

Lilian Dias Bernardo

**Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o
trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual**

Belo Horizonte

2006

Lilian Dias Bernardo

**Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o
trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde e Trabalho

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Quadros Nehmy

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina da UFMG

2006

Bernardo, Lilian Dias

B523s Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o
Trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual/ Lilian
Dias Bernardo. Belo Horizonte, 2006.

72 f.

Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Medicina

Área de concentração: Saúde Pública – Saúde e Trabalho

Orientador: Rosa Maria Quadros Nehmy

1.Doenças ocupacionais/reabilitação 2.Doenças ocupacionais/psicologia
3. Reabilitação vocacional/tendências 4. Previdência Social 5.Licença
médica 6.Readaptação ao emprego 7.Preconceito 8.Aposentadoria/
tendências 9. Trabalhadores/psicologia I.Título

NLM: WA 400

CDU: 614.2 : 331.47

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REITORA: Profa. Ana Lúcia de Almeida Gazzola

Pró- Reitoria de Pós-Graduação

PRÓ-REITOR: Jaime Arturo Ramirez

FACULDADE DE MEDICINA

DIRETOR: Prof. Geraldo Brasileiro Filho

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

CHEFE: Profa. Elza Machado de Melo

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

COORDENADOR: Prof. Francisco José Pena

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

COLEGIADO

Coordenador: Prof. Mark Drew C. Guimarães

Sub-coordenadora: Profa. Sandhi Maria Barreto

Representantes Docentes

Profa. Ada Ávila Assunção

Profa. Eli Iola Gurgel de Andrade

Profa. Elizabeth França

Prof. Fernando A. Proietti

Profa. Maria Fernanda F.L. Costa

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa

Representantes discentes

Paulo César Rodrigues Pinto Corrêa

Roberto Marini Ladeira

AGRADECIMENTOS

Agradeço a algumas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho:

À Profa. Rosa Maria Quadros Nehmy pela orientação, ensinamento, incentivo e contribuições que agregaram valor ao trabalho.

Ao Prof. César Xavier, do Departamento de Pediatria da UFMG que me deu muito apoio e incentivo nesse último ano do mestrado.

À minha mãe, Ana Lúcia, e meus irmãos Fernanda, Luciana e Dary, pelo carinho, companheirismo e paciência comigo. À Júlia, que eu amo tanto.

Aos meus amigos, em especial, Telma, Tatiana e Carina pelo incentivo, e palavras de conforto e cumplicidade.

Ao INSS que autorizou o trabalho na agência.

Aos trabalhadores que tornaram possível essa pesquisa, contribuindo para meu aprendizado e conseqüente crescimento profissional.

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3 SUPOSIÇÕES OU HIPÓTESES	12
4 A CRISE DO TRABALHO	13
4.1 O debate sobre a crise do trabalho	13
4.2. O debate na Saúde do Trabalhador	17
4.3 O não trabalho: afastamento do trabalho, desemprego e repercussões na saúde	19
5 A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INCAPACITADO É POSSÍVEL?	25
5.1 O percurso do trabalhador do reconhecimento da doença à reabilitação profissional	25
5.2 O programa de reabilitação do INSS	28
5.3 Limites do Programa de Reabilitação do INSS	30
6 METODOLOGIA	34
6.1. População estudada	34
6.2. Instrumento	35
6.3 Coleta e análise de dados	36
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	37
7.1 Significado do trabalho	39
7.1.1. A importância do trabalho percebida pelo não-trabalho	39
7.1.2. Dificuldades no (do) mercado de trabalho	40
7.1.3. As perdas na sociabilidade	44
7.2 Do afastamento à reabilitação profissional	45
7.2.1. A relação entre o trabalho e a doença	45
7.2.2. A via <i>crucis</i> na previdência	47
7.2.3. De que reabilitação profissional se trata?	50
7.2.4. Expectativas para o futuro	55
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

RESUMO

Introdução: O objeto desta pesquisa é a incapacidade parcial de trabalho e suas conseqüências sobre a vida das pessoas nessa situação. O referencial teórico para a análise considera que, apesar das mudanças no mundo do trabalho, o seu papel como meio de integração social e na conformação da identidade continua sendo essencial. No que se refere ao processo de reconhecimento da incapacidade temporária, considera-se o propósito de redução de custos como eixo norteador da política previdenciária de concessão de benefícios. **Objetivos:** Compreender a experiência e as representações sociais sobre o trabalho, o reconhecimento da incapacidade parcial e a reabilitação profissional de beneficiários atendidos em uma agência da previdência social de Belo Horizonte – MG. **Metodologia:** Foi realizada pesquisa qualitativa e utilizou-se a técnica de entrevistas semi-estruturadas para coleta de dados. Selecionaram-se nove trabalhadores inscritos na agência, que tinham mais de dois anos de afastamento e eram elegíveis para o programa de reabilitação profissional. **Resultados:** Dentre os sujeitos da pesquisa, cinco recebiam benefícios de auxílios-doença previdenciário e quatro, auxílio-doença acidentário. A importância atribuída ao trabalho, apesar das experiências lesivas que os pesquisados sofreram, apareceu com evidência. Os entrevistados demonstram sensação afetiva, nostálgica pelo antigo trabalho e o problema da sobrevivência é enfrentado por trabalhos precários. Apesar do desejo de trabalhar, os incapacitados percebem suas limitações no mercado de trabalho em relação à idade e escolaridade, acrescidas da incapacidade e do estigma que ela carrega. Pelas dificuldades de inserção no mercado de trabalho, a aposentadoria por invalidez aparece como a alternativa mais visível. No processo de reconhecimento de suas limitações para o trabalho, os beneficiários revelam ter de percorrer penoso caminho burocrático, sendo tratados com constante descaso. Os cursos oferecidos não os reabilitam, e, em alguns casos, são até inadequados às suas seqüelas. A reabilitação aparece como uma das estratégias de restringir a concessão do benefício previdenciário e um engodo do ponto de vista do incapacitado, reforçando seu desalento quanto ao futuro. **Conclusão:** Estes resultados mostram que essa política representa um desrespeito ao trabalhador, cuja limitação deveria ser enfrentada como problema social ao qual a reabilitação profissional responderia reabilitando de forma inovadora.

ABSTRACT

Introduction: The objective of this study is the temporary work disability and its consequences on people's lives in this situation. The theoretical reference for this analysis considers that, besides changes in the work world, its role as a means of social interaction and the formation of identity is still essential. Concerning the temporary disability, the reduction of costs as a central issue for the social security policy of benefits concession is considered. **Objectives:** Comprehension of the experiences and social representation about the work, the recognition of the partial disability and Professional Rehabilitation of workers enrolled in a Social Security System in Belo Horizonte – MG. **Methodology:** A qualitative research was done and techniques of semi-structured interviews for collecting information was used. Nine workers who were out of work for more than two years and were part of the Professional Rehabilitation Program were chosen. **Results:** Among the objects of the research, five of them received benefits for common diseases and four of them received benefits for accidents. The importance given to work, besides its harmful experiences the researched people suffered, was an evidence. The interviewed people showed nostalgic, affective sensation for the last work and surviving problem is faced for precarious work. Although their desire of working, the disabled workers realize their limitations in the work market due to age and schooling factors, in addition to remaining disabilities, as well as stigmatization. Due to the difficulties faced in the work market, the best alternative seems to be retirement for disability. For the recognition of their limitations at work, it has been observed that workers have to undergo an arduous bureaucratic path, constantly being mistreated. Training activities offered to workers enrolled in the program do not rehabilitate them and, in some cases, workers think they are not appropriate for their remaining work abilities. Rehabilitation is perceived by workers only a strategy to reduce costs of Social Security benefits, reinforcing his/her dismay towards the future. **Conclusion:** These findings show how this policy is currently unfair for workers. Social security should deal with their disabilities as a social issue, which deserves new and creative approaches.

1. INTRODUÇÃO

O tema desta pesquisa é o não-trabalho de trabalhadores que por motivos de doença perderam a capacidade de exercer a função que desempenhavam e que precisavam de reabilitação profissional. A escolha deste tema pareceu adequada à formação em terapia ocupacional da pesquisadora que no contexto da Saúde Pública pode defrontar com desafios antes despercebidos. Apesar da intenção ampliada na formação em Terapia Ocupacional, o enfoque e a prática tendem a priorizar o aprendizado na reabilitação das habilidades físicas, oferecendo poucos subsídios para a compreensão do impacto dos valores sociais, em especial, os relacionados ao trabalho na vida do indivíduo.

Na delimitação do objeto de estudo e durante o reconhecimento do campo para a pesquisa empírica, o contato com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSAT) de uma regional de Belo Horizonte mostrou existir demanda de estudos sobre trabalhadores há mais de dois anos afastados e que tinham indicação de reabilitação profissional.

Segundo dados, ainda não publicados, fornecidos pela Gerência Executiva da Previdência Social de Belo Horizonte, no Brasil, em 2004, entre os segurados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), 50.914 foram afastadas do trabalho por doença, ocupacional ou comum. Deste total, 17.676 (34,7%) foram considerados elegíveis para a reabilitação profissional; 10.984 (61,3%) foram considerados reabilitados, o que representa 21,5% do total (PAULA, 2004).

De acordo com a mesma fonte, em Belo Horizonte, no mesmo ano, 859 pessoas foram afastadas por motivo de doença, ocupacional ou comum. Deste total, 295 (34,3%) foram elegíveis para o programa de reabilitação; 257 (87,1%) foram considerados reabilitados, o que representa 29,9% do total. Esses dados se assemelham com os resultados do país.

Esses trabalhadores, parte deles por um longo tempo, ficam à disposição do sistema de saúde e da previdência social para obter o reconhecimento de sua doença e de sua incapacidade para o trabalho que exerciam. Quando os trabalhadores recebem alta ao

término do programa de reabilitação previdenciário e são considerados reabilitados, perdem o direito ao benefício. A partir daí, deverão competir no mercado de trabalho.

Esta pesquisa propôs-se a compreender o percurso institucional seguido pelo trabalhador afastado e suas expectativas em relação ao futuro. A população do estudo foi constituída por um segmento dos trabalhadores afastados registrados em uma das Agências do Instituto Nacional de Previdência Social de Belo Horizonte, atendendo à demanda do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador- CERSAT da região.

A construção do objeto de estudo partiu da problematização da incapacidade total ou parcial do exercício para a antiga função no contexto das modificações do mercado de trabalho – marcado pelas transformações no mundo do trabalho – e as políticas de afastamento e reabilitação profissional da Previdência Social.

Em relação ao método, adotou-se a perspectiva do trabalhador que vivenciou a experiência da doença, do afastamento, da reabilitação e do desemprego. A interpretação do significado de sua vivência foi o objetivo central da investigação.

No desdobramento do trabalho de investigação, observou-se a carência de estudos sobre a incapacidade laboral e seus efeitos sobre o trabalhador na literatura da Saúde Pública, em especial, na Saúde do Trabalhador. Na procura de suporte teórico nas abordagens das ciências sociais, ficou exposto o intenso debate sobre a centralidade do trabalho na sociedade contemporânea, que se estendeu recentemente à Saúde do Trabalhador.

Vale a pena destacar o significado da publicação de Gomez e Lacaz (2005), no final de 2005, quando esta dissertação estava em fase final de redação. Esse artigo caracteriza a existência de uma crise do referencial da Saúde do Trabalhador e sugere a necessidade de revisão do campo teórico e prático da área e a inclusão de temáticas como a relação entre desemprego e saúde. A leitura do texto significou um alento para a pesquisadora que sentia, ao longo do desenvolvimento da investigação, a solidão de quem está numa trilha muito pouco explorada, buscando encontrar um caminho a seguir.

Na introdução da exposição, apresenta-se a delimitação do objeto de estudo e as razões teóricas e práticas da escolha do problema de investigação. Nos dois capítulos seguintes estão expostos os objetivos e as hipóteses orientadoras de pesquisa.

No capítulo 4, a revisão da literatura acerca do significado do trabalho procura mostrar a crise paradigmática em que se encontra o referencial teórico e ético sobre o tema em consequência das mudanças operadas pela chamada reestruturação produtiva. Inicia-se com uma discussão resumida do debate nas ciências sociais sobre a centralidade do trabalho na sociedade contemporânea. Em seguida, procura-se caracterizar a mesma questão na Saúde do Trabalhador, tomando como referência principal os artigos de Mendes e Dias (1991) que discute as mudanças de paradigma da área até os anos de 1990 e o de Gomez e Lacaz (2005) que traz o debate da centralidade do trabalho para a área.

O capítulo 5 centra-se na discussão no afastamento “de longa duração” e na reabilitação profissional no contexto das políticas da Previdência Social no país, em confronto, como pano de fundo, com as exigências da reestruturação produtiva. A passagem do afastado do trabalho até a chegada ao programa de reabilitação introduz a discussão para mostrar a situação angustiante e até mesmo humilhante à qual está submetido o trabalhador afastado. Apresenta-se um breve histórico e as competências legalmente especificadas para a reabilitação profissional, e os limites dos programas apontados. A pergunta que dá título ao capítulo – a reabilitação profissional é possível? – se mantém, após a discussão da literatura específica sobre o tema.

O capítulo 7 expõe e analisa os resultados da pesquisa empírica. Procura apreender a vivência dos trabalhadores que estão por um longo tempo afastados do trabalho por motivo de doença, numa analogia com a situação de desemprego de longa duração.

O último capítulo resume e comenta os principais achados da pesquisa.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Compreender a vivência dos trabalhadores afastados do trabalho por doença que estão no Programa de Reabilitação Profissional da Agência da Previdência Social de Belo Horizonte, em relação à perda do vínculo social do trabalho, ao afastamento e à reabilitação profissional.

2.2. Objetivos específicos

Identificar, na perspectiva dos trabalhadores, as vantagens e desvantagens da política de afastamento da previdência social.

Indicar perspectivas e limites dos programas de reabilitação profissional do ponto de vista dos sujeitos que os seguem.

Contribuir para a discussão do não-trabalho e suas repercussões na qualidade de vida dos trabalhadores.

3. SUPOSIÇÕES OU HIPÓTESES

O estatuto da hipótese em pesquisas de caráter qualitativo e exploratório, não tem a mesma conotação atribuída a estudos quantitativos que visam testar hipóteses. Seu papel é o de orientar a proposição de questões que devem ser levadas em conta no trabalho de campo, a partir de determinado marco teórico e cujos resultados sugiram trilhas a serem exploradas em novos estudos (TURATO, 2005; MINAYO, 1992)

Considerando que o estado da arte sobre o significado do trabalho na sociedade contemporânea para a construção da identidade coletiva e individual ainda se situa no nível do debate, as suposições orientadoras da investigação no que se refere a este tema, conservaram a tensão entre as correntes da centralidade e as da perda de sua importância no conjunto das relações sociais e no imaginário social.

Supôs-se, ainda a similaridade entre as situações de desemprego e de afastamento, procurando destacar as diferenças e as especificidades dos afastados em relação os desempregados.

No que se refere às políticas dirigidas aos trabalhadores afastados, manteve-se a hipótese sugerida pela literatura de o afastamento implicar um percurso penoso e de que a reabilitação profissional está em dissonância com as exigências atuais do mercado de trabalho.

4. A CRISE DO TRABALHO

É inegável a profundidade das mudanças na sociedade contemporânea que tem como fonte o esgotamento do antigo regime de acumulação baseado na produção de massa e pleno emprego e sua substituição pelo regime de acumulação flexível. Essas transformações iniciadas em meados da década de 1970 nos países centrais, estendidas em seguida aos países periféricos no movimento da globalização, abarcam as diferentes esferas das relações sociais de produção, da esfera produtiva aos mercados de trabalho e de consumo. A chamada reestruturação produtiva, marcada pela intensificação do uso das novas tecnologias da informação e da comunicação, em especial, a generalização da microeletrônica, caracteriza-se pela produção flexível para um mercado de consumo segmentado e pela desregulamentação do trabalho (HARVEY, 1993; NEHMY, 2001; ANTUNES, 2000).

Sob as novas condições, altera-se a estrutura ocupacional caracterizada agora pela exigência de trabalhadores cujas chances de sobrevivência no mercado dependem de maior e mais ampla qualificação individual e pela persistência de altos níveis de desemprego (HARVEY, 1993; NEHMY, 2001; ANTUNES, 2000).

O conjunto desses fatores oferece o suporte principal para o diagnóstico de uma “crise do trabalho” na sociedade contemporânea que vai ser acompanhada de intenso debate de cunho teórico sobre a centralidade do trabalho (PAIVA, 2000; NEFFA, 2001).

4.1. O debate sobre a crise do trabalho

A tradição marxista delega ao trabalho o papel de núcleo da organização social. Um trabalho marcado pela tensão entre um sentido negativo de sofrimento, tormento, padecimento, de não realização, de coisa imposta, e um sentido positivo de criação, prazer, construção do ser pessoal e coletivo. (VIEGAS, 1989).

O sentido negativo que conhecemos em nossa sociedade clivada por desigualdades sociais – em que prevalece a divisão do trabalho e desvincula o trabalho do ser que trabalha – manifesta-se num processo de alienação, conceito já muito trabalhado desde Marx. A

discussão dos sentidos do trabalho pela ótica da alienação parte do pressuposto da centralidade do trabalho como necessidade essencialmente humana, que, na sociedade capitalista é satisfeita pelo trabalho submetido à exploração e à dominação. A divisão do trabalho pela separação entre trabalho intelectual e manual e a divisão rígida entre concepção e execução faz com que o homem não se vivencie como agente ativo de seu controle sobre o mundo e que o mundo permaneça alheio ou estranho a ele. (ARENDDT, 1997; ANTUNES, 1999).

Como diz Viegas (1989, p. 3,4), esse trabalho, quando muito, pode ser chamado de ocupação, um trabalho pervertido e sem significado para aquele que trabalha: “seu objeto parece uma esponja que bebe a significação”. Em razão do modo de sua realização na sociedade capitalista, o trabalho marcado pela alienação, torna-o um peso “uma canga, um instrumento de tortura, uma coisa alheia em que a pessoa não se encontra.”. Quando o trabalho deixa de ser uma atividade vital, criadora, prazerosa, ele perde o seu valor, seu significado (NETTO; CARVALHO, 2000).

O território ambivalente do trabalho na sociedade capitalista e seus efeitos sobre o trabalhador são assinalados por Dejours (1999), tomando como referencial as possibilidades psíquicas do desenvolvimento de estratégias defensivas frente à organização do trabalho. Para o autor, o processo de trabalho, tanto pode dar origem à alienação e mesmo descompensação psíquica, quanto pode ser fonte de saúde e instrumento de emancipação.

As mudanças das condições objetivas da estrutura econômica e suas conseqüências na organização social contemporânea promovem um intenso debate, desde os anos de 1980, sobre a persistência e a justeza da concepção da centralidade do trabalho na sociedade. O núcleo da questão teórica pode ser identificado na consideração se o trabalho seria uma categoria antropológica ou ontológica constituinte da conformação do ser humano ou mera categoria histórica que estaria desvanecendo.

Defensores da perda da importância do trabalho, os teóricos do “fim do trabalho” de referencial marxista, apregoam o fim da sua centralidade no conjunto das relações sociais (Offe, 1989). Gorz (1987), precursor da idéia, vê como fato positivo o fim inexorável do trabalho resultante da revolução tecnológica, antevendo a crise como oportunidade para sair

da sociedade salarial ou da sociedade do trabalho e para romper com a tendência do capitalismo de submeter todas as dimensões da vida humana e da sociedade à lógica da mercadoria, ou seja, da alienação.

Para Gorz (1987, p.96), como resultado da abolição do trabalho pela revolução tecnológica, a antiga classe operária vai sendo crescentemente substituída por um novo proletariado, uma "não-classe de não-trabalhadores", formada por todos aqueles expulsos do mercado de trabalho, desempregados, trabalhadores temporários ou mesmo trabalhadores em tempo parcial. Para esse novo "proletariado", o emprego é sempre "acidental e provisório e todo trabalho uma forma contingente". O trabalho não é mais, portanto, na perspectiva desse autor, a principal atividade da vida como era para o proletariado concebido por Marx e por isso não mais constituiria a instância central da estrutura social (SILVA, 2005). Acompanhando a mesma tendência, Habermas (1987), também um teórico reconhecidamente de inspiração marxista, identificou estar acontecendo "implosão" da noção de trabalho, requerendo que se estudem os diferentes tipos de trabalho, incluindo o trabalho doméstico, o informal e o desemprego. Assim, o trabalho não se constituiria mais em uma categoria explicativa dominante. Esses dois autores – Gorz (1980) e Habermas (1987), entre outros – exemplificam a posição assumida no debate que considera o trabalho como uma categoria histórica e não como categoria antropológica ou ontológica com caráter de essência do humano.

Os defensores da persistência da centralidade do trabalho – como categoria ontológica – reconhecem o peso das mudanças no mundo contemporâneo, porém circunscrevem a crise do trabalho à tendência de diminuição da importância do trabalho industrial típico do período anterior do capitalismo e ao surgimento de nova estrutura ocupacional. Porém, em geral, recusam a afirmação do fim do trabalho como categoria explicativa dominante, à medida que continuaria exercendo papel fundamental no conjunto das relações sociais (ANTUNES, 2000; CHASIN, 1993). Como diz Chasin (1993, p.9), o proletariado é que estaria morrendo e esta "não é uma categoria social que entusiasmasse, porque ela é uma categoria desumanizada radicalmente". Mas, ao contrário dos teóricos do fim do trabalho, o autor reafirma a centralidade do trabalho quando diz que o trabalho não está extinto e nem pode ser extinto por que ele é "peça estruturante, ontologicamente falando, do ser social, ou o que é o mesmo, do ser humano".

O debate mais recente parece ter perdido o radicalismo e as duas posições – a favor ou contra a centralidade do trabalho – recolocam antigas questões da pesquisa na área, entre elas a separação do mundo do trabalho de outras esferas (família, tempo livre) na significação da vida. Nesse aspecto, a controvérsia é mais de nuances, à medida que, mesmo os defensores da centralidade do trabalho reconhecem o reducionismo operado nas abordagens das diferentes disciplinas do social na análise ao trabalho, ao desconsiderar o papel das diferentes influências às quais o trabalhador está submetido até mesmo no ato de trabalhar (NEFFA, 2001; HARRIBEY, 2001).

Na controvérsia já atenuada, sugere-se levar em conta a persistência da centralidade do trabalho já que não se podem simplesmente contrapor novos valores como se tratasse de um quadro em branco, substituindo um referencial histórico de referência por outro de forma imediata. Os valores sociais, historicamente construídos, relativos ao apego ao trabalho não puderam ser simplesmente apagados (NEFFA, 2001; CLOT, 1999). Entretanto, assinala Paiva (2000, p. 53), há de se considerar que a crise do trabalho assalariado, resultante da reestruturação da produção, “age de outra forma sobre os indivíduos, modificando o peso do trabalho na produção das identidades e tornando possível (e necessário) a inclusão de novos conteúdos, nova forma e nova cultura do trabalho”.

Quer seja ou não matizado no debate em torno de sua centralidade na sociedade contemporânea ou dos diferentes formatos que assume, o trabalho mantém-se reconhecidamente como importante elemento de integração social pela sua capacidade de estreitar engajamento, de estabelecer relações sociais no espaço (trajetos cotidianos, lugar de trabalho) e no tempo (horário, turno) e por se constituir em símbolo de reconhecimento social. A persistência do papel do trabalho nesses aspectos o torna essencial na conformação da identidade das pessoas e para o sentimento de participar de um grupo, de uma cultura tendo lugar de destaque entre os papéis sociais representativos do eu. Sendo assim o trabalho pode ser considerado como traço identificatório fundamental (não o único) para o indivíduo (LIMA, 2003; ENRIQUEZ, 2001; CARVALHO, 2001; CLOT, 1999; CARVALHO, 1995).

O debate teórico nas ciências sociais sobre o fim ou a centralidade do trabalho ainda não se esgotou e está carente de respaldo por estudos empíricos. O que não se pode negar é que os

indivíduos, não somente desejam trabalhar para obter uma renda, e, que, apesar da alienação e da exploração sofrida, o trabalho continua sendo um dos meios de integração social. Não está claro o fim da ética do trabalho e a possibilidade de seu valor ser substituído por outras formas de atividades associativas como uma renda assistencial social mínima (trabalhos atípicos) como proposta por teóricos do “fim do trabalho”. O que está claro é a tendência de o emprego ligado ao industrialismo (baseado em contratos de trabalho e com proteção social) estar passando por redefinição, o que provoca mudanças no mundo do trabalho e na consciência social (NEFFA, 2001; PAIVA, 2000; ANTUNES, 2000).

Em síntese, o grande mérito da polêmica em torno da centralidade do trabalho está em ter trazido à tona para produção científica e para a prática, temas e principalmente atores sociais que não haviam sido privilegiados nas décadas anteriores. Sugere a abertura da agenda temática e a redefinição de categorias teóricas que possam dar conta do sofrimento e da precariedade de setores da população às margens do mundo formal do trabalho. O paradoxal é que essa percepção e a conseqüente visibilidade social do não-trabalho ou aquele fora do modelo do industrialismo se respalde no alargamento das linhas do desemprego e do trabalho precário na sociedade.

4.2. O debate na Saúde do Trabalhador

Na Saúde Coletiva, particularmente para as disciplinas que abordam a relação entre trabalho e saúde, a centralidade do trabalho na conformação da estrutura social e, em decorrência, da saúde, era tida como dada, não sendo suficientemente problematizada. Em finais de 2005 abre-se o debate sobre a necessidade de revisão do referencial para o estudo e as práticas em saúde do trabalhador e do leque de preocupações e interesses da área. (GOMEZ; LACAZ, 2005).

Desde a década de 1970, com maior nitidez na de 1980, a corrente da Saúde Coletiva latino-americana assumia a proposição de inspiração marxista da determinação social da doença, em que “o trabalho é o elemento central não só porque este gera riscos para a saúde, mas principalmente porque, como categoria social, o trabalho estrutura a organização da sociedade” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 99).

Naquela época e nos anos seguintes, a perspectiva da determinação social da doença pelo trabalho contribuiu para aprofundar os questionamentos à tradição da medicina ocupacional na abordagem da relação entre trabalho e saúde que se assentava na idéia da multicausalidade da doença do ponto de vista do saber médico, considerando os riscos dos agentes químicos ou físicos do trabalho como causas do adoecimento do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991). As críticas sobre as premissas e práticas da medicina ocupacional trazidas pelo campo da Saúde Coletiva culminaram na mudança do quadro referencial do entendimento da relação saúde e trabalho, adotando-se a noção da determinação social da doença, o que significou não apenas uma alteração do nome, de Medicina Ocupacional para Saúde do Trabalhador, mas uma mudança de paradigma. Porém, como nos lembra Mendes e Dias (1991), a mudança não se restringia ao plano das idéias pois tinha como pano de fundo as mudanças na esfera produtiva e as conseqüentes alterações no perfil de morbidade dos trabalhadores.

Recentemente, o balanço feito por Gomez e Lacaz (2005, p.799) sobre a teoria e as práticas na Saúde do Trabalhador, motivado pelas reuniões preparatórias da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, mostra que a área, agora, se esbarra com novos desafios. No que se refere à produção acadêmica, o autor considera estar acontecendo um descompasso entre as os acontecimentos na esfera produtiva e política e as temáticas abordadas. Apesar de reconhecer que a adesão à noção de processo de trabalho tenha contribuído para a “compreensão da gênese dos agravos à saúde em segmentos específicos de trabalhadores” relegou a um plano secundário a abordagem de problemas de amplos segmentos da população trabalhadora. A razão principal, segundo os autores, está na delimitação do objeto de estudo e de ação da Saúde do Trabalhador. A definição de processo de trabalho, tal como usada, subtende que o foco seja dirigido às condições e à organização taylorista-fordista do trabalho industrial, situada no “chão de fábrica”, o que se reflete na produção científica e nas propostas de práticas e intervenções da área. Como conseqüência ficaram à margem das preocupações outras formas de trabalho, apesar das mudanças já percebidas no perfil epidemiológico da população trabalhadora (GOMEZ; LACAZ, 2005).

Com esse diagnóstico, os autores propõem revisar a agenda de pesquisa para possibilitar adequação das categorias teóricas de modo a acompanhar as transformações recentes na

economia e na sociedade contemporânea, que provocaram no mundo do trabalho “uma verdadeira crise sistêmica, atingindo trabalhadores, seus órgãos de representação, as políticas públicas trabalhistas, as propostas formuladas pela ST [Saúde do Trabalhador] e sua produção científica”. Nesse sentido sugere que se inclua como objetos de interesse da área, problemas de parcelas de trabalhadores que se tornaram significativas no conjunto da força de trabalho fora do ramo industrial e do trabalho assalariado (GOMEZ; LACAZ, 2005, p. 798). A carência de estudos sobre o desemprego é mostrada como exemplo da omissão em relação a temáticas que na atualidade afligem os trabalhadores. As réplicas que se seguem ao texto de Gomez e Lacaz (2005), concordam com a tese defendida, identificando um estado de crise na Saúde do Trabalhador e acrescentam novas e mais amplas questões, como a extensão do reconhecimento da crise para a Saúde Pública em geral e para as políticas de saúde (AUGUSTO, 2005).

Deve-se lembrar e nos respaldos da tese agora defendida na Saúde do Trabalhador que, mesmo sob a ótica de priorização do trabalho taylorista-fordista e do “chão de fábrica”, as conseqüências do desemprego já tinham sido percebidas por Dejours (1986, p. 10), quando afirmava que “se o trabalho pode ser perigoso, se pode ser causa de sofrimento, é preciso também compreender que o não-trabalho é igualmente perigoso”. Sem se deter na questão, o autor relata observar indícios da existência da relação entre desemprego e saúde psíquica em levantamentos preliminares e na experiência cotidiana.

4.3. O não-trabalho: afastamento do trabalho, desemprego e repercussões na saúde.

A categoria não-trabalho nesta parte da exposição refere-se às situações de desemprego e à exclusão do mercado de trabalho na qual se enquadram os afastados do trabalho reabilitados.

As exigências da reestruturação produtiva no cenário da competitividade internacional desempregam ou precarizam um enorme contingente de pessoas, constituindo um grave problema social. O impacto das transformações socioeconômicas no Brasil aprofundou a discriminação do trabalhador não-qualificado principalmente a partir da década dos 1990.

Constitui um imperativo das novas tecnologias que necessitam de trabalhadores cada vez mais educados e mais bem treinados para exercer qualquer ocupação. A nova ordem produtiva busca uma outra qualidade de trabalhadores, mais versáteis e competitivos. (CHAHAD, 2003, NEVES et al, 1998).

O desemprego de parcelas da força de trabalho pouco qualificadas é historicamente uma questão social preocupante e que se agrava com a nova conformação do mercado de trabalho. A situação mais dramática é a do desemprego aberto – desempregados sem nenhuma ocupação que procuram emprego – à medida que, do ponto de vista de sobrevivência de quem se encontra nesta condição, não há envolvimento em nenhuma atividade que garanta renda. Os benefícios do seguro-desemprego, que o desempregado eventualmente pode estar recebendo tem um prazo muito limitado – no Brasil, de seis meses. Diante desse quadro, os trabalhadores constroem estratégias de sobrevivência e de recolocação no mercado de trabalho, como buscar empregos em agências de captação, visitar diretamente as empresas para “fazer ficha” ou abrir um próprio negócio. Essas estratégias são consideradas como ações ineficazes para a obtenção de emprego (CHAHAD, 2003; SELIGMAN-SILVA, 1997).

Entre as mudanças provocadas pela reestruturação da esfera produtiva, uma das que mais se salienta quando se pensa nas chances de inserção ou re-inserção no mercado de trabalho, é a modificação do caráter mesmo do desemprego na sociedade contemporânea. Quando o desemprego era predominantemente uma privação voluntária e ocasional do trabalho tais características eximiam o desempregado dos preconceitos sociais de ‘ocioso’, ‘preguiçoso’ nas suas tentativas de buscar emprego. Por ser involuntária pela ética do trabalho ou pelos valores culturais relacionados ao trabalho, a culpa da situação não poderia ser atribuída diretamente ao desempregado, à medida que ele não poderia ser considerado o único responsável pela sua própria exclusão. Sendo assim, não se colocar em risco a ética do trabalho como valor (GUIMARÃES, 2002).

Nas novas condições produtivas o desemprego assume um caráter estrutural atingindo trabalhadores de diversificados níveis de qualificação e aumentando o tempo de espera para inserção em novo emprego. O aumento desse tipo de desemprego deve-se, principalmente, a razões de natureza estrutural do mercado de trabalho. No caso brasileiro sobressai o

descompasso entre o perfil de trabalhador requerido pelo setor produtivo e o conjunto de requisitos existentes na oferta de trabalho incluindo o nível de escolaridade da força de trabalho. (CHAHAD, 2003).

A demora para obtenção de novo emprego é um indicador importante para demonstrar a mudança no mercado de trabalho brasileiro. Levantamento realizado por Chahad (2003) para a Região Metropolitana de São Paulo revela que o tempo de busca de emprego passou de 22 semanas em 1995, para 51 semanas, em 2002, representando aumento de cerca de 150,0% no tempo necessário para a obtenção de emprego. Mostra também substancial elevação do chamado "desemprego de longa duração" – desempregados há mais de um ano buscando trabalho. A participação desse grupo, que correspondia a 6,4% do total de desempregados, em 1995, passou para 24,1%, em 2002.

Cria-se dessa forma a “categoria social dos desempregados de longa duração”, provocando ruptura do nexos entre emprego e desemprego típica da sociedade do industrialismo. No novo formato, a estrutura ocupacional ou de desocupação manifesta-se no “trânsito à inatividade de indivíduos no auge de sua vida ativa, as formas precárias e/ou atípicas dos chamados postos de baixa qualificação, além do desemprego de longa duração” (GUIMARÃES, 2002, p.107).

Outra característica da estrutura ocupacional no cenário da reestruturação produtiva é a desregulamentação do trabalho com crescente importância do setor de trabalho informal. No país, trabalhadores que não são registrados e não contribuem para a Previdência chegavam a 48,5% dos ocupados em 2004. Trata-se de uma importante parcela da população que, de modo voluntário ou de forma obrigatória, trabalha para obter os recursos para a subsistência, porém sem acesso aos direitos trabalhistas e previdenciários oferecidos no setor formal e à margem de direitos sociais básicos. (MENEZES FILHO; MENDES; ALMEIDA, 2004; DIAS, 2002).

O mercado de trabalho informal é a alternativa de sobrevivência mais visível para as pessoas de baixa qualificação, sendo ampliada também para a mão-de-obra qualificada, embora para essas camadas haja condições diferenciadas em relação às condições de trabalho e ao salário. No mundo, o chamado “bico” é a sua forma mais comum. (FERNANDES, 2004; MENEZES FILHO; MENDES; ALMEIDA, 2004)

A alternativa do trabalho informal para os setores mais desqualificados implica submissão a atividades irregulares e descontínuas, sem garantia de rendas, sem suporte sindical e com remuneração geralmente inferior à paga pelo setor formal da economia. O “bico”, na realidade, não pode ser entendido com estratégia de recolocação no mercado de trabalho e sim de sobrevivência, adotada enquanto os desempregados estão à procura de trabalho formal, pois é uma atividade não registrada e de pouca duração (BORGES, 2001; AZEVEDO et al, 1998; SELIGMANN-SILVA, 1997).

Em situação semelhante aos desempregados estão os afastados do trabalho por doença quer no período em que recebem o benefício quer quando o perdem. No caso dos afastados de baixa qualificação profissional, as precárias condições de vida e a diminuição da renda – o benefício recebido é menor do que o salário anterior – leva-os a buscar trabalhos temporários e precários para complementação da renda (CALDANA; FIGUEIREDO, 2002; SALES, 2003).

A experiência do afastamento do trabalho por doença, apesar do reconhecimento e consciência de se tratar de uma situação provisória, provoca nos afastados uma ‘ilusão de trabalho’, por receberem benefícios mensais, principalmente para aqueles em afastamento de longa duração (MATSUO,1998). Entretanto, a possibilidade de perder a renda de sobrevivência pelo benefício é uma constante em suas vidas, desde o momento do diagnóstico da doença.

Os efeitos do desemprego sobre a saúde, apesar de ainda pouco estudados, estão reconhecidos pela Classificação Internacional das Doenças CID-10, desde 1993. Problemas relacionados ao emprego e ao desemprego constituem uma categoria adstrita ao agrupamento ‘Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais’ da Classificação (OMS, 1999).

Estudo empírico de Borges (2001) mostra que a inserção em trabalhos precários não minimiza o sentimento de insatisfação e de exclusão em razão da valorização do mercado formal de trabalho. Os desempregados pesquisados sentiam-se mais úteis e realizados quando trabalhavam, revelando nostalgia em relação ao tempo em que exerciam atividades produtivas. A desestruturação dos laços sociais e relacionais causados pelo desemprego e a

perda de auto-estima provocam importantes desajustes psicossociais relacionados ao desemprego (BORGES, 2001).

No contexto de países em que não existe um sistema adequado de proteção ao desempregado, faz com que a característica do desemprego de longa duração não mais se restrinja ao desemprego aberto, ou seja, à busca exclusiva por emprego sem exercer qualquer atividade que vise garantir a sobrevivência (FERNANDES, 2004; MENEZES FILHO; MENDES; ALMEIDA, 2004)

Giatti e Barreto (2006), em estudo baseado em dados do PNAD de 1998, demonstram que não só o trabalho, mas a inserção diferenciada, o desemprego e a exclusão do mercado de trabalho são aspectos que devem ser levados em conta nas investigações sobre a iniquidade em saúde, importante aspecto das desigualdades sociais, e como ressaltam as autoras, pouco abordado nos estudos de saúde, no Brasil. Os maiores percentuais de indicadores encontrados de pior condição de saúde e de maior utilização de serviços de saúde foram observados entre aqueles que estavam fora do mercado de trabalho. Os trabalhadores informais, os desempregados e as pessoas fora do mercado de trabalho avaliaram mais freqüentemente a própria saúde como regular ou ruim. Os desempregados, também mostraram pior percepção de saúde e de mais doenças crônicas do que os trabalhadores formais.

A ruptura involuntária com a instância do trabalho é vivida como sofrimento de ser marginalizado, desvalorizado, de não ser reconhecido pelo seu passado profissional. Para os desempregados em geral, o afastamento do mundo do trabalho é involuntário e sair dessa condição não depende da vontade individual. (MARTINS; ASSUNÇÃO, 2002).

Em pesquisa realizada por Seligmann-Silva (1994) com trabalhadores afastados por distúrbios nervosos observou-se que a demissão era a sanção mais temida. Castelhana (2005) cita o alerta de Dejours para a ameaça de o desemprego provocar medo mesmo para os que estão trabalhando face às condições do mercado de trabalho. Situação passível de ser mobilizado pela empresa como forma de aumento da produtividade. As mudanças no mundo do trabalho e a precariedade do vínculo de emprego na sociedade contemporânea tendem a agravar as sensações de medo do trabalhador, podendo ocasionar-lhe mais danos físicos e psicológicos.

Para a inserção no mercado de trabalho, o trabalhador afastado carrega marcas a mais do que as pessoas que buscam emprego com condições similares de instrução formal. Em primeiro lugar, ele deve se candidatar ao mercado sem nenhuma experiência na profissão para a qual teoricamente teria sido preparado, pois está impedido de apresentar o saber-fazer da antiga função, mesmo que de baixa qualificação. Devem concorrer no mercado de trabalho em desvantagem, em relação por exemplo, à aspectos relativos à idade, até mesmo com iniciantes que buscam emprego (PAIVA, 2000).

Em segundo lugar, são pessoas doentes, com alguma limitação para o trabalho, o que pode conduzir à identidade estigmatizada socialmente de “trabalhador-doente” (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 13). O estigma é um traço social forte, significando que o indivíduo está inabilitado para uma aceitação social plena (GOFFMAN, 1982; BARROS; SALES; NOGUEIRA, 2002).

Enfim, para o trabalhador afastado, as condições de inserção são piores do que para as pessoas que estão à procura de emprego pela identidade de incapacidade que lhes é atribuída na sociedade capitalista em que a força de trabalho exigida, como diz Neves (2006) deve ser eficiente e atuante.

5. A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INCAPACITADO É POSSÍVEL?

A questão da possibilidade de a reabilitação profissional ser possível está colocada neste estudo no contexto das políticas públicas do país naquilo que se refere ao trabalhador afastado do trabalho e as ações a ele dirigidas. O caminho escolhido para iniciar a discussão sobre o afastamento foi o de buscar na literatura descrições e avaliações das situações vivenciadas pelo trabalhador em situação de afastamento de longa duração e seu percurso nas diferentes instâncias institucionais responsáveis pelas decisões e ações que o afetam. As diretrizes e as normas legalmente estabelecidas foram trazidas à tona, levando em conta aquilo que se julgou pertinente à compreensão da experiência do trabalhador afastado.

5.1 O percurso do trabalhador do reconhecimento da doença à reabilitação profissional

A “*via crucis*” do trabalhador para obter o direito ao reconhecimento de sua doença de origem ocupacional inicia pelo diagnóstico e estabelecimento donexo causal, passando pela consulta do médico da empresa ou do SUS. Quando o diagnóstico estabelece a incapacidade para o trabalho, inicia-se o período de afastamento. Durante esse período, os trabalhadores são considerados como “temporariamente desativados”, fora da circulação, e todo o percurso percorrido é “considerado virtualmente recuperável enquanto força de trabalho” (Cohn et al, 1985, p. 118). Durante todo afastamento, o trabalhador passa por perícias recorrentes para definir a legitimidade do benefício (NARDI, 1999).

Após o diagnóstico da doença, de origem ocupacional ou não, que o incapacita para o trabalho o trabalhador busca de tratamento médico e/ou cirúrgico e ou de reabilitação física (fisioterapia, terapia ocupacional ou assistência psicológica) no Sistema Único de Saúde (SUS) (PAULA, 2004). O trabalhador nesse caso depende, geralmente, de procedimentos especializados que, segundo a dinâmica da assistência prestada pelo SUS, implica demora de acesso. Pesquisa nacional, realizada no ano de 2002, mostra que a espera pelo

atendimento é o problema em destaque nas queixas dos usuários, principalmente no que se refere aos procedimentos de maior complexidade do sistema de saúde. (CONASS, 2002).

Na prática, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde prolonga a duração da fase de tratamento médico-cirúrgico e de reabilitação física ou psicológica e, conseqüentemente, aumenta o tempo de afastamento do trabalho (SAMPAIO, 2003). Por sua vez, o tempo gasto pelo trabalhador nos serviços de saúde constitui motivo de retardo de sua introdução no programa de reabilitação profissional, que deveria ser realizado o mais cedo possível para evitar efeitos práticos e simbólicos do seu desligamento do mundo do trabalho. (MUELLER, 1999)

Com o afastamento, o cotidiano de trabalho é substituído por uma série de consultas médicas, exames, tratamentos e perícias do INSS, o que representa significativa mudança na rotina das pessoas, além de ser uma situação de convivência com a dor e, em alguns casos, com a incapacidade de realizar até mesmo pequenas atividades domésticas, trazendo para suas vidas uma série de conseqüências emocionais e sociais (MERLO, 2003).

O estudo de Nardi (1999, p. 107) mostra o desgaste sofrido pelo trabalhador brasileiro durante o processo de reconhecimento de sua doença nas perícias, pesando sobre ele o descrédito dos profissionais de saúde, partindo-se do suposto de que na busca do benefício da aposentadoria por doença, o trabalhador poderia estar simulando seus sintomas. Desconfiança que traz sofrimento a mais, além da ameaça de desemprego.

Estudo realizado por Melo (2003) com médicos-peritos relata casos de desconfiança frente à veracidade das doenças dos segurados. O paciente deve convencer o médico-perito de sua doença por meio de elementos positivos, factuais que embasem a conclusão pericial sobre a incapacidade por relatos de uso de subterfúgios ou de “macetes” como, por exemplo, jogar algo no chão para ser apanhado para testar se o segurado realmente está impossibilitado de realizar o movimento necessário.

Sob essa ótica, os portadores de doenças sem alterações visíveis e palpáveis encontram maior dificuldade de reconhecimento de sua doença pelo médico-perito. O estudo realizado por Luz (2004), com as faxineiras afastadas do trabalho por Lesão por Esforço Repetitivo (LER/DORT), destaca a queixa das trabalhadoras com as dúvidas e desconfiança quanto à legitimidade de suas dores e de suas limitações físicas. O trabalhador, nesse processo,

carrega o peso de uma dor que não é compreendida e nem aceita pelos outros, pois não pode ser materializada ou provada. (NARDI,1999).

O pressuposto que está por trás da suspeita dos profissionais é o desejo dos trabalhadores afastados de obter aposentadoria por invalidez, em oposição à filosofia “da força de trabalho recuperável” da Previdência (COHN, 1985). Essa suspeita baseia-se mais em valores sociais que associam adoecimento a vagabundagem e a uma suposta tendência de procurar ganhar um benefício indevido da aposentadoria.

Entretanto deve-se notar que a aposentadoria não possui apenas um lado, negativo ou positivo; ela pode representar um momento crítico da vida mesmo no caso da aposentadoria por idade, socialmente reconhecida, em razão de mudanças que causam na rotina diária e na relação familiar (KREMER, 1985; BRAITHWAITE et al, 1986).

Em estudo realizado por LIMA (1986), a grande maioria dos aposentados por idade, apesar de reconhecer a aposentadoria como direito, não conseguia avaliar a aposentadoria apenas de seu lado positivo, manifestando sentimento de inutilidade e se descrevendo como “inválida, inativa e acabada” (LIMA, 1986). Até autores que avaliam existir apenas o lado “bom” da aposentadoria, reconhecem que sua antecipação, como no caso de aposentadorias involuntárias por incapacidade, é fator de risco para o ajustamento social (BRAITHWAITE et al, 1986).

A população segurada em processo de reabilitação está ciente que ao final ao término do programa será considerado de alta, cessará a concessão do benefício previdenciário e que deverá concorrer por um emprego no mercado de trabalho. Trata-se de um período marcado pela indefinição em relação às condições futuras de sobrevivência e de vontade de retorno ao trabalho. Mas esse futuro não parece reanimador, pois há o risco concreto do desemprego, do preconceito para com o trabalhador-doente e desqualificado, do estigma e da incompreensão das empresas (MATSUO, 1998).

As marcas da violência dos acidentes de trabalho ou doenças crônicas atingem não só os corpos dos trabalhadores, mas a identidade, a auto-estima, a confiança em si mesmo e a segurança no futuro. (MATSUO, 1998, p. 75). O trabalhador afastado das atividades produtivas por carregar, além da perda essencial na conformação de sua identidade social, o traço da doença e a expectativa negativa de reabsorção no mercado de trabalho.

Em síntese, o impacto do adoecimento, a insegurança quanto ao futuro, a violência simbólica sofrida no percurso institucional e as transformações no modo de andar a vida desde o diagnóstico da doença interferem negativamente nas relações sociais e afetivas dos trabalhadores incapacitados (NARDI, 1999).

5.2. O programa de reabilitação do INSS

A história da reabilitação profissional relaciona-se com o desenvolvimento industrial e intenso número de acidentes de trabalho decorrentes da industrialização. O programa está presente na legislação brasileira desde 1943, na época dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Nas décadas de 1960 e 1970, houve criação dos Centros de Reabilitação Profissional (CRP) nos grandes centros urbanos e a rede de atendimentos se expandiu com a criação dos Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs) em cidades pólo do interior. (PAULA, 2004)

Até o final da década de 80, cabia ao Ministério da Previdência Social, através dos extintos INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – e INPS – Instituto Nacional da Previdência Social, a assistência integral aos trabalhadores afastados do trabalho em razão de doença ou acidente do trabalho e compreendia tratamento médico-cirúrgico, reabilitação física (fisioterapia, terapia ocupacional ou assistência psicológica) e a reabilitação profissional (PAULA, 2004).

Com a Constituição de 1988, redefinem-se as áreas de atuação específicas para a Saúde, Previdência Social e Assistência Social. A Lei Orgânica de Saúde de 1990 prevê que a reabilitação física passe a ser de competência do SUS, estando o INSS encarregado da reabilitação profissional e do pagamento dos benefícios durante o período de afastamento do trabalho após os 15 primeiros dias que ficam a cargo da empresa. (BRASIL, 1990)

A reabilitação profissional é um serviço prestado para os beneficiários afastados de sua atividade profissional em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou ainda para portadores de deficiência física ou mental. O afastado é obrigado a passar pela reabilitação profissional, quando for o caso, independente do tempo de contribuição. É entendida oficialmente como um processo de assistência re-educativa e de re-adaptação

profissional, devendo fornecer os meios indicados para o reingresso do segurado no mercado de trabalho e ao contexto em que vive (BRASIL, 1991).

Para a execução das atividades previstas legalmente, os atendimentos são realizados nas Agências da Previdência Social por uma equipe de reabilitação profissional constituída por médico-perito e orientadores profissionais de nível superior de diversas áreas. A equipe de reabilitação profissional inicialmente avalia o potencial do afastado para o trabalho, detecta as limitações funcionais ou incapacidades, analisa as experiências profissionais anteriores, vínculo empregatício, mercado de trabalho e o nível de escolaridade e outros aspectos relacionados.

Além desse papel, é função da equipe acompanhar o programa de formação profissional, articulando com a comunidade visando à reintegração do reabilitado ao mercado de trabalho. Deverá ainda fazer o acompanhamento do trabalhador durante seis meses e realizar pesquisas de fixação no mercado de trabalho, além de fornecer prótese e órtese, bem como seu reparo ou substituição, instrumento de auxílio para locomoção, bem como equipamentos necessários à habilitação e reabilitação profissional, transporte urbano e alimentação, ou seja, concessão de recursos materiais. (GBENIN, 2003; SAMPAIO, 2003)

Durante o tempo de afastamento, o segurado recebe o auxílio de acordo com o tipo de afastamento. Esse auxílio, conforme estabelecido no Decreto 3.048/99, é concedido ao trabalhador após a comprovação da incapacidade para o trabalho, detectado no momento da perícia médica. Se a doença tiver nexó reconhecido com o trabalho, seja acidente de trabalho ou doenças ocupacionais, é concedido o auxílio-doença acidentário; em casos de doenças não relacionadas ao trabalho que incapacitam para a função, é concedido o auxílio-doença previdenciário. Tem direito a esse benefício o segurado que está impedido de trabalhar por mais de 15 dias consecutivos, por motivo de doença ou acidente.

Para trabalhadores com carteira assinada, é de responsabilidade do empregador os custos dos 15 primeiros dias, passando a responsabilidade para a Previdência Social a partir do 16º dia. O contribuinte individual (empresário, profissionais liberais, etc), durante todo o período da doença ou do acidente, receberá benefício desde que requeira. Para fazer jus ao recebimento desse benefício, o trabalhador deve contribuir para a Previdência Social por no mínimo doze meses, exceto em casos de comprovação de acidente de trabalho que não tem

exigência mínima. É feito um cálculo com base nas contribuições para determinar o valor do benefício concedido. (JAIME; CARMO, 2005; BRASIL, 1991).

Quando avaliada a incapacidade para exercer a função habitual e a possibilidade de treinamento em nova atividade, o segurado permanece recebendo o auxílio-doença, não cessando o benefício até que o segurado seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade. Na hipótese de não recuperação da capacidade para o trabalho o benefício poderá se transformar em aposentadoria por invalidez e o segurado, geralmente passa a receber um benefício correspondente a 91% do salário de benefício. (BRASIL, 1991)

A reabilitação é feita através de cursos e treinamentos provenientes de parcerias, contratos e credenciamentos pelas instituições da comunidade, como por exemplo, SESC, SENAI, SENAC. De acordo com os cursos oferecidos pela comunidade, o afastado, teoricamente, pode escolher o curso, levando em conta os pré-requisitos necessários para a participação (GBENIN, 2003). A própria empresa pode assumir a reabilitação de seus trabalhadores através de convênios com o INSS.

Quando o afastado conclui o processo de reabilitação profissional, ele recebe um certificado, indicando as atividades que ele poderá exercer, nada impedindo que ele possa exercer outras atividades (JAIME; CARMO, 2005). Ao término da reabilitação, o trabalhador perde o benefício específico do auxílio-doença. A responsabilidade dos serviços de reabilitação profissional deveria continuar no acompanhamento dos casos, mas na prática, a responsabilidade acaba na alta do trabalhador considerado por eles reabilitado. (SAMPAIO, 1999, p. 810).

5.3. Limites do Programa de Reabilitação do INSS

O lema consagrado pela Reabilitação Profissional é *“Todos têm direito a uma nova oportunidade”*. Segundo a Organização Internacional do Trabalho essa é a sua finalidade. Apesar de almejar a restauração do indivíduo para capacitá-lo ao trabalho, alcançando um ajustamento social satisfatório, não está prevista por lei a garantia de emprego para o segurado afastado. O trabalhador deverá buscar a inserção no mercado de trabalho nas

mesmas condições das demais pessoas ou conseguir a aposentadoria por invalidez (MELO, 2002; MATSUO, 1998).

A literatura nacional sobre os programas de reabilitação da Previdência revela a desconfiança de sua efetividade em relação ao objetivo de manter o trabalhador em atividade. Questionam-se as reais oportunidades de re-inserção no mercado de trabalho para aqueles que estão afastados e com alguma limitação funcional. No atual contexto, parece insuficiente treinar os afastados que são, em sua grande maioria, sem qualificação ou semiquilificados para disputar em igualdade de condições os poucos empregos disponíveis. (MELO, 2002).

Watanabe (2004) descreve experiência de êxito em reabilitação profissional realizada na própria empresa por Convênio de Cooperação Técnica com o INSS. Os resultados mostram avaliação positiva dos trabalhadores, que alegam ter obtido segurança na nova função pela aceitação dos colegas de trabalho e pelos responsáveis pelo acompanhamento do treinamento. Entretanto, esta não é uma forma comum na realidade do país. O que ocorre mais freqüentemente é o desinteresse da empresa com os programas de reabilitação profissional. Algumas empresas oferecem resistência para readaptar um funcionário ou receber um funcionário re-adaptado. Outras podem até deixar o trabalhador sem nenhuma função – eles batem o cartão e esperam sem nenhuma atividade até o encerramento do expediente – ou o colocam em uma função que não se relaciona com a qualificação do indivíduo reabilitado. (MATSUO, 1998).

Os programas desenvolvidos pelos serviços de reabilitação da Previdência podem ser vistos como ações pontuais e imediatas, sem considerar o futuro. Com a velocidade em que ocorrem as mudanças nas relações afetivas, produtivas, sociais e tecnológicas no mundo do trabalho, a reabilitação feita pode tornar-se obsoleta rapidamente (WATANABE, 2004). O tipo de formação é do estilo treinamento tradicional e está dependente da oferta de instituições da comunidade, o que limita o leque de opções para o segurado. Há referências recorrentes à falta de infra-estrutura apropriada para a qualificação do trabalhador, resultando em ineficiência e ineficácia em responder à demanda real de reabilitar (WATANABE, 2004; MATSUO, 1998).

Apesar de estar previsto oficialmente o acompanhamento do segurado após o término da reabilitação, não há suporte adequado para acompanhamento do egresso da reabilitação. Não são oferecidas condições para acompanhar aqueles que retornam ao trabalho nem daqueles que não se adaptam à nova função, ou que ficam à margem do mercado de trabalho (SAMPAIO, 1999, 2003). O possível sucesso do programa de reabilitação profissional acaba por ser atribuído aos relacionamentos sociais no âmbito da família e da empresa (MATSUO, 1998).

Documento do Ministério da Previdência Social de 1993 (MPAS) apontava limitações dos Centros de Reabilitação Profissional, identificando-o como um modelo ultrapassado, com desempenho insatisfatório e propunha mudanças práticas e conceituais. A crítica fundamentava-se na ausência de uma política global da instituição previdenciária para com os acidentados de trabalho e doenças profissionais. Os serviços de reabilitação foram descritos como tendo “atuação dissociada e omissa nas questões de prevenção e fiscalização das condições de trabalho” (TAKAHASHI; CANESQUI, 2003. p. 1474).

A avaliação apresentada por Takahashi e Canesqui (2003) sugere que a situação real ultrapassava esse diagnóstico e a crítica deveria ser contextualizada no cenário de tentativas de desmonte do sistema de proteção social do país. Os autores relatam que, embora as condições fossem desfavoráveis, alguns Centros de Reabilitação Profissional (CRP) realizaram experiências inovadoras, mesmo que de forma temporária. Essas experiências estavam voltadas para a mudança do modelo assistencial, buscando romper com a lógica de recuperação do acidentado sob a perspectiva exclusiva de diminuição dos custos, e desprovidas de vínculos com os pacientes.

O interesse na redução dos custos do sistema previdenciário brasileiro, acompanha as tendências internacionais de imposição de limites à proteção social das políticas inspiradas no modelo neoliberal (TAKAHASHI; CANESQUI, 2003). A lógica da redução de custos já era apontada por Cohn et al (1985, p. 119), quando avaliava que as pesquisas sobre acidente de trabalho estavam voltadas para a perda econômica do empregador e da sociedade – volume de horas perdidas de trabalho – ou pela despesa do seguro social. Dessa forma, não se abordava a perspectiva dos trabalhadores sobre “perda do nível de renda, reformulações sucessivas na divisão de papéis na organização familiar e a esperança de sua reconstituição

plena enquanto força de trabalho”. Essa lógica acompanha as políticas específicas de afastamento e de reabilitação profissional dirigidas para a cessação dos benefícios e minimização do número de aposentadorias por incapacidade laborativa. O objetivo é que o segurado não onere a Previdência Social e volte a contribuir para o seguro, que deixe “de ser um ‘indivíduo-consumo’ e passe a ser um ‘indivíduo-rendimento’” (MELO, 2002, p.94).

Na literatura internacional a tendência a privilegiar a ótica dos custos também é recorrente. A maioria dos estudos enfoca os programas de retorno ao trabalho no interior das empresas, sob o aspecto de diminuição de custos relacionados à doença, pagamentos de indenizações, de despesas médicas e legais, bem como o custo de substituição de empregados. A diminuição do custo e o precoce retorno ao trabalho são vistos como as duas medidas-chave de sucesso dos programas de reabilitação instalados na própria empresa (BROOKER et al, 2001; KRAUSE et al, 1998; VENDRIG, 1998). Tais pesquisas que enfocam a produtividade suscitam críticas sobre a exclusão de avaliações em relação ao penoso retorno à nova função, à perda de salário, aos aspectos psico-sociais e à qualidade de vida do trabalhador. (KRAUSE et al, 1998).

6. METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa qualitativa exploratória, considerada a mais adequada para apreender problemas ainda pouco conhecidos. O pressuposto da metodologia qualitativa não é a busca de estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, procurando compreender o que os fenômenos representam para elas (TURATO, 2005). O significado, para a pesquisa qualitativa nas ciências humanas, é entendido como resultante da “interação entre pensamento e experiência, ancorada em um referencial teórico, não se confundindo com o senso comum”(MARTIN, 2006).

Na pesquisa qualitativa a presença ou ausência de determinado fenômeno de uma dada característica de conteúdo em um fragmento de mensagem que é tomado em consideração, e não a frequência que a informação aparece (BARDIN, 2002). Envolve, portanto a interpretação do conteúdo da narrativa, tendo em vista um marco teórico.

Esta foi a perspectiva metodológica adotada neste estudo, procurando compreender o significado da ruptura com a instância do trabalho por motivo de afastamento por doença, tendo como referencial teórico o significado do trabalho nas novas condições da estrutura produtiva e dos dilemas vivenciados para a inserção no mercado de trabalho.

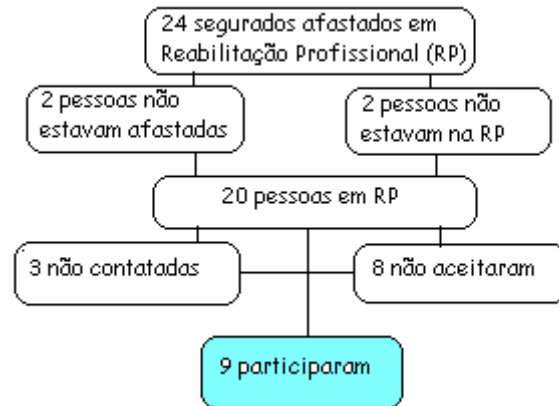
6.1. População estudada

O estudo de campo foi realizado com segurados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) da regional de Belo Horizonte, inseridos no Programa de Reabilitação Profissional.

O interesse em estudar essa população decorreu de uma demanda do Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CERSAT). Segundo avaliação dos técnicos do CERSAT, os trabalhadores que passavam pelo programa de reabilitação profissional não estavam conseguindo se inserir no mercado de trabalho, vários deles com afastamento prolongado.

No levantamento do material documental foram encontrados 24 segurados que estavam em processo de reabilitação profissional e com mais de dois anos de afastamento. Foram feitos os primeiros contatos com esses segurados. Dos 24 registrados no sistema, dois relataram que não estavam em situação de afastamento e dois não estavam na verdade inseridos no

programa de reabilitação profissional naquela ocasião. De fato, o grupo era constituído de 20 pessoas. Desses 20, oito não quiseram participar da pesquisa e não foi possível fazer contato com outros três por mudança de endereço e/ou telefone. Restaram nove pessoas que consentiram em participar da pesquisa.



A participação foi voluntária e os segurados assinaram um termo de consentimento pós-informação para a conscientização dos objetivos da pesquisa e para a participação na pesquisa de acordo com o regulamento do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais com parecer nº: ETIC 547/04 (anexos 3 e 4). Para assegurar o anonimato e a confidencialidade das informações, os participantes receberam um número de identificação.

6.2. Instrumento

O instrumento de pesquisa utilizado foi o da entrevista semi-estruturada. Foi elaborado roteiro sobre o tema central, o afastamento de suas profissões com sub-temas relacionados ao trabalho e saúde, sentido que o trabalho assume na vida das pessoas, o papel da reabilitação profissional, expectativas sobre re-inserção no mercado de trabalho, dimensões consideradas relevantes para a compreensão da vivência dos trabalhadores afastados por doença das atividades produtivas.

O roteiro de entrevista foi submetido a pré-teste com três segurados que atendiam aos mesmos critérios em uma agência da previdência social. Tal procedimento permitiu levantar as dificuldades da aplicação e reformular a condução da entrevista.

6.3. Coleta e Análise dos Dados

As entrevistas foram realizadas, em sua maioria, na Faculdade de Medicina da UFMG, em uma sala reservada do Departamento de Medicina Preventiva e Social, a fim de que houvesse privacidade tanto para a pesquisadora como para o entrevistado. Somente dois participantes não puderam comparecer ao local e as entrevistas foram realizadas em suas casas. A duração média das entrevistas foi de 60 minutos. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora. Na época da coleta de dados, todos os participantes já tinham passado pelo treinamento de nova função.

Os participantes foram convidados a discorrer livremente sobre o tema apresentado, o afastamento do trabalho, e o retorno ao assunto em foco foi direcionado pelos sub-temas constantes no roteiro de entrevista. As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente pela mesma pesquisadora. Os dados foram tratados pelo Software NUD*IST (N4), programa que permite organizar os dados qualitativos, extrair trechos de textos e fazer a correspondência com as categorias analíticas.

Durante a fase de codificação, para categorização da população, foram registradas as características individuais como sexo, faixa etária, grau de escolaridade, situação conjugal, número de filhos. Foram levantados os diagnósticos das doenças, tipos de benefícios concedidos e cargos que exerciam antes do afastamento e para os quais estavam sendo reabilitados.

Para a seleção de categorias de análise foi realizada inicialmente leitura flutuante do material para familiarização com os conteúdos da narrativa (BARDIN, 2002). Em seguida, em confronto com o marco teórico, foram selecionadas as categorias, que foram desdobradas em sub-categorias e que constituíram os destaques apresentados nos resultados.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos nove entrevistados, cinco são do sexo feminino, a maioria é casada, o número de filhos varia de um a cinco e somente uma não tem filho. A escolaridade da grande maioria é de ensino fundamental incompleto e apenas uma possui o ensino médio completo. As idades variam entre 26 e 49 anos, predominando a faixa etária acima de 36 anos (quadro 1).

Quadro 1: Caracterização dos entrevistados

Entrevista	Sexo	Idade	Situação conjugal	Escolaridade*	Nº de filhos	Tipo de benefício**	Último cargo	Tempo de afastamento
E1	F	38	Solteira	1ºGI	1	B-91	Auxiliar de produção	4 anos
E2	F	39	Casada	1ºGC	4	B-31	Copeira	4 anos
E3	M	39	Casado	1ºGI	2	B-91	Ajudante de produção	5 anos
E4	F	36	Casada	1ºGC	2	B-31	Almoxarife	6 anos
E5	F	26	Solteira	2ºGC	0	B-31	Escriturária	4 anos
E6	F	36	Solteira	1ºGI	5	B-31	Vendedora	4 anos
E7	M	44	Casado	1ºGI	2	B-31	Eletricista de autos	3 anos
E8	M	28	Casado	1ºGI	1	B-91	Preparador de máquinas para chapas	2 anos
E9	M	49	Casado	1ºGI	2	B-91	Jateamento de areia	4 anos

Legenda: * 1ºGI: primeiro grau incompleto 1ºGC: primeiro grau incompleto 2ºGC: segundo grau completo; ** B31: benefício auxílio-doença previdenciário B91: benefício auxílio-doença acidentário

Fonte: Prontuários da Agência da Previdência Social da regional pesquisada

As causas de afastamentos do trabalho ocorreram por motivos de doença relacionada ao trabalho. Quatro entrevistados afastaram-se por LER/DORT; dois por acidente de trabalho/trajeto; dois por acidente de trabalho e um por doença comum, que apesar da

caracterização formal da doença, a seqüela de queimadura que o incapacitou para o trabalho era proveniente dos movimentos repetitivos com o pé na ocupação de eletricista de autos.

Uma das entrevistadas experimentou dois afastamentos, o primeiro por LER quando era faxineira e o último, por lesão no pé provocada por queda no trajeto para compra de café, quando era copeira. Foi considerado para a discussão o último período de afastamento. As causas de afastamentos do trabalho ocorreram por motivos de doença no processo de trabalho. Cinco trabalhadores recebem auxílio-doença previdenciário (B-31) e quatro, auxílio-doença acidentário (B-91) (quadro 1).

O tempo em que segurados permaneceram afastados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social INSS (Previdência Social) foi superior a dois anos, com a maioria situada entre quatro e seis anos (quadro 2).

Quadro 2: Tipo de doença e curso indicado para os entrevistados

Entrevista	Tipo de doença	Curso realizado na Reabilitação profissional
E1	Tendinite em membro superior direito (DORT)	Vendas
E2	Seqüela de fratura no pé	Ascensorista
E3	Tendinite ombro e cotovelo direito (DORT)	Porteiro e Padeiro
E4	Síndrome do desfiladeiro torácico (DORT)	Costureira
E5	Fibromialgia (DORT)	Ajudante escriturária
E6	Seqüela de fratura de fêmur direito	Costureira
E7	Seqüela de queimadura do pé direito	Porteiro
E8	Amputação traumática do II a IV dedos da mão esquerda	Porteiro
E9	Silicose	Eletricista

Todos os trabalhadores tinham vínculo formal de trabalho no último emprego. A maioria ocupava cargos de baixa qualificação antes do adoecimento. – copeira, almoxarife, preparador de máquinas, entre outros – apenas um deles era qualificado em uma função ligada ao trabalho industrial (E9).

Todos haviam recebido alta recentemente (quadro 2) e se encontravam na condição de procurar formas de sobrevivência.

7.1. Significado do Trabalho

7.1.1. A importância do trabalho percebida pelo não-trabalho

As circunstâncias da experiência negativa do desemprego como reveladora da valorização social do trabalho já havia sido mencionada por Antunes (2005) e se reproduz no estudo qualitativo sobre o significado do trabalho para desempregados de longa duração de Borges (2001). Os resultados desta pesquisa reafirmam essa tendência. A importância atribuída ao trabalho apareceu com evidência, não quando as pessoas se referiam ao trabalho que exerciam antes da doença, mas quando o perderam com o afastamento e com o desemprego a que já estão submetidos, assim se expressando:

Quando a gente tá no serviço trabalhando, é melhor... eu não agüento ficar sem fazer nada, a pessoa que já ta acostumada a trabalhar não consegue, é horrível... no trabalho é bom porque a gente esquece, distrai... refresca a mente, refresca a cabeça... eu gostava de trabalhar na copa, distrai, né. (E2,39 anos, sexo feminino)

Trabalhando, era a melhor coisa que tem! A gente só pensa coisas boas, pensa no futuro... era uma coisa fantástica, fantástica mesmo... Qualquer serviço, quando você tá trabalhando você esquece o problema da vida né... você esquece dos problemas... sem fazer nada é impossível. É muito impossível porque a gente já acostumou. A gente acostuma e você não agüenta ficar sem. Eu não agüento ficar a toa de jeito nenhum... imagina se você fica sentado em casa, olhando pras paredes, sem trabalhar fatalmente não é legal... se ficar à toa, você acumula muitos maus pensamentos (E9, 49 anos, sexo masculino)

Eu to deprimida, não to agüentando ficar em casa, acordar e não ter nada o que fazer (E5, 26 anos, sexo feminino).

O uso de expressões como “o trabalho é fantástico”, “é melhor coisa que tem” ou na sua forma negativa “sem trabalhar fatalmente não é legal”, “é horrível”, exemplificado nos trechos das entrevistas citados acima, aparece em várias outras falas dos pesquisados. O

trabalho cria um hábito que preenche a vida, é lugar para “distração” dos problemas cotidianos, cuja falta não pode ser preenchida de outra maneira. E tal sensação não depende do gênero ou da idade. Homens e mulheres pesquisados referem-se explicitamente ao trabalho em oposição ao ficar em casa como se fosse algo vazio, revelando dificuldade de lidar com o tempo ocioso.

Os entrevistados, com apenas uma exceção, demonstram uma sensação afetiva, nostálgica com o trabalho que exerciam anteriormente, relação rompida há mais de dois anos, assim se expressando: “gostava de trabalhar”; “queria continuar fazendo isso... era muito bom, gostava demais”; “preciso voltar a trabalhar, queria trabalhar, produzir”; “gostei do trabalho, tinha dia que era mais difícil, de conseguir fazer tudo, mas fazia”. É como se o último emprego já tivesse esvaziado seu sentido com o tempo, afinal eles não podem mesmo exercer mais a antiga profissão.

A necessidade do trabalho para a sobrevivência é ressaltada pelos entrevistados. Um deles revela sua angústia por ter de procurar formas de manter as condições básicas de vida:

Sem trabalhar, logicamente vem uma conta de água, de luz... você tem que pôr o que comer dentro de casa, é logicamente que aí você vai pensar no mundo inteiro, Nossa Senhora!... fica impossível ficar a toa porque você tem família... então a gente tem que trabalhar em cima do lápis mesmo, fazer a continha pra dar conta (E9, 49 anos, sexo masculino).

O problema da sobrevivência aparece em todos os depoimentos. Para as mulheres que não são chefes de família, além da perda nas condições de vida, agrega-se a dependência financeira, como dizem duas das entrevistadas: “sem dinheiro não dá não... depender do marido... nem!... nunca dependi dele” (E2, 39 anos, sexo feminino) e “eu fico nas costas dele [marido] e se pudesse, eu queria era ficar trabalhando” (E4, 36 anos, sexo feminino).

7.1.2- Dificuldades no mercado de trabalho

A referência quando os entrevistados falam do trabalho desejado é aquele trabalho assalariado, com carteira assinada, “fichado”, que eles tinham antes do afastamento:

Sempre preocupei em trabalhar na empresa, em sempre ter condições de ser alguém e não ser considerado "joão ninguém"...por isso eu sempre gostei de trabalhar fichado. Nunca gostei de não fichado. (E7, 44anos, sexo masculino)

Cinco anos de carteira sem assinar, eu acho que ninguém me dá trabalho... preconceito... eu acho que eles pensam que eu não sou capaz de fazer nada, entendeu ninguém quer fichar você... (E3, 39 anos, sexo masculino).

Os pesquisados percebem as dificuldades e mesmo a impossibilidade de estabelecer vínculo formal de trabalho. Continuam tendo como horizonte o trabalho formal que aparece de forma implícita ou explícita como “o trabalho” ao longo da narrativa dos participantes. Mantém-se, portanto, o significado do trabalho atrelado ao modelo do industrialismo que se expressa em salário e direitos trabalhistas e que diminuem crescentemente de importância na estrutura ocupacional da sociedade contemporânea. (MENEZES FILHO; MENDES; ALMEIDA, 2004; DIAS, 2002).

A condição objetiva do mercado de trabalho seleciona a população que vai trabalhar e as chances de emprego estão distribuídas desigualmente entre os diferentes grupos sociais (FERNANDES, 2004; SELIGMANN-SILVA, 1997). Idade e escolaridade são critérios seletivos que os participantes da pesquisa percebem com clareza:

Por causa da minha idade, tem muito preconceito de idade, hoje é muito difícil... Você tem que ter um estudo também, porque se não tiver também, você não consegue... Mas é difícil pela idade, eles olham muito pela idade, se não tiver segundo grau também... (E9, 49 anos, sexo masculino)

Tem a minha idade que não ajuda, o tempo de afastamento, a escolaridade. Hoje em dia, nessa profissão que eu tenho não consigo mais emprego por causa da escolaridade... só se for bico, mas de carteira assinada, não. (E1, 38 anos, sexo feminino).

A percepção da exigência de qualificação que se resume ou se restringe à escolaridade formal é semelhante ao encontrado por Borges (2001). A referência à idade que aparece nos depoimentos juntamente com a escolaridade pode se dever à faixa etária de grande parte dos participantes desta pesquisa, com sete deles acima de 35 anos.

Apenas um entrevistado refere-se à experiência anterior como fator de influência para inserção no mercado de trabalho: “tem a coisa da idade também, e além da idade tem que ter experiência... e fica mais difícil arrumar emprego” (E3, 39 anos, sexo masculino). Para o incapacitado em reabilitação, esse é um requisito que ele não possui. Em relação à qualificação, ele entra no mercado de trabalho semelhante aos iniciantes em uma profissão, pois perdeu o saber fazer da ocupação anterior.

Os entrevistados destacam o peso da doença e da incapacidade que diminui o leque de possibilidades na inserção no mundo do trabalho, diretamente referido em três entrevistas,

Fiquei de pé e mão atada porque eu fiquei muito tempo afastada. Então, pra eu entrar no mercado de trabalho outra vez, até pra isso...não sei não... não sei o que vai surgir na minha vida... eles não vão me colocar não. Na minha idade não dá... daí você já vê ... Pra você entrar no mercado de trabalho... o povo tem preconceito... Eu nem sonho mais! ... a carteira eu nem gosto de mostrar (E6, 36 anos, sexo feminino).

Percebi que arrumar outro emprego é difícil. Minha carteira tá suja. Todo mundo vai saber que eu tenho LER... com a minha carteira do jeito que é, e tem uma outra com a carteira limpa, eles vão dar preferência pra outra, pra que não tem nada na carteira...eles [mercado de trabalho] têm preconceito, eles não querem aceitar alguém com lesão (E5, 26 anos, sexo feminino).

Eles [mercado de trabalho] não me querem não... Se eles souberem que eu sou doente, com problema, no braço, perna... e tem tudo na minha ficha... Outra empresa não pega eu não... A gente é discriminada, preconceito... To num beco sem saída! (E2, 39 anos, sexo feminino).

Estudos de Sampaio (1999, 2003) sobre o retorno ao trabalho de reabilitados mostram existir evidências de que pior estado de saúde, alguma incapacidade e nível de escolaridade baixo são fatores desfavoráveis do retorno trabalho. As expressões: “beco sem saída”, “pé e mão atada”, “nem sonho mais”, “não querem aceitar alguém com lesão” mostram o desalento que os pesquisados sentem frente ao desafio de inserção no mercado de trabalho. A “carteira suja” é um obstáculo a mais que carregam para a busca de emprego.

O estigma de trabalhador-doente é produzido nos ambientes de trabalho e continuamente reforçado nos consultórios médicos e psicológicos, nos serviços especializados em doenças ocupacionais, no próprio meio familiar, na sociedade em geral. A estigmatização é descrita na literatura como um dos fatores que se alia a outros ligados à doença em si, contribuindo

para que o indivíduo se distancie dos outros, o que pode dificultar ainda mais a re-inserção no mercado de trabalho, podendo trazer agravos em suas condições de saúde. (MARTINS; ASSUNÇÃO, 2002).

Mesmo que desejem voltar ao trabalho, os entrevistados relatam sentir limitações físicas para realizar até mesmo atividades de vida diária:

Trabalho braçal eu não dou conta. O que eu posso fazer? Em casa eu não consigo nem ajudar em casa... só tarefas mais leves que eu consigo ajudar em casa. O que tem que fazer muito esforço... eu não dou conta... serviço braçal eu não dou conta, eu to com problema. (E3, 39 anos, sexo masculino)

Cozinhar dói, varrer a casa, lavar o cabelo, pentear o cabelo, tudo dói... já tentei acupuntura... não consigo fazer nada pra ajudar... igual eu tava te falando, tem dia que eu não consigo nem pegar numa caneta pra escrever. Nem consigo ajudar a minha irmã nas coisas de casa. (E5, 26 anos, sexo feminino)

Eu não posso mais trabalhar de vendedora mais porque eu não posso mais ficar em pé... eu não posso mais... tem que ser uma coisa bem leve. (E6, 36 anos, sexo feminino)

Dessa maneira, às características excludentes de idade e escolaridade se acrescentam o preconceito contra o doente-afastado, o que representa mais do que a somatória de fatores individuais. Configura-se uma carga muito pesada que distingue os afastados dos trabalhadores com as mesmas características sócio-demográficas em busca de emprego.

A literatura mostra que as novas exigências da reestruturação produtivas oferecem como a última alternativa, o bico, a forma mais precária do mercado informal (SELIGMAN-SILVA, 1997). Para essa parcela da força de trabalho, o bico fica sendo quase a única, como eles mesmos percebem:

Pra eu não ficar parada de tudo ainda faço uns bicos... Minha irmã mexe com botões, mas era dentro de casa mesmo... eu ajudava e ela me dava um dinheirinho. O bico do restaurante surgiu agora, pouco tempo... lá eu vou de vez em quando... só quando alguém falta, ou folga de alguém, ou alguém que precisa ir no médico... se faltar, eu vou, só de vez em quando... mas o meu dinheiro nem pro remédio dá direito. Se eu pegar um bico daqui, um bico dali, vou me virar, mas se não tiver, como é que vai ser? (E6, 36 anos, sexo feminino).

O bico é por necessidade... é um condomínio simples, eu tiro as férias do pessoal. Só cobrindo férias...às vezes eu vou tirar folga lá do fim de semana... não é toda semana não... faço porque tem necessidade de fazer. (E9, 49 anos, sexo masculino)

A minha mãe tem um bar e eu ajudo eles... no que eu posso e no dia que eu posso...eles me dão um dinheirinho e eu ajudo nas despesas de casa. (E1, 38 anos, sexo feminino)

Mesmo durante o afastamento, alguns entrevistados relatam terem realizado “bicos” eventuais como complementação do benefício previdenciário e outros não conseguiam sequer realizá-los pela incapacidade física.

Observa-se que aqueles que conseguem desempenhar atividades mesmo com suas limitações físicas sentem-se dependentes de contatos pessoais e familiares para ter acesso a esses “bicos”. As redes sociais têm hoje papel fundamental nas estratégias da busca de emprego, principalmente no que se refere ao grupo familiar, importante fator de explicação do êxito de obtenção de emprego (GUIMARÃES, 2002). Entretanto, os pesquisados em razão de suas condições de vida e do isolamento social desde a ruptura com o trabalho contam com um círculo de relações sociais cada vez mais restrito. O “bico” pode mesmo parecer uma forma de ajuda a alguém necessitado porque que “dá um dinheirinho” e não substitui do ponto de vista simbólico, “o” trabalho.

7.1.3. As perdas na sociabilidade

Segundo a literatura, uma das justificativas da persistência da centralidade do trabalho na sociedade contemporânea é a possibilidade de favorecer contatos sociais. Sua importância como elemento de integração social – de engajamento, de configuração de relações sociais no tempo e no espaço e seu papel de símbolo de reconhecimento social – é destacada por vários autores (LIMA, 2003; CLOT, 1999). O não trabalho significa perda nas possibilidades de convívio social:

Depois que eu afastei, eu perdi contato [com os colegas de trabalho]...[Os vizinhos] eles falavam assim: Vida boa! Vai trabalhar mais não? O que

aconteceu? Você afastou? O que aconteceu com você?... Assim, tem certas coisas que a gente... não dá pra ficar esparramando, não...o bom é a gente ficar calado. (E2, 39 anos, sexo feminino)

Os vizinhos quando você tá bem, eles tão bem com você, mas no fracasso, logicamente que não são todos, alguns se afastam... é desse jeito, a vida é essa... e aí a gente se sente solitário mesmo... a gente fica constrangido com isso... mas isso passa, não levei nada a sério e hoje tá normal. (E9, 49 anos, sexo masculino)

Eu não tenho contato com eles [colegas de trabalho]...Eu escondo às vezes, eu saio correndo dos colegas... porque na época do acidente, eu não saía de casa. Minha mulher falava que eu tinha que sair e não ficar com vergonha. (E8, 28 anos, sexo masculino)

O isolamento social aparece para alguns dos entrevistados como uma escolha, uma opção pessoal em resposta à representação social sobre a doença e o afastamento. A restrição do convívio social se dá por vergonha de não estar em atividade produtiva. Assimilam o preconceito social de o desemprego ser igual à vagabundagem (NARDI, 1999).

7.2. Do afastamento à reabilitação profissional

7.2.1. A relação entre o trabalho e a doença

A relação do trabalho com a doença ou com a perda da capacidade de desempenhar a profissão que exerciam é muito clara para os pesquisados, conforme se observa nos relatos exemplificados abaixo:

Eu mexia com chicote elétrico, parte elétrica de carro... Tinha seis anos que eu trabalhava lá... Quando eu comecei a sentir dor. Eu tive tendinite... Eles me falaram que era pra eu ficar fazendo serviço de escritório, só que eu não agüentei... Doía muito. Eu trabalhei dois dias só e depois eu fui pro arquivo. Fiquei mexendo porque era um serviço mais leve, mas depois eles me mandaram embora... Estava fechando o galpão, teve redução de funcionário e eu fui uma delas... (E4, 36 anos, sexo feminino).

Eu trabalhava na empresa... eu era preparador de máquina... Mas eu que preparava a máquina e operava a máquina... eu tava operando a máquina e não era minha função. Eu fazia serviço de ajudante, de tudo. Aí os botões...eu falei pra eles trocar os botões que estavam ruins, só que eles não trocavam os botões... chegou um certo dia e aconteceu de eu apertar os botões, ele travou, a máquina desceu e cortou meus dedos.Quando eu acidentei... Fiquei afastado (E8, 28 anos, sexo masculino)

Quando eu afastei, eu afastei tarde, já tava em processo a tendinite, não melhorava, piorava... Antes eu tinha só no punho, mas eu não falei nada e não afastei. Foi só piorando e foi só aumentando a dor... e eu deixando, não parava de doer, era tendinite, tendinite aguda e foi subindo pro meu braço... aí eu afastei pelo B91, acidente de trabalho. (E5, 26 anos, sexo feminino)

Eu trabalhei 20 anos com essa profissão. Eu afastei por motivo de lesão de acidente de trabalho que é a silicose...causada pela poeira, essa poeira é do jateamento de areia, jateamento de peça... Com o passar do tempo, devido que foi muito tempo, não tem como você evitar. Aí descoberta a silicose, aí eu tive que parar... então o único lugar que eu poderia recorrer era o INSS (E9, 49 anos, sexo masculino)

Apesar da evidência mostrada na percepção do nexo causal entre sua incapacidade e as condições de trabalho ou com os movimentos e posturas exigidos no desempenho das tarefas, os portadores de doenças sem alterações visíveis ou palpáveis por exames, como no caso da LER/DORT, tiveram dificuldade em obter o direito ao afastamento por resistência da empresa.

Tal dificuldade em relação à LER/DORT é recorrentemente descrita na literatura. Estudo empírico de Magalhães (1998) relata o sofrimento causado em trabalhadores com LER/DORT pela desconfiança médica e social sobre a existência da doença. No exemplo abaixo, o médico do trabalho da empresa representou o primeiro obstáculo, o do reconhecimento da relação direta entre o trabalho e a sua doença:

Ela [a médica do trabalho] não queria que eu fosse pro INSS... Mas ela viu que não tinha mais jeito e disse: agora eu tenho que te dar 15 dias pra você poder ir pro INSS porque não tinha mais como ficar só no atestado. Nisso, a médica me afastou e disse que o problema que eu tinha não era causado pelo o que eu fazia, foi desencadeado. (E1, 38 anos, sexo feminino)

Empecilhos da empresa para solicitação de afastamento pela Previdência Social não foram percebidos pelos trabalhadores com doenças de diagnóstico clínico, com alterações visíveis. Não há referência a obstáculos dessa ordem nos relatos de cinco dos entrevistados que sofriam de patologias ou lesões como silicose, fratura de fêmur, amputação dos dedos, cirurgia de correção de seqüela de queimadura e fratura no pé.

Em dois casos, o direito de afastar-se foi substituído pela demissão, por alegação pela empresa de necessidade de redução de funcionários. Entretanto, um deles desconfia da justificativa da demissão, que, para ele, se relacionaria, realmente, à sua doença: “Eles não podiam mandar [embora da empresa], mas eles falaram que era redução de funcionário, mas eu sei que foi meu problema de tendinite” (E3, 39 anos, sexo masculino).

De uma maneira geral os pesquisados não conheciam seus direitos nesse primeiro momento de reconhecimento da sua doença, como aqueles relativos à estabilidade prevista na legislação previdenciária. Apenas dois dos participantes, a de maior nível de escolaridade e o portador de silicose sabiam de seu direito à estabilidade e de afastamento por acidente de trabalho (E5 e E9). Os demais não conheciam os tipos de afastamento e nem mesmo a possibilidade de afastar. Obtiveram posteriormente informações por amigos, pessoas que haviam passado por situação semelhante. Dois entrevistados recorreram à intermediação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CERSAT. Os depoimentos abaixo exemplificam essas situações:

Eu nem sabia que eu tinha direito de afastar. Uma amiga minha que já tava afastada que me falou. Aí eu fui mexendo com os papéis e fui no médico do CERSAT que ajuda a gente com problemas assim igual ao meu e eu consegui afastar fácil (E4, 36 anos, sexo feminino).

O meu afastamento é pelo B31[doença comum]. Eles da firma me falaram, me deram a CAT, mas falaram que não precisava preencher... a médica falou que não precisava (E1, 38 anos, sexo feminino).

7.2.2. A via *crucis* na previdência

Quando o trabalhador chega ao INSS, inicia-se uma rotina, que os entrevistados, em geral, consideram ser “estressante”, “chata”. Um jogo de “empurra-empurra” entre empresa e a instituição. O primeiro passo é a perícia médica que será repetida durante todo o período de afastamento. Os entrevistados identificam o médico perito como o verdadeiro responsável pelas decisões relacionadas à sua doença e ao afastamento:

O que vale é o atestado médico, é o relatório do médico... se eu chegar e falar "eu to sentindo isso e isso, não to me adaptando bem, eu acho que eu não vou sair bem", se eu falar com elas não resolve nada... não resolve não. É tudo na base do exame, relatório médico. (E9, 49 anos, sexo masculino)

Por isso, a perícia é o ponto crucial para os trabalhadores. O médico aparece como o “juiz” para decidir a capacidade ou não da força de trabalho. A perícia médica chega a se confundir com a da instituição previdenciária, a representar o aparelho do Estado, no caso a Previdência Social (NARDI, 1999):

Aí eu entrei no INSS pra começar a receber, sabe e aí eu fui fazendo perícia... fazendo perícia, perícia... me dava 3 meses, aí passava, me dava mais 3. Isso aí, até dar 6 anos. (E6, 36 anos, sexo feminino)

Os trabalhadores percebem que a lógica da Previdência é de manter a força de trabalho ativa utilizando expressões como “O INPS acha que eu ainda tô boa pra trabalhar”, “pode ser o que for que o INSS te dá alta”; “eles dispensam a gente”.

A lógica da diminuição de custos e das concessões de aposentadorias por incapacidade laborativa já está discutida na literatura internacional e nacional. (MELO, 2002; BROOKER et al, 2001; KRAUSE et al, 1998; VENDRIG, 1998; CONH, 1985). Essa lógica institucional pode conduzir, mesmo que por uma ação não intencional, à adoção de uma forma de atendimento médico que tem por princípio colocar em dúvida o sofrimento do paciente (NARDI, 1999). Em sete depoimentos, os trabalhadores queixam-se de existir desconfiança por parte dos médicos peritos em relação ao seu sofrimento, como nos dois exemplos abaixo de portadores de LER/DORT:

Eles não dão valor ao que a gente sente... fica parecendo que a gente tá mentindo... como eles não vê, eles acham que a gente tá mentindo... to ainda com problema, eu to te explicando tudo que eu to sentindo... aí ela disse: "o seu braço só incha e dói. Não aparece mais nada"... sei lá o que ela queria ver, carçoço, buraco, deve ser assim. (E4, 36 anos, sexo feminino)

Eles achavam que eu tava mentindo, que eu não tava sentindo dor e eles não me trataram bem... eles dão alta e nem olham a gente... eu acho que os médicos do INSS não dão importância pra gente não... Não dá pra ver a dor, não tem um aparelho que mede a dor, então... (E1, 38 anos, sexo feminino)

Os entrevistados percebem a racionalidade que está por trás da perícia e da dificuldade de se reconhecer a “doença invisível”. As imagens de “caroço, buraco” como evidências necessárias para a doença, aparecem no depoimento acima. É como se os trabalhadores precisassem adotar os melhores argumentos para convencer sobre a veracidade de sua doença e comprovar sua incapacidade (NARDI, 1999). Estes resultados corroboram os encontrados nos estudos de Luz (2004) e Nardi (1999) sobre o sofrimento dos trabalhadores em relação à descrença do médico-perito. Em pesquisa de Melo (2003), há relato por médico perito sobre uso de “macetes” – jogar algo no chão para ver como ele reage – para confirmar a presença ou ausência dos sintomas e debilitações advindas da doença.

É recorrente nos discursos dos pesquisados o uso nas avaliações sobre o papel da perícia médica de expressões, tais como: “não ligam pra o que a gente fala”, “não dão importância”. Clima semelhante encontra-se nos relatos dos pesquisados sobre o INSS como um todo, reproduzindo a mesma sensação de insatisfação em relação à perícia. A grande maioria dos participantes da pesquisa revela sentir rejeição da instituição em relação ao segurado:

Eles [o INSS] têm descaso total com o pessoal que tá lá precisando... Tem gente morrendo lá na porta, que tá inválido e não consegue nem aposentadoria, imagina eu que só sou lesionada, não sou inválida... Muito descaso!... Eles não querem nem saber. (E5, 26 anos, sexo feminino)

O INSS não tá nem aí, tem preconceito... Eu acho um absurdo eles darem alta pro paciente sem ele conseguir [sem a recuperação da doença]... Eu acho um descaso...O INPS não quer nem saber, eles querem te ver na rua... eles não estão nem aí. (E3, 39 anos, sexo masculino).

A palavra descaso aparece em praticamente todas as falas, ou então os entrevistados utilizam-se de sinônimos para traduzirem a pouca importância que parecem ter para a instituição. Deve-se lembrar que essas pessoas passaram por afastamento de longa duração

e por isso suas impressões são frutos de uma experiência, de um contato permanente com o INSS.

7.2.3. De que reabilitação profissional se trata?

A reabilitação profissional é, teoricamente, o estágio que fecha um período de afastamento, à medida que o trabalhador ainda pode recorrer a um novo período. É um passo obrigatório previsto na legislação previdenciária nº. 8213 de 24 de julho de 1991 e deveria “fornecer os meios indicados para o reingresso do segurado no mercado de trabalho e ao contexto em que vive” (BRASIL, 1991).

A obrigatoriedade de reabilitação é vista pelos entrevistados – com uma única exceção em que houve demanda espontânea – como imposição:

A gente tem que fazer essa reabilitação, esse curso... A gente é obrigada a fazer... Se eles determinaram que você tem que fazer, você tem que fazer... Se você descumprir a ordem, eles te dão a alta... Então certamente você é obrigado a fazer. (E9, 49 anos, sexo masculino, silicose, trabalhava com jateamento de areia e fez curso de eletricidade)

Os afastados não têm, realmente, outra escolha. Se não cumprirem a exigência de fazer o curso, eles recebem alta do INSS, o que, para os entrevistados, é uma punição: “Eu quis porque se eu não aceito, eles me davam alta... aí fui lá” (E3, 39 anos, sexo masculino, LER/DORT, era ajudante de produção e fez curso de portaria e padeiro), “a gente tem que fazer por obrigação” (E4, 36 anos, sexo feminino, LER/DORT, era almoxarife e fez curso de costureira) e “era obrigada a fazer um curso, obrigada porque senão ela me liberava” (E1, 38 anos, sexo feminino, LER/DORT, auxiliar de produção e fez curso de vendas). Outras referências à imposição aparecem também no decorrer das entrevistas de outros participantes.

Na teoria, há possibilidade de o segurado escolher o curso que mais se identifica com seu perfil. Na prática, a escolha está limitada pela oferta de cursos por instituições da comunidade (SESC, SENAC e outras) custeados pelo INSS. A equipe de reabilitação profissional, quando indica um curso, deve confrontar a os cursos oferecidos com o perfil

dos afastados, no entanto, a oferta é limitada. Os entrevistados sentem a dificuldade de se encaixarem no catálogo de ofertas e mostram que a decisão final não é deles:

Eles me mandaram fazer, mas eu tinha pouca opção de curso por causa da minha escolaridade... também por causa do problema... Olhei no catálogo, mas não tinha opção... tinha um monte de coisa que eu queria fazer, mas não tinha opção por causa da escolaridade... ela falou comigo que eu ia no curso de costureira. Ela me pôs lá. Não tinha outro né?! (E1, 38 anos, sexo feminino, LER/DORT, era auxiliar de produção e fez curso de vendas)

Eu escolhi uma que não foi ideal pra eles, não é? Porque pelo meu grau de estudo, pra eles não serviu... a gente até que escolhe o curso, mas às vezes tem um curso que a gente escolhe que não serve... tem o grau de estudo né, pela idade às vezes não serve... aí você tem que escolher outro (E9, 49 anos, sexo masculino).

É um curso que fica mais sentado... é um serviço mais leve... eu aceitei... não vou dizer que eu gosto... eu não gosto não (E8, 28 anos, sexo masculino, amputação traumática de dedos da mão, era preparador de máquinas para chapas e fez curso de portaria).

Esses entrevistados atribuem a características próprias a pequena possibilidade de escolha do treinamento. Resignam-se com suas limitações pessoais de escolaridade, idade, tempo de afastamento e doença.

A forma de seleção dos cursos mostra a pouca importância atribuída à reabilitação profissional na política previdenciária. Embora esteja previsto como objetivo a preparação para o mercado de trabalho, as alternativas oferecidas para os trabalhadores de baixa escolaridade são as tradicionais, com muito pouca possibilidade de atender às necessidades daqueles com perda de capacidade funcional por doença. Apesar de haver descrições de experiências de programas de reabilitação que procuraram levar em conta os interesses do trabalhador afastado, elas foram transitórias e não caracterizam o que acontece normalmente nos serviços de reabilitação profissional (TAKAHASHI; CANESQUI, 2003).

Todos os participantes do programa de reabilitação desta pesquisa, com exceção daquele que procurou espontaneamente o serviço de reabilitação, avaliam de forma negativa os cursos que fizeram: “não serve pra nada”, “não adianta” ou dizem que não gostariam de exercer aquela profissão. Também reclamam que o curso não os habilita para a prática.

Conforme diz um entrevistado: “O curso é fácil, todo mundo tira o diploma. É fácil... mas na hora do contato das pessoas, tem que lembrar tudo que aprendeu” (E7, 44 anos, sexo masculino, seqüela de queimadura no pé, era eletricista de autos e fez curso de portaria). O trecho abaixo é outro exemplo da falta de efetiva habilitação para um novo ofício:

E eu fui fazer o curso de injeção eletrônica, de automóveis, mas a gente não aprende... Eu não aprendo nada porque tudo é na base do papel, desenho, essas coisas... Fiz os 3 meses... Lá é o seguinte, quem aprende ou não aprende o diploma tá na mesa. É assim... Pra mim não tive muito sucesso não... Não é aquilo que você imaginou... Eu cheguei a ganhar o diploma de injeção eletrônica, mas, igual eu to te falando, não aprendi nada. Aprendi quase nada lá... Então a reabilitação pra mim não foi legal. (E9, 49 anos, sexo masculino, silicose, trabalhava com jateamento de areia e fez curso de eletricidade).

Um entrevistado revela ressentimento com a sugestão do curso e da profissão porque se a seguissem, teriam queda de prestígio e de salário na estrutura ocupacional, considerando a antiga ocupação:

Eu tinha várias opções e eu escolhi uma que eu gosto muito... eu não ia ficar parado... era uma profissão melhor, que era eletricista de automóveis... Dentro de todos não tinha nenhum dentro da minha escolaridade... Ela foi e achou que pelo meu grau de estudo era só esse mesmo... Eu não posso negar e aceitei... Eu sou homem diplomado na minha área e vou trabalhar de porteiro?...Foi ela que escolheu... eu tava desempregado, estava sim... mas pra aprender a trabalhar de porteiro, eu poderia sim. Aprender tudo bem, mas o negócio é fazer... (E7, 44 anos, sexo masculino, seqüela de queimadura no pé, era eletricista de autos e fez curso de portaria)

Duas participantes da pesquisa realizaram a reabilitação profissional por convênio com o INSS, na própria empresa na qual trabalhavam. Mesmo nestes casos, houve insatisfação com o treinamento. Matsuo (1998) já havia relatado a pouca atenção das empresas com os funcionários em reabilitação, deixando-os sem função específica ou mesmo sem função. Uma das entrevistadas revela não estar adquirindo realmente treinamento. Ressente-se de não ter tido o que fazer durante o período. A outra avalia a escolha da função como inadequada para sua condição de saúde:

Essa reabilitação não adiantou de nada... elas não me acompanharam e não fizeram nada... eu fiquei lá na minha empresa e eles me mandavam mexer com envelopes, malotes e essas coisas mais leves, quando tinha coisa pra fazer. Chegava lá e não tinha nenhum serviço... eu só ajudava quem tava lá, de vez em quando. Fazia capturação de envelope, mas tinha dia que não fazia... tinha dia que não fazia nada. Ficava o dia inteiro a toa, pra passar o tempo... a reabilitação profissional não ajuda em nada. Não me ajudou em nada... me colocaram na empresa e eu não tinha função nenhuma. Não fazia quase nada (E5, 26 anos, sexo feminino, LER/DORT, era escrituraria e fez curso de ajudante de escriturária).

Pra mim, esse serviço não dava... isso é bom pra quem que tem a cabeça fresca... a gente não tem aquela cabeça fresca pra poder atender as pessoas... eu não tenho, não tenho mesmo... eu falei mesmo com elas [orientadoras profissionais]... eu não quero ficar trabalhando de elevador, não... eu não quis...no elevador, como é que vai ficar a vontade? Eu não posso ficar rindo,não posso bater papo, jamais. Não posso. (E2, 39 anos, sexo feminino, acidente no pé, era copeira e fez curso de ascensorista).

Considerando o modo como são feitos a seleção dos cursos e o treinamento, pode-se dizer não haver intenção real de reabilitação no Programa. Parece que a exigência é cumprida pró-forma, sem que se avaliem as conseqüências para o trabalhador. Nas duas situações de treinamento, no INSS ou na empresa, a reabilitação profissional significa mais uma ilusão de que algo esteja sendo feito. No estudo de Neves (2006, p. 64), a reabilitação profissional também é alvo de críticas por trabalhadores que passaram pelo treinamento na empresa. Para eles, não se realiza “uma reabilitação profissional, pois são rechaçados, mal vistos e colocados em postos de trabalho que não refletem o potencial acumulado nos anos de trabalho”.

A idéia de a reabilitação não passar de uma panacéia aparece com mais evidência quando se confronta a profissão escolhida para treinamento com as limitações físicas e psíquicas das pessoas afastadas, inadequação percebida pelos entrevistados até mesmo com indignação:

[Como primeira opção] ela me mandou pra eletricidade de prédio e eu vi que pra mim não dá...não me adaptei... e não fiquei mais, só fiquei 3 dias... devido à poeira... é um serviço muito pesado, então voltei lá no INSS outra vez e falei que pra mim não dá. (E9, 49 anos, sexo masculino, silicose, trabalhava com jateamento de areia e fez curso de eletricidade).

Mas pra aprender a trabalhar de porteiro, eu poderia sim. Aprender tudo bem, mas o negócio é fazer... porque eu não tenho escolaridade... eu fiz o de porteiro, só que ele eu não consegui fazer porque eu não conseguia ficar calçado. Vamos supor que eu consigo de porteiro. Eu tenho que ver quem vai entrar, não poder deixar entrar certas pessoas, tomar conta... você acha que eu tenho porte físico? Tenho porte pra barrar alguém? Eu tenho que ficar em pé... Não tem lógica!... afinal, o porteiro é a segurança. (E7, 28 anos, sexo masculino, seqüela de queimadura no pé, era eletricista de autos e fez curso de portaria).

Os dois casos relatados acima são situações extremas que chegam ao absurdo. Escolher para treinamento uma tarefa que implica sujeição à poeira para um portador de silicose, com quatro anos de afastamento por causa da doença (E9) ou selecionar curso de porteiro para um trabalhador com seqüela no pé direito causada por queimadura e que, por isso, não consegue sequer ficar calçado e manter a posição de pé por longo tempo (E7), reforça a sensação de descaso, que os entrevistados sentem quando falam do INSS. Há outros casos menos graves: a portadora de LER com indicação de curso de costura (E 4); outra, também portadora de LER – doença que na literatura aparece associada à depressão (MARTINS; ASSUNÇÃO, 2002) – com indicação para ascensorista (E2). Esse conjunto de casos sugere que a desconsideração em relação à possibilidade de adaptação do reabilitado pode ser menos pontual e até mais generalizável.

Em termos ideais, a equipe de reabilitação deveria fazer o acompanhamento do trabalhador durante seis meses após a reabilitação e realizar pesquisas de fixação no mercado de trabalho, bem como contar com equipamentos necessários à reabilitação profissional. Tais condições não são oferecidas aos profissionais do setor. Há referências recorrentes à falta de infra-estrutura apropriada para a qualificação do trabalhador, resultando em insuficiência e ineficácia em responder à demanda real de reabilitar (SAMPAIO, 1999, 2003).

Ao que tudo indica, a reabilitação profissional representa apenas um elemento a mais imposto pela lógica previdenciária para atingir o objetivo de redução de custos pela concessão de benefícios. Parece estar ainda em operação sobre os Programas de Reabilitação Profissional o efeito do desmonte dos sistemas de proteção social ocorrido desde a década 1990, no país, para o qual chamam a atenção Takahashi e Canesqui (2003). Os autores relatam que, embora as condições fossem desfavoráveis, alguns Centros de Reabilitação Profissional (CRP) realizaram experiências inovadoras, mesmo que

temporárias, voltadas para a mudança do modelo assistencial, buscando romper com a lógica de recuperação do acidentado sob a perspectiva exclusiva de diminuição dos custos, e desprovidas de vínculos com os pacientes. Apesar disso, essas experiências abortaram.

Frente à situação tão crítica, fica quase impossível, para os entrevistados, apostarem na reabilitação como maneira de se inserirem novamente no mercado de trabalho, mas como diz Matsuo (1998), a reabilitação pode acabar por produzir uma “ilusão de trabalho” para os trabalhadores afastados.

Tendo em vista essa realidade não há sequer espaço para se pensar na possibilidade de a reabilitação profissional ter como horizonte a inserção do reabilitado no mercado de trabalho resultante da reestruturação produtiva. Se o imediatismo dos treinamentos não consegue levar em conta nem a adequação dos cursos aos graves limites pessoais, conforme alerta Watanabe (2004), como considerar o futuro do mercado de trabalho, em permanente mudança e cada vez mais exigente?

7.2.4. Expectativas para o futuro

Prega a legislação previdenciária:

Quando avaliada a incapacidade para exercer a função habitual e a possibilidade de treinamento em nova atividade, o segurado permanece recebendo o auxílio-doença, não cessando o benefício até que o segurado seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade. Na hipótese de não recuperação da capacidade para o trabalho o benefício poderá se transformar em aposentadoria por invalidez e o segurado, geralmente passa a receber um benefício correspondente a 91% do salário de benefício. (BRASIL, 1991).

Os trabalhadores entrevistados encontravam-se na seguinte situação. Haviam terminado a reabilitação. Ao término da reabilitação profissional, o segurado está ciente que na próxima perícia receberá alta do INSS, finalizando o vínculo do segurado com a previdência. Rompido o vínculo passam à condição de desemprego aberto. A alternativa possível prevista na legislação, além da inserção no mercado de trabalho – reconhecida por eles de extrema dificuldade principalmente por causa da doença e do afastamento registrados na

carteira de trabalho – é o retorno à condição de beneficiado previdenciário, por aposentadoria invalidez ou novo período de afastamento.

As perspectivas subjetivas variam principalmente em relação à condição da doença e à idade. Eles gostariam de continuar trabalhando, “mas desde que tenha saúde, de a pessoa estar sentindo bem”. Queriam trabalhar, mas “não estão dando conta”, ou já experimentaram os obstáculos do mercado de trabalho:

Eles me liberaram...to aí até hoje, não consegui arrumar mais serviço... já tem quase um ano que eu to de alta no INPS e to sem emprego... eles me deram baixa em outubro. Eu to sendo prejudicado, não consigo emprego... desempregado, a gente fica só pra baixo... eu fico pensando: como que eu vou arrumar serviço com a mão desse jeito? (E8, 28 anos, sexo masculino, amputação traumática de dedos da mão, era preparador de máquinas para chapas e fez curso de portaria)

Os mais jovens, destacando os portadores de LER/DORT, esperam continuar trabalhando, têm esperança de conseguir emprego. Uma das entrevistadas acha que não conseguiria se aposentar precocemente e por isso precisa trabalhar:

Eu tenho esperança de conseguir um emprego pra mim... eu sou um cara novo e tenho vontade de trabalhar... a esperança que eu tenho é de arrumar alguma coisa... tem que correr atrás de um serviço. (E8, 28 anos sexo masculino, amputação traumática de dedos da mão, era preparador de máquinas para chapas e fez curso de portaria)

Eu preciso voltar a trabalhar, essa fase é a mais produtiva da minha vida, porque eu sou nova...queria trabalhar, produzir. (E5, 26 anos, sexo feminino, LER/DORT, era escrituraria, fez curso de ajudante de escrituraria).

Eu nem esperava aposentar não... por eu ser muito nova... eu queria muito arrumar um serviço fixo pra eu acabar de cuidar da minha família, cuidar do meu filho... o que eu queria era isso, arranjar uma coisa que eu faça. (E6, 36 anos, sexo feminino, seqüela de fratura de fêmur, era vendedora e fez curso de costureira)

Três dos pesquisados pretendem requerer novo período de afastamento. Revelam que vão entrar com “recurso” para conseguir se afastar novamente, pois consideram um direito. Como diz uma das entrevistadas: “Ele me deu alta... cortou meu benefício... a conclusão pra mim, pro meu entender, é que existe uma coisa errada” (E7, 44 anos, sexo masculino,

seqüela de queimadura no pé, era eletricista de autos e fez curso de portaria). Outras entrevistadas expõe seus motivos para pedir novo afastamento:

Se o INPS me dá alta, se a firma me mandar embora, acabou ... eu não arranjo nada mais, fichado não... eu voltando trabalhar, a firma...eu com esse problema aqui...onde que eu vou arrumar outro emprego?... Eu tava querendo entrar com requerimento, outro pedido de afastamento, pra afastar de novo se o INPS me der alta (E2, 39 anos, sexo feminino, acidente no pé, era copeira e fez curso de ascensorista).

Isso é errado, mas ele me deu dois meses...eu chorei com o médico lá [na empresa]. Chorei até, e ele me deu dois meses... A minha estabilidade no emprego termina agora. Eu vou tentar afastar de novo, mas eu acho muito difícil conseguir...e nisso já se vão mais de 2 anos... só quero ver. (E5, 26 anos, sexo feminino, LER/DORT, era escrituraria e fez curso de ajudante de escrituraria)

A aposentadoria por invalidez, um benefício vitalício, é a meta da maioria dos sujeitos desta pesquisa. Consideram ser um direito, por não conseguir mais trabalhar pelas conseqüências da doença ou pelo tempo que ficaram em afastamento.

Eu tinha direito de me aposentar... pela invalidez, não pelo tempo de serviço... se eles me der alta, pra mim voltar trabalhar, eu vou entrar na justiça. Eu tenho o direito de agora não voltar a trabalhar (E2, 39 anos, sexo feminino, acidente no pé, era copeira e fez curso de ascensorista) .

Achava que eles iam me aposentar pelo tempo que eu fiquei afastada... não tenho mais pique pra trabalhar não. Eu não dou conta. (E1, 38 anos, sexo feminino, LER/DORT, era auxiliar de produção e fez curso de vendas).

A aposentadoria por invalidez é algo que, apesar de considerarem um direito difícil de alcançar, se mantém como a única saída, uma esperança, um sonho, como diz uma entrevistada: “Meu sonho é aposentar!” (E2, 39 anos, sexo feminino). Outros trechos das narrativas reforçam o desejo da aposentadoria:

A minha esperança é me aposentar porque sinceramente eu não consigo trabalhar... agora não sei como vai ficar. (E7, 44 anos, sexo masculino, seqüela de queimadura no pé, era eletricista de autos e fez curso de portaria)

Eu espero aposentar... eu espero dar o melhor pra minha família... aposentar pra mim seria melhor... fazer com que eu leve uma vida mais ou menos mais digna... tenho certeza que o melhor pro meu caso é a aposentadoria (E9, 49 anos, sexo masculino, silicose, fazia jateamento de areia e fez curso de eletricidade)

Remontando a história do afastamento, os pesquisados ficaram, no mínimo, mais de dois anos afastados até chegar à reabilitação profissional. O retardamento do início da reabilitação é apontado como um limite para a re-inserção no mercado de trabalho (MUELLER, 1999). O longo período de afastamento desligou-os da rotina do trabalho e os conduziu a outra exigida para o acompanhamento da condição de incapacidade. A reabilitação profissional poderia, em tese, ser realmente uma oportunidade de suprir as carências de re-qualificação, porém se revelou frustrante e ilusória.

Durante todo o percurso do reconhecimento da sua incapacidade à reabilitação, os participantes desta pesquisa sofreram toda sorte de violência no que se refere à sua identidade: a suspeita de simulação manifestada na conduta da perícia médica, no descaso da instituição previdenciária com o segurado, na impropriedade da reabilitação profissional. Agregam-se os preconceitos sociais advindos da doença, do carimbo de afastamento em suas carteiras e as dores e o sofrimento das seqüelas que limitam suas vidas. Afinal, fica o desalento sobre o quê fazer agora. A esperança da aposentadoria por invalidez ou de um afastamento mais prolongado não soa assim como algo injusto, ao contrário, como a maioria reivindica, como um direito de cidadania.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As limitações deste estudo estão bastante claras, conseqüências da própria estratégia metodológica adotada e do recorte feito no objeto de estudo. A população estudada restringiu-se a um grupo de uma agência regional da previdência. Não foram ouvidos os profissionais institucionalmente responsáveis pela reabilitação profissional. Mesmo na escassez de estudos na literatura, foi possível detectar e incorporar, nesta exposição, a existência de um não conluio e de total desacordo desses atores sociais com as impropriedades da lógica previdenciária e de tentativas de reversão da situação atual. O diálogo com os profissionais permitiria compreender melhor as razões e os impasses enfrentados para alcançar o objetivo da reabilitação profissional de preparar o trabalhador debilitado em sua força de trabalho para a inserção no mercado de trabalho ou quando isso não for possível indicar soluções mais adequadas.

A investigação realizada mostrou alguns dos efeitos do afastamento de longa duração sobre os trabalhadores. Na realidade para a maioria dos pesquisados o afastamento representa a ruptura definitiva com o trabalho. O desalento e a desesperança sobre o futuro em termos da possibilidade de re-inserção no mercado de trabalho organizam a rede de significados atribuídos ao trabalho e à sua vida. A maioria deles sente não conseguir mais trabalhar. O desemprego nem aparece claramente em suas falas. Para ser um desempregado haveria de ter a expectativa de retorno ao trabalho. Como a alternativa de conseguir novo emprego não está no horizonte, resta-lhes tentar garantir a sobrevivência por biscates, obter a prorrogação do benefício ou a legitimação definitiva de sua invalidez. A demanda trazida por eles é o reconhecimento social de sua incapacidade, negação definitiva de sua força de trabalho. Se a sociedade valoriza o trabalho, para eles, perdeu o sentido e sua reivindicação é o seu contrário, o reconhecimento do não-trabalho, o que lhes é negado.

A abordagem dos programas de benefícios da previdência social brasileira da perspectiva dos trabalhadores que experimentaram o fenômeno do afastamento por doença desvenda com toda a dureza os constrangimentos impostos aos contribuintes pelas políticas de proteção social no país, principalmente àqueles que dependem exclusivamente do setor

público. A releitura do prescrito na legislação previdenciária deste ponto de vista mostra a distância entre o sugerido pela lei e sua realização.

O afastamento por doença considerado direito legal é reinterpretado pela lógica da redução de custos da previdência como algo sob permanente suspeita no percurso institucional que o trabalhador é obrigado a fazer. Nesse movimento o trabalhador sofre uma série de ofensas que interfere na sua identidade pessoal e social, desqualificando-o ainda mais para além da doença limitante, já em si um valor cultural negativo de exclusão social.

Particularmente, o programa de reabilitação profissional merece com urgência ser repensado e modernizado para atender às exigências das mudanças na esfera produtiva, o que representaria um enorme salto de qualidade. Até alcançar essa meta teria de ser imediatamente alterada a interpretação do que seja a reabilitação profissional de mera ilusão, de engodo para uma efetiva formação profissional.

Espera-se que esta investigação possa contribuir para despertar a dormência social para as violências e injustiças com essa parcela das populações excluídas provocadas pelas chamadas instituições de proteção social que observamos e ignoramos no dia-a-dia.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. *Adeus ao Trabalho?: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 6 ed. São Paulo: Cortez/UNICAMP, 1999. 155 p.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 6 ed São Paulo: Boitempo Editorial, 2000, 261 p.

ARENDT, H. *A condição humana*. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997. 352p.

ATUNES, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. *La Ciudadanía Negada: políticas de exclusión en la educación e el trabajo*, Buenos Aires, p.35-48, 2000. Disponível em:<www.clacso.org> Acesso em: 23 dez. 2005.

AUGUSTO, L.G.S. O pragmatismo e o utilitarismo não resolveram, e agora? *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, out./dez. 2005.

AZEVEDO, J.T. et al. As estratégias de sobrevivência e de busca de emprego adotadas pelos desempregados. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v.1, n.1, p. 15-42, 1998.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002. 225 p.

BARIL, R. et al. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science and Medicine*, v. 57, p. 2101-2114, 2003.

BARROS, V.A.; SALES, M.M.; NOGUEIRA, M.L.M. Exclusão, favela e vergonha: uma interrogação ao trabalho. In: GOULART, I.B., org. *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 323-335.

BORGES, A.F. *A saúde mental do desempregado metalúrgico: um estudo sobre os impactos psicossociais do desemprego de longa duração*. 2001. 173 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gérias, Belo Horizonte, 2001.

BRAITHWAITE, V.A.; GIBSON, D.M.; BOSLY-CRAFT, R. An exploratory study of poor adjustment styles among retirees. *Social Science and Medicine*, v.23, n.5, p. 493-499, 1986.

BRANT, L.C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 213-223, 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília, Senado Federal, 1990.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei nº 8213 de 24 de julho de 1991*. Brasília, Senado Federal, 1991.

BROOKER, A.S. et al. Modified work: prevalence and characteristics in a sample of workers with soft-tissue injuries. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, v. 43, n. 3, p. 276-284, mar/ 2001.

BUTLER, R.J.; JOHNSON, W.G.; BALDWIN, M.L. Managing work disability: why first return to work is not a measure of success. *Industrial and Labor Relations Review*. Ithaca, v.48, n. 3, p. 452-465, apr. 1995.

CALDANA, A.C.F.; FIGUEIREDO, M.A.C. Desemprego e subjetividade: estratégias de inclusão social e sobrevivência. *Paidéia*, v.12, n. 22, p. 19-26, 2002.

CARVALHO, R.A.A. Reconfiguração de perfis entre os processos de inserção, “desinserção” e reinserção dos (novos) sujeitos trabalhadores. In: HORTA, C.R., CARVALHO, R.A.A. (orgs) . *Globalização, Trabalho e Desemprego – um enfoque internacional*. Belo Horizonte:C/Arte, 2001. 342 p.

CARVALHO, R.A.A. Saúde mental e trabalho: um novo (velho) campo para a questão da subjetividade. In: CODO, W. SAMPAIO, J.J.C. *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Vozes, 1995.

CASTELHANO, L.M. O medo do desemprego e a(s) nova(s) organizações de trabalho. *Psicologia & Sociedade*. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2005.

CHAHAD, J.P.Z. Tendências recentes no mercado de trabalho: pesquisa de emprego e desemprego. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v. 17, n. 3-4, jul./dez. 2003.

CHASIN, J. *O que é trabalho*. (mimeo, 1993)

CLOT, Y. *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF, 1999.

COHN, A. et al. *Acidentes de trabalho: uma forma de violência*. 1ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985. 158 p.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Pesquisa: a saúde na opinião dos brasileiros: análise dos principais resultados*. Brasília: CONASS, 2002.

DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 14, n.54, p. 7-11, abril a junho, 1986.

DIAS, E.C. Setor informal de trabalho: um novo-velho desafio para a saúde do trabalhador. In: SALIM, C.A.; CARVALHO, L.F. *Saúde e Segurança no ambiente de trabalho: contexto e vertentes*. Belo Horizonte: SEGRAC, 2002, p. 151-168.

ENRIQUEZ, E. O papel humano na dinâmica social. In: LÉVY, A. et al. *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 261 p.

FERNANDES, F. Informalidade atinge 38,1 milhões de trabalhadores no país. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 08 fev. 2004. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro>>. Acesso em: 12 jan. 2006.

GBENIN. Gerência de Benefícios por Incapacidades. *Manual técnico de atendimento da área de reabilitação profissional*. 3 ed. Brasília: INSS, 2003.

GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.40, n. 1, p. 99-106, jan./feb. 2006.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982. 158 p.

GOMEZ, C.M.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas- velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 797-807, out./dez. 2005.

GORZ, A. *Adeus ao proletariado: para além do socialismo*. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense- Universitária, 1987. 203 p.

GUIMARÃES, N.A. Por uma sociologia do desemprego. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.17, n. 50, out. 2002.

HABERMAS, J. A nova intransparência: a crise do Estado do Bem-estar Social e o esgotamento das energias utópicas. São Paulo: *Novos Estudos CEBRAP*, v.32, p.143-164, mar. 1987.

HARRIBEY, J-M. El fin del trabajo: de la ilusión al objetivo. In: *El trabajo del futuro. El futuro del trabajo*. Buenos Aires: CLACSO, p. 33-49, oct. 2001. Disponível em:<www.clacso.org> Acesso em: 23 dez. 2005.

HARVEY, D. *A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 3 ed. São Paulo: Loyola, 1993. 349p

JAIME, L.R.; CARMO, J.C. *A inserção da pessoa com deficiência no mundo do trabalho: o resgate de um direito de cidadania*. 1ed. São Paulo: Ed dos Autores, 2005. 204 p.

KRAUSE, N.; DASINGER, L.K.; NEUHAUSER, F. Modified work and return to work: a review os the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 8, n.2, 1998, p. 113-139.

KREMER, Y. The association between health and retirement: self-health assessment of israeli retirees. *Social Science and Medicine*, v. 20, n. 1, p. 61-66, 1985

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Ed, HUCITEC, 1989. 333p.

LIMA, M.E.A. A polêmica em torno da centralidade do trabalho na sociedade contemporânea. *Destarte*. Vitória, v.2, n.2, p. 161-194, agosto a dezembro, 2003.

LIMA, M.E.A. *O significado do trabalho humano: mito e ilusões do homem moderno*. 1986. 346 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1986.

LUZ, M.G.C. *Gênero, pobreza e reestruturação produtiva como agravantes do adoecimento: o caso das faxineiras com diagnóstico de LER*. 2004. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública: área Saúde e Trabalho) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

MAGALHÃES, L.V. *A dor da gente: representações sociais sobre as Lesões por Esforços Repetitivos*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 1998.

MARTIN, D. et al. Noção de significado nas pesquisas em saúde: a contribuição da antropologia. *Revista de Saúde Pública*, v.40, n. 1, p. 178-180, jan./fev. 2006.

MARTINS, J.N.; ASSUNÇÃO, A.A. A dor na doença músculo-esquelética associada ao trabalho. *Cadernos de Psicologia*. Belo Horizonte, v.12, n.1, p. 61-76, 2002.

MATSUO, M. *Acidentado do trabalho: reabilitação ou exclusão?* São Paulo: Fundacentro, 1998. 238 p.

MELO, L.E.A. *Serviço de (re)habilitação profissional do INSS – uma proposta de análise das necessidades e construção de modelo lógico*. p. 87-108, 2002 (mimeo).

MELO, M.P.P. *Condições do exercício profissional do médico perito da previdência social*. 105 f. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública: área Saúde e Trabalho) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991.

MENEZES FILHO, N.A.; MENDES, M. ALMEIDA, E.S. O diferencial de salários formal-informal no Brasil: segmentação ou viés de seleção? *Revista Brasileira de Economia*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 235-248, abr./jun. 2004.

MERLO, A.R.C. et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. *Psicologia e Sociedade*, v.15, n. 1, p. 117-136, jan./jun., 2003.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1992. 269 p.

MPAS (Ministério da Previdência Social). *Relatório final do Grupo de Trabalho Interministerial sobre acidentes de trabalho*. Portaria n. 18. Brasília: MPAS, 1993.

M.T.E. – Ministério do Trabalho e do Emprego. Acesso em 02 de janeiro de 2006. www.mte.gov.br.

MUELLER, J.L. Returning to work through job accommodation. *AAOHN Journal*, v. 47, n.3, p. 120-131, 1999.

NARDI, H.C. *Saúde, trabalho e discurso médico: a relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho*. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999. 140 p.

NEFFA, J.C. Presentación del debate reciente sobre el fin del trabajo. In: *El trabajo del futuro. El futuro del trabajo*. Buenos Aires: CLACSO, p. 51-97, oct. 2001. Disponível em: <www.clacso.org> Acesso em: 23 dez. 2005.

NEHMY, R.M.Q. *O ideal do conhecimento codificado na era da informação: o programa de gestão do conhecimento*. 2001. 213 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

NETTO, J.P.; CARVALHO, M.C.B. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. São Paulo: Cortez Editora, 2000. 91p.

NEVES, T.F.S. et al. Desemprego e ideologia: as explicações das causas do desemprego utilizadas por trabalhadores metalúrgicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v.1, n.1, p. 1-13, 1998.

NEVES, R.F. *Significados e (re)significados: o itinerário terapêutico dos trabalhadores com LER/DORT*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

OFFE, C. *Capitalismo Desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CID- 10*. 4 ed. São Paulo: EDUSP, 1998.

PAIVA, V. Qualificação, crise do trabalho e exclusão salarial. In: *La Ciudadanía Negada: políticas de exclusión en la educación e el trabajo*. Buenos Aires: CLACSO, p. 49-64, sept. 2000.

PAULA, M.A.F.F. *A Previdência Social e Reabilitação Profissional no Brasil*. Conferência, Belo Horizonte, 2004 (mimeo).

SALES, M.M. *A favela é um negócio a fervilhar: olhares sobre a estigmatização social e a busca de reconhecimento na Pedreira Prado Lopes*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

SAMPAIO, R.F. et al. Returning to work for individuals with health problems: experiences in Brazil. *Disability and rehabilitation*, v. 25, n. 23, p. 1326-1332, 2003.

SAMPAIO, R.F.; et al. Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. *Revista. Associação Médica Brasileira*, v.49, n. 1, p. 60-66, 2003.

SAMPAIO, R.F.; NAVARRO, A.i G.; MARTÍN, M.M. Incapacidades laborales: problemas em lá reinserción al trabajo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 809-815, out-dez 1999.

SELIGMANN-SILVA, E. A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: SILVA FILHO, J.F.; JARDIM, S. (orgs). *A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: te Cora, 1997, p. 31-46.

_____. *Desgaste mental no trabalho dominado*. São Paulo: UFRH/Cortez, 1994.

SILVA, J.P. Teoria Social e trabalho imaterial: a crítica de André Gorz ao capitalismo contemporâneo. In: XII Congresso Brasileiro de Sociologia, 2005, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: CBS, 2005. p. 1-11.

TAKAHASHI, M.A.B.C.; CANESQUI, A.M. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p. 1473-1483, set/out., 2003.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v.39, n. 3, p. 507-517, jun. 2005.

VENDRIG, A.A. Prognostic factors and treatment-related changes associated with return to work in the multimodal treatment of chronic back pain. *Journal of Behavioral Medicine*, v.22, n.3, p. 217-232, 1999.

VIEGAS, S. *Trabalho e vida*. Conferência pronunciada para os profissionais do Centro de Reabilitação Profissional do INSS, Belo Horizonte, 1989. (mimeo)

WATANABE, M. *A reabilitação é possível: um estudo de caso de uma empresa de economia mista*. 2004. 206 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.