incapacidades laborais ao mundo do trabalho, em condições que lhes garantam dignidade e participação social.

Tendo em vista as especificidades desta política, a avaliação de impacto do PRP impõe desafios metodológicos consideráveis. O primeiro desafio, comum a qualquer exercício de avaliação de impacto, refere-se à definição de um grupo de comparação adequado para estimar os efeitos causais do programa. Em termos ideais, desejaríamos observar o que teria ocorrido com os beneficiários do PRP caso eles não tivessem participado da política — ou seja, o chamado *contrafactual individual*. Como essa situação não é observável, a estratégia avaliativa precisa recorrer à construção de um grupo de comparação que represente, de forma plausível, esse cenário ausente. Entretanto, considerando a natureza universalista do PRP e as particularidades contextuais das causas que levam os indivíduos a buscarem o programa (como acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais específicas), a criação de um grupo de controle efetivamente comparável se revela particularmente difícil.

O segundo desafio decorre das múltiplas etapas e intervenções envolvidas no PRP. O programa compreende diversas ações que incluem desde a avaliação inicial das capacidades laborais até cursos de capacitação profissional, programas de elevação de escolaridade, atendimentos multiprofissionais e intermediação no mercado de trabalho. Cada uma dessas etapas pode exercer influência distinta sobre os resultados observados. Além disso, o fato de o projeto de reabilitação poder ser construído de



maneira singular para cada beneficiário — considerando seu histórico de saúde, perfil profissional e contexto socioeconômico — pode resultar em trajetórias altamente individualizadas dentro do programa. Essa heterogeneidade dificulta a decomposição dos efeitos totais em componentes isolados, tornando metodologicamente complexa a tarefa de estimar o impacto específico de cada etapa ou modalidade de intervenção, bem como de balancear analiticamente os diferentes percursos percorridos pelos participantes.

Por fim, um terceiro desafio refere-se à articulação intersetorial e interinstitucional necessária para a implementação eficiente e efetiva do PRP. Conforme identificado na literatura, frequentemente há desarticulação entre o INSS e outras instituições ou serviços que também prestam atendimento aos segurados afastados. Um exemplo relatado nas oficinas com os gestores se dá quando os beneficiários que necessitam do recebimento de OPM-TA buscam alternativas no SUS. Esse tipo de fragmentação gera dificuldades adicionais para avaliar a eficácia do programa, uma vez que a ausência de uma abordagem integrada pode reduzir a efetividade das intervenções e complicar a identificação clara dos resultados atribuíveis exclusivamente ao PRP. A burocratização no acesso aos benefícios previdenciários agrava ainda mais esses problemas, evidenciando a necessidade urgente de uma política de reabilitação mais integrada e colaborativa.

Além das questões que dizem respeito a métodos, há preocupação com os dados necessários para a adequada avaliação da política. Em face das limitações dos dados internos ao Programa de Reabilitação Profissional, como a Pesquisa de Fixação, é importante ressaltar as dificuldades impostas pela escassez de informações adequadas para monitorar a trajetória dos beneficiários após a reabilitação.

Atualmente, a principal fonte de dados disponível para a avaliação do impacto da política é a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Embora esta base forneça informações detalhadas sobre o mercado de trabalho formal, seu escopo restringe-se ao registro de vínculos nesse setor, excluindo completamente atividades do mercado informal. A RAIS é um registro administrativo mantido pelo Ministério do Trabalho e Previdência, contendo informações sobre trabalhadores formais, como remuneração, ocupação e características pessoais. Assim, a RAIS não abrange trabalhadores autônomos, empreendedores individuais, ou atividades não remuneradas, tais como trabalho doméstico e tarefas comunitárias. Essa limitação dificulta uma análise mais abrangente do impacto do PRP, especialmente em relação à inserção e à sustentabilidade da participação dos beneficiários no mercado de trabalho informal e em outras esferas igualmente importantes para sua reintegração econômica e social, que compõem o “mundo do trabalho”.

A avaliação de impacto do PRP depende fundamentalmente das condições de avaliabilidade, que incluem não apenas a disponibilidade, qualidade e adequação dos dados, mas também a existência de alguma fonte de variação exógena que permita identificar efeitos causais da política. Nesse contexto, a existência de filas de espera para o atendimento pode constituir exatamente essa fonte necessária de variação exógena. Isso ocorre porque as filas frequentemente refletem gargalos operacionais locais, como limitações de recursos humanos e infraestrutura nas unidades responsáveis, criando



diferenças que não estão diretamente relacionadas às características individuais dos beneficiários.

Adicionalmente, essa hipótese explora a ideia de que a própria demora no atendimento pode afetar negativamente os resultados dos beneficiários no mercado de trabalho. Em particular, períodos prolongados sem acesso a serviços de reabilitação profissional podem deteriorar as competências dos beneficiários e reduzir suas chances de reintegração laboral sustentável, um efeito semelhante ao fenômeno conhecido como *scar effect* (Arulampalam, 2001). Em um cenário ideal, intervenções focalizadas, como mutirões realizados em diferentes municípios e períodos, poderiam explorar essas diferenças geradas pelas filas, permitindo a aplicação de métodos robustos de identificação causal. Entre esses métodos destaca-se a abordagem de diferenças-em-diferenças (DiD), amplamente reconhecida na literatura especializada em avaliação de políticas públicas. Assim, as variações temporais e territoriais nas intervenções permitiriam comparar a evolução dos resultados em municípios beneficiados em determinados períodos com municípios não atendidos simultaneamente, isolando o efeito da política em relação a tendências gerais e possíveis choques externos.

No entanto, a implementação dessa estratégia depende de um pré-requisito fundamental: a existência de registros administrativos sistemáticos e detalhados sobre a execução dos mutirões, indicando com precisão o local e o momento de cada intervenção. Atualmente, a ausência desse tipo de informação limita a operacionalização de métodos baseados em variações exógenas criadas pelas próprias ações do programa. Dessa forma, torna-se necessário buscar alternativas metodológicas que possam se adaptar às restrições impostas pelo contexto brasileiro e pelo estágio atual de organização dos dados administrativos.

Uma dessas alternativas reside na exploração da variabilidade observada no tempo médio de espera para o ingresso dos beneficiários no PRP, indicador que pode ser interpretado como um reflexo do tamanho das filas locais e, potencialmente, tratado como uma fonte de variação exógena, desde que adequadamente controlados os fatores sociodemográficos e econômicos dos municípios, assim como as características dos beneficiários. O raciocínio é que, ao analisar a diferença nos tempos de espera enfrentados por indivíduos em diferentes localidades, e ao ajustar estatisticamente para as características estruturais de cada município e de cada período, é possível se aproximar de um cenário de “quase experimento natural”, no qual a variação no tempo de espera surge em grande medida de fatores administrativos ou de gestão local, e não apenas de características dos próprios beneficiários.

Para lidar com essa complexidade, uma das estratégias possíveis é a utilização de modelos em painel com efeitos fixos tanto para município quanto para período. Essa abordagem permite controlar de maneira sistemática para heterogeneidades não observadas que sejam específicas de cada município (como características institucionais, culturais ou de infraestrutura) e para choques agregados comuns a todos os municípios em determinados períodos (como mudanças de legislação ou crises econômicas). Nesses modelos, o desfecho de interesse, como a probabilidade de emprego formal dos beneficiários após o programa, pode ser modelado em função do



tempo médio de espera, defasado para capturar o efeito prospectivo desse indicador, com a inclusão de um vetor de controles individuais e os devidos efeitos fixos.

Além disso, a depender da disponibilidade de indicadores operacionais das agências do INSS, como a razão entre o número de servidores alocados ao PRP e o número de potenciais beneficiários em cada município, é possível empregar abordagens instrumentais. O uso dessas variáveis como instrumentos pode reforçar a plausibilidade da exogeneidade do tempo de espera, mitigando eventuais problemas de endogeneidade e fortalecendo a identificação do efeito causal do acesso ao programa sobre os desfechos de interesse.

Outra estratégia que pode ser incorporada é a análise de sobrevivência, especialmente por meio do modelo de riscos proporcionais de Cox. Essa abordagem permite investigar como o tempo de espera influencia a taxa de reinserção laboral dos beneficiários ao longo do tempo, ajustando-se para características individuais relevantes. Dessa forma, é possível estimar não apenas a probabilidade de reinserção, mas também o tempo até o retorno ao mercado de trabalho, oferecendo uma dimensão temporal adicional ao impacto do programa.

Por fim, métodos baseados em *Propensity Score Matching* (PSM) podem ser utilizados para aumentar a robustez dos resultados, construindo grupos comparáveis de beneficiários a partir de suas características observáveis e isolando, assim, o efeito de tempos de espera elevados sobre os principais desfechos analisados. Essa estratégia auxilia na mitigação de vieses de seleção decorrentes de diferenças sistemáticas entre grupos com diferentes tempos de espera, permitindo uma comparação mais justa e precisa dos impactos observados.

É importante ressaltar que as metodologias aqui apresentadas são indicadas em termos de sua viabilidade técnica e não significam uma proposta de execução imediata, pois a implementação de cada uma delas está condicionada ao avanço na organização, integração e disponibilização dos registros administrativos necessários. O propósito deste detalhamento é justamente evidenciar as condições, limitações e desafios associados à realização de uma avaliação de impacto rigorosa no contexto atual do PRP, reforçando a necessidade de aprimoramento da infraestrutura de dados e do desenvolvimento de experimentos institucionais mais bem documentados como pré-requisitos essenciais para avaliações robustas e informativas para a gestão pública.



7. Execução Orçamentária e Financeira

O objetivo deste capítulo é proceder à análise da execução orçamentária e financeira do Programa Reabilitação Profissional, tendo em vista as questões avaliativas abaixo relacionadas:

1. Como a política pública é identificada no Orçamento Geral da União (OGU)?
2. Apresentar o orçamento da política por fontes de financiamento, a execução orçamentária e financeira por natureza de despesa, bem como os recursos alheios ao OGU (se houver) nos últimos 10 anos.
3. Como as variações no orçamento impactam no nível de produtos obtidos ou resultados alcançados?

7.1. Considerações Iniciais

A prestação do serviço de reabilitação profissional a cargo do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), conforme prevista na Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 e regulamentada nos termos dos arts. 136 a 141 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, que aprovou o Regulamento da Previdência Social – RPS, e alterações posteriores, é devida em caráter obrigatório aos segurados da Previdência Social, independente de carência, à exceção do atendimento aos dependentes e às pessoas com deficiência – PcD, que está condicionado às possibilidades administrativas, técnicas, financeiras e às características locais, nos termos da Portaria DIRBEN/INSS nº 999, de 28 de março de 2022.

Em contrapartida, nas Leis Orçamentárias Anuais, as despesas com reabilitação profissional passaram a constar da Seção I do Anexo III, cujo rol relaciona despesas primárias obrigatórias, identificadas com RP 1¹⁰, a partir da Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO 2023, Lei nº 14.436, de 9 de agosto de 2022. As despesas relacionadas na Seção I do Anexo III das LDOs - despesas em decorrência de obrigações legais e constitucionais da União - não são objeto de limitação de empenho, nos termos do disposto no § 2º do art. 9º da LRF.

Para além da não sujeição ao contingenciamento, as LDOs têm permitido a execução, dentre outras, de programações constantes da proposta orçamentária apresentada pelo Poder Executivo relacionadas no Anexo III, caso a lei orçamentária não seja sancionada antes do início do exercício financeiro. Trata-se de execução provisória, com vistas a evitar o risco de paralisia da administração pública federal, em razão da demora na aprovação dos Orçamentos da União. Antes do ano de 2023, a execução do orçamento do Programa ficava sujeita à limitação aplicada a outras despesas correntes de caráter inadiável, geralmente, de até o limite de um doze avos do valor previsto para cada órgão

¹⁰ A classificação orçamentária segundo identificador de resultado primário (RP) tem a finalidade de auxiliar a apuração do resultado primário previsto na LDO, apontando se uma despesa é de natureza primária ou financeira, de acordo com a metodologia de cálculo das necessidades de financiamento. Manual Técnico do Orçamento de 2025.



no Projeto de Lei Orçamentária, multiplicado pelo número de meses decorridos até a data de publicação da respectiva Lei.

O Programa de Reabilitação Profissional se insere na política integrante do sistema de benefícios previdenciários do Regime Geral de Previdência Social, como resposta pública à questão da incapacidade associada aos acidentes de qualquer natureza, às doenças profissionais e deficiências incapacitantes, tendo como foco a melhoria da capacidade laborativa para retorno ao trabalho, dado que, presentes os requisitos de filiação e carência, é devida proteção previdenciária ao trabalhador cometido de algum agravo à sua saúde, em razão da perda remuneratória, enquanto não readquire sua capacidade laborativa.

Sendo assim, nas avaliações dos Planos Plurianuais, em relação ao período examinado, são reiterados os objetivos da reabilitação profissional e dos respectivos dispêndios sob duas perspectivas. No front social, é destacado pelos órgãos previdenciários, que o Programa contribui para a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários da Previdência Social, promovendo o resgate da cidadania, a (re)qualificação profissional e a possibilidade de reinserção no mercado de trabalho, além de colaborar para a promoção da cidadania e o fortalecimento da participação da pessoa com deficiência na sociedade, assim como o acesso e o usufruto, em bases iguais, aos bens e serviços disponíveis à população. Enquanto, no front econômico, é acentuada a contribuição para a sustentabilidade dos regimes previdenciários, tendo em vista que, à medida que o segurado é reabilitado efetivamente reintegrado ao mercado de trabalho, pode voltar à condição de contribuinte.

Nesse contexto, permanece, contudo, o desafio da intersetorialidade¹¹ para o desenvolvimento de um serviço integral para o Programa de Reabilitação Profissional do INSS. O segurado, o dependente ou a pessoa com deficiência elegível não raro são onerados pela desarticulação da política pública¹², assim como o orçamento federal pelo paralelismo e sobreposição de ações ou mesmo duplicidade, muito embora nem sempre consigam oferecer satisfação integral para as necessidades complexas¹³ do público-alvo do Programa.

¹¹ Entende-se intersetorialidade como uma estratégia de gestão que se apresenta em diversos níveis de implementação e que se define pela busca de formas mais articuladas e coordenadas das políticas e setores governamentais, pautada pela necessidade de uma abordagem mais abrangente. Faler Camilla Susana Intersectorialidade: a construção histórica do conceito e a interface com as políticas sociais públicas. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Faculdade de Serviço Social / Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2015.

¹² A Lei 13.146/2015, a chamada Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), no artigo 36, § 5º, reforçou a necessidade de articulação entre os diversos órgãos envolvidos na reabilitação profissional dos trabalhadores

¹³ A incapacidade não está limitada somente às condições de saúde, fatores como idade, escolaridade, capacidade cognitiva, vínculo empregatício, tempo de afastamento, condições sócio-econômicas, dentre outros, também importam. TAKAHASHI, MABC; MENDES, TT; RODRIGUES, DS; BRAVO, ES; SIMONELLI, AP. Agir articulado entre atenção, reabilitação e prevenção em saúde do trabalhador: a experiência do Cerest-Piracicaba. In: Revista de Estudos do Trabalho, ano V, n.9, 2011, p.06-07



No âmbito da dimensão técnico-administrativa, o orçamento do Programa, em vista dos meios necessários para habilitação e reabilitação profissional e social, nos termos do art. 89 da Lei nº 8213, de 1991, enquanto capacidade estatal, tem como elementos de análise recursos para contratação de cursos profissionalizantes, recursos para licitação de prótese e órtese ortopédicas e meios auxiliares de locomoção, recursos para pagamento de diária, recursos para alimentação e transporte de segurado, recursos para viagens a serviço de servidores, no caso do atendimento itinerante nas agências sem equipe fixa, recursos para Pesquisas Externas¹⁴ ou visitas institucionais locais, recursos para deslocamento de servidores para capacitação e reuniões técnicas, dentre outros. Por outro lado, não está isolado das demais capacidades estatais necessárias para execução de políticas e programas, que, no caso do Programa de Reabilitação Profissional, não menos importantes, referem-se a recursos humanos, estrutura física e recursos tecnológicos e coordenação interna e intergovernamental.

Conforme prevê a Portaria DIRBEN/INSS nº 999, de 28 de março de 2022, e alterações posteriores, o Programa de Reabilitação Profissional do INSS fornece aos aptos ao Programa, inclusive aposentados, em caráter obrigatório, quando indispensáveis ao desenvolvimento do programa, os seguintes recursos materiais:

I - órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção¹⁵: tecnologia assistiva para correção de deformidades ou melhora da funcionalidade; para substituição de membros ou parte destes, sem necessidade de intervenção cirúrgica para implantação ou introdução no corpo humano; aparelhos ou dispositivos que auxiliam a locomoção do indivíduo com dificuldades ou impedimentos para a marcha independente;

II - outros recursos de tecnologia assistiva: produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social;

III - cursos de formação profissional: referem-se a cursos de capacitação profissional, aperfeiçoamento e atualização profissional, nas modalidades

¹⁴ Pesquisa externa é o serviço externo realizado por servidor que busca esclarecer documentações apresentadas ou a realização de visitas necessárias ao desenvolvimento de atividades diversas, a exemplo de reabilitação profissional. De acordo com o art. 573 da IN n. 128/2022 e art. 179, § 8º, inciso IV do Decreto n. 3.048/1999, o objetivo da pesquisa externa é comprovar informações para fins de atualização do CNIS; reconhecimento, manutenção e revisão de direitos; desempenho das atividades de serviço social, habilitação e reabilitação profissional; acompanhamento da execução dos contratos com as instituições financeiras pagadoras de benefícios; identificação e processo de prova de vida para pessoas com dificuldade de locomoção e idosos acima de 80 anos que recebam benefícios.

¹⁵ As OPMs são dispositivos de tecnologia assistiva adjuvantes de grande importância no processo de reabilitação, que têm como objetivo ampliar a funcionalidade, a participação e a independência, proporcionando assim maior autonomia, qualidade de vida e inclusão social da pessoa com deficiência, contribuindo fundamentalmente na superação de barreira, segundo o Ministério da Saúde. Disponível em https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_integrado_gestao_tcu_ms_2024.pdf



presenciais, semipresenciais ou à distância, visando a preparação do beneficiário para o retorno ao mercado de trabalho;

IV - taxas e documentos de habilitação: consistem em taxas indispensáveis e de necessidade imediata para o cumprimento do programa de RP, desde que indiscutível sua relação com o projeto singular planejado pela equipe junto com o beneficiário;

V - auxílio-transporte urbano, intermunicipal e interestadual: consiste no pagamento de despesas com o deslocamento do beneficiário de seu domicílio para atendimento nas Agências da Previdência Social (APS), avaliações, cursos, melhoria da escolaridade e/ou treinamento em empresas ou instituições da comunidade;

VI - auxílio-alimentação: consiste na indenização paga ao segurado para que o mesmo possa custear as despesas necessárias para sua alimentação durante as atividades de cumprimento do PRP de duração igual ou superior a quatro horas diárias, excluída a duração do deslocamento, e cuja realização ocorra na mesma localidade do seu domicílio ou em localidade diversa com deslocamento inferior a 50 km;

VII - diárias: devidas ao beneficiário que necessitar se deslocar por determinação do INSS para se submeter a processo de Reabilitação Profissional em localidade diversa de sua residência;

VIII - implemento profissional: é o conjunto de materiais indispensáveis para o desenvolvimento da formação/capacitação profissional compreendendo, dentre outros, materiais didáticos, instrumentos técnicos e equipamentos de proteção individual.

Para realizar a análise proposta nesta Seção, foram utilizados dados quantitativos e qualitativos de bases oficiais do governo federal (SIOP e SIAFI), além de informações coletadas nas interações entre a equipe de avaliação e os gestores do Programa, por meio de oficinas e reuniões realizadas. Outra fonte de dados foram documentos institucionais, envolvendo normativos e relatórios oficiais, decisões do Tribunal de Contas da União, além de outras referências bibliográficas.

Foram também definidos sete indicadores para embasar a análise e as conclusões acerca das questões avaliativas: (1) Índice de Execução Orçamentária; (2) Índice de Execução Financeira; (3) Índice de Alteração Orçamentária; (4) Índice de Empenhos Pendentes de Pagamento em relação Pago do Exercício e (5) Índice de Eficácia da Execução Orçamentária e Financeira. As fórmulas de cálculo desses indicadores são apresentadas no Apêndice A.

7.2. Orçamento do programa

Nos Orçamentos da União, o Programa foi financiado no período de 2014 a 2024 pela ação 2585 Serviço de Reabilitação Profissional, à exceção dos anos 2020, 2021, 2022, e no âmbito das ações que financiaram o pagamento de benefícios da Previdência Social.



Estas últimas vinculadas à unidade orçamentária Fundo do Regime Geral de Previdência Social, a qual têm sido atribuídos códigos, de acordo com o órgão orçamentário a que está subordinada. Nos anos de 2020 a 2022, as despesas com reabilitação foram custeadas no âmbito da ação 2591 - Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários, no Plano Orçamentário 0004 - Serviço de Reabilitação Profissional em 2020 e 2021, e, em 2022, no Plano 3Orçamentário 0000 - Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários. A partir de 2023, a ação 2585 - Reabilitação Profissional foi reativada e enquadrada como despesa obrigatória

A Tabela 11 apresenta as programações¹⁶ - Ação e Plano Orçamentário – PO¹⁷, que custearam despesas com reabilitação profissional, a respectiva descrição constante do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento- SIOP e a despesa financiada.

Tabela 11 – Programações orçamentárias que financiaram o Programa de Reabilitação Profissional, 2014 – 2024

Programação Orçamentária	Descrição	Despesa
2585 - Serviço de Reabilitação Profissional	Realização de reuniões técnicas com vista à padronização e uniformização de procedimentos da área; realização de despesas com deslocamento de servidores para formação de grupos de trabalho visando a implementação de projetos ou rotinas necessários ao aprimoramento e aperfeiçoamento dos fluxos de trabalho das Equipes de Reabilitação Profissional; realização de ações de supervisão junto às unidades de atendimento e Gerências-Executivas/SR; fornecimento de recursos materiais (órgãos, próteses, meios auxiliares de locomoção, acessórios e outros produtos de tecnologia assistiva); pagamento de taxas de inscrição e mensalidades de cursos profissionalizantes; implemento profissional e instrumento de trabalho; documentos para habilitação profissional; e deslocamento de servidores para atendimentos diretos à população e visitas técnicas.	Despesas diversas
0000 - Serviço de Reabilitação Profissional		
0000 - Serviço de Reabilitação Profissional - Despesas Diversas		
00SJ - Benefícios Previdenciários	Pagamento de benefícios previdenciários ao segurado das áreas urbana e rural do Regime Geral de Previdência Social – RGPS.	Auxílio-programa de reabilitação profissional
0001 - Benefícios Previdenciários Urbanos		
0002 - Benefícios Previdenciários Rurais	Pagamento de benefícios previdenciários ao segurado da área urbana do Regime Geral de Previdência Social – RGPS.	
0E81 - Benefícios Previdenciários Urbanos		
0000 - Benefícios Previdenciários Urbanos		
0000 - Benefícios Previdenciários Urbanos - Despesas Diversas	Pagamento de benefícios previdenciários ao segurado da área rural do Regime Geral de Previdência Social – RGPS.	
0E82 - Benefícios Previdenciários Rurais		
0000 - Benefícios Previdenciários Rurais		
0000 - Benefícios Previdenciários Rurais - Despesas Diversas		

¹⁶ O Programa de Reabilitação Profissional foi majoritariamente custeado pela Ação 2585 - Serviço de Reabilitação Profissional, à exceção dos de 2020, de 2021 e de 2022, nos quais o Programa foi financiado pela ação 2591 - Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários. Ademais, em todo o período, complementarmente, o auxílio-programa para reabilitação profissional, foi pago à conta das ações 00SJ - Benefícios Previdenciários, 0E81 - Benefícios Previdenciários Urbanos e 0E82 - Benefícios Previdenciários Rurais.

¹⁷ Identificação orçamentária, de caráter gerencial (não constante da LOA), que tem por finalidade permitir um maior detalhamento da ação orçamentária.



2591 - Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários	O reconhecimento do direito compreende as etapas de orientação, habilitação, análise, decisão (concessão/indeferimento), subsidiariamente procede-se a atualização no CNIS dos dados cadastrais, vínculos e remunerações. Dessa forma, esta ação envolve: deslocamento de servidores para executarem supervisão nas Agências, Gerências-Executivas e Superintendências Regionais; reforço de equipes de trabalho em virtude de demanda acima da capacidade operacional das Agências; realização de reuniões técnicas de supervisão, acompanhamento e orientação nas Agências; realização de pesquisas externas para certificação de informações prestadas pelos segurados e empresas; realização de eventos relacionados aos procedimentos médico-periciais (perícias médicas ambulatoriais); juntas médicas; perícias de Pedido de Reconsideração (PR) e Pedido de Prorrogação (PP, perícias médicas domiciliares e hospitalares); deslocamentos para atividade de supervisão técnica e participação em reuniões e fóruns de discussão técnica e pagamento de profissionais e entidades de saúde credenciadas, convocações de servidores para auxiliar nos trabalhos de desenvolvimento dos novos sistemas de cadastro (CNIS) e SIBE. No tocante ao Serviço Social, são realizados atendimentos técnicos individuais ou em grupo; encaminhamento dos usuários aos recursos sociais da comunidade; assessoria e consultoria às instituições governamentais e não governamentais; estabelecimento de convênios e parcerias com instituições da sociedade civil; elaboração de parecer social; realização de cadastros das organizações da sociedade, visitas técnicas domiciliares e institucionais, concessão de recursos materiais e realização de pesquisas sociais, além de desenvolvimento de projetos e participação nos conselhos de direitos.	Despesas Diversas
0000 - Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários		
0004 - Serviço de Reabilitação Profissional	Realização de reuniões técnicas com vista à padronização e uniformização de procedimentos da área; realização de despesas com deslocamento de servidores para formação de grupos de trabalho visando a implementação de projetos ou rotinas necessários ao aprimoramento e aperfeiçoamento dos fluxos de trabalho das Equipes de Reabilitação Profissional; realização de ações de supervisão junto às unidades de atendimento e Gerências Executivas/SR; fornecimento de recursos materiais (órgãos, próteses, meios auxiliares de locomoção, acessórios e outros produtos de tecnologia assistiva); pagamento de taxas de inscrição e mensalidades de cursos profissionalizantes; implemento profissional e instrumento de trabalho; documentos para habilitação profissional; e deslocamento de servidores para atendimentos diretos à população e visitas técnicas.	Material e serviço para reabilitação profissional
2593 - Funcionamento das Unidades Descentralizadas da Previdência Social	Envolve as despesas operacionais das unidades descentralizadas do INSS: manutenção e conservação de imóveis, compreendendo alugueis, despesas de condomínio, seguros, serviços de vigilância, serviços de limpeza e conservação, pequenos reparos, reformas e adaptações, serviços de utilidade pública (água, luz, gás e afins), ações de apoio administrativo e ajuda de custo para os servidores removidos para área fim, aquisição, manutenção e conservação de veículos próprios; despesas com combustível, licenciamento; seguros; terceirização de serviços de transportes, serviços postais, telefonia fixa ou celular, manutenção dos serviços de telecomunicações, excluindo os de teleprocessamento, aquisição e guarda de material de consumo e expediente, aquisição e/ou locação de equipamentos de informática, terceirização de serviços, pessoa física e jurídica, contrato de locação de imóveis de terceiros, deslocamento de servidores.	Material de Consumo
0000 - Funcionamento das Unidades Descentralizadas da Previdência Social		
2E96 - Programa de Habilitação e Reabilitação Física e Profissional, Prevenção e Redução de Acidentes de Trabalho	O programa de habilitação e reabilitação física e profissional envolve ações de: supervisão, parcerias, convênios para reabilitação física, reuniões técnicas, fornecimento de recursos materiais (tecnologia assistiva); pagamento de taxas de inscrição e mensalidades de cursos profissionalizantes; implemento profissional e instrumento de trabalho; documentos para habilitação profissional; transporte e alimentação; propaganda do público-alvo.	Emenda de Relator
0000 - Programa de Habilitação e Reabilitação Física e Profissional, Prevenção e Redução de Acidentes de Trabalho		
2000 - Administração da Unidade		Reconhecimento de Dívida de despesa com serviço de reabilitação profissional
0006 - Funcionamento das Unidades Descentralizadas da Previdência Social	Realização de licitações, pagamento de tarifas públicas e outras despesas visando à manutenção das unidades descentralizadas da Previdência Social.	

Fonte: SIOF. Elaboração: SOF/MPO.

No período de 2014 a 2024, o aporte de recursos orçamentários ao Programa de Reabilitação Profissional, considerando a Dotação Atual¹⁸, totalizou R\$ 596,6 milhões – em valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2024. Registre-se que foram computados na Tabela 12, como dotação atual Lei + Créditos, os valores empenhados relativos a despesas que não estavam associadas aos Planos Orçamentários específicos de reabilitação profissional, mas foram identificados por meio de naturezas da despesa associadas ao Programa e confirmadas por meio de Planos Internos, também relativos ao Programa.

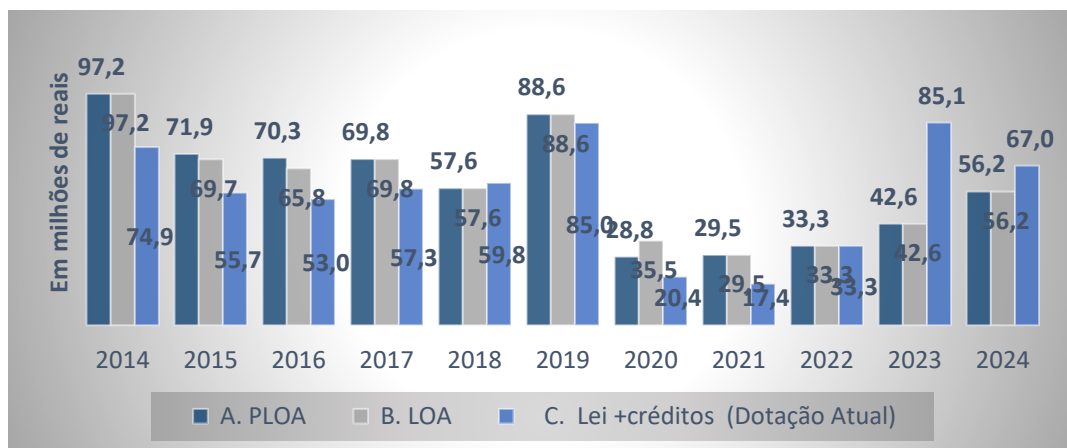
Tabela 12 – Orçamento do Programa por Ação Orçamentária Dotação Atual (Lei + Créditos), 2014-2024
Valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2024 R\$ milhões

Ação Orçamentária	Lei + Créditos (Dotação Atual)											Total Geral
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
2585 - Serviço de Reabilitação Profissional	52,1	32,7	30,1	29,1	28,7	52,0	-	-	-	64,4	42,3	331,5
00SJ - Benefícios Previdenciários	-	-	-	-	-	-	-	-	17,3	20,7	24,7	62,7
0E81 - Benefícios Previdenciários Urbanos	22,7	23,0	22,9	28,1	30,4	32,2	5,1	6,1	-	-	-	170,5
0E82 - Benefícios Previdenciários Rurais	-	-	-	0,1	0,7	0,7	0,1	0,1	-	-	-	1,7
2591 - Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários	-	-	-	-	-	-	8,4	5,8	16,0	-	-	30,2
2593 - Funcionamento das Unidades Descentralizadas da Previdência S	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0
2000 - Administração da Unidade	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	0,0
Total Geral	74,9	55,7	53,0	57,3	59,8	85,0	13,8	12,0	33,3	85,1	67,0	596,6

Fonte: SIOF. Elaboração: SOF/MPO.

A seguir, o Gráfico 12 compara as dotações constantes do Projeto de Lei Orçamentária – PLOA, da LOA e do Lei + Créditos (Dotação Atual). Adicionalmente às observações acima, foi ainda considerada, como dotação LOA, em 2020, o valor de R\$ 6,7 milhões, incluído por emenda de relator RP 9 na ação 2E96 - Programa de Habilitação e Reabilitação Física e Profissional, Prevenção e Redução de Acidentes de Trabalho, posteriormente cancelado durante o exercício.

Gráfico 12 – Comparativo entre dotação PLOA, LOA e Lei + Créditos, 2014 – 2024.
Valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2024 R\$ milhões



¹⁸ Dotação Atual consiste no valor do orçamento inicial fixado pela Lei Orçamentária, acrescido pelos créditos adicionais, bem como cancelamentos e remanejamento de dotações. MTO e Manual do SIOF. R\$ MI



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

Em linhas gerais, considerando valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2024, as dotações destinadas ao Programa nas Leis Orçamentárias Anuais foram reduzidas no decorrer do exercício, à exceção do ano de 2022, no qual não houve alteração da Dotação Atual (Lei + Créditos), e nos anos de 2018, 2023 e 2024, nos quais foi suplementada. A dotação atualizada média do Programa no período foi de R\$ 54,2 milhões.

O maior orçamento do Programa, no valor (Lei + créditos) de R\$ 85,1 milhões, foi em 2023, assegurado por suplementação de recursos de R\$ 42,5 milhões. Em 2019, o Programa foi beneficiado com a segunda maior dotação (Lei + créditos), no valor de R\$ 85,0 milhões, praticamente no mesmo patamar de 2023, seguido por 2014, com R\$ 74,9 milhões. Notadamente, de outro lado, nos anos de 2015, a trajetória foi de queda no orçamento Lei + Créditos (dotação atual), com interrupção em 2019. Na sequência, a dotação atualizada foi ainda mais reduzida nos anos 2020 e 2021, voltando a crescer em 2023 e 2024.

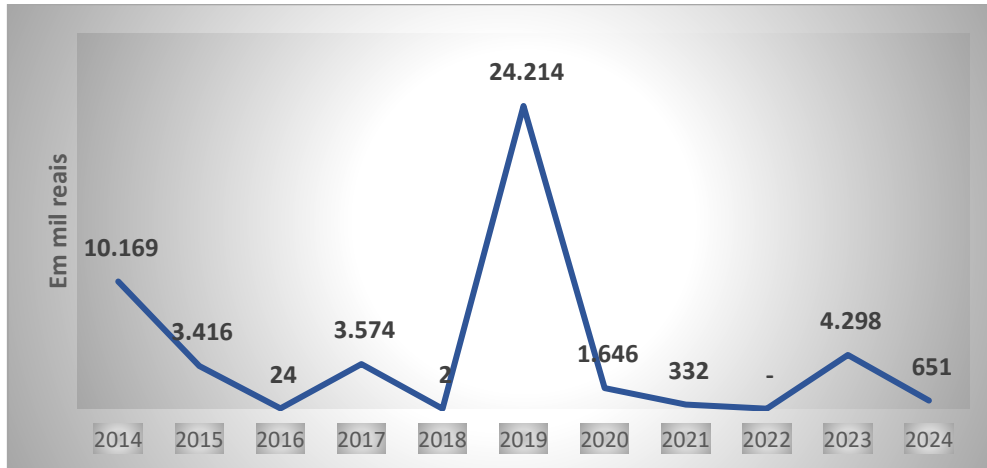
Em relação à proposta orçamentária apresentada pelo Poder Executivo, o orçamento do Programa, quando da tramitação no Congresso Nacional, não sofreu grandes alterações. Verifica-se redução apenas em 2015 e 2016, nos valores respectivos de R\$ 2,2 milhões e de R\$ 4,5 milhões, e ampliação, em 2020, de R\$ 6,7 milhões, valor incluído por emenda de relator, posteriormente cancelada.

Já o crédito disponível¹⁹, entre 2014 e 2024, alcançou R\$ 48,3 milhões. Analisando a série, conforme o Gráfico 13, é possível observar que o valor de R\$ 24,2 milhões, registrado em 2019, foi excepcional, sendo R\$ 14 milhões superior ao segundo maior valor - R\$ 10,2 milhões - registrado em 2014, resultando em índices de créditos não utilizados de 29% em 2019 e, em 2014, de 14%. Há que se registrar, no entanto, que, embora haja disponibilidade orçamentária, o empenho está condicionado à existência de limite de movimentação e empenho²⁰.

¹⁹ A conta Crédito Disponível 622110000 no SIAFI - Sistema integrado de Administração Financeira do Governo Federal mostra os recursos orçamentários que a Unidade tem disponível para utilização, ou seja, créditos orçamentários autorizados, mas não utilizados.

²⁰ Enquanto crédito disponível é a base para o empenho, o limite de empenho define o teto para esses compromissos. Este último é um procedimento que estabelece, por meio de decreto de programação orçamentária e financeira, o limite de dotação orçamentária disponível para empenho. Se verificado, ao final de um bimestre, que a realização da receita poderá não comportar o cumprimento das metas de resultado primário ou nominal, os Poderes, o Ministério Público e a Defensoria Pública promoverão por ato próprio e nos montantes necessários, nos trinta dias subsequentes, limitação de empenho e movimentação financeira por meio de um novo decreto de programação orçamentária e financeira.

Gráfico 13 – Créditos orçamentários não utilizados, 2014 – 2024.
Valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2024 R\$ mil



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

No que diz respeito às fontes de financiamento, o Programa de Reabilitação Profissional não é beneficiário de recursos vinculados. Observa-se na Tabela 13, na qual estão relacionadas as fontes de recursos que financiaram – Dotação Atual - o Programa no período de 2014 a 2024, que 74% foram recursos próprios e o outros 36% divididos entre recursos do Tesouro e a fonte da Seguridade Social Recursos de Concursos de Prognósticos. Registre-se que, na Tabela 13, não estão incluídos os valores correspondentes ao auxílio-programa de Reabilitação Profissional e àqueles empenhados à conta de dotações não ordinárias ou específicas do Programa.

Tabela 13 – Orçamento do Programa por Fonte de Recursos Dotação Atual (Lei + Créditos), 2014-2024
Valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2024 (R\$ milhões)

Fonte de Recursos	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
100 - Recursos Primários de Livre Aplicação	-	-	3,2	-	-	-	-	-	-	-	-	3,2
1000 - Recursos Livres da União	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,0	13,6	21,6
1001 - Recursos Livres da Seguridade Social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1002 - Atividades-fim da Seguridade Social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34,5	-	34,5
1049 - Recursos Próprios da UO para Aplicação em Seguridade Social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,9	28,7	50,6
118 - Receitas de Concursos de Prognósticos	-	-	-	29,1	-	-	-	-	-	-	-	29,1
150 - Recursos Próprios Primários de Livre Aplicação	-	-	-	-	-	-	-	5,8	-	-	-	5,8
151 - Recursos Livres da Seguridade Social	52,1	32,7	26,8	-	-	-	-	-	-	-	-	111,7
250 - Recursos Próprios Primários de Livre Aplicação	-	-	-	-	28,7	52,0	8,2	-	-	-	-	88,9
650 - Recursos Próprios Primários de Livre Aplicação	-	-	-	-	-	-	0,2	-	-	-	-	0,2
900 - Recursos Primários de Livre Aplicação - CONDICIONADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	52,1	32,7	30,1	29,1	28,7	52,0	8,4	5,8	-	64,4	42,3	345,7

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

Na LOA 2024, os recursos próprios do INSS somaram R\$ 6,1 bilhões, distribuídos nas naturezas de receita apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1 - Recursos Próprios do INSS - classificação pela natureza de receita (2024)

Código	Natureza de Receita
1.3.1.1.01.1.1	Aluguéis e Arrendamentos – Principal
1.3.2.1.03.0.1	Remuneração de Saldos de Recursos Não-Desembolsados – Principal
1.3.6.1.01.1.1	Cessão do Direito de Operacionalização de Pagamentos - Poderes Executivo e Legislativo – Principal
1.3.6.1.01.1.2	Cessão do Direito de Operacionalização de Pagamentos - Poderes Executivo e Legislativo – Multas
1.6.1.1.01.0.1	Serviços Administrativos e Comerciais Prestados por Entidades e Órgãos Públicos em Geral – Principal
1.9.1.1.09.0.1	Multas e Juros Previstos em Contratos – Principal
1.9.2.1.01.0.1	Indenizações por Danos Causados ao Patrimônio Público – Principal
1.9.2.1.99.0.1	Outras Indenizações – Principal
1.9.2.2.99.0.1	Outras Restituições – Principal
1.9.2.3.03.0.1	Reversão de Garantias - Principal
1.9.2.3.99.0.1	Outros Ressarcimentos – Principal
1.9.9.9.99.2.1	Outras Receitas Não Arrecadadas e Não Projetadas pela RFB - Primárias – Principal
1.9.9.9.99.2.2	Outras Receitas Não Arrecadadas e Não Projetadas pela RFB - Primárias - Multas e Juros.

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

Em relação ao planejamento orçamentário, foi informado, em reunião com os gestores do INSS, que o principal instrumento é o Plano de Contratações Anual e que o orçamento autorizado é descentralizado às unidades executoras, conforme a efetivação das contratações, sem necessariamente observar a programação orçamentária realizada. Embora o propósito do Plano de Contratações Anual seja mitigar o risco de não haver recursos para uma contratação, pois, em princípio, fornece dados para a elaboração da proposta orçamentária, contemplando as contratações planejadas para o exercício seguinte, nem sempre esse instrumento é atualizado com informações objetivas de expectativa de demanda e histórico de execução. No caso dos processos de aquisição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, o planejamento é ainda mais complexo, por não se tratar de produtos de prateleira.

Conforme relato na mesma reunião, o processo de contratação é moroso e, ainda acontece, de não haver disponibilidade de recursos quando da sua efetivação²¹, implicando desperdício de recursos da organização alocados em uma atividade que não será concretizada, sem contar a extensão do prazo de percepção dos benefícios por incapacidade pelo segurado e do reingresso tempestivo no mercado de trabalho. Indagados sobre os critérios de descentralização orçamentária, foi esclarecido pelos

²¹ No sistema de registro de preços, a indicação da dotação orçamentária e a comprovação da disponibilidade financeira não são exigidas no edital da licitação, mas sim no momento da formalização do contrato ou instrumento equivalente.



gestores que a descentralização orçamentária não se vincula ao planejamento das Superintendências ou Gerências Executivas no processo de elaboração da proposta orçamentária anual, sendo efetuada ao final de cada licitação. Em consequência, pode-se deduzir implicações quanto a eventual atendimento não equânime das unidades regionais, em razão da capacidade operacional distinta, o que, aliás, parece ter contribuído para centralizar recentemente os procedimentos licitatórios nas superintendências. A possibilidade de serem prioritariamente atendidas as unidades mais ágeis na consecução das contratações, no entanto, foi negada pelos gestores.

O INSS, no atendimento dos beneficiários do Programa, conta também com recursos adicionais de entidades públicas e privadas por meio de Acordos ou Convênios de cooperação técnica²². Embora não envolvam a transferência de recursos financeiros, as entidades partícipes²³ de Acordos de Cooperação Técnica com o INSS atuam de forma supletiva na prestação de serviços de reabilitação profissional, complementando a oferta de serviços do INSS ou, até mesmo, em determinadas localidades, suprimindo integralmente, especialmente formação profissionalizante e elevação de escolaridade.

Esses instrumentos representam um reforço considerável de recursos para oferta de atendimento, que, no caso dos reabilitandos que não sejam beneficiários da Previdência Social, mas que estejam vinculados na condição de PcD, é exclusivamente suprido pelas modalidades Acordo ou Convênio de cooperação técnica.

Nos termos da Portaria DIRBEN/INSS nº 999, de 28 de março de 2022, o atendimento dos reabilitandos por meio de acordos ou convênios de cooperação técnicas pode ser realizado nas seguintes modalidades:

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

II – avaliação e melhoria do nível de escolaridade;

III - avaliação e treinamento profissional;

IV - promoção de cursos profissionalizantes;

V - estágios curriculares e extracurriculares para alunos graduados;

²² Nos termos do art. 2º, inciso XII, do Decreto nº 11.531, de 16 de maio de 2023, o Acordo de Cooperação Técnica é definido como “instrumento de cooperação para a execução de ações de interesse recíproco e em regime de mútua colaboração, a título gratuito, sem transferência de recursos ou doação de bens, no qual o objeto e as condições da cooperação são ajustados de comum acordo entre as partes”. Em 2010, o INSS publicou a Resolução nº 118, que autorizou a realização de acordos de cooperação técnica entre a reabilitação profissional e entidades públicas ou privadas para a prestação de alguns serviços, entre eles, atendimento assistencial especializado; avaliação e elevação do nível de escolaridade; avaliação e treinamento profissional; e promoção de cursos profissionalizantes.

²³ Firmaram Acordos de Cooperação Técnica com o INSS, em especial para oferta de vagas para atendimento especializado e curso profissionalizantes entidades do Sistema S, a exemplo do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), o Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (Senar) e o Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (Senat), institutos federais de Educação, Ciência e Tecnologia, Ministério da Educação (vagas no PRONATEC). Incluem-se ainda FIESP, FEBRABAN, Grupo Pão de Açúcar, Correios, Defensoria Pública da União e Ministério Público do Trabalho.



VI – homologação do processo de habilitação ou reabilitação de PcD;

VII - homologação de readaptação profissional; e

VIII - teleatendimento, onde não existir AP.

No acordo de cooperação técnica celebrado com o Ministério Público do Trabalho (MPT), foram previstos recursos, bens e serviços oriundos das condenações nas ações por descumprimento de termos de ajuste de conduta (TACs) ou em ações civis públicas em que o MPT atua para promover medidas de reabilitação profissional e implementar melhorias na acessibilidade de unidades do INSS. No âmbito da parceria, foi noticiada²⁴ uma primeira destinação feita pelo MPT, que ocorreu por meio de recursos oriundos da Procuradoria do Trabalho no Município de Mossoró (RN). Foram destinados R\$ 460 mil frutos de ação de execução de TAC. Entretanto, publicado em fevereiro de 2021, o Parecer AGU nº BBL - 02, de 17 de dezembro de 2021, da Advocacia Geral da União (AGU), consolida o entendimento de que as indenizações e multas oriundas de ajustamentos de conduta decorrentes de danos a direitos difusos ou coletivos, inclusive de natureza trabalhista, devem ser destinadas ao Fundo de Defesa de Direitos Difusos (FDD) ou ao Fundo de Amparo ao Trabalho (FAT). Foi ainda objeto de decisão²⁵ do Supremo Tribunal Federal a destinação de valores de condenações em ações civis trabalhistas, determinando que devem ser direcionados ao Fundo dos Direitos Difusos ou para o Fundo de Amparo ao Trabalhador.

Nessa linha, a Medida Provisória nº 905, de 2019, revogada pela Medida Provisória nº 905, de 2020, estabelecia como receitas vinculadas ao Programa de Habilitação e Reabilitação Física e Profissional, Prevenção e Redução de Acidentes de Trabalho o produto da arrecadação de: I - valores relativos a multas ou penalidades aplicadas em ações civis públicas trabalhistas decorrentes de descumprimento de acordo judicial ou termo de ajustamento de conduta firmado perante a União ou o Ministério Público do Trabalho, ou ainda termo de compromisso firmado perante o Ministério da Economia, II - valores relativos aos danos morais coletivos decorrentes de acordos judiciais ou de termo de ajustamento de conduta firmado pela União ou pelo Ministério Público do Trabalho; e III - valores devidos por empresas que descumprirem a reserva de cargos destinada a pessoas com deficiência, inclusive referentes à aplicação de multas.

7.3. Execução orçamentária e financeira

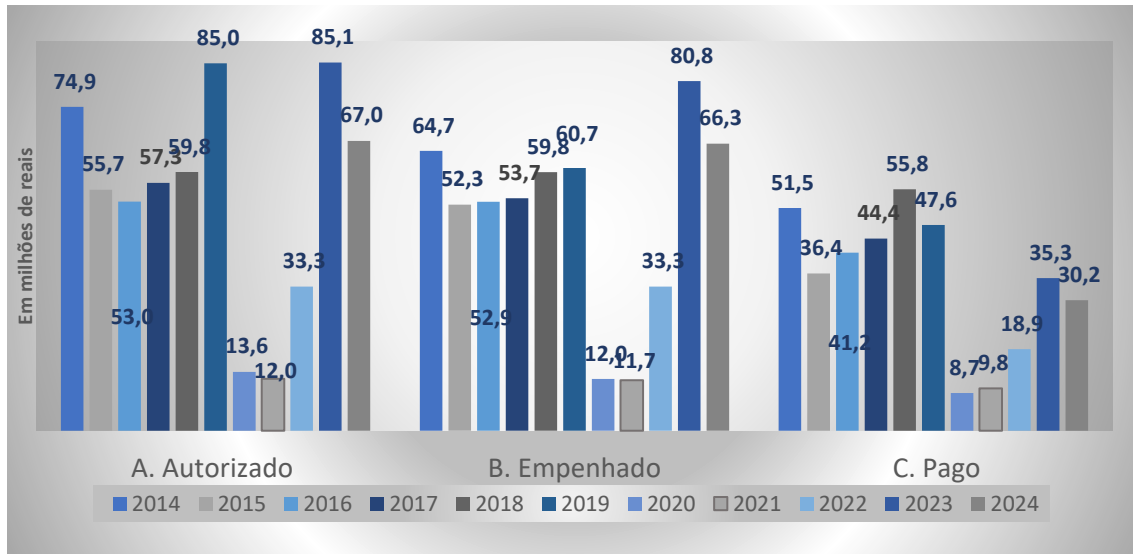
O Gráfico 14 apresenta a execução orçamentária e financeira do Programa no período de 2014 a 2024 – a preços de dezembro de 2024 –, considerando os valores autorizados (Lei + Créditos), empenhados e pagos.

²⁴ Disponível em <https://www.prt24.mpt.mp.br/2-uncategorised/1396-mpt-e-inss-firmam-parceria-para-promover-reabilitacao-profissional-de-trabalhadores-incapacitados>.

²⁵ A decisão foi proferida na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 944, proposta pela Confederação Nacional da Indústria (CNI). A entidade alega que a Justiça do Trabalho tem destinado os valores para entidades públicas e privadas, ao invés de direcioná-los aos fundos públicos constituídos por lei.

Gráfico 14 – Execução orçamentária e financeira, 2014 – 2024.
Valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2024

R\$ milhões



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

A análise da execução orçamentária e financeira possibilita traçar um comparativo entre os valores autorizados – dotação – e efetivamente realizados – empenho e pagamento –, buscando demonstrar, com parâmetro nos recursos consignados no orçamento, o desempenho do Programa quanto à efetivação das aquisições e serviços contratados.

No período em análise, o comprometimento dos recursos orçamentários – empenho em relação à dotação autorizada, foi da ordem de 92% (R\$ 548,3 milhões). Os valores pagos referentes ao exercício, por sua vez, alcançaram, em média, 69% da dotação empenhada (R\$ 379,6 milhões). Na Tabela 14, são apresentados o Índice de Execução Orçamentária (Empenhado / Autorizado) e o Índice de Execução Financeira (Pago / Empenhado) no período.

Tabela 14 – Desempenho da Execução Orçamentária e Financeira, 2014 – 2024

Indicadores	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Período
A. Índice de Execução Orçamentária	86%	94%	100%	94%	100%	71%	88%	97%	100%	95%	99%	92%
B. Índice de Execução Financeira	80%	70%	78%	83%	93%	78%	73%	84%	57%	44%	45%	69%

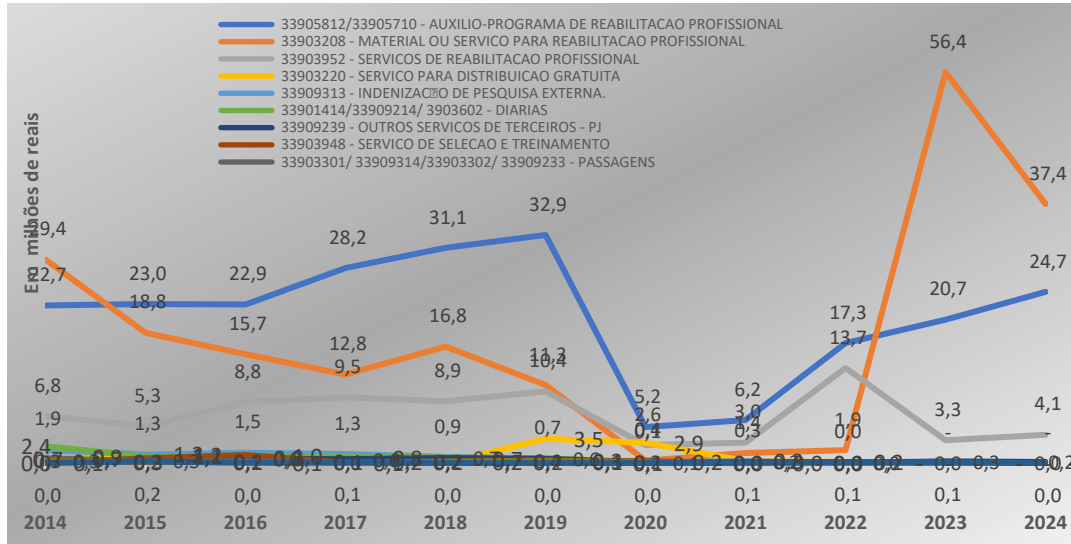
Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

A execução orçamentária é apresentada, a seguir, no Gráfico 15, detalhada por natureza da despesa. Destaca-se que 94% do valor empenhado no período corresponde às naturezas 33905812/33905710 – Auxílio-Programa de Reabilitação Profissional²⁶ (43%),

²⁶ Registra as despesas com auxílio para segurado inscrito em programa de reabilitação profissional, para custear despesas como alimentação e transporte do segurado durante a participação em curso de reabilitação profissional.

33903208 - Material ou Serviço para Reabilitação Profissional²⁷ (37%) e 33903952 - Serviços de Reabilitação Profissional²⁸ (14%).

Gráfico 15 – Execução Orçamentária por Natureza da Despesa, 2014 – 2024.
Valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2024 (R\$ milhões)



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

Notas: 1. Foram agrupadas naturezas relacionadas ao mesmo objeto de gasto. 2. Optou-se por não agrupar serviços.

No período em análise, as despesas empenhadas com auxílio-programa de reabilitação profissional superaram os demais gastos no período, à exceção 2014, 2023 e 2024. Nesses exercícios, material ou serviço para a reabilitação profissional respondeu pelos maiores valores empenhados, em particular 2023, o maior valor da série, que somou R\$ 56,4 milhões. Nesse ano, há que se registrar a recomposição do orçamento do Programa.

Por outro lado, conforme a Tabela 15, material ou serviço para reabilitação profissional apresentou o segundo mais baixo Índice de Execução Financeira (Pago / Empenhado) no período, cerca de 34%, superando o índice geral de 69% apenas em 2019, quando excepcionalmente alcançou 83%.

²⁷ Registra o valor das despesas com aquisição de material ou bem destinado a segurado inscrito em programa de reabilitação profissional, indispensáveis ao desenvolvimento do processo de reabilitação conforme Leis 8212/91 e 8213/91, tais como próteses (aparelhos de substituição) - órteses (aparelhos de correção ou complementação) – implemento, e serviços.

²⁸ Registra o valor das despesas realizadas com serviços de reabilitação profissional prestados por pessoa jurídica, com o objetivo de proporcionar aos incapacitados (parcial ou totalmente), os meios indicados para a reeducação e readaptação profissional e social, de modo que possam voltar a participar do mercado de trabalho.

**Tabela 15 – Índice de Execução Financeira por Natureza da Despesa, 2014 – 2024**

Natureza da Despesa	Exercício												Total
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
TOTAL GERAL	80%	70%	78%	83%	93%	78%	73%	84%	57%	44%	45%	69%	
33901414/33909214/ 3903602 - DIARIAS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	-	-	100%	
33905812/33905710 - AUXILIO-PROGRAMA DE REABILITACAO PROFISSIONAL	100%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	93%	100%	100%	99%	
33909239 - OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS - PJ	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	69%	100%	98%	
33909313 - INDENIZACAO DE PESQUISA EXTERNA.	99%	95%	99%	98%	99%	95%	93%	88%	97%	-	-	97%	
33903301/ 33909314/33903302/ 33909233 - PASSAGENS	100%	90%	99%	100%	98%	94%	97%	87%	100%	-	-	97%	
33909293/33909301/33909302 - INDENIZACOES E RESTITUICOES	100%	67%	92%	100%	100%	100%	100%	100%	52%	100%	97%	95%	
DEMAIS	76%	43%	100%	74%	100%	73%	100%	100%	100%	100%	100%	79%	
33903952 - SERVICOS DE REABILITACAO PROFISSIONAL	85%	77%	82%	77%	90%	83%	65%	61%	13%	68%	78%	68%	
33903948 - SERVICOS DE SELECAO E TREINAMENTO	100%	5%	53%	94%	1%	95%	11%	-	-	-	-	36%	
33903208 - MATERIAL OU SERVICOS PARA REABILITACAO PROFISSIONAL	59%	35%	41%	46%	83%	29%	53%	59%	36%	21%	6%	34%	
33903220 - SERVICOS PARA DISTRIBUICAO GRATUITA	42%	1%	74%	88%	-	6%	35%	70%	64%	-	-	25%	

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

Segundo relato constante do processo de Acompanhamento Orçamento do SIOP (Apêndice B), o ritmo da execução financeira é afetado pela natureza da contratação para aquisição de material para reabilitação - órteses e próteses e meios auxiliares de locomoção -, cujo pagamento somente se efetiva com a entrega definitiva do recurso adquirido ao reabilitando, o que demora de 3 a 8 meses após recebimento do material, segundo informação constante do processo de Alterações Orçamentárias do SIOP, no âmbito da justificativa acerca do oferecimento de dotação como fonte para remanejamento para outra ação orçamentária. Faltam vagas para agendamento de perícia médica federal, necessária à entrega de órteses e próteses, além da dificuldade para o deslocamento de servidores para atender às Gerências Executivas que não contam com fiscais técnicos e peritos, repercutindo na entrega das órteses e próteses, conforme ainda anotado na mesma justificativa. E depois, a própria confecção e a montagem são demoradas, o que faz que o processo seja concluído após um ou dois exercícios financeiros. Em síntese, não obstante o princípio da anualidade orçamentária, o prazo de um ano tem se mostrado pouco para contratação, entrega ao beneficiário e pagamento da despesa. A contratação de instituições para elevação de escolaridade e para cursos profissionalizantes também encontra dificuldades²⁹.

Assim, outra medida importante acerca do desempenho da gestão orçamentária e financeira é o Índice de representatividade dos empenhos pendentes de pagamento (empenhos liquidados por inscrição em restos a pagar não processado) em relação aos valores pagos do exercício, que avalia a proporção entre inexecução financeira dos créditos orçamentários que foram executados do ponto de vista orçamentário e os pagamentos do exercício realizados. Conforme registra a Tabela 16, nos últimos três

²⁹ Segundo o INSS, na Nota Técnica nº 4/2024/COFIN/CGOFC/DIOFL-INSS, “os fluxos de concessão de recursos materiais no âmbito da Reabilitação Profissional envolvem múltiplas etapas e a participação de diversos setores e profissionais, o que pode gerar uma demora na execução orçamentária. No caso de órteses e próteses, há ainda o processo de confecção, montagem e entrega. Já nos cursos profissionalizantes, a execução inclui matrícula, acompanhamento e conclusão do curso. De maneira simplificada, as principais etapas envolvem: a) Identificação da demanda local; b) Consolidação e formalização da demanda; c) Planejamento da contratação; d) Formalização do processo de compra; e) Conclusão do processo licitatório e convocação do segurado.”

exercícios da série, o índice se elevou, inclusive acima de 100%, em 2023 e 2024, o que significa que os valores pagos foram inferiores aos inscritos em restos a pagar. Em grande parte, cerca de 89%, os inscritos em restos a pagar referem-se a despesas com aquisição de OPM.

Tabela 16 – Índice de Representatividade dos Empenhos Pendentes de Pagamento em relação aos Valores Pagos do Exercício, 2014 – 2024

Valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2024

R\$ milhões

Discriminação	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Pago Exercício	51,5	36,4	41,2	44,4	55,8	47,6	8,7	9,8	18,9	35,3	30,2	379,6
Empenhado Inscrição RAP Não Processado	13,1	9,9	11,5	9,2	3,8	13,1	2,9	1,8	14,4	45,1	36,1	160,7
Índice de representatividade dos pendentes de pagamento em relação ao total pago	25%	27%	28%	21%	7%	27%	33%	18%	76%	128%	120%	42%

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

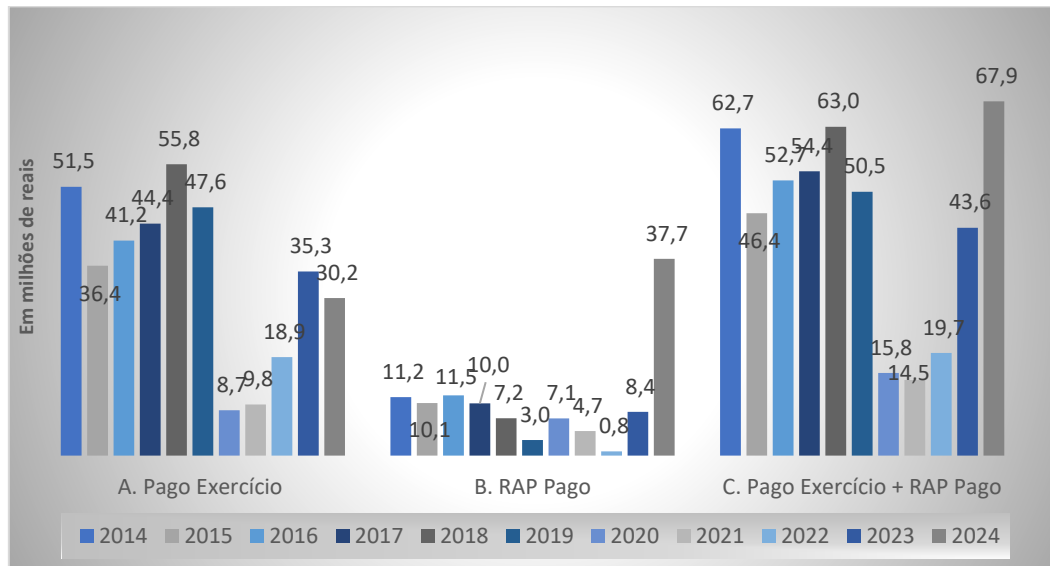
O Gráfico 16 apresenta o comportamento dos pagamentos no período em análise, considerando o Pago do Exercício, o Pago de Restos a Pagar e o Total Pago, que é a soma dos dois anteriores.

Verifica-se que apenas em 2024 os Restos a Pagar Pagos superaram os pagamentos do exercício, o que denota que, no período, o Programa não é operacionalizado com o orçamento do exercício anterior. No período examinado, 91% dos Restos a Pagar Pagos referem-se à natureza 33903208 - material ou serviço para reabilitação profissional.

Gráfico 16 – Execução financeira, 2014 – 2024.

Valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2024

R\$ milhões



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

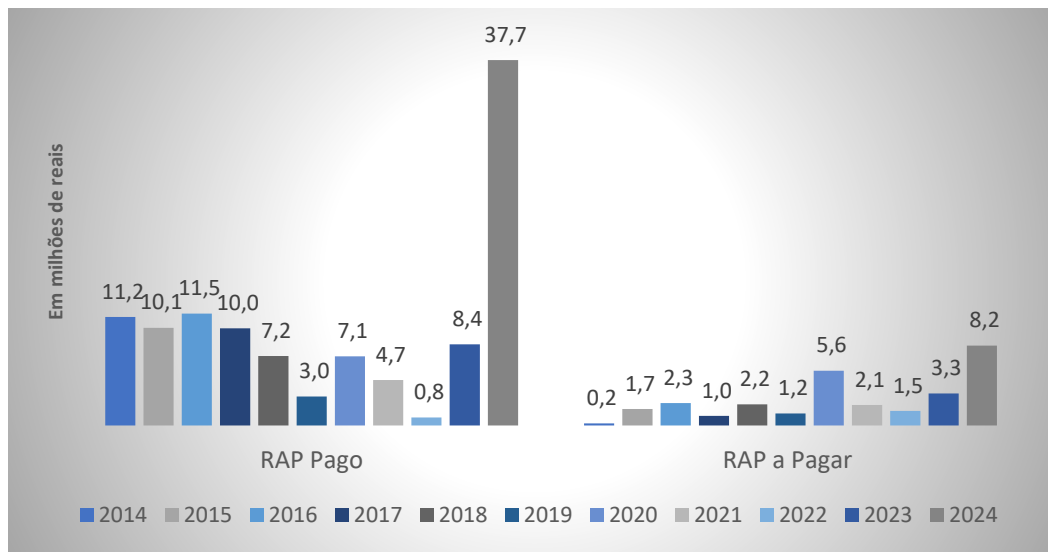
Já o Gráfico 17 apresenta a execução de Restos a Pagar no período 2014-2024, evidenciando os valores de Restos a Pagar Pagos e de Restos a Pagar a Pagar.



Gráfico 17 – Restos a Pagar executados, 2014 - 2024.

Valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2023

R\$ milhões



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

Em 2024, o volume de Restos a Pagar a Pagar cresceu, sendo que 97% do valor corresponde à aquisição de próteses, órteses e meios de locomoção, que soma 79% do total acumulado de Restos a Pagar a Pagar.

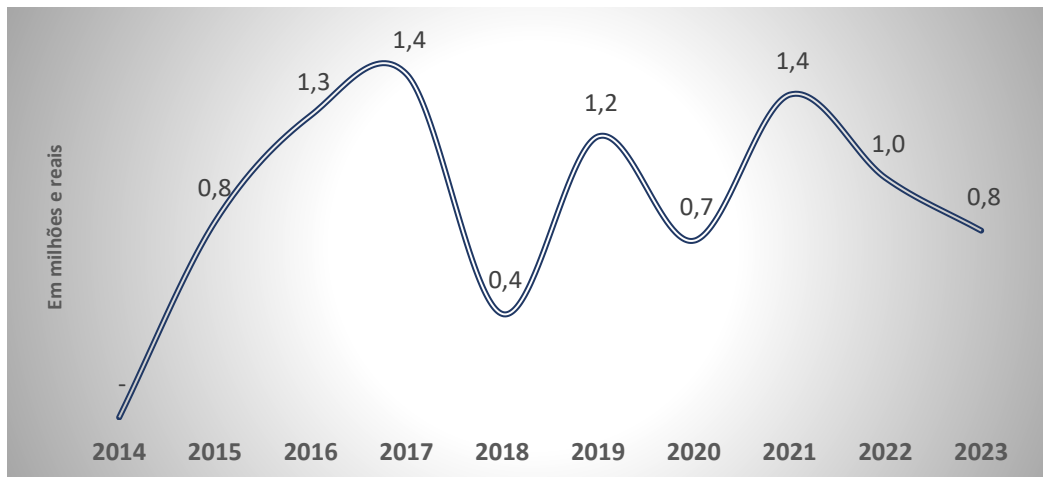
Entre 2014 e 2024, foram cancelados³⁰ R\$ 9,4 milhões de Restos a Pagar. O Gráfico 18, que mostra o comportamento dos Restos a Pagar cancelados, revela dois picos: em 2017, resultado de uma trajetória de crescimento a partir de 2014, e 2022. Os menores valores foram registrados em 2018 e 2020.

Gráfico 18 – Restos a Pagar cancelados, 2014 - 2024.

³⁰ Conforme o disposto no Decreto 93.872/1986, os restos a pagar não processado que não forem liquidados até 30 de junho do segundo ano subsequente ao ano inscrito serão bloqueados e, caso não seja liquidado até o fim do exercício, será cancelado

Valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2023

R\$ milhões



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

Em relação à natureza da despesa, os cancelamentos se concentraram nos empenhos relativos a material para reabilitação profissional e serviços, envolvendo todos as naturezas relacionadas a esse objeto de gasto, respondendo, respectivamente, por 46% e 44% do total cancelado.

7.4. Impacto das variações no Orçamento no nível de produtos obtidos ou resultados alcançados

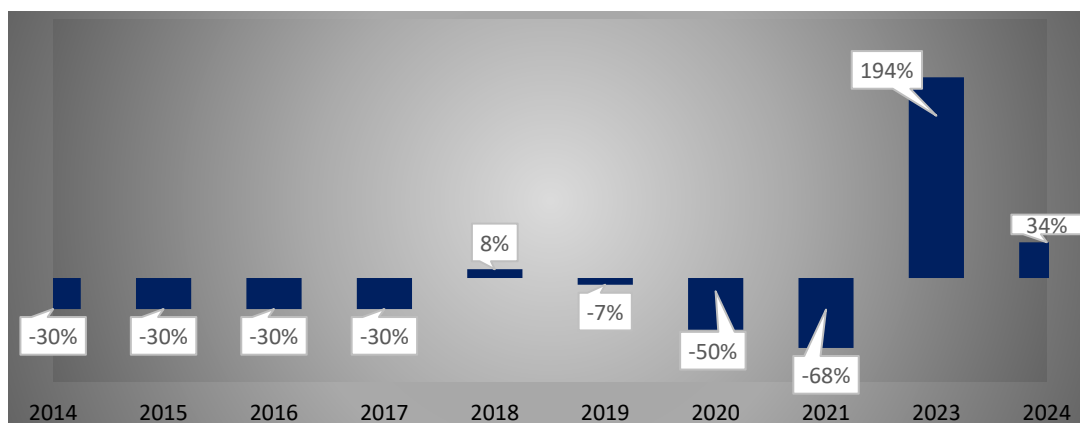
Neste tópico, analisam-se as modificações importantes nos valores constantes do Orçamento do Programa durante a execução e as metas previstas nas Lei Orçamentárias efetivamente realizadas, buscando responder à questão avaliativa, relativa ao impacto das variações do Orçamento do Programa no nível de produtos e no atingimento dos objetivos pretendidos

Registra-se que são limitações a análise estar restrita à comparação entre a disponibilidade orçamentária e as metas alcançadas em relação às previstas nas Leis Orçamentárias Anuais, com base no Acompanhamento Orçamentário do SIOP, sem considerar a atuação supletiva de outras entidades e ainda parâmetros relativos à demanda não atendida por serviços de reabilitação profissional e a inclusão dos beneficiários no mercado de trabalho, importantes para avaliar a eficácia do Programa e da aplicação dos recursos em contribuir para que os egressos do Programa se reintegre ao trabalho e no contexto social em que vive. É de se reiterar que serviços de reabilitação profissional “não são realizados de maneira autônoma pelo INSS, mas um processo que requer tempo e, na maioria das vezes, exige articulação com outros setores e instituições que possam viabilizar as ações necessárias e complementares ao desenvolvimento do programa”, relato constante do processo de Acompanhamento de 2015.

7.4.1. Alterações orçamentárias das dotações destinadas ao Programa nas Leis Orçamentárias Anuais

O Gráfico 19 mostra a variação entre a dotação Lei + Créditos e a dotação LOA das programações ordinárias (específicas) do Programa - 2585 - Serviço de Reabilitação Profissional e 2591 - Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários no período de 2014 a 2024. Esta última, apenas os recursos consignados no Plano Orçamentário 0004 - Serviço de Reabilitação Profissional. Os valores consignados nas LOAs, correspondentes à ação 2585, sofreram reduções importantes, mas, devido a suplementações em 2023 e 2024, resultaram em um acréscimo líquido de 1% no decorrer do exercício. Já a dotação autorizada para o Programa, no âmbito da ação 2591, teve redução de 59%.

Gráfico 19 – Índice de Alteração Orçamentária das Programações Ordinárias do Programa, 2014-2024 (%).



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

Destaca-se que, apenas em 2018, 2023 e 2024, o orçamento do Programa não sofreu redução no decurso do exercício. Em compensação, em 2020 e 2021, a redução foi, respectivamente, de 50% e 68%, muito provavelmente em razão do isolamento social imposto pela emergência de saúde pública decorrente da Covid-19. Já, em 2023, o acréscimo foi de 194% e, em 2024, de 34%.

A Tabela 17 apresenta o Índice de Alterações Orçamentárias e o Índice de Execução Física (Índice de Eficácia da Gestão Orçamentária e Financeira³¹), detalhando as alterações entre Dotação LOA e Dotação Atual (Lei + Créditos) e meta prevista e meta realizada, conforme os registros do processo de Alterações Orçamentárias e do Acompanhamento Orçamentário do SIOP.

³¹ O indicador é prejudicado, dado que recursos não orçamentários respondem, de forma importante, por serviços de reabilitação, particularmente cursos.



Tabela 17 – Índice de Alterações Orçamentárias e Índice de Execução Física, 2024-2024
Valores a preços correntes

Ação Orçamentária	Item	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
2585 - Serviço de Reabilitação Profissional	LOA	40.000.000	26.723.200	27.173.938	28.000.000	18.351.519	40.000.000	-	-	-	20.000.000	30.000.000	200.248.657	
	LOA + Créditos	28.000.000	18.706.240	19.021.757	19.600.000	19.890.489	37.371.262	-	-	-	58.738.196	40.339.759	201.327.944	
	Diferença	-12.000.000	-8.016.960	-8.152.181	-8.400.000	1.538.970	-2.628.738	-	-	-	-	-	1.079.287	
	Índice de Alteração Orçamentária	-30%	-30%	-30%	-30%	8%	-7%	-	-	-	-	194%	34%	1%
	Meta Prevista	25.340	18.500	16.887	37.335	17.000	18.700	-	-	-	-	9.000	8.000	150.762
	Meta Realizada	16.078	12.550	14.899	17.092	16.586	16.254	-	-	-	-	5.968	6.625	106.052
	Índice de Execução Física	-37%	-32%	-12%	-54%	-2%	-13%	-	-	-	-	-34%	-17%	-30%
2591 - Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários	LOA	-	-	-	-	-	-	12.609.750	14.000.000	-	-	-	26.609.750	
	LOA + Créditos	-	-	-	-	-	-	6.310.216	4.530.097	-	-	-	10.840.313	
	Diferença	-	-	-	-	-	-	-6.299.534	-9.469.903	-	-	-	-15.769.437	
	Índice de Alteração Orçamentária	-	-	-	-	-	-	-50%	-68%	-	-	-	-59%	
	Meta Prevista	-	-	-	-	-	-	17.000	20.000	-	-	-	37.000	
	Meta Realizada	-	-	-	-	-	-	4.358	6.067	-	-	-	10.425	
	Índice de Execução Física	-	-	-	-	-	-74%	-70%	-	-	-	-	-72%	

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

Nota: Em 2022, o Programa foi financiado por Plano Orçamentário não específico no âmbito da ação 2591, sendo as despesas identificadas por Plano Interno

Com a justificativa de insuficiência de limite de movimentação e empenho, dotações do Programa foram remanejadas, nos anos de 2014 a 2017, para custear despesas administrativas, inclusive pendências de empenho relativas ao ano anterior, e para o financiamento do contrato com a Dataprev para processamento dos benefícios previdenciários e assistenciais, muito embora a execução dos recursos suplementados também está condicionada a limite de empenho. Em 2019, tendo como fonte de recursos cancelamento de dotação da ação 2585, foi também suplementada a dotação relativa a serviços de processamento de dados a cargo da Dataprev.

Os cancelamentos das dotações autorizadas na LOA foram da ordem de 30%, à exceção de 2019. No período examinado, a execução física foi bem inferior a prevista em 2017 e, de outro lado, em 2016, o número de reabilitados foi mais próximo do previsto. Assinala-se que, conforme o processo de Acompanhamento Orçamentário do SIOP, em 2014 e em 2019, não foi possível consolidar tempestivamente o Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional – BERP pela falta de informação de várias Agências. Registros no Acompanhamento Orçamentário de 2016 informam que “os resultados do primeiro semestre de 2016 foram impactados negativamente pelo movimento de paralisação dos servidores iniciado em 2015 e por restrições orçamentárias no período. O quantitativo insuficiente de servidores e a inexistência de equipes de reabilitação profissional na maioria das Agências da Previdência Social reduzem a disponibilização do serviço na rede de atendimento, prejudicando o alcance das metas estabelecidas.” Em relação ao ano de 2017, foi assinalado, no processo de Acompanhamento Orçamentário deste exercício, conforme o Apêndice B, que, em razão da limitação de movimentação e empenho fixada para o órgão durante o exercício, “não foi possível a concretização de todos os contratos de compra de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e acessórios solicitados pelas equipes de reabilitação a nível nacional, portanto ficando prejudicado o alcance da meta orçamentária, que na LOA era de 37.335 segurados reabilitados”. Foi ressalvado ainda que “o número de segurados reabilitados aumentou em 2017 em relação à 2016, mesmo com tais restrições.”

Já em 2020 e 2021, dotações da ação 2591, PO 0004, foram canceladas à título de fonte de recursos para compensação em alterações orçamentárias, sejam, remanejamento entre Planos Orçamentários ou entre ações orçamentárias, para atendimento de outras



despesas, a exemplo de Teleatendimento Previdenciário. Foi informado, em relação ao ano de 2020, no processo de Alterações Orçamentárias do SIOP, que “por conta da pandemia, a execução da Reabilitação Profissional diminuiu e está menor do que em anos anteriores”, e, quanto à 2021, “até a presente data não foram formalizados processos de aquisição de órtese e prótese e as despesas desse PO estão resumidas em deslocamento de servidores, pesquisa de benefícios, aquisição de órtese e prótese judicial e fornecimento de cursos profissionalizantes aos segurados em Programa de Reabilitação”. Essa última justificativa refere-se ao cancelamento realizado em dezembro, de maior valor - R\$ 5,4 milhões.

Por outro lado, a análise da execução física, no processo de Acompanhamento Orçamentário de 2020, apontou que “o maior problema da baixa execução da Reabilitação Profissional é que o orçamento insuficiente não permitia emitirmos CDO para a aquisição de órtese e prótese para todo o Brasil (16 milhões). Ademais, ressaltou que “poucos segurados foram reabilitados por conta do pouco crédito orçamentário e da própria Pandemia que dificultou inclusive a participação em cursos de reabilitação pelos segurados.” Já em relação à 2021, foi consignado que “a formalização de processos de aquisição de órteses e próteses não foram concluídas e, portanto, deixaram de ser adquiridos em 2021.”

A partir de 2023, com o enquadramento das despesas com reabilitação profissional como obrigatória, as projeções de gastos passaram a ser atualizadas no processo de elaboração do relatório bimestral de avaliação das receitas e despesas primárias³², identificando necessidade de suplementação e, caso autorizada, sem a obrigatoriedade de indicação de fonte de recursos compensatórios para cancelamento no âmbito do próprio Órgão. No decorrer do exercício de 2023, com a demonstração da evolução da execução orçamentária e o registro das pendências para atendimento dos segurados quanto à contratação de cursos e aquisição de órteses e próteses nas revisões bimestrais para a elaboração do relatório de avaliação de receitas e despesas, foi suplementada a ação 2585 em R\$ 38,7 milhões, compreendendo, nos meses de junho, de setembro e de novembro, o valor de R\$ 10,0 milhões, a cada mês, além de R\$ 8,7 milhões em dezembro. O número de reabilitados, por sua vez, somou 5.968 segurados, o que equivale a um crescimento de 26% em relação a 2022, e a 85,26% da meta prevista na LOA. Destaca-se que, em todas as suplementações, foi mantida a projeção de execução financeira de R\$ 9,0 milhões.

Em 2024, não obstante suplementação autorizada no âmbito do Relatório de Receitas e Despesas do 5º Bimestre 2024, no valor de R\$ 20,0 milhões, ter sido efetivada em dezembro, foi ainda, ao final do exercício, cancelada dotação da ação 2585, como fonte de compensação, no valor de R\$ 9,7 milhões, para suplementação de outras despesas

³² É através do relatório bimestral de avaliação das receitas e despesas primárias, cujo intuito é promover o acompanhamento do cumprimento da meta fiscal estabelecida para o exercício, que o Poder Executivo estabelece o contingenciamento das despesas do Orçamento Geral da União quando a receita reestimada não comportar o cumprimento das metas de resultado primário ou nominal. São realizadas para as projeções para o Projeto de Diretrizes Orçamentárias – PLDO, o Projeto de Lei Orçamentária - PLOA e o Projeto de Lei do Plano Plurianual – PPA para compor a Necessidade de Financiamento do Governo Central – NFG.



obrigatórias. A justificativa focou na morosidade de execução do contrato, que afeta, na verdade, a liquidação e pagamento para esclarecer que outras demandas relacionadas anteriormente não estavam aptas para empenho.

Segundo exposto no Módulo de Alterações Orçamentárias do SIOP, foi projetada pelo INSS despesa anual no valor de R\$ 120,0 milhões, corrigido para R\$ 117,1 milhões, sendo autorizada a suplementação, no montante de R\$ 20,0 milhões, no relatório de Receitas e Despesas do 5º Bimestre de 2024, para atender, segundo exposto no SIOP, o processo mais urgente referente à demanda no âmbito do Inquérito do Ministério Público (Notícia de Fato nº 1.34.001.005791/2023-15), que tratava de entregas de recursos materiais de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e tecnologia assistiva. O contrato foi assinado e a demanda integralmente atendida. Há que se observar o destaque dado aos avanços no exercício em relação ao quantitativo de avaliações socioprofissionais e ao cumprimento da meta de conclusão de 17 processos de contratação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

De modo geral, é possível verificar, pelos relatos oriundos do Acompanhamento Orçamentário do SIOP, constantes do Apêndice B, que um dos principais fatores alegados, em vista do impacto na consecução das metas previstas nas Leis Orçamentárias Anuais e alterações posteriores, foi o quantitativo reduzido de servidores para garantir o atendimento adequado da demanda de serviços de reabilitação profissional. Segundo relato constante do SIOP, no processo de Acompanhamento Orçamentário de 2023, “o serviço de reabilitação profissional conta com 636 servidores e enfrenta o desafio de gerenciar mais de 160 mil tarefas no Sistema de Gerenciamento de Tarefas – GET”. Na maioria das Agências, conforme ainda registro do processo de Acompanhamento Orçamentário, não há profissionais de reabilitação profissional, reduzindo a abrangência da disponibilização do serviço na rede de atendimento. Naquelas em que a reabilitação profissional está presente, ainda segundo o Acompanhamento Orçamentário, o quadro de servidores nesses serviços ainda é reduzido frente ao volume das demandas existentes, dado que se dividem para atender a atividades de outras áreas técnicas. Ainda há que se considerar, de acordo com as informações do Acompanhamento Orçamentário, que paralizações de servidores acabam reduzindo o número de segurados encaminhados para cursos de formação profissional.

Questões relacionadas à contratação³³ de cursos de capacitação profissional e a aquisição de OPM, como a capacidade operacional e outras dificuldades, inclusive a ocorrência de pregão deserto para contratação de cursos de formação profissional, assim como agendamento da perícia médica para entrega da tecnologia assistiva.

O INSS argumenta que os fluxos de concessão de recursos materiais no âmbito da Reabilitação Profissional envolvem múltiplas etapas e a participação de diversos setores e profissionais, o que pode gerar uma demora na execução orçamentária. A Figura 4 ilustra o fluxo do resultado da licitação à convocação do segurado, confecção/montagem e entrega de tecnologia assistiva. Em se tratando de órteses e

³³ Nota Técnica nº 4/2024/COFIN/CGOFC/DIROFL-INSS anexada a Pedido de Crédito suplementar.



próteses, conforme anotado pelo INSS, além da identificação da demanda local; consolidação e formalização da demanda; planejamento da contratação; formalização do processo de compra; conclusão do processo licitatório e convocação do segurado, há ainda o processo de confecção, montagem e entrega do material. Nesta última etapa, é necessária perícia médica.

A contratação de instituições para elevação de escolaridade e para cursos profissionalizantes também encontra dificuldades.

Foi também ressaltada a carência de sistemas informatizados para o serviço de reabilitação profissional. do INSS e relatado ainda a dependência de articulação com outros setores e instituições para viabilizar as ações necessárias e complementares ao desenvolvimento do programa, especialmente quanto à oferta de cursos profissionalizantes, em grande parte provido por parcerias estabelecidas.

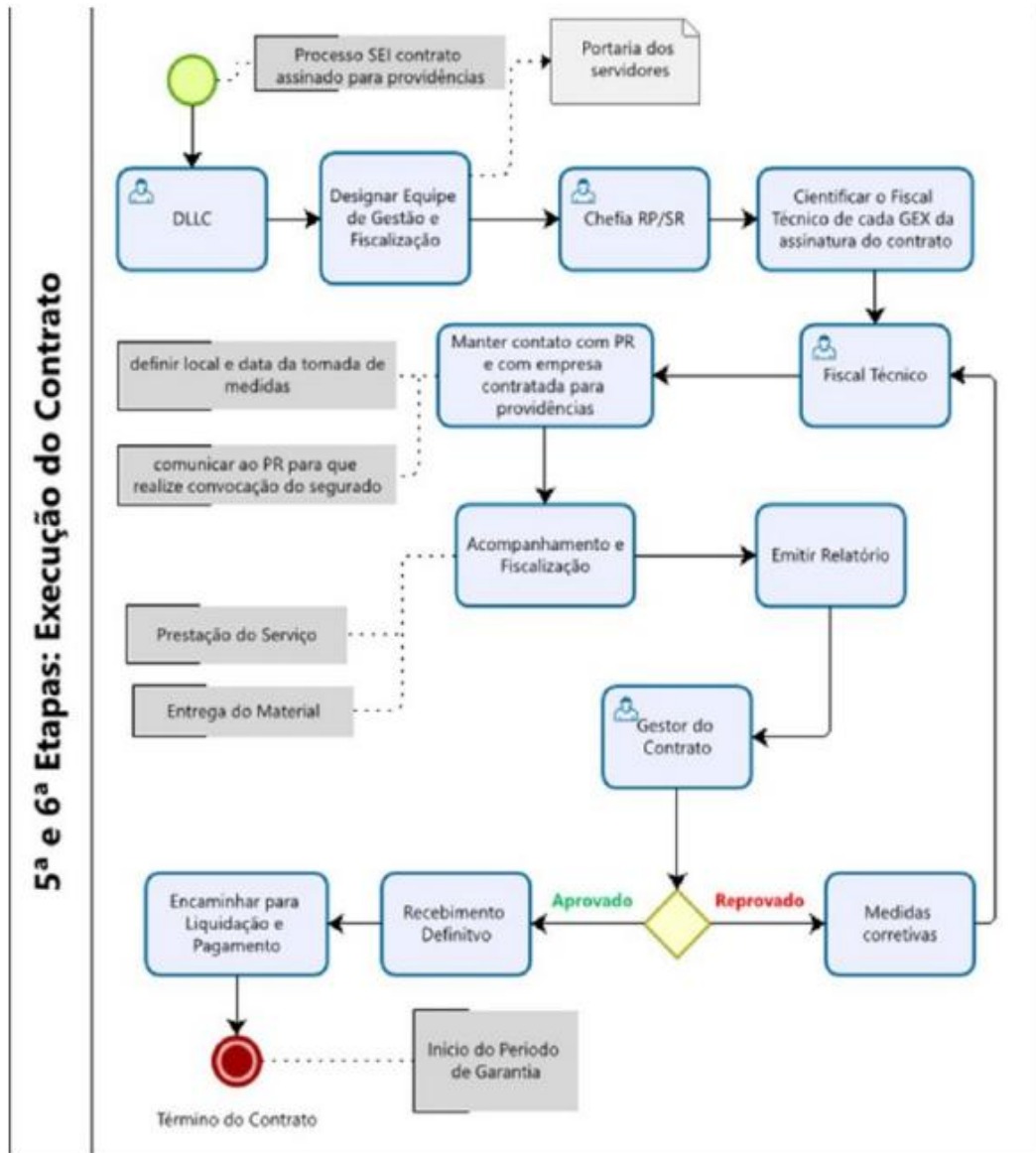
É certo que, embora o enquadramento do Orçamento do Programa como despesa obrigatória assegure maior previsibilidade orçamentária, é possível ter em conta que o histórico de execução pode estar impactando a alocação de recursos ao Programa, dadas as restrições fiscais, no processo de elaboração da Lei Orçamentária Anual, implicando revisões orçamentárias importantes no processo de avaliação bimestral de receitas e despesas durante o exercício financeiro. Consoante os elementos aqui expostos, extraídos dos relatos do Órgão constantes dos processos de Alterações Orçamentárias e de Acompanhamento Orçamentário do SIOP, que os demais arranjos operacionais para instrumentalizar o Programa requerem atenção.

Na análise das alterações orçamentárias de um Programa, outro aspecto importante a examinar é a sua representatividade no orçamento da política correspondente no âmbito do órgão coordenador do Programa e em relação a outras políticas similares.

Em termos de política de previdência social, dada a dimensão - uma rede de atendimento presencial, composta por 1.587 Agências da Previdência Social (APS) em todo o país, mas de 18,5 mil servidores ativos, 106 mil sistemas informatizados e o pagamento mensal de 39 milhões de benefícios previdenciários e assistenciais-, a representatividade é muito pequena. Além dos benefícios pagos, os Sentenças Judiciais, pagamentos de honorários periciais, serviço de processamento de dados da Previdência Social, despesas administrativas e benefícios obrigatórios e assistência médica de servidores comprometem a maior fatia do orçamento.



Figura 4 – Fluxo do Resultado da Licitação à Convocação do Segurado, Confecção/Montagem e Entrega de Próteses, Órteses e outros Meios de Locomoção



Fonte: Guia e Diretrizes do Serviço de Reabilitação Profissional – Parte II - Maio/2023

O parâmetro mais relevante, entretanto, é o incentivo financeiro de custeio e manutenção dos serviços habilitados como Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, que integra a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – RENASTT e o incentivo financeiro ao custeio de Centros Especializados em Reabilitação – CER e oficinas ortopédicas, que integram a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS, organizada com os componentes da Atenção Primária, da Atenção Especializada Ambulatorial e da Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência, com o objetivo de ofertar ações e serviços de saúde para o cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência.



Os CERESTs³⁴ apoiam todos os serviços do SUS na identificação dos agravos e sintomas relacionados às funções exercidas. São locais especializados na atenção à saúde de trabalhadores urbanos e rurais, de âmbito privado ou público, independentemente da sua forma de inserção no mercado de trabalho, que pode ser formal ou informal. Dentre as diversas funções desempenhadas pelos CERESTs, vale destacar as ações de vigilância em locais de trabalho, através do levantamento de situações de risco/adoecimento no trabalho, bem como o registro de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Em muitos CEREST's também existem equipes multidisciplinares que oferecem serviços médicos e de outras especialidades tais como psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional. Os recursos orçamentários para custeio dos CERESTs são transferidos aos Fundos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal pelo Ministério da Saúde por meio da programação orçamentária 10.302.5018.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade - Plano Orçamentário 0000. A Portaria GM/MS n.º 4.922, de 25 de julho de 2024, majorou os recursos destinados anualmente à Renastt para R\$ 163,9 milhões.

O CER é um serviço de atenção ambulatorial especializada, de abrangência regional e acesso regulado, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de Tecnologia Assistiva. A Oficina Ortopédica, de outro lado, é um serviço que visa promover o acesso às Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção (OPM), organizada em duas modalidades Oficina Ortopédica Fixa e Oficina Ortopédica Itinerante.

A programação orçamentária 10.302.5018.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade - Plano Orçamentário 0000 também financia o custeio dos CERS e Oficinas Ortopédicas. Com o reajuste estabelecido pela Portaria GM/MS nº 1.602, de 18 de outubro de 2023, o limite financeiro anual de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados, Distrito Federal e Municípios é de R\$ 897,2 milhões, sendo R\$ 877,2 milhões para os CERs e R\$ 20,0 milhões para Oficinas Ortopédicas.

A Tabela 18 relaciona a quantidade e o gasto com OPM concedidas no âmbito do SUS entre 2019 e 2024, com dados do SIA/SUS – Tabnet/DataSUS (Saes/MS). Pela dimensão, comparado com os gastos no âmbito do Programa, que somam R\$ 214 milhões, no período de 2014 a 2024, é de se ponderar sobre a possibilidade de integração entre o INSS e o SUS no que se refere ao sistema de concessão de tecnologias assistivas, tendo em vista o risco de duplicidade de fornecimento de OPM, inclusive mencionado em reunião com os gestores, e questões de especialização, notadamente maior no âmbito dos serviços financiados no âmbito do SUS. Ademais, a reabilitação física coordenada com os demais serviços pode resultar em diminuição do tempo de reabilitação e percepção do benefício por incapacidade temporária.

³⁴ Há registros de parcerias entre o INSS e CEREST's , como também o encaminhamento de reabilitandos para atendimento clínico no CEREST. Magalhães, Márcia Coelho. A Reabilitação Profissional Na Previdência Social: Principais Desafios E Barreiras Em Cada Etapa Do Programa. Revista da Escola Nacional da Inspeção do Trabalho (ENIT), Ano 2.

**Tabela 18 – OPM concedidas, 2019 a 2024**

OPM	R\$					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Quantidade	6.334.791	6.726.131	7.662.340	8.074.332	8.092.372	7.849.073
Valor	415.724.063	344.930.066	428.514.009	480.723.930	517.002.943	526.522.042

Fonte: Relatório de Gestão do Ministério da Saúde 2024.

7.5. Considerações Finais

A análise do orçamento e da execução orçamentária e financeira possibilita concluir, em relação ao período em análise, que:

- No período de 2014 a 2024, o Programa de Reabilitação Profissional foi financiado nos Orçamentos da União pelas ações orçamentárias 2585, 2591, 00SJ, 0E81, 0E82, 2593, 2000.
- O valor alocado ao Programa no período, considerando a dotação atual (Lei+ Créditos), totalizou R\$ 596,6 milhões – em valores atualizados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2024. Desse total, R\$ 331,5 (56%) correspondem à ação 2585, R\$ 250,6 milhões (39%) as ações 00SJ, 0E81, 0E82 que financiaram o auxílio-programa de reabilitação profissional, R\$ 30,2 milhões (5%) à ação 2591, que financiou despesas do Programa, juntamente com as ações que custearam o auxílio, em 2020, 2021 e 2022, e as ações 2593 e 2000, com o valor residual de R\$ 6,5 mil. Já o crédito disponível, entre 2014 e 2024, alcançou R\$ 48,3 milhões, ressalvando que a utilização está condicionada a limite de empenho.
- O Índice de Execução Orçamentária (Empenhado / Autorizado) atingiu 100% em dois anos da série histórica e abaixo de 90% em apenas três exercício: 2014 (86%), 2019 (71%) e 2020 (88%). Já o Índice de Execução Financeira (Pago / Empenhado) variou entre 84%, registrado em 2021, e 70% em 2015, caindo nos últimos três anos da série: 2022 (57%); 2023 (44%) e 2024 (45%).
- Índice de representatividade dos empenhos pendentes de pagamento (RAP) em relação aos valores pagos do exercício (Empenhado Pendente de Pagamento/Pago Exercício) superou 100% em 2023, que registrou 128%, e 120% em 2024. Entre 2014 e 2024, foram cancelados R\$ 9,4 milhões de Restos a Pagar.
- O Índice de Alteração Orçamentária (Dotação Atual - Lei + Créditos - do Orçamento Ordinário do Programa/ Dotação Inicial - LOA - do Orçamento Ordinário do Programa) mostra alterações significativas no período considerado, passando de uma redução de 30% entre 2014 e 2017 para um acréscimo de 194% em 2023.



- f. O Índice de Execução Física dos Serviços de Reabilitação Profissional (Meta Realizada/Meta Prevista nas Leis Orçamentárias Anuais e alterações posteriores) foi negativo em todo o período, em proporção superior à redução de dotação, particularmente em 2017.
- g. A Reabilitação Profissional é um serviço integrante do Regime Geral de Previdência Social, que, grosso modo, contempla o fornecimento de tecnologia assistiva e qualificação profissional. Com base nos levantamentos documentais, na análise dos indicadores e informações quantitativas e qualitativas, em geral, de execução orçamentária e financeira, é possível observar que, embora a disponibilidade orçamentária seja central para a oferta dos serviços e material para reabilitação profissional, outras capacidades operacionais têm impactado o atendimento tempestivo dos elegíveis do Programa e a correspondente reinserção no mercado de trabalho de forma satisfatória, afetando a efetividade da execução orçamentária e financeira, entendida, para além do aproveitamento do orçamento autorizado, como o alcance do número previsto de segurados reabilitados com a dotação orçamentária autorizada, apesar da falta de rigor no estabelecimento de metas e na consolidação dos dados do Boletim de Reabilitação Profissional. Com o enquadramento do orçamento destinado ao Programa como despesa obrigatória, o desafio é agilizar as contratações e a prestação dos serviços de reabilitação profissional.
- h. As filas para avaliação socioprofissional, a morosidade nos processos de contratação e aquisição e a dificuldade de agendamento de perícia para entrega de OPM, dentre outros fatores apontados pelo Órgão, podem resultar no prolongamento da permanência do segurado no Programa e do benefício por incapacidade temporária, além do acesso precoce ao benefício por incapacidade permanente, onerando o Orçamento Federal.
- i. O registro de ocorrência de indisponibilidade orçamentária para contratação, concluído o processo licitatório indica a necessidade do aprimoramento do planejamento orçamentário e dos critérios de descentralização orçamentária, considerando que o enquadramento do Orçamento do Programa como despesa obrigatória melhora a previsibilidade orçamentária. Seria recomendável estabelecer uma sistemática, com critérios objetivos relacionados à meta de atendimento da demanda represada por cursos e OPM, além do histórico de execução, para o planejamento orçamentário, assim como para a descentralização de recursos, de forma a atender a programação orçamentária elaborada pelas superintendências e orientar os procedimentos de contratação. Uma estratégia centralizada nacional para ampliar os acordos de cooperação técnica e a previsibilidade dos recursos a serem ofertados pelas parcerias também é importante para o planejamento, dimensionamento e gestão orçamentária.



- j. Considerando ainda a eficiência orçamentária e dos serviços de reabilitação profissional, observa-se, conforme amplamente discutido na literatura, que a integração entre políticas e programas sob a coordenação do INSS pode contribuir para a redução de paralelismos e da duplicação de esforços e recursos públicos — como exemplificado pelo provimento, tanto pelo INSS quanto pelo SUS, de próteses, órteses e outros meios de locomoção. A proteção social aos trabalhadores acometidos por doenças ou acidentes requer atenção intersetorial, a ser assegurada por meio da articulação do serviço de reabilitação profissional no âmbito da política previdenciária com a política de saúde, de educação, de trabalho, de assistência social, dentre outras. Não raro, a despeito dos serviços acessados no âmbito do Programa, a manutenção ou piora das condições clínicas do beneficiário comprometem a conclusão da Reabilitação Profissional, acarretando a continuidade do benefício por incapacidade, sendo que a reabilitação física é de responsabilidade do SUS, impactando também o Orçamento Federal.



8. Insights sobre Eficiência e Economicidade do Gasto

A avaliação da eficiência e economicidade do Programa de Reabilitação Profissional focou-se, no Plano de Trabalho, em questões relacionadas à capacidade institucional de analisar alternativas de economicidade, à avaliação de custos focada na relação produto-insumo e à mitigação de riscos referentes aos custos da política.

Identificamos, nessas questões, que o PRP é uma política executada por apenas uma instituição (INSS), que possui unidades em diferentes municípios, atuando através de suas agências, reunidas em gerências regionais e superintendências, não existindo política semelhante que possa servir de base de comparação. Também pudemos perceber que os custos da política são acompanhados de forma superficial, focada na execução orçamentária, que responde por uma parcela pequena dos custos. Por fim, o próprio INSS avaliou que não possui processo estruturado de gestão de riscos na execução do programa.

Assim sendo, buscamos avaliar a eficiência e economicidade do Programa em três frentes, relacionadas aos temas das questões propostas.

Primeiramente, fazemos uma análise da economicidade focada na redução potencial de despesas previdenciárias decorrente do PRP. Em seguida, analisamos os tempos e quantidade de processos das diferentes tarefas do PRP, com vistas a identificar possíveis melhorias na eficiência. Por fim, avaliamos a relação entre tempo de execução das diferentes tarefas nas gerências regionais, em função do quantitativo de pessoal, buscando possíveis gargalos e possibilidades de melhoria de eficiência.

Nos três casos, a avaliação da eficiência e economicidade do Programa de Reabilitação Profissional se viu prejudicada pelo encaminhamento intempestivo dos dados do Programa, que não possibilitou um aprofundamento da análise dos resultados obtidos frente aos gastos realizados.

8.1. Potencial economia previdenciária com a reabilitação

Destacamos mais uma vez que o custo do Programa é de difícil mensuração, não havendo instrumentos instalados que possibilitem seu acompanhamento: os gastos executados nas ações orçamentárias do PRP representam uma parcela pequena do custo efetivo da política, uma vez que não contemplam os benefícios recebidos ao longo do processo de reabilitação, despesas de pessoal e de infraestrutura, dentre outras.

Tomando por base os valores empenhados a cada ano nas ações orçamentárias do PRP e a quantidade de reabilitados no período de 2016 a 2023, chegamos a um valor médio de R\$ 4.128,29 por beneficiário reabilitado, conforme ilustra a Tabela 19. Aqui, trata-se de uma conta simplificada, que desconsidera fatores importantes, em especial o fato de que a RP tende a se estender para mais de um exercício, como já demonstrado nas seções anteriores, e o fato de que não se consideram beneficiários que passaram pelo PRP conclusivamente, sem conseguir a reabilitação.

Tabela 19 – Valores empenhados por beneficiário reabilitado, 2016 a 2023

Ano	Valores empenhados (R\$)	Reabilitados	Valor (R\$) por beneficiário reabilitado
2016	52.938.596	16.342	3.239,42
2017	53.736.856	17.092	3.143,98
2018	59.793.101	15.586	3.836,33
2019	60.738.167	16.437	3.695,21
2020	11.971.325	6.069	1.972,54
2021	11.660.253	6.067	1.921,91
2022	32.923.982	4.739	6.947,45
2023	80.818.329	5.968	13.541,95
2016 a 2023	364.580.609	88.300	4.128,89

Valores a preços de janeiro/2025

Fonte: elaboração própria com dados de empenho da SOF e de reabilitados do INSS.

O INSS, por sua vez, elaborou estimativa de custos por reabilitado, apresentada na Tabela 20. Tal estimativa “foi elaborada com base nas pontuações atribuídas a cada tarefa dentro do processo de Reabilitação Profissional (RP) pela Portaria PRES/INSS nº 1.286, de 5 de abril de 2021. Cada etapa do processo de reabilitação foi avaliada segundo a sua complexidade e a quantidade de pontos definida, que reflete o tempo e os recursos necessários para sua execução. O valor do ponto, atribuído no contexto do Pagamento Extraordinário por Redução da Fila do Instituto Nacional Do Seguro Social – (PERF-INSS) (Portaria Conjunta MGI/MPS Nº 27, de 20 de julho de 2023)”.

Tabela 20 – Estimativa de custo da RP INSS

Fluxos	Custo (R\$)
1. Segurado reabilitado em capacitação profissional por curso	51.820,88
2. Segurado reabilitado na empresa de vínculo	49.784,25
3. Segurado reabilitado em capacitação profissional por curso + OPM	71.249,21
4. Segurado reabilitado na empresa de vínculo + OPM	70.141,52
Média Simples	60.748,96

Fonte: INSS – valores corrigidos pelo IPCA para preços de jan/2025.

Entretanto, tais custos estimados servem para ilustrar a baixa magnitude dos valores executados nas ações orçamentárias específicas do PRP. Considerando-se os custos



estimados pela metodologia do INSS, a média é quase 15 vezes superior ao valor do empenho por reabilitado indicado na Tabela 19. Ainda assim, há o risco de subdimensionamento, sendo o mais adequado que se estime o custo segundo metodologia do Manual de Informações do Sistema de Custos do Governo Federal (BRASIL, 2025). Para esta avaliação, tal estimativa de custos não foi disponibilizada.

Na PRP, no entanto, para além do custo de reabilitação, há que se ter em conta que a cada beneficiário reabilitado há uma economia em termos de benefícios previdenciários – notadamente, deve ser considerada a possibilidade de que, caso não seja reabilitado, o beneficiário poderá fazer jus ao benefício por incapacidade permanente (aposentadoria por invalidez). Nesse sentido, há também uma economia de recursos decorrente dos resultados do PRP, que configura um benefício adicional do Programa, ultrapassando os ganhos em qualidade de vida e inserção profissional dos reabilitados.

Com base nos dados recebidos, considerando-se 7.579 respondentes da Pesquisa de Fixação para os quais havia informações de data de nascimento, sexo, tipo de benefício recebido e data de conclusão do Programa de Reabilitação Profissional (de um total de 11.031 pesquisas concluídas ou em curso), estimou-se em R\$ 445.934,94 a economia média por reabilitado.

A estimativa considera a situação contrafactual de receberem o benefício de invalidez permanente (comum ou acidentário, consoante tipo de benefício recebido), considerando-se os benefícios médios, em salários-mínimos, da data de conclusão do PRP até a data em que estariam elegíveis à aposentadoria por idade, consoante o sexo (55 anos para mulheres, 60 anos para homens, considerando-se o prazo de aposentadoria para pessoas com deficiência da Lei Complementar nº 142/2013).

Tomando por base o custo médio estimado pelo INSS, de R\$ 60.748,96 por segurado reabilitado, temos ainda uma outra perspectiva do potencial de economia que poderia ser gerada pelo PRP: cada beneficiário reabilitado que, em virtude de sua reabilitação, deixa de receber o benefício de incapacidade permanente gera uma economia suficiente para reabilitar outros 7 beneficiários. Admitindo-se a hipótese de que o mesmo custo se aplica não apenas aos reabilitados, mas a todo o público encaminhado ao Programa, conclui-se que o saldo é positivo para uma taxa de sucesso de aproximadamente 13,6%.

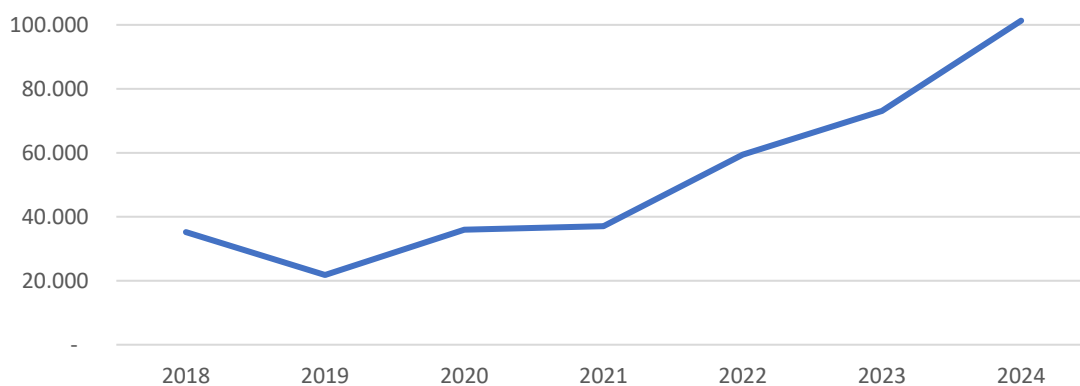
Ainda, segundo a estimativa de economia com cada reabilitado apresentada, a economia gerada pela reabilitação dos 7.579 respondentes da Pesquisa de Fixação ficaria próxima de R\$ 3,4 bilhões. Infelizmente, trata-se apenas de uma estimativa, que não poderia ser extrapolada diretamente para o público geral da RP, uma vez que, em primeiro lugar, parte da premissa de que o segurado que não participa da reabilitação passaria a receber o benefício por incapacidade permanente – o que não é sempre verdade, e em terceiro lugar, por não considerar todos os encaminhamentos e possíveis resultados do Programa.

Entretanto, havendo maior disponibilidade de dados e prazo suficiente, poderia ser feita análise mais aprofundada, com projeções mais acuradas dos valores economizados pelos cofres públicos – inclusive ponderados frente aos custos do Programa.

Como evidenciado na seção “Avaliação de Potencial Laborativo, encaminhamento à reabilitação e casos de sucesso” a falta de informações sobre os resultados de vários encaminhamentos possíveis no sistema, seja logo após a APL ou ao final da reabilitação profissional, dificulta a elaboração dessas projeções. Seria bastante valioso para a qualidade dos dados, e consequente avaliabilidade do Programa, que os sistemas pudessem ser adaptados de forma a trazer informações mais precisas nesses campos.

Outra análise possível das potenciais economias do programa diz respeito à redução da fila de beneficiários que aguardam APL. Inicialmente, destacamos que desde o ano de 2019, quando se atingiu o mínimo da série, a quantidade de beneficiários aguardando em fila para a realização de APL vem crescendo anualmente, e de maneira mais intensa a partir de 2022, o que denota a falta de capacidade de atender a toda a demanda. O Gráfico 20 traz informações do quantitativo de beneficiários aguardando APL ao final de cada ano, entre 2018 e 2024.

Gráfico 20 – Quantitativo de beneficiários aguardando APL ao final do ano, 2018-2024.



Fonte: Elaboração própria com dados do INSS

Além do aumento da quantidade de beneficiários aguardando realização da APL, a incapacidade de atendimento dessa demanda também se evidencia pelo alongamento dos tempos de espera. O Gráfico 21 ilustra essa situação, evidenciando uma estabilidade razoável na quantidade de beneficiários aguardando há mais de 9 meses, salvo picos após 24 e 33 meses.

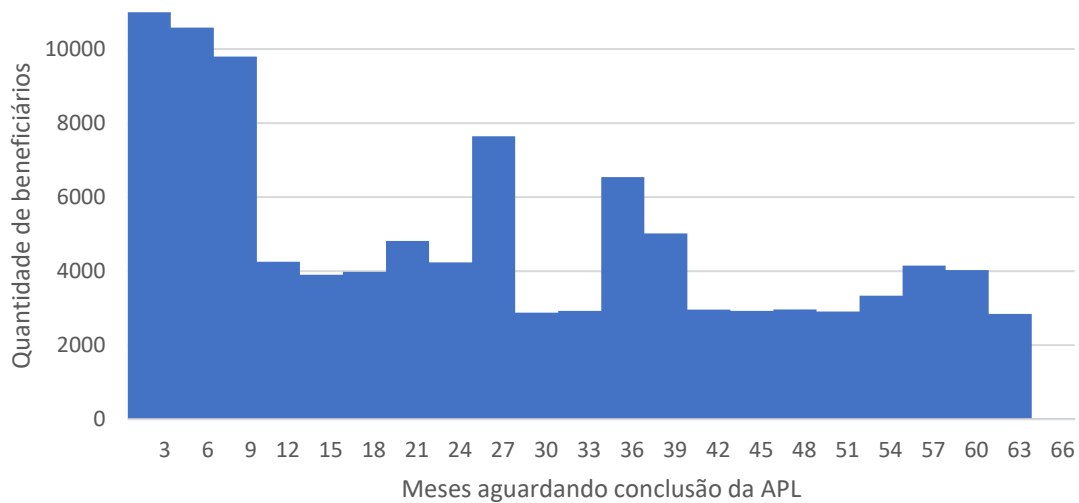
A redução da fila, que pressupõe aumento da capacidade de execução do Programa de Reabilitação Profissional, não só através do aumento do orçamento da ação específica, mas também a partir da alocação de maiores quantitativos de pessoal e do aperfeiçoamento da infraestrutura necessária, tem o potencial de gerar economia aos cofres públicos, ao mesmo tempo em que se atinge os objetivos primários da RP.

Tomemos o quantitativo de pessoas aguardando pela APL em 05 de maio de 2025 (data da extração dos dados), de 103.716. Supondo os mesmos percentuais de encaminhamento ocorridos nas APLs concluídas, conforme relatado na seção de Resultados (Gráfico 10), teríamos então, potencialmente, e sem considerar encaminhamentos inconclusivos (que também podem representar encaminhamento à



RP ou retorno ao mercado de trabalho), 7.404 pessoas retornando ao mercado de trabalho após a APL, e 48.840 pessoas encaminhadas para a reabilitação profissional.

Gráfico 21 – Quantidade de beneficiários aguardando conclusão da APL por tempo de espera, em meses.



Fonte: Elaboração própria com dados do INSS.

Por sua vez, desses 48.840, se tomamos os percentuais de conclusão dos processos de RP (Gráfico 11), e mais uma vez desconsiderando os casos inconclusivos, temos então mais 22.145 beneficiários retornando ao mercado de trabalho (16.275 tendo concluído com sucesso a RP, e 5.870 por outros motivos).

Ao todo, são, sem considerar os casos inconclusivos, 29.549 beneficiários que deixariam de ser potenciais recebedores de benefícios por incapacidade permanente (aposentadorias por invalidez), contra 16.909 potencialmente aposentados – um saldo positivo de 12.639.

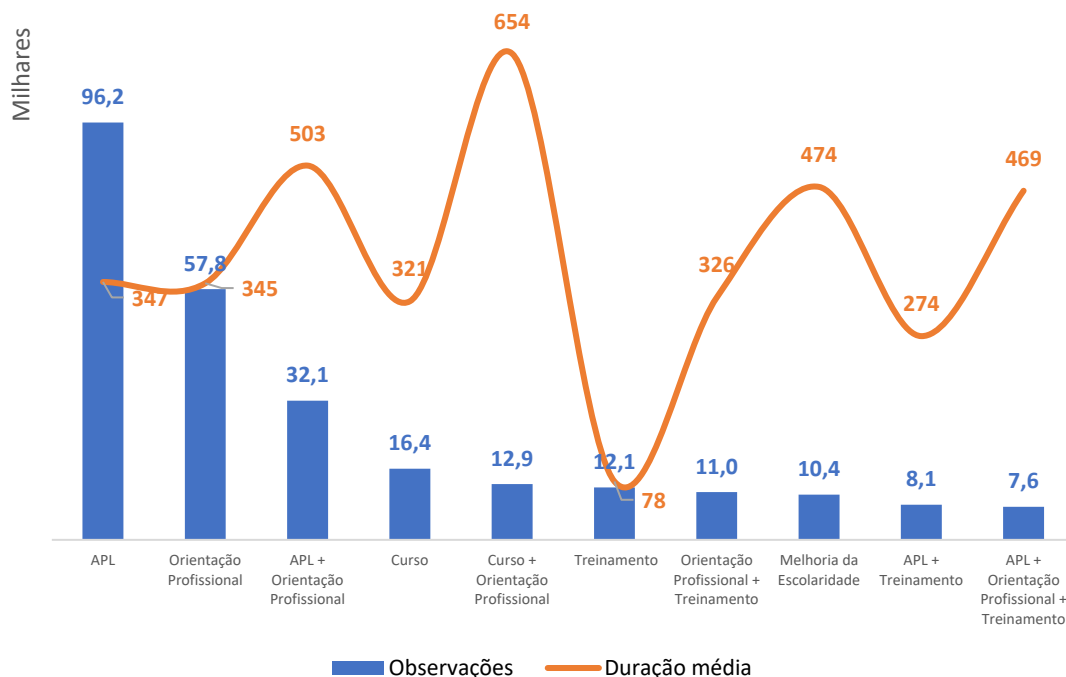
Ainda que com os dados disponíveis não seja possível efetuar cálculos mais precisos, trata-se de um indicativo de que o investimento no Programa de reabilitação Profissional, de forma a reduzir a fila de espera e reabilitar o máximo de beneficiários, possui potencial de, para além de atingir os objetivos primários de reinserção no mundo do trabalho, integração e melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, trazer economia aos cofres públicos, no longo prazo.

8.2. Tempos por tarefa ou combinação de tarefas

Uma análise que pode trazer insights em relação à quantidade de tarefas envolvidas em um processo de reabilitação profissional e sua duração média pode ser realizada considerando um rol de seis tarefas possíveis (APL, Orientação Profissional, Curso, Melhoria de Escolaridade, Treinamento e Aguardando OPM), com o objetivo de identificar possíveis gargalos que possam ser alvos de ajustes com propósito de se obter ganhos de eficiência.

Considerando apenas os protocolos principais que foram concluídos, e com base na análise das dez combinações de tarefas com a maior quantidade de ocorrências no processo de reabilitação profissional, é possível identificar padrões relevantes quanto à frequência e à duração média (em dias) dessas atividades, conforme Gráfico 22 a seguir. As tarefas realizadas isoladamente, como APL (96.168 observações) e Orientação Profissional (57.792 observações), são as mais frequentes, com durações médias semelhantes (347 e 345 dias, respectivamente). Quando combinadas essas duas tarefas, a duração média aumenta significativamente para 503 dias, sugerindo maior complexidade no processo. A combinação Curso + Orientação Profissional, embora menos frequente (12.861 observações), apresenta a maior duração média (654 dias), indicando que essa configuração pode demandar um acompanhamento mais prolongado. Por outro lado, o Treinamento, isoladamente ou em combinação, tende a ter durações mais curtas, como nos casos de Treinamento (78 dias) e APL + Treinamento (274 dias). Esses dados reforçam a importância de considerar tanto a frequência quanto a duração média das combinações de tarefas no planejamento de programas de reabilitação.

Gráfico 22 – Combinações de Tarefas com maiores quantidades de observações



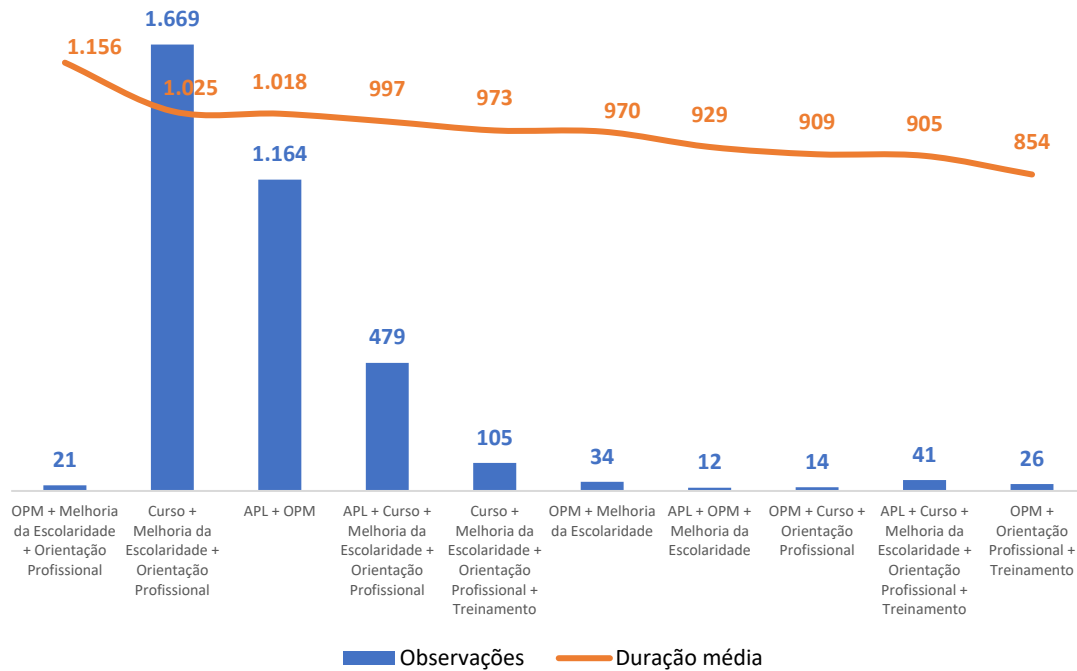
Fonte: Elaboração própria com base nos microdados da PRP.

Ao analisar as dez combinações de tarefas com maior tempo médio de duração no processo de reabilitação profissional — considerando apenas aquelas com pelo menos 10 ocorrências — observa-se uma forte presença das atividades OPM (Órtese, Prótese e Meios Auxiliares), Melhoria da Escolaridade e Orientação Profissional, vide Gráfico 23. Essas três tarefas aparecem com frequência nas combinações mais longas, indicando que sua inclusão tende a estar associada a processos mais complexos e prolongados de reabilitação profissional. A combinação com maior duração média é OPM + Melhoria da Escolaridade + Orientação Profissional, com 1.156 dias, ainda que com apenas 21



ocorrências. Outras combinações relevantes incluem Curso + Melhoria da Escolaridade + Orientação Profissional (1.025 dias, 1.669 ocorrências) e APL + OPM (1.018 dias, 1.164 ocorrências), que também apresentam durações elevadas e número significativo de casos. Esses dados sugerem que intervenções que envolvem suporte educacional e fornecimento de recursos assistivos exigem maior tempo de acompanhamento, reforçando a necessidade de um planejamento individualizado e de longo prazo para esses perfis de reabilitação.

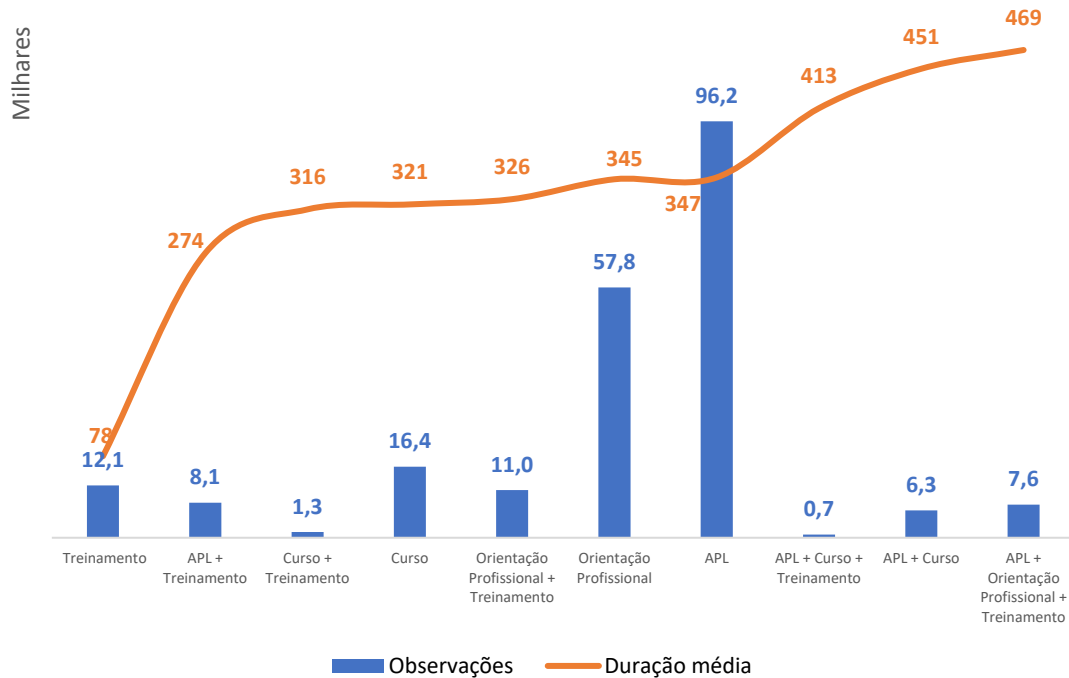
Gráfico 23 – Combinações de Tarefas com maiores durações médias em dias



Fonte: Elaboração própria com base nos microdados da PRP.

Ao analisar as 10 combinações de tarefas com menor tempo médio de duração, excluindo aquelas com menos de 10 ocorrências, observa-se que "Treinamento" isolado apresenta a menor duração média (78 dias), sendo também uma das mais frequentes (12.093 observações), o que indica sua eficiência e ampla aplicação, vide Gráfico 24. Em seguida, aparecem combinações como "APL + Treinamento" (274 dias) e "Curso + Treinamento" (316 dias), que, embora mais longas, ainda mantêm tempos relativamente baixos, sugerindo que a adição de componentes complementares ao treinamento aumenta a duração, mas pode agregar valor formativo. A presença de "Curso" e "Orientação Profissional" isoladamente, com durações médias de 321 e 345 dias, respectivamente, reforça essa tendência. Já a combinação "APL" sozinho, com 96.168 ocorrências e duração média de 347 dias, destaca-se pela alta frequência, indicando ser uma atividade central, embora mais longa. As combinações mais complexas, como "APL + Curso + Treinamento" (413 dias) e "APL + Orientação Profissional + Treinamento" (469 dias), apresentam as maiores durações, o que é esperado devido à sobreposição de atividades. Em resumo, há uma relação clara entre a complexidade da combinação e o tempo médio de duração, sendo que atividades mais simples tendem a ser mais rápidas e amplamente utilizadas.

Gráfico 24 – Combinações de Tarefas com menores durações médias em dias



Fonte: Elaboração própria com base nos microdados da PRP.

A análise do tempo médio em dias de tarefas por unidade federativa do Brasil, vide Tabela 21, revela algumas variações significativas. O tempo médio geral é de **248 dias**. Os estados com os maiores tempos médios são **Paraíba (PB)** com **332 dias**, **Tocantins (TO)** com **321 dias** e **Paraná (PR)** com **317 dias**. Por outro lado, os estados com os menores tempos médios são **Mato Grosso do Sul (MS)** com **130 dias**, **Goiás (GO)** com **164 dias** e **Rondônia (AM)** com **169 dias**. Essas variações sugerem que uma linha de pesquisa aprofundada futuramente seria recomendável, dado que elas podem ser atribuídas a diferentes fatores regionais e operacionais que influenciam a eficiência na execução das tarefas, como infraestrutura, gestão local, volume de demandas e recursos disponíveis.

Analisando as colunas de cada tarefa, observamos as seguintes estatísticas descritivas:

- **APL:** apresenta um tempo médio de **301 dias**, com desvio padrão de **79 dias**, variando entre **174 dias** em **Roraima (RR)** e **494 dias** em **Mato Grosso (MT)**
- **Orientação Profissional:** possui média de 363 dias
- **Aguarda OPM:** tem média de **449 dias**, com alto desvio padrão (**168 dias**), indo de **87 dias** no **Piauí (PI)** a **736 dias** no **Espírito Santo (ES)**, sugerindo grande variação entre os estados

- **Curso:** apresenta média de **313 dias** e desvio padrão de **120 dias**, com valores entre **133 dias** no **Amazonas (AM)** e **534 dias** em **Tocantins (TO)**
- **Melhoria da Escolaridade:** é uma das tarefas com maior tempo médio (**495 dias**) e alto desvio padrão (**128 dias**), com valores entre **181 dias** no **Amazonas (AM)** e **823 dias** em **Alagoas (AL)**
- **Treinamento:** tem média de 101 dias, com menor desvio padrão (51 dias), variando de 39 dias em Mato Grosso do Sul (MS) a 304 dias em Roraima (RR).

Essas análises mostram que tarefas como **Melhoria da Escolaridade** e **Aguarda OPM** tendem a demandar mais tempo, enquanto **Treinamento** e **Desligamento** são mais ágeis, embora com variações relevantes entre as unidades federativas.

Tabela 21 – Tempo médio das tarefas (em dias) por UF

UF	F1 - APL	F2 - Orientação Profissional	F2 - Aguarda OPM	F2 - Curso	F2 - Melhoria da Escolaridade	F2 - Treinamento	F3 - Desligamento	Total Geral
AC	234			249	516	157	12	218
AL	312		203	498	823	82	4	285
AM	291		703	133	181	74	8	181
AP	335		474	232	545	54	14	283
BA	193		333	279	538	103	21	180
CE	249		457	299	454	134	12	240
DF	257		266	307	669	92	35	266
ES	365		736	289	449	103	8	306
GO	189		440	162	327	71	3	164
MA	278		267	183	417	72	2	183
MG	275		612	345	514	93	11	265
MS	214		497	138	447	39	4	130
MT	494		680	263	467	58	11	306
PA	296		567	200	529	143	7	259
PB	447		563	366	591	66	5	332
PE	334		309	342	541	97	18	263
PI	255		87	238	245	99	11	158
PR	400		475	417	539	85	19	317
RJ	326		426	393	583	102	16	272
RN	280		512	357	453	86	16	206
RO	254		267	173	548	85	3	169
RR	174			494		304	0	221
RS	364		395	528	535	80	15	303
SC	405		476	458	596	103	13	311
SE	247		473	219	354	73	7	250
SP	371		706	357	444	86	8	307
TO	297		295	534	575	180	25	321
Total Geral	301		449	313	495	101	11	248

Fonte: Elaboração própria com base nos microdados da PRP.

A análise da quantidade de tarefas por 100.000 habitantes por unidade federativa do Brasil, vide Tabela 22, revela variações expressivas na distribuição das ações. O total geral médio de tarefas é de **161,8** por 100 mil habitantes, com um desvio padrão de **78,5**. Os estados com os maiores totais são o **Rio Grande do Sul (RS)** com **316,5** tarefas, seguido por **Espírito Santo (ES)** com **304,1** tarefas e **Minas Gerais (MG)** com **270,3** tarefas. Em contraste, os menores totais foram observados em **Roraima (RR)** com apenas **7,9** tarefas, seguido por **Maranhão (MA)** com **61,4** tarefas e **Amazonas (AM)** com **75,0** tarefas.

Analisando cada categoria de tarefa:

- **APL:** média de **88** tarefas, desvio padrão de **40**, variando entre **5** tarefas em **RR** e **150** tarefas em **RS**.



- **Aguarda OPM:** média de **2,2 tarefas**, desvio padrão de **2,9**, com valores entre **0,0** em RR e **12,5** em RS.
- **Curso:** média de **20,3 tarefas**, desvio padrão de **17,6**, indo de **0,5** em RR a **63,5** em ES.
- **Melhoria da Escolaridade:** média de **14,40 tarefas**, desvio padrão de **11,46**, variando entre **0,0** em RR e **39,3** em ES.
- **Treinamento:** média de **7,7 tarefas**, desvio padrão de **4,8**, com **0,3** em RR e **20,4** em SC.

Esses dados evidenciam que estados mais estruturados e com maior capacidade institucional, como Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Minas Gerais, concentram significativamente mais ações por habitante, o que pode refletir desigualdades no acesso e execução das políticas públicas entre as regiões.

Tabela 22 – Quantidade média de tarefas por 100.000 habitantes por UF

UF	F1 - APL	F2 - Orientação Profissional	F2 - Aguarda OPM	F2 - Curso	F2 - Melhoria da Escolaridade	F2 - Treinamento	F3 - Desligamento	Total Geral
AC	123,0		0,0	10,1	22,4	2,4	23,5	181,5
AL	94,6		0,2	11,7	16,5	3,5	20,5	147,0
AM	36,0		0,5	12,0	0,4	8,8	17,5	75,0
AP	32,5		1,9	1,7	22,0	3,0	21,6	82,7
BA	50,6		0,5	6,2	3,8	7,9	22,5	91,5
CE	74,2		2,3	9,3	11,6	7,6	25,7	130,6
DF	68,2		0,2	7,8	4,0	2,3	16,0	98,6
ES	135,2		2,4	63,5	39,3	7,6	56,1	304,1
GO	109,5		2,0	18,0	10,1	4,6	34,4	178,7
MA	36,5		2,7	5,5	3,6	3,2	9,9	61,4
MG	118,6		5,3	48,7	30,9	15,5	51,3	270,3
MS	129,8		2,2	11,1	4,3	9,0	28,2	184,7
MT	71,3		2,9	3,3	6,5	6,4	25,4	115,7
PA	45,9		2,1	6,3	5,5	6,3	25,3	91,5
PB	136,7		0,6	10,8	13,9	6,8	27,4	196,2
PE	86,0		0,1	12,6	22,1	10,2	33,9	164,9
PI	135,6		0,1	25,2	7,7	15,7	46,6	231,0
PR	137,5		6,6	47,9	34,4	6,4	32,4	265,3
RJ	68,4		0,2	23,3	7,2	4,2	31,1	134,4
RN	83,9		0,3	22,7	3,8	14,3	33,7	158,8
RO	54,8		0,1	8,6	0,4	4,7	13,0	81,5
RR	5,0		0,0	0,5	0,0	0,3	2,0	7,9
RS	149,6		12,5	59,6	33,2	14,4	47,2	316,5
SC	142,1		1,8	27,4	27,4	20,4	50,4	269,5
SE	64,6		1,6	17,2	13,9	4,8	35,7	137,8
SP	80,7		8,6	44,1	19,1	11,8	32,2	196,6
TO	109,8		1,1	32,2	24,7	3,8	22,2	193,8
Total Geral	88		2,2	20,3	14,4	7,6	29,1	161,8

Fonte: Elaboração própria com base nos microdados da PRP.

A análise exploratória das combinações de tarefas e respectivos tempos de duração levanta questões adicionais que poderiam ser estudadas com maior profundidade futuramente. Poderia ser objeto de análise mais detalhada, por exemplo, se as combinações com maiores tempos médios de duração representam gargalos que podem sofrer intervenções de melhoria para uma execução mais eficiente da política pública em comento, ou se as combinações com menores tempos médios de duração poderiam ser aplicadas com maior frequência para tornar a reabilitação profissional mais efetiva.

8.3. Tempos por agência ou gerência executiva e disponibilidade de pessoal



O Programa de Reabilitação Profissional é executado nas Agências de Previdência Social do INSS, que estão organizadas em 97 Gerências Executivas. A avaliação de eventuais gargalos no atendimento, para além do tipo de tarefa, pode considerar também as unidades em que são executadas. Em princípio, pode-se estudar tempos médios das tarefas por cada agência ou por gerência, considerando-se ou não os tipos de tarefa. A análise por agência tem a vantagem de trabalhar com a menor unidade na estrutura organizacional, mas por outro lado leva a menores números de observações em cada conjunto. Por sua vez, a análise por gerência apresenta a vantagem de permitir avaliar os resultados em comparação com a quantidade de servidores atuando na RP, uma vez que esse dado só foi disponibilizado com esse nível de desagregação.

Em nível de gerência executiva, buscaram-se indícios da relação entre a duração média (em dias) do processo total e suas subtarefas e a quantidade média de indivíduos atendida por profissional da RP disponível na gerência (uma medida de carga de trabalho). O objetivo é buscar indícios para entender como a carga de atendimentos por profissional influencia o tempo médio de execução de cada subtarefa. O Gráfico 25 mostra, em cada subgráfico, a relação entre a carga de trabalho (eixo X) e a duração das subtarefas (eixo Y), incluindo uma linha de tendência (em azul) e seu respectivo intervalo de confiança (área sombreada em cinza).

Ressaltam-se as grandes limitações das sugestões e indicações do exercício, uma vez que a intempestividade e incompletude de dados não permitiu análises com maior rigor estatístico. Por exemplo, para a análise por unidade de atendimento, a primeira etapa seria a de verificar se há diferenças estatisticamente significantes na duração média tanto do processo de reabilitação como um todo quanto das subtarefas nas quais é dividido o processo, em ambos os níveis, utilizando-se o teste de soma de rank de Kruskal-Wallis. Com a possibilidade de aprofundamento das questões levantadas, essas análises poderiam subsidiar a gestão no planejamento de recursos, organização dos processos e melhoria dos fluxos de trabalho.

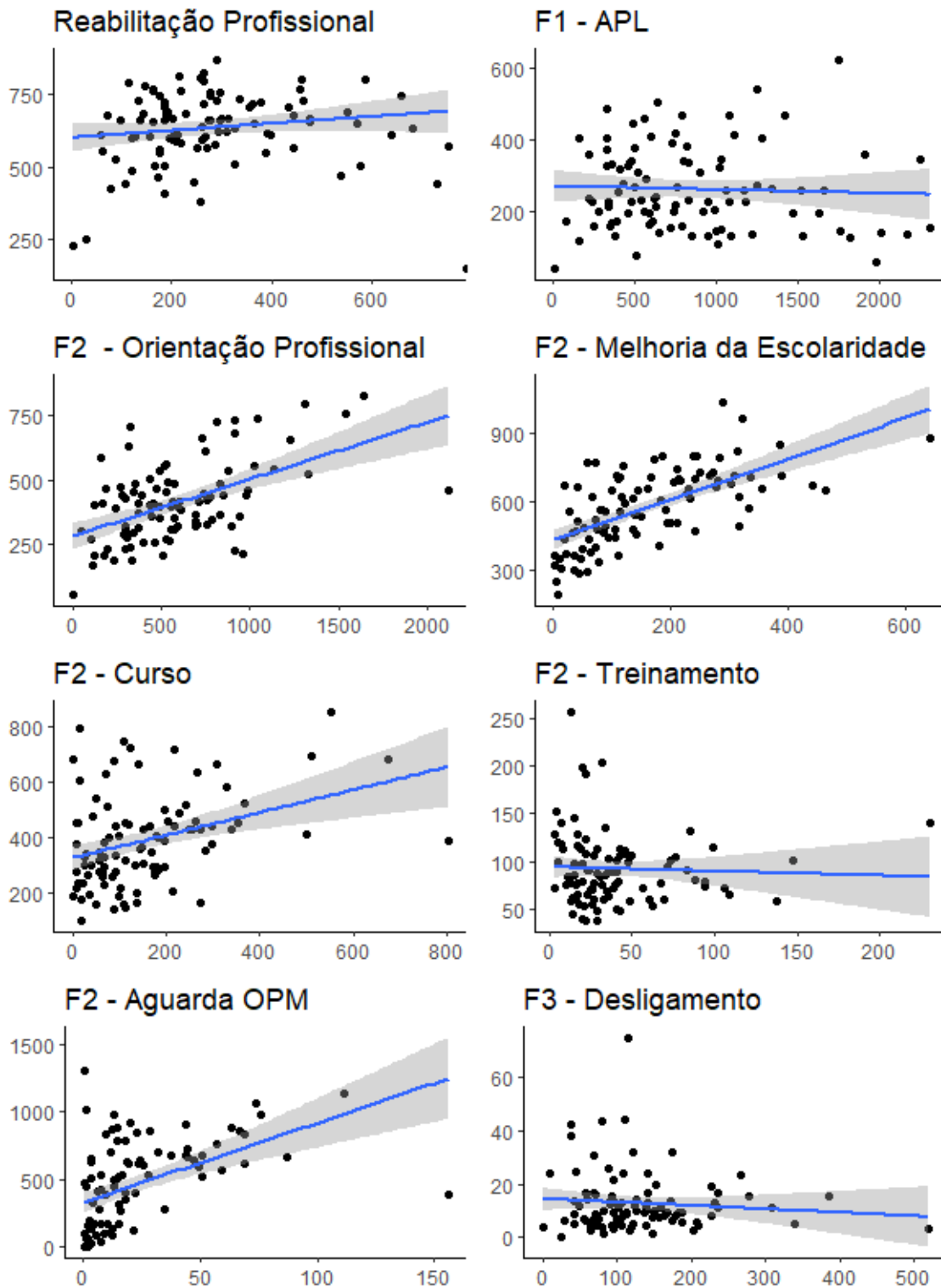
Dando sinais de serem mais sensíveis à carga de trabalho, as seguintes subtarefas apresentaram uma relação positiva clara entre aumento no número médio de indivíduos atendidos por profissional e aumento da duração média:

- F2 - Orientação Profissional
- F2 – Curso
- F2 - Melhoria da Escolaridade
- F2 - Aguarda OPM

Assim, para essas subtarefas, há indícios de que o aumento da carga de trabalho tende a impactar negativamente na agilidade desses processos, ampliando os prazos médios de execução. Estas subtarefas são mais demandantes dos profissionais envolvidos com a reabilitação profissional, e as primeiras estão diretamente associadas às atividades de desenvolvimento, capacitação e preparação dos indivíduos. Embora a subtarefa *F2 – Treinamento* também seja uma ação formativa e de desenvolvimento, trata-se de uma tarefa que normalmente é executada dentro da empresa.



Gráfico 25 – Tempo médio da reabilitação profissional e de suas diferentes tarefas, em dias (eixo y), por Gerência Executiva do INSS, em função da média de processos de reabilitação ou de tarefas por profissional atuando na PRP em cada gerência (eixo x)



Fonte: Elaboração própria com base nos microdados da PRP.



Indicando ser subtarefas menos sensíveis ao número médio de indivíduos atendidos por profissional, as seguintes subtarefas apresentam uma relação praticamente nula entre carga de trabalho e duração:

- F1 - APL (Análise de Potencial Laboral)
- F2 – Treinamento
- F3 - Desligamento

Além disso, possuem grande dispersão as subtarefas *F1 - APL (Análise de Potencial Laboral)*, *F2 – Treinamento*, sugerindo que outros fatores, além da carga de trabalho, exercem maior influência sobre o tempo de execução destas etapas.

Com menos dispersão, observa-se até uma ligeira inclinação negativa na subtarefa *F3 – Desligamento*. De qualquer forma, o fenômeno parece localizado, dado que a maioria dos pontos indicam uma subtarefa de baixa duração média. A inclinação ligeiramente negativa talvez reflita uma subtarefa mais padronizada, permitindo uma estratégia de priorização do encerramento dos processos em contextos de alta demanda.

Como sugestão de aprofundamento da questão, seria possível construir e acompanhar o indicador do número de processos aguardando início, antecipando formação de gargalos e filas ocultas.

Quanto à metodologia, seria interessante calcular o coeficiente de correlação (Pearson ou Spearman) entre carga de trabalho e duração para cada subtarefa, avaliando se essas correlações são estatisticamente significativas (p-valor), ou aplicar modelos de regressão linear para entender o impacto quantitativo da carga de trabalho na duração de cada subtarefa, avaliando a inclinação da reta e a qualidade do ajuste (R^2), ou verificando possíveis relações não-lineares.

Com análises mais robustas, seria possível, por exemplo: realocar atendimentos, ainda que de forma virtual, entre unidades para reduzir sobrecarga em locais críticos; alterar proporção do quadro profissional entre as gerências, principalmente onde há maior impacto da duração média das subtarefas; investir na formalização e padronização de subtarefas com maior variação na duração média; digitalização ou automação de partes dos processos administrativos para reduzir carga indireta.



REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, B. B. et al. Retorno ao trabalho após reabilitação profissional: desafios e perspectivas. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 11, p. e182111133203–e182111133203, 2022.

ARAÚJO, Késia Miriam Santos de. A experiência de avaliação do Serviço de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 4.; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 11., 2016, Vitória. Anais. Vitória: [s.n.], 2016. Eixo: Análise, Avaliação e Financiamento das Políticas Públicas. Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações: desafios à Política Social.

BARROS, E. B. Reabilitação profissional: investigando a resiliência em trabalhadores acidentados. 2015. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Amazonas – Faculdade de Psicologia.

BARTILOTTI, C. B. et al. Programa de Reabilitação Ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*, v. 16, n. 2, p. 66–75, 2009.

BERNARDO, L. D. Resumo de dissertação: os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 18, n. 1, 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1999a.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1999b.

BRASIL. Decreto nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986. Dispõe sobre a unificação dos recursos de caixa do Tesouro Nacional, atualiza e consolida a legislação pertinente e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1991.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria de natureza operacional na concessão e manutenção dos benefícios de auxílio-doença. Brasília (DF), 2008. Disponível em: <<https://peritomed.files.wordpress.com/2010/09/relatorio-tcu.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2025.

CABRAL, L. H. A. Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem quali-quantitativa. 2007.



CARNEIRO, E. Reabilitação profissional e saúde do (a) trabalhador (a): as contradições da previdência social diante da incapacidade para o trabalho. 2022. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CARVALHO, F. X. DE. As alterações no Programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS): garantia ou supressão de direitos. 2018. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Ponta Grossa.

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

CHERES, J. E. C. et al. Reabilitação profissional na agência da previdência social do município de Timóteo: uma prática possível? *Revista Eletrônica Ciências Jurídicas*, v. 1, n. 4, p. 1-12, 2014.

COSTA, C. R. Reabilitação profissional: um processo integrador e reintegrador do trabalhador nas organizações. 2017. Monografia. Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

FARIAS, S. H.; LUCCA, S. R. Perfil dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho grave usuários de prótese do programa de readaptação profissional. *Revista baiana de saúde pública*, v. 37, n. 3, p. 725-738, 2013.

FERREIRA, V. R.; COSTA, F. S. J. A reabilitação profissional e sua efetividade no ordenamento jurídico brasileiro. *Revista de Estudos Jurídicos UNESP*, v. 21, n. 33, 2020.

FIGUEIREDO, M. DE O. et al. Trabalhadores em processo de reabilitação profissional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 29, n. 1, p. 56–62, 2018.

FREITAS, L. L. D. O Programa de Reabilitação Profissional do INSS: Percepção dos beneficiários acerca da inclusão no mercado de trabalho. 2024. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Rio de Janeiro.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Portaria DIRBEN/INSS nº 999, de 28 de março de 2022. Brasília, 2022.

KULAITIS, Fernanda; CLEMENTE SILVA, Kelen. As transformações recentes no programa de reabilitação profissional do INSS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 12, 2022. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00335. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/188>. Acesso em: 14 maio. 2025.

LIMA, T. R. A. Processo de reabilitação profissional, sob a perspectiva do segurado da previdência social. *Revista Educação, Psicologia e Interfaces*, v. 1, n. 2, p. 78–92, 2017.

MARANHÃO, N.;



MARSANGO, D. J. O processo de requalificação profissional do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)—Agência De Francisco Beltrão/PR no período de 2015 a 2018. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

MATA, R. R. Reabilitação profissional: retorno ao mercado de trabalho e conclusão do programa. 2016. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Goiás.

MAYWALD, C. G.; RODRIGUES, L. As perspectivas dos segurados atendidos pelo Programa de Reabilitação Profissional quanto à reinserção ao mercado de trabalho. Proceedings of the 1st Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca, 2010.

MEDEIROS, A. C. P. O Programa de Reabilitação Profissional e a reinserção no mundo do trabalho: a visão do reabilitado. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo.

MIRANDA, C. B. Aspects of the current workers' rehabilitation scenario in Brazil: strides and setbacks. Cadernos de saúde pública, v. 34, n. 8, p. e00218717, 2018.

MIRANDA, C. B. Reabilitação profissional e retorno ao trabalho no Brasil: avanços, retrocessos e aspectos epidemiológicos. 2022. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública.

MOURA, C. M. M. DE. Capacidades estatais do programa de reabilitação profissional do INSS no Tocantins: limites e potencialidades. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Tocantins.

OCDE. Sickness, disability and work: breaking the barriers – a synthesis of findings across OECD countries. Paris: OECD Publishing, 2010. Disponível em: <https://www.oecd.org/publications/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers-9789264088856-en.htm>. Acesso em: 14 de maio de 2025.

OUZZANI, M. et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Systematic reviews, v. 5, p. 1-10, 2016.

PALAVEZZINI, E. I. A capacitação profissional dos reabilitados do INSS e a reinserção ao trabalho: uma análise a partir dos cursos ofertados pelo SENAC e SENAI de Pato Branco - PR. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

PAULA, R. S. O elo (des)construído: trajetórias de jovens trabalhadores acidentados no contexto do mundo do trabalho e da Reabilitação Profissional do INSS. 2019. Dissertação de Mestrado. PUC-SP. Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social.

PINHEIRO, D. M.; MOTA, S. E. C.; GUBERT, V. T. Serviço de reabilitação profissional/INSS para a (re)inserção de pessoas com deficiência e com incapacidade no trabalho: revisão rápida de resultados e impactos. In: ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.

POERSCH, A. L. Das (im)possibilidades no retorno às atividades: trabalho, subjetividade e reabilitação profissional. 2015. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



Relatório de pesquisa, Evidência Express. Brasília: Enap, 2025. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/6939>.

SÁ, P. C. N. DE. Entre trabalho, processo saúde-doença e reabilitação profissional:(im) possibilidades de reinserção no mercado formal de trabalho. 2022. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Faculdade de Serviço Social.

SANTOS, A. M. B. P. Reabilitação profissional oferecida pelo INSS em Uberlândia em 2017: causas, processos e consequências. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Uberlândia.

SANTOS, G.; LOPES, R. The INSS professional rehabilitation program and the reinsertion of workers into the job market. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional – Brazilian Journal of Occupational Therapy*, v. 29, 2021.

SANTOS, R. C. J.; SANTOS, M. B. Reabilitação física e reabilitação profissional: uma reflexão sobre a interface clínica e intersetorial no tratamento terapêutico ocupacional de uma trabalhadora. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 25, n. 4, p. 817–824, 2017.

SCHVEITZER, F. C. Trabalhadores com restrições laborais: comitê de acompanhamento em empresa pública. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 12, n. 1, p. 43-49, 2014.

SILVA, E. O impacto do processo de reabilitação profissional na vida dos trabalhadores do setor elétrico de Florianópolis e a ação do serviço social. 2008. Monografia. Universidade Federal de Santa Catarina.

SILVA, E. C. Contradições e conflitos na atuação de empresas e do INSS no processo de retorno ao trabalho de trabalhadores afastados por LER/DORT. 2016. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos.

SILVA, J.; OLIVEIRA, F.; MODENA, C. M. Repensar a reabilitação profissional: uma revisão de literatura. Em: *Anais VIII Simpósio Internacional Trabalho, Relações de Trabalho, Educação e Identidade*. 2020.

SILVA, M. DE J. DE S. F. Reabilitação profissional e práticas intersetoriais. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública.

SILVA, M. T. M. S. O programa de reabilitação profissional da Previdência Social e seus limites. 2013. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

SOARES, L. V.; WAGNER, L. C. Reabilitação profissional: vivências de funcionários com limitações físicas e psicossociais em um hospital universitário. *Rev Bras Med Trab*, v. 10, n. 2, p. 49-55, 2012.

SOUSA, V. M. DA S. Reabilitação profissional e saúde mental: o caminho de volta do trabalhador reabilitado. 114f. Mestrado em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2017.



SOUZA, B. F. E. DE. Reabilitação profissional e reinserção ao trabalho: um estudo sobre o programa de reabilitação profissional da previdência social na região metropolitana de Belém (RMB) - Pará. 2016a. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará.

SOUZA, R. P. DE. Reabilitação profissional no contexto de precarização do mundo do trabalho: Um estudo de caso da formação profissional no Programa Reabilita do INSS. 2016b. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Ceará – Faculdade de Educação.

SPIELMANN, C. K.; BOVO, M. C. Desafios da reabilitação profissional: o que pensam os trabalhadores egressos?. PEGADA-A Revista da Geografia do Trabalho, v. 25, n. 1, p. 380-407, 2024.

TAKAHASHI, M. A. B. C. Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990. 2006. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas.

TAKASU, C. M. Reabilitação profissional em trabalhadores de um complexo hospitalar terciário. 2018. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

TEIXEIRA, H. R. Reinserção produtiva na sociedade de pacientes que sofreram uma amputação física. 2011. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM. 2011.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Annals of Internal Medicine, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

VACARO, J. E.; PEDROSO, F. S. Performance of insured workers in the rehabilitation service at the National Institute for Social Security. Acta Fisiátrica, v. 18, n. 4, p. 200–205, 2011.

VARANDAS, L. F. DA C. L. Facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho dos segurados reabilitados pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS. 2013. 167 f. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília.

VARGAS, A. C. et al. Percepção dos usuários a respeito de um serviço de reabilitação profissional. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 42, p. 1–10, 2017.



Apêndice A

Indicadores – Avaliação Orçamentária e Financeira			
Programa de Reabilitação Profissional			
Dimensão	Indicador	Fórmula	Detalhamento
Financiamento	Índice de Alteração Orçamentária	$\frac{\text{Dotação Atual do Orçamento Ordinário do Programa}}{\text{Dotação Inicial do Orçamento Ordinário do Programa}}$	Varição entre dotação atual das programações ordinárias do Programa e dotação inicial das programações ordinárias do Programa
Execução	Índice de Execução Orçamentária	$\frac{\text{Valor Empenhado}}{\text{Dotação Atual}}$	Relação entre valor empenhado e valor total referente às dotações destinadas ao Programa (dotação Atual). Considera-se como dotação atual Lei + Créditos, além das dotações consignadas nas programações ordinárias (específicas) do Programa – ações 2585 e 2591, PO 0004, os valores empenhados relativos a despesas que não estavam associadas aos Planos Orçamentários específicos de reabilitação profissional (2595, 2591, PO 0004), mas foram identificados por meio de naturezas da despesa associadas ao Programa e confirmadas por meio de Planos Internos, também relativos ao Programa (2591, PO 0000; 00SJ; 0E81; 0E82; 2000; e 2593).
Execução	Índice de Execução Financeira	$\frac{\text{Valor Pago}}{\text{Valor Empenhado}}$	Relação entre o valor pago e valor empenhado. Considera as dotações referentes às programações ordinárias e de outras programações que tiveram recursos destinados ao Programa (2585; 2591, PO 0004; 2591, PO 0000; 00SJ; 0E81; 0E82; 2000; e 2593).
Execução	Índice de representatividade dos empenhos pendentes de pagamento em relação aos valores pagos do exercício	$\frac{\text{Empenhos liquidados por inscrição em restos a pagar não processado}}{\text{Valor Pago Exercício}}$	Relação entre valor empenhado pendente de pagamento e valor pago exercício
Execução	Índice de Execução Física do Serviço de Reabilitação Profissional	$\frac{\text{Meta Realizada}}{\text{Meta Prevista}}$	Relação entre a quantidade de segurado reabilitado e a quantidade prevista



Apêndice B

Exercício da Captação	Relatos do Acompanhamento Físico
2014	<p>Na LOA de 2014 a meta orçamentária era de R\$ 40.000.000,00 e meta física de 25.340. Com base na previsão orçamentária para Ação 2585 para o ano de 2014 de R\$ 40.000.000,00, fizemos o cálculo do gasto estimado por segurado que é de R\$ 1.578,53 (R\$40.000.000,00 /25.340). A previsão orçamentária da Ação 2585 foi recalculada por meio de Proposta de Ajuste de Limite realizada pela CGOFC que fixou em R\$ 28.000.000,00, porém os cálculos aqui realizados utilizaram a LOA de 2014. Informamos que para o montante de R\$ 28.000.000,00 de meta orçamentária, têm-se uma meta física recalculada de 17.738 segurados reabilitados. Ressalte-se que o Serviço de Reabilitação Profissional não é informatizado e os dados aqui apresentados são calculados com base no Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional - BERP, que é consolidado por meio de planilhas em excel ou similares.</p> <p>Apesar das constantes solicitações dessa Divisão de Gerenciamento de Atividades de Reabilitação Profissional, não foram enviados 53 Boletins de 29 Gerências Executivas do ano de 2014, fato que compromete o alcance das metas estabelecidas</p>
2015	<p>No ano de 2015 foram reabilitados 12.550 segurados, conforme dados do Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional atualizados em 29/12/2015.</p> <p>Ressaltamos que o quantitativo insuficiente de servidores nas equipes de reabilitação profissional, aliado a um grande volume de atendimentos técnicos da área e inúmeras tarefas inerentes à execução desse serviço previdenciário prejudica o alcance das metas estabelecidas. Outro aspecto dificultador é o fato do INSS não contar com equipes de reabilitação profissional na maioria de suas agências, reduzindo a abrangência da disponibilização do serviço na rede de atendimento. Nas agências em que a reabilitação profissional está presente, o quadro de servidores nesses serviços ainda é reduzido frente ao volume das demandas existentes. Em sua maioria, as equipes estão sobrecarregadas e se dividem para atender as atividades de outras áreas técnicas do INSS, igualmente importantes.</p> <p>Além disso, este serviço não é realizado de maneira autônoma pelo INSS, mas um processo que requer tempo e, na maioria das vezes, exige articulação com outros setores e instituições que possam viabilizar as ações necessárias e complementares ao desenvolvimento do programa. Destacamos ainda, os obstáculos para a utilização do orçamento da área, tanto para aquisição dos recursos materiais necessários ao Programa de Reabilitação Profissional do segurado, quanto das necessidades do servidor que realiza o atendimento.</p> <p>Cumpramos salientar ainda que as greves dos servidores da carreira do Seguro Social e da carreira de perito médico previdenciário também impactaram negativamente no alcance da meta estabelecida para 2015, visto que comprometeu o atendimento dos segurados e a conclusão do programa de reabilitação profissional, bem como afetou também o registro adequado das atividades da área.</p>
2016	<p>O quantitativo insuficiente de servidores e a inexistência de equipes de reabilitação profissional na maioria das Agências da Previdência Social reduzem a disponibilização do serviço na rede de atendimento, prejudicando o alcance das metas estabelecidas. Os resultados do primeiro semestre de 2016 foram impactados negativamente pelo movimento de paralisação dos servidores iniciado em 2015 e por restrições orçamentárias no período.</p>
2017	<p>Em resposta ao questionamento, informamos que o número de reabilitados a nível de Brasil em 2017 foi de 17.092 segurados. Devido à restrições orçamentárias que ocorrerem no ano de 2017, não foi possível a concretização de todos os contratos de compra de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e acessórios solicitados pelas equipes de reabilitação a nível nacional, portanto ficando prejudicado o alcance da meta orçamentária, que na LOA a meta física era de 37.335 segurados reabilitados da Ação 2585. Porém cabe ressaltar que o número de segurados reabilitados aumentou em 2017 em relação à 2016, mesmo com tais restrições.</p>
2018	<p>Em 2018 a quantidade de segurados reabilitados foi 16.586 (dezesseis mil, quinhentos e oitenta e seis), enquanto a meta física estimada era de 17.000(dezessete mil) segurados, ou seja, obteve-se um resultado 2,43 % inferior ao inicialmente previsto. Os principais entraves observados foram a limitação de pessoal, dificuldades logísticas, principalmente para a contratação de cursos de capacitação</p>



Exercício da Captação	Relatos do Acompanhamento Físico
	profissional e a aquisição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção para os reabilitandos, bem como a carência de sistemas informatizados para o serviço de RP.
2019	Meta física realizada JAN a DEZ: 16.254 segurados foram desligados na condição de Reabilitados Profissionalmente. Número que pode ser maior, porque apenas 70% das Gerências Executivas encaminharam os Boletins Estatísticos.
2020	Poucos segurados foram reabilitados por conta do pouco crédito orçamentário e da própria Pandemia que dificultou inclusive a participação em cursos de reabilitação pelos segurados.
2021	Formalização de processos de aquisição de órteses e próteses não foram concluídas e portanto deixaram de ser adquiridos em 2021.
2022	Sem registro. (o Programa foi financiado por plano orçamentário da ação 2591 que não identifica os gastos com reabilitação).
2023	Atualmente, o serviço de reabilitação profissional conta com 636 servidores e enfrenta o desafio de gerenciar mais de 160 mil tarefas no Sistema de Gerenciamento de Tarefas - GET. Em 2023, as Equipes de Reabilitação Profissional se empenharam em realizar 38.361 avaliações socioprofissionais, atingindo 82% da meta (31.630 avaliações) estabelecida no Plano de Ação. Através de mutirões, a área reabilitou 5.968 segurados, alcançando 85,26% da meta e registrando um aumento de 25,9% em comparação a 2022, quando 4.739 segurados foram reabilitados. Além disso, as equipes de OFC, Logística e RP trabalharam em conjunto para cumprir a meta de contratação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção em 17 processos.
2024	Foram liquidados R\$ 5,3 milhões em detrimento ao volume empenhado na ação (R\$ 39,7 milhões). Isso se consolida pela natureza da despesa presente da ação de reabilitação - aquisição de órteses e próteses, que só se efetua a liquidação do pagamento, mediante a entrega definitiva do recurso ao segurado. Mesmo assim, outras atividades da reabilitação profissional (oferta de cursos profissionalizantes, dentre outras) foram executadas, permitindo o resultado de 6.625 segurados reabilitados em 2024.