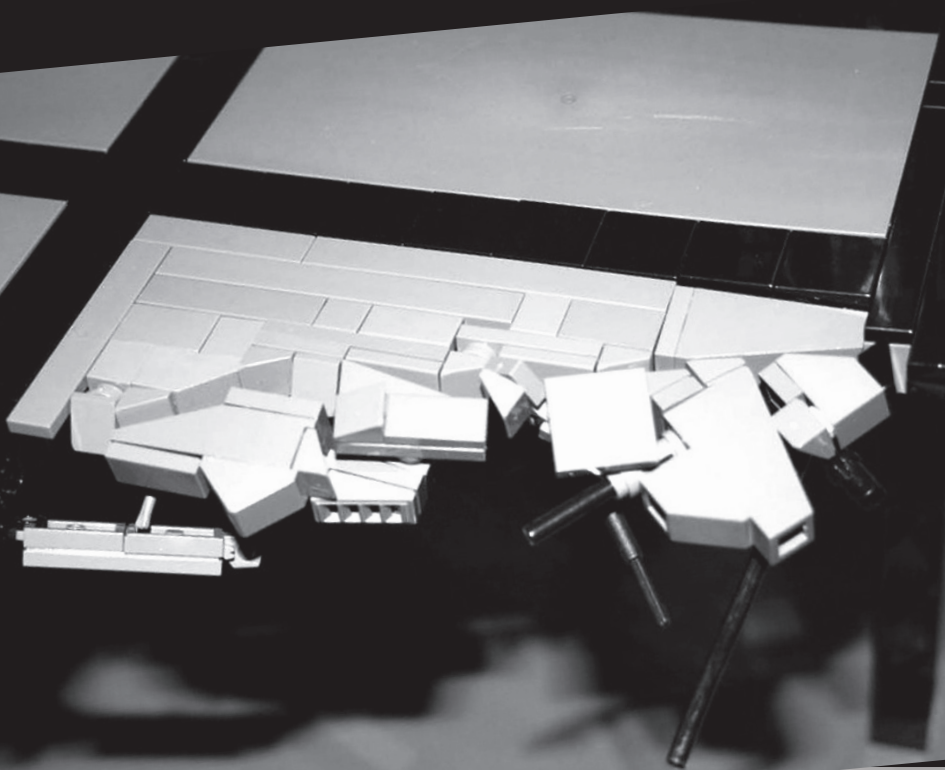


Daniela Sanches Tavares
Cristiane Queiroz Barbeiro Lima
Juliana Andrade Oliveira
Maria Teresa Bruni Daldon
Myrian Matsuo

Violências durante o processo de adoecimento pelo trabalho



São Paulo



FUNDACENTRO
FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO
DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

2019

**Violências durante
o processo de adoecimento
pelo trabalho**

Presidente da República

Jair Messias Bolsonaro

Ministro da Economia

Paulo Roberto Nunes Guedes

Fundacentro

Presidente

Marina Brito Battilani

Diretor Executivo

(cargo vago)

Diretor Técnico

Robson Spinelli Gomes

Diretor de Administração e Finanças

Francisco Rogério Lima da Silva

Daniela Sanches Tavares
Cristiane Queiroz Barbeiro Lima
Juliana Andrade Oliveira
Maria Teresa Bruni Daldon
Myrian Matsuo

Violências durante o processo de adoecimento pelo trabalho

São Paulo



FUNDACENTRO
FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO
DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

2019

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.
Disponível também em: www.fundacentro.gov.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Serviço de Documentação e Biblioteca – SDB / Fundacentro
São Paulo – SP
Erika Alves dos Santos CRB-8/7110

Tavares, Daniela Sanches.

Violências durante o processo de adoecimento pelo trabalho [texto] / Daniela Sanches Tavares... [et al.] São Paulo : Fundacentro, 2019.
111 p. ; 21 cm.

Resumo: análise de caráter qualitativo e psicossocial sobre as formas de violência às quais estão expostos os trabalhadores afastados do trabalho e/ou em retorno ao trabalho após afastamento.

Referências: p. 103-111.

ISBN 978-85-92984-21-2

1. Patologia ocupacional – Efeitos psicológicos. 2. Absenteísmo por doença – Efeitos psicológicos – Aspectos sociais. 3. Relação entre a profissão e a doença. 4. Reabilitação – Saúde mental. I. Lima, Cristiane Barbeiro. II. Oliveira, Juliana Andrade. III. Daldon, Maria Teresa Bruni. IV. Matsuo, Myrian. V. Título.

CIS M Yenp

CDU 616-057:159.9

Ficha técnica

Editora-chefe: Glaucia Fernandes

Preparação de originais: Karina Penariol Sanches

Revisão de textos: BR75 | Silvia Baisch

Projeto gráfico e diagramação: Flavio Galvão

**Agradecemos a colaboração dada em diferentes etapas
pelos colegas:**

Dalton Tria Cusciano (CST)
Edith Selligman-Silva (Médica psiquiatra, professora aposentada) Eduar-
do Algranti (Fundacentro – CTN/CST/SMe)
Elayne de Fátima Maçãira (Fundacentro – CTN/CST/SMe)
Elizabete Coeli Mendonça (Fundacentro – CTN/CST/SEr)
Floriscena Maria Medeiros (Assistente social aposentada)
Kátia Santos Dias de Castro (Cerest – Freguesia do Ó)
Marco Antonio Bussacos (Fundacentro – CTN/CST/SEE)
Maria Maeno (Fundacentro – CTN/CST/SMe)
Tarsila Baptista Ponce (Fundacentro – CTN/CRH)
Yamara Bragatto de Oliveira (CRST – Freguesia do Ó)

Agradecemos ainda às instituições parceiras neste estudo:

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Freguesia do Ó – Se-
cretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Cerest – Freguesia do Ó) Con-
federação Nacional dos Trabalhadores
no Comércio e Serviços (Contracs)

Apresentação

Maria Maeno

Médica pesquisadora da Fundacentro

Mais de 5 milhões de pessoas relataram ter sido vítimas de acidentes de trabalho em 2013, como revelou a pesquisa Nacional de Saúde, conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Talvez a mensuração dessa quantidade de pessoas em espaços conhecidos nos dê uma ideia mais concreta da dimensão do problema. Essa quantidade representa metade da população do município de São Paulo, mais de dez vezes a lotação do estádio Arena Corinthians e 20 vezes a do estádio Palestra Itália. Se olhássemos todas essas pessoas do alto de um helicóptero, veríamos apenas um mar de pontinhos. Se andássemos entre elas, veríamos seus rostos, seus cabelos e suas expressões.

Este livro faz mais que isso. Sem ignorar a multidão e o contexto social, transforma as narrativas de trabalhadores adoecidos pelas condições de trabalho em histórias que emocionam e ensinam.

Frequentemente uma pessoa vítima de acidente ou doença relacionada ao trabalho é despojada de sua condição de trabalhador e se transforma em paciente para os profissionais de saúde; em segurado para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), quando inserido no mercado formal, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); e em reabilitando, se tiver sequelas. Quando tem a lesão ou o adoecimento reconhecidos como relacionados ao trabalho, tenta-se impingir a responsabilidade do ocorrido à sua desatenção, a desobediências cometidas, a “procedimentos inseguros”, à propensão individual.

Em cada uma das histórias aqui relatadas e depois comentadas pelas autoras há tantas semelhanças! E tantas diferenças! Três dos entrevistados têm diagnóstico de asma relacionada ao trabalho, que é um problema de saúde pública. Estudos mostram que, dentre as asma, as que são desencadeadas ou agravadas pelo

trabalho perfazem de 5% a 36%, dependendo do país. E foi essa doença a responsável pela incapacidade laboral e sofrimento de três dos entrevistados, que trabalhavam em atividades nas quais habitualmente há exposição a agentes provocadores desse mal. O sr. Macedo trabalhava como técnico eletrônico em uma fábrica de espuma, Sofia em uma indústria plástica e Jorge em uma fundição de alumínio. Mas poderiam ser trabalhadores da indústria de borracha, química, têxtil, de alimentos, de colchões, de medicamentos, galvânica, dentre tantas outras nas quais é comum que haja exposição a diversas substâncias químicas. As empresas em que trabalhavam usaram vários recursos para que não se caracterizasse uma relação de causa-efeito com o trabalho, mesmo com o diagnóstico médico de asma ocupacional, feito por serviço especializado em pneumopatias relacionadas ao trabalho. Também o INSS relutou na concessão de benefício acidentário, obrigando-os a percorrer o labirinto administrativo no qual as regras não são claras e os então chamados segurados se perdem entre idas e vindas, entre exigências de emissões de documentos que dependem das empresas. Nesse percurso solitário, sofrem ainda hoje com a indiferença dos empregadores ou com os maus tratos, como se fossem culpados por estarem sem a capacidade para retornar ao trabalho.

Os entrevistados, com diferentes formas de adoecimento, sofreram uma interrupção da vida de trabalho e se distanciaram da trajetória prevista de, após décadas trabalhando, obterem o direito reconhecido socialmente de aposentadoria por idade ou por tempo de contribuição. Tiveram que conviver com mudanças drásticas nas dinâmicas familiares, com o afastamento do trabalho e do convívio com os colegas, com as pelepas abertas ou veladas com as empresas em que trabalhavam ou ainda têm vínculo, para as quais representavam um incômodo, uma prova das condições de trabalho inadequadas. Aprenderam que, embora a legislação garanta cobertura previdenciária nos períodos de incapacidade, a efetivação desses direitos não se dá sem antes vencer várias barreiras impostas por instruções normativas e por outras ordens administrativas, muitas vezes passíveis de diversas interpretações.

Em nosso cotidiano, ouvindo as várias histórias de trabalhadores, pacientes, segurados ou reabilitandos, conseguimos nos aproximar de suas vidas, de suas alegrias, seus sonhos, suas tristezas

e suas decepções, mas suas dimensões humanas permanecem distantes do interesse da maioria das pessoas.

Ganham visibilidade as mortes no trânsito, mas não aquelas decorrentes do trabalho, sejam as classificadas como de trajeto, sejam as que ocorrem na execução do trabalho propriamente dito, como é o caso dos motoboys, dos motoristas de ônibus ou de caminhões, dos policiais. Dá para acreditar que em 2013 foram registrados no país mais acidentes de trabalho do que de trânsito? Mesmo contando somente os segurados do INSS. Foram 717.911 e 633.845, respectivamente. Chama mais a atenção a morte de um engenheiro eletrocutado em um acidente de trabalho no metrô do que dezenas de mortos na construção civil. Ganham manchetes de jornais e sítios eletrônicos as depressões, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atingem 350 milhões de pessoas no mundo e são a primeira causa de incapacidade. Porém, os aspectos nos processos de trabalho que contribuem para a ocorrência, o agravamento e a perpetuação das depressões, apesar de estudados, não ganham notoriedade. A dependência de álcool e de outras drogas e suas consequências, alardeadas como um grande problema social, ganham visibilidade quanto aos impactos no desempenho da atividade de trabalho, mas quase sempre se ignora que o trabalho pode contribuir para o surgimento e a perpetuação destas dependências. Nós nos sensibilizamos e nos chocamos pelos fatos que parecem estar mais próximos a nós e aos nossos familiares e amigos. Ou ainda pelo inusitado, inesperado. Então, os acidentes de trabalho parecem ser naturalizados.

Mesmo quando medidas que ameaçam direitos sociais são anunciadas, aquelas que se referem aos acidentados ou adoecidos pelo trabalho não ganham tanto destaque quanto as que ameaçam os empregos ou as aposentadorias.

Sem dúvida, há razões objetivas para que isso aconteça.

A falta de emprego atinge toda a população economicamente ativa, assim como as aposentadorias por tempo de serviço ou por idade dizem respeito a todos os que vivem do salário. Também há um consenso social de que pessoas que trabalharam a vida toda merecem ter uma aposentadoria, embora cada vez mais ganhe espaço

a ideia de que, para se ter esse direito, é preciso ter mais tempo de trabalho e mais idade. Para consolidar essa corrente de pensamento, utilizam-se recursos alarmantes, como a disseminação de que há um grande déficit da Previdência Social e a exposição na mídia de pessoas na terceira idade, em ótima forma, que ainda trabalham. Dados do IBGE mostram que, em 2012, 27% das pessoas com mais de 60 anos trabalhavam, provavelmente para completar a renda.

Entre os argumentos que defendem o aumento da idade para a obtenção da aposentadoria por idade e por tempo de contribuição, não há ponderações de que muitos trabalhadores, em particular os de baixa renda, começam a trabalhar ainda crianças e ocupam os postos de trabalho mais perigosos, insalubres e penosos. Estamos falando de um país em que o trabalho infantil é proibido, mas cujos dados oficiais mostram que mais de 15 milhões de crianças entre 5 e 9 anos e quase 14 milhões entre 10 e 13 anos trabalhavam em 2009. Em 2014, esses números haviam diminuído um pouco, para aproximadamente 14,5 milhões e 12,5 milhões, respectivamente. Certamente, essas pessoas, aos 60 anos, terão uma saúde pior do que aquelas cujas funções exigem maior escolaridade. Antonio, um dos entrevistados pelas autoras deste livro, é um dos milhões que começaram a trabalhar na roça aos 9 anos, idade em que o universo deveria ser povoado por sonhos e brinquedos.

Menos atenção recebe o anúncio da revisão de aposentadorias por invalidez ou de auxílio-doença em massa, utilizando-se de pagamento à parte aos peritos que aderirem a essa força-tarefa, que implicará perícias médicas além do montante ordinário nas agências do INSS. Serão milhares de segurados, como alguns dos entrevistados desta publicação, convocados para comprovarem sua incapacidade para o trabalho. Deverão levar relatórios médicos e exames complementares atualizados, a serem providenciados em curto espaço de tempo em algum serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), já penalizado pelo crônico subfinanciamento e pela alta demanda.

A revisão de benefícios previdenciários prolongados não é um problema em si; o que preocupa é o caráter de mutirão e urgência, com o objetivo declarado pelo governo federal de corte de benefícios, a ser viabilizado não só por checagens administrativas, mas

por critérios de avaliação de incapacidade utilizados pelo INSS, que não levam em conta aspectos além do diagnóstico, entre eles, a funcionalidade, as exigências laborais, o suporte social e a inexistência de serviços de reabilitação profissional, processo que deveria ser obrigatório a todas as pessoas que estejam sem trabalhar há anos. Se a existência de uma doença pode trazer controvérsias em alguns casos, os critérios para avaliação de incapacidade para o trabalho são um tema negligenciado pelo INSS e objeto de discussões entre especialistas. É notório que o conceito de incapacidade tem forte influência histórico-cultural. Não é difícil compreender que uma insuficiência cardíaca que restrinja atividades físicas tenha repercussões diferentes na vida de um trabalhador braçal e na de um trabalhador de escritório, apenas para sinalizar alguns dos aspectos a serem considerados. Ou que um trabalhador com dor crônica desencadeada por afecções musculoesqueléticas relacionadas a movimentos repetitivos não consiga retornar ao trabalho nas mesmas condições laborais que o adoeceram.

Apesar de movimentos de trabalhadores incapacitados para o trabalho por determinados adoecimentos em busca de proteção e direitos sociais, medidas governamentais como a citada geralmente não são suficientes para estimular a organização de uma resistência tão robusta como a que se costuma ver quando a aposentadoria por tempo de serviço ou idade é ameaçada. Nesses casos, a população atingida é muito mais numerosa, tem mais força social por meio de seus sindicatos e as gerações futuras como um todo estão também ameaçadas. Também paira sempre uma dúvida sobre quantos dos que recebem benefícios por incapacidade temporária ou permanente estão realmente incapacitados para o trabalho, sem contar os tão alardeados fraudadores. Uma revisão desses benefícios, portanto, é saudada como um procedimento de boa gestão e de responsabilidade, sem se questionar quem pode ser excluído da proteção previdenciária indevidamente. Todos os entrevistados pelas autoras já foram excluídos da possibilidade de se aposentar *normalmente*, ao terem suas vidas revolvidas pelas condições inadequadas de trabalho. Pessoas como o sr. Macedo, de 51 anos de idade e 29 anos de trabalho formal, e Jorge, de 35 anos, que começou a trabalhar aos 16. O sr. Macedo, que pleiteia aposentadoria na justiça, e Jorge, que teve sua vida virada de cabeça para baixo, tendo

perdido o apartamento que financiava e com crises de asma ocupacional, têm um longo caminho pela frente, assim como Sofia que, jovem, ainda luta para ter seu caso reconhecido como ocupacional, situação de tantos outros segurados. Isso é difícil de entender, pois, quanto mais casos tiverem reconhecimento oficial do caráter ocupacional, mais chances de se impetrar ações regressivas por parte do Estado para ressarcimento de gastos, podendo-se, ao mesmo tempo, aumentar a restituição aos cofres públicos.

Este livro dá visibilidade a alguns trabalhadores que foram excluídos das empresas em que trabalharam ou àqueles que obterão a aposentadoria por idade ou por tempo de serviço depois de terem trabalhado em condições inadequadas e, em decorrência disso, terem adoecido. Dá vida a eles, que durante sua trajetória laboral viveram no anonimato, como milhões de seus colegas, e que nunca ganharam notoriedade, ao contrário de passageiros de um avião que cai e que, depois de mortos, ganham as páginas de jornais, mesmo que por pouco tempo, com suas histórias interrompidas. Trabalhadores acidentados ou adoecidos, que carregam para sempre a marca do trabalho em seus corpos e mentes, são tratados como vestígios a serem apagados, a exemplo do que Chico Buarque canta em “Construção”: “E tropeçou no céu como se fosse um bêbado / E flutuou no ar como se fosse um pássaro / E se acabou no chão feito um pacote flácido / Agonizou no meio do passeio público / Morreu na contramão atrapalhando o tráfego”. O tráfego não pode parar, a vida tem que continuar.

É sincero o desejo das autoras de que este livro seja uma contribuição para um movimento de reflexão da sociedade quanto à necessidade de se repensar o ciclo de vida de milhares de trabalhadores que se acidentam e adoecem no processo de trabalho e dele são excluídos pela inexistência de uma política pública que possibilite sua recuperação, sua reabilitação profissional e sua reinserção em um processo de trabalho que não mais provoque lesões ou adoecimentos. Que seja utilizado em aulas, palestras, encontros de trabalhadores ou de profissionais de saúde, nos múltiplos aspectos abordados, com a esperança de que se interrompa o clima de indiferença a um ciclo de violências que se inicia muito precocemente na vida da maioria da população, retrato da desigualdade em nosso país.

Sumário

Introdução.....	15
Capítulo 1. Trabalho, adoecimento e Previdência Social	21
Capítulo 2. Violências contra o trabalhador	27
Capítulo 3. Trajetórias de vida, trabalho e adoecimentos	35
3.1 Macedo	39
3.2 Sofia	45
3.3 Jorge	50
3.4 Carlos	57
3.5 Anderson	58
3.6 Antonio.....	64
3.7 Alice	66
Capítulo 4. O processo: surgimento da doença, reconhecimento da natureza ocupacional, afastamentos e retornos.....	73
4.1 Trajetória de vida após o adoecimento	73
4.2 A violência e seus impactos.....	81
4.2.1 A suspeita, o descrédito e a desqualificação	82
4.2.2 Colocar obstáculos ou impedir o exercício de direitos trabalhistas e previdenciários	86
4.2.3 Impor maus-tratos, fazer agressões verbais, ofender, assediar moralmente	91
4.2.4 Impactos sociais e econômicos na vida do trabalhador afastado	92
Capítulo 5. Reconhecimento das origens das violências no processo de adoecimento pelo trabalho	95
Referências	103

Introdução

A literatura científica internacional é extensa quanto ao tema das consequências psicológicas, sociais e financeiras do adoecimento crônico na vida das pessoas. Há ainda o consenso de que, quando a doença é causada pelo trabalho, as consequências tendem a se agravar (ARAÚJO, 2008; DEMBE, 2001; LAVOIE et al., 2009; AMEILLE, 1997; GASSERT et al., 1998). Embora alguns motivos desse agravamento possam ser aventados de imediato (ameaça de perder sua forma de subsistência, medo do desemprego e da perda financeira, abalo na identidade pessoal, ruptura com o meio social), Dembe (2001) recomenda que, quanto a esta ligação especificamente, novos estudos e análises sejam realizados.

Seligmann-Silva (2011, p. 307) enfatiza que o trabalhador adoecido está vulnerável não apenas pelas consequências físicas de sua doença, mas também por

um desgaste psíquico advindo de outras perdas: uma deterioração referente à autoimagem, não apenas do ponto de vista físico, mas alcançando a identidade social, pois ocorre uma mudança na maneira pela qual a pessoa reconhece a si mesma e, muitas vezes, na forma pela qual é reconhecida/valorizada pelos demais no local de trabalho.

Apesar disso, o tema do adoecimento pelo trabalho é tão precariamente discutido em nossa sociedade que ele quase sempre vem à tona em forma de problema individual, apenas no momento em que o ato de trabalhar é prejudicado pela incapacidade laboral e pelas alterações no desempenho, por fim, interrompido com o afastamento.

As características adoecedoras do trabalho passam despercebidas, o sofrimento com os sintomas é sufocado, e as limitações decorrentes não são decodificadas pelos aparelhos de proteção social do Estado. Os processos de afastamentos e retornos ao trabalho acontecem, na maioria das vezes, focados na readaptação dos trabalhadores ao meio ambiente de trabalho, sem que tenham sido desencadeadas ações de combate às condições e às situações que

geraram o adoecimento. Para muitos, o quadro vai se tornando crônico, até sobrevir a incapacidade permanente.

Desde os primeiros sintomas, passando pelos diversos afastamentos até o desfecho, há um longo processo, nem sempre com resultado satisfatório.

Essa vulnerabilização do trabalhador é tão significativa que ações de intervenção terapêutico-pedagógicas voltadas ao fortalecimento, amparo e esclarecimento dos trabalhadores afastados merecerem destaque e encontram-se descritas na literatura nacional sobre práticas em saúde do trabalhador (SATO et al., 1994; CHIESA et al., 2002; HOEFEL et al., 2004; MERLO et al., 2001; PAPARELLI, 2011). Infelizmente, essas ações ainda não foram incorporadas pelas redes de atenção à saúde e muitos serviços especializados estão deixando de desenvolvê-las dada à falta de incentivo às práticas de assistência à saúde do trabalhador.

De fato, é bastante conhecido que o processo de diagnóstico, afastamento por uma doença relacionada ao trabalho e posterior retorno ao trabalho (ou tentativa de retorno) envolve situações de grande vulnerabilidade psicológica, social e econômica.

Apesar das especificidades de cada diagnóstico e, ainda, da função exercida pelos trabalhadores, há entre eles uma série de problemas vivenciados em comum: o sofrimento mental e as queixas de situações de injustiça, humilhação, desrespeito na empresa e no INSS; os sentimentos de vergonha e desvalorização pela impossibilidade de trabalhar; o sentimento de solidão e incompreensão; o medo do futuro; e a desesperança.

Esse quadro motivou a demanda do estudo, relatado neste trabalho, por parte do ambulatório de doenças respiratórias relacionadas ao trabalho da Fundacentro (Fundação Jorge Duprat e Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho) do então Ministério do Trabalho e Emprego¹.

¹ Em 2016, este Ministério passou a se chamar Ministério do Trabalho e Previdência Social e, em 2019, foi extinto. A partir de então, a Fundacentro passou a compor o Ministério da Economia.

Posteriormente, a população do estudo passou a contar também com alguns trabalhadores encaminhados pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) da Freguesia do Ó, do município de São Paulo, e pela Confederação Nacional dos Trabalhadores no Comércio e Serviços (Contracs). Os profissionais de saúde do Cerest já identificavam quadros semelhantes aos descritos acima na população atendida por eles, ao passo que os representantes da Contracs, ao tomarem conhecimento do estudo, manifestaram ter percebido a mesma problemática entre trabalhadores de sua categoria.

Em 2010, uma perícia multidisciplinar que subsidiou uma ação civil pública proposta pelo Ministério Público do Trabalho e pela Procuradoria Regional do Trabalho de São Paulo, face a uma instituição bancária, já havia apontado situações de assédio moral organizacional contra empregados adoecidos pelo trabalho, fortalecendo a percepção de que o tema merecia maior atenção. Essa perícia foi posteriormente relatada em 2014, após a sentença ser proferida (LIMA et al., 2014). Interessante destacar que, na condução da perícia, identificou-se que as testemunhas, agentes importantes em processos judiciais, também são afetadas de alguma forma por assistirem a situações de violência psicológica vividas por outros, chegando a se afastarem do trabalho em decorrência disso (LIMA et al., 2014).

Embora esse quadro nada tenha de novo, há motivos para se pensar que ele venha se intensificando nos últimos tempos frente a incrementos e a transformações levadas a cabo não só pela intensificação do trabalho, mas também pela tendência de recuo do Estado organizador da sociedade, compensador e mediador de desigualdades.

Assim, esta pesquisa teve como objetivo identificar, analisar e descrever diversas formas de violência às quais estão expostos trabalhadores afastados do trabalho e/ou em retorno ao trabalho após afastamento, bem como situações, mecanismos e contextos propiciadores dessa violência.

Quadro 1 Ambulatório de doenças respiratórias da Fundacentro

Em 1971, a Fundacentro criou o seu primeiro ambulatório de doenças profissionais, em conjunto com a Escola Paulista de Medicina, tendo realizado perícias para o extinto Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) entre 1973 e 1977. No final dos anos 1980, o ambulatório da Fundacentro passou a receber trabalhadores encaminhados pelos sindicatos com suspeita de adoecimento respiratório devido ao trabalho. A maior parte dos casos confirmava-se como asma ocupacional. Com o passar dos anos, o Hospital das Clínicas e o Hospital São Paulo, ambos universitários, e posteriormente os Cerests, passaram também a encaminhar pessoas com outros tipos de adoecimentos respiratórios relacionados ao trabalho.

Normalmente os trabalhadores são encaminhados para o ambulatório da Fundacentro em busca de análise especializada quanto aonexo causal entre a doença respiratória e o trabalho. É comum que o paciente chegue ao ambulatório sem Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) emitida e ainda no exercício de suas atividades.

Em caso denexo causal positivo, os médicos da Fundacentro passam a acompanhar o caso e enviam um pedido para que a empresa faça a emissão da CAT, oferecendo auxílio técnico, quando necessário. Ao longo do tratamento, os médicos da Fundacentro passam a acompanhar o paciente não só clinicamente, mas também emitindo laudos e pareceres à Previdência Social, fornecendo relatórios quanto ao seu estado de saúde e com recomendações sobre a continuidade ou não de seu afastamento do trabalho.

Nesse ambulatório, os pacientes são acompanhados por longos períodos, alguns por mais de dez anos. É frequente que os médicos da Fundacentro entrem em contato com a empresa, tentando sensibilizar seus agentes para a situação do trabalhador, ou mesmo orientem o trabalhador a solicitar ao INSS a reconsideração da alta ou uma nova entrada no pedido, conforme o caso. Esse tipo de atendimento acaba sendo não só uma orientação quanto aos direitos trabalhistas como também um suporte psicossocial, na medida em que reafirma e reforça a condição de cidadão do trabalhador adoecido, incapacitado para o trabalho, que vem encontrando dificuldades em fazer valer seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Outra linha de trabalho do ambulatório é a qualificação de profissionais em doenças pulmonares ligadas ao trabalho. Os médicos do ambulatório ministram palestras e cursos em eventos científicos e na própria Fundacentro, publicam artigos científicos e também oferecem treinamento para médicos-residentes, especialistas, estagiários e profissionais dos Cerests, de forma a disseminar os diagnósticos.

Fonte: Produção do próprio autor.

Quadro 2 Cerest Freguesia do Ó

Os Cerests, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, foram criados em 1989. Atualmente com seis unidades, nas zonas norte (Freguesia do Ó), centro-oeste (Lapa), sudeste (Mooca), sul (Santo Amaro) e centro (Sé) e leste (Itaquera).

Na Prefeitura, os CRSTs estão subordinados à Coordenadoria de Atenção Básica por fazerem parte do Programa de Saúde do Trabalhador do Município. Ao mesmo tempo, eles fazem parte do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde e, portanto, estão vinculados à Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Covisa).

O Cerest da Freguesia do Ó tem como área de abrangência toda a região norte do município de São Paulo, que inclui cinco supervisões de Saúde: Freguesia do Ó/Brasilândia, Casa Verde/Cachoeirinha, Pirituba/Perus, Vila Maria/Vila Guilherme, Santana/Tucuruvi/Jaçanã/Tremembé.

Contava, no momento em que esta pesquisa teve início em 2013, com uma equipe multiprofissional formada por: seis médicos do trabalho; um pneumologista; cinco assistentes sociais; quatro enfermeiros; duas fonoaudiólogas; duas fisioterapeutas; uma psicóloga; uma terapeuta ocupacional; equipe de apoio administrativo; auxiliares de enfermagem e de farmácia. Ao longo do estudo, a terapeuta ocupacional, uma das fisioterapeutas e uma das enfermeiras se aposentaram e não foram substituídas.

Em 2002, com a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (Renast), foram habilitados vários Cerests por todo o país, inclusive os que existiam antes da criação da rede.

A Renast é composta por cerca de 178 Cerests e por uma rede sentinela de mil serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade, responsáveis por diagnosticar os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho e por registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-NET).

Uma multiplicidade de ações é esperada dos Cerests: o atendimento ambulatorial de pessoas com quadros de doenças profissionais e/ou sequelas de acidentes de trabalho; a realização de projetos específicos a partir da demanda dos sindicatos, da rede de saúde e de demais parceiros; cursos de capacitação, orientação e educação em Saúde do Trabalhador e Vigilância em Saúde do Trabalhador. O papel dos Cerests é o de fomentar, por meio da Renast, negociações e pactos, promovendo a responsabilidade partilhada entre todas as instâncias da Secretaria Municipal de Saúde em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Capítulo 1

Trabalho, adoecimento e Previdência Social

A Lei nº 8.213/91 dispõe sobre a organização da seguridade social no Brasil e a define como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social. Cabe à Previdência Social garantir aos seus segurados, mediante contribuição, meios indispensáveis de manutenção por motivo de incapacidade, idade avançada, tempo de serviço, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, entre outros.

Ao se afastar temporária e totalmente do trabalho, o contribuinte da Previdência Social passa a gozar de um dos benefícios previstos na legislação previdenciária: o auxílio-doença.² Para receber tal renda, chamada pela lei de “benefício”, o trabalhador e a empresa contribuem mensalmente à Previdência.³

Cabe ao Instituto Nacional do Seguro Social, vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social⁴, garantir uma renda

² De acordo com a Lei nº 8.213/91, que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências, em seu artigo 60, o auxílio-doença será devido ao segurado empregado a contar do 16º dia do afastamento da atividade e, no caso dos demais segurados, a contar da data do início da incapacidade e enquanto ele permanecer incapaz (BRASIL, 1991b). Durante a redação deste relatório, houve a edição da Medida Provisória (MP) nº 664 de 2014, que modificou esse tempo: passou-se a contar do 31º dia de afastamento e não mais do 16º (BRASIL, 2014). Porém, a Lei nº 13.135, de 17 de junho de 2015, resultado da conversão da MP, não ratificou tal mudança, voltando à regra anterior de que o auxílio-doença é devido a partir do 16º dia de afastamento (BRASIL 2015a). O artigo 61 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, define que o auxílio-doença, inclusive o decorrente de acidente de trabalho, consiste em uma renda mensal correspondente a 91% do salário-de-benefício. Este é definido no inciso II, artigo 29, da Lei nº 8.213/91, como a média aritmética simples dos maiores salários-de-contribuição correspondentes a 80% de todo o período contributivo (BRASIL, 1991b); porém, segundo o artigo 1º, parágrafo 10º, da Lei nº 13.135/2015, não poderá exceder a média aritmética simples dos últimos 12 salários-de-contribuição, inclusive em caso de remuneração variável, ou, se não alcançado o número de 12, a média aritmética simples dos salários-de-contribuição existentes (BRASIL, 2015a).

³ No caso de segurados empregados.

⁴ Este Ministério foi extinto em 2019 e o INSS passou a ser vinculado ao Ministério da Economia.

mensal aos trabalhadores contribuintes quando eles não estão em condições de trabalhar por diversos motivos predefinidos em lei⁵ (maternidade, doença comum, doença de trabalho ou acidente de trabalho etc.).

No caso de a doença ou o acidente ocorrerem em função do trabalho, o benefício é denominado auxílio-doença acidentário e é pago mensalmente enquanto perdurar a incapacidade, acarretando ainda algumas garantias adicionais em termos de direitos, tais como o depósito da parcela do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) pelo empregador (BRASIL, 1990a⁶; 1990b⁷) e a estabilidade do vínculo empregatício após o retorno ao trabalho pelo período de 12 meses (BRASIL, 1991b⁸).

A contribuição ao sistema previdenciário é obrigatória para seus segurados,⁹ especialmente para aqueles com vínculo empregatício regido pela CLT, justamente por ser a Previdência um aparato estatal voltado a diluir o ônus que recairia sobre as pessoas isoladas em caso de adoecimento, entre outros imprevistos. Essa medida tem um papel de amparo ao indivíduo atingido no sentido de garantir sua subsistência, mas também de organizar e manter um estado de equilíbrio e harmonia mínimos à sociedade, na medida em que o desamparo individual ou o de algumas classes refletiria, de alguma forma, em toda a sociedade.

Além disso, tal desamparo significaria grande injustiça para aqueles que ocupam funções que implicam alto padrão de desgaste da saúde e cujo trabalho tem uma função dentro da sociedade. De fato, a necessidade de acionar o auxílio da Previdência em caso de doença do trabalho significa quase sempre pertencimento a classes em situação de desvantagem social dentro do mercado de trabalho formal. A posição da pessoa na sociedade e o modo de sua inserção no mercado de trabalho determinam fortemente as condições de

⁵ O artigo 201 da Constituição Federal e o artigo 18 da Lei nº 8.213/91 definem, respectivamente, os eventos cobertos e as espécies de prestações previdenciárias (BRASIL, 1988; 1991b).

⁶ Artigo 15, parágrafo 5º, Lei nº 8.036/90.

⁷ Artigo 28, inciso III, Decreto nº 99.684/90.

⁸ Artigo 118, Lei nº 8.213/91.

⁹ Lei nº 8.212/91, artigo 11, parágrafo único, alínea c e artigo 12, inciso I (BRASIL, 1991a).

trabalho a serem enfrentadas, bem como o grau de suscetibilidade a acidentes ou adoecimentos causados pelo ofício.

Para ilustrar, é importante citar que, dentre os beneficiários no ano de 2012 (trabalhadores que precisaram utilizar-se do direito de receber alguma prestação da Previdência Social), 60% deles receberam prestações de valor igual ou inferior a um salário-mínimo.¹⁰ Dentre os benefícios auxílio-doença comum e auxílio-doença acidentário concedidos em 2012, 81,6% correspondiam a valores de até dois salários-mínimos.¹¹

Cabe salientar que os trabalhadores informais ou com vínculos precarizados, como aqueles contratados por meio de terceirização, encontram-se totalmente excluídos ou bastante prejudicados na possibilidade de exercício de seus direitos previdenciários devido exatamente à precarização desses vínculos empregatícios. Mesmo quando este existe, no caso dos terceirizados, conseguir afastar-se, ainda que por incapacidade temporária, é muito difícil. Esses trabalhadores acabam demitidos antes, pois lhes falta suporte para fazer valer seus direitos. É sabido também que as condições de trabalho de setores que utilizam mão de obra terceirizada são mais precárias.¹²

O afastamento com concessão de benefício temporário, assim como suas prorrogações, é concedido mediante perícia médica, até que esta considere a pessoa apta para o retorno ao trabalho.

Em tese, enquanto houver a incapacidade para o trabalho, mantém-se o afastamento. Deveria se tratar, portanto, de decisão pautada no estado de saúde e na viabilidade de se voltar ou não a exercer o ofício, sem ter o quadro da doença agravado. Verificado o restabelecimento da saúde, antes de encaminhar o trabalhador

¹⁰ Importante lembrar que somente benefícios que não substituam o salário ou o rendimento mensal (como o auxílio-acidente e o salário-família) podem ter valor inferior a um salário-mínimo. No caso do auxílio-doença comum ou acidentário, quando a aplicação da alíquota de 91% ao salário de benefício resultar em valor inferior a um salário-mínimo, ocorre a equiparação ao mínimo.

¹¹ BRASIL, 2019.

¹² Tal quadro de dificuldade de acesso à Justiça dos terceirizados tende a se intensificar com a promulgação da Lei nº 13.429, de 31/03/2017, que dá fim à responsabilidade solidária e adota a responsabilidade subsidiária da empresa contratante, no que tange às obrigações trabalhistas. (BRASIL, 2017).

para o retorno a suas funções, a perícia do INSS deveria checar a permanência ou não das condições de trabalho adoecedoras. Em caso afirmativo, deveria se desencadear a intervenção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no local de trabalho adoecedor para que fossem evitados agravamentos e mesmo novos casos. Porém, a comunicação e a ação integrada entre esses órgãos estatais não fazem parte do cotidiano, contribuindo significativamente para uma atuação insuficiente de intervenção para melhorias das condições de trabalho, quando não inexistente.¹³

O que ocorre, via de regra, é que as condições de trabalho adoecedoras não são modificadas e, quando o trabalhador retorna para a mesma função, seu estado de saúde se agrava, necessitando afastar-se novamente, formando, assim, um ciclo vicioso altamente prejudicial ao trabalhador, sob todos os aspectos, como será explicitado adiante.

O encaminhamento para a Reabilitação Profissional na maioria das vezes, é feito quando sedimentadas as limitações e o nível de incapacidade, em uma interpretação da lei (BRASIL, 1991b¹⁴) que acaba por ser contraproducente para prevenir doenças e incapacidades e para o Estado levar a cabo sua função de proteger a saúde do trabalhador (FUNDACENTRO, 2013). Apesar de existir para garantir o trabalho digno e a preservação da saúde,¹⁵ a reabilitação profissional tem tido resultados insatisfatórios.

Percebe-se que as diretrizes legais sobre reabilitação profissional estão voltadas ao acidentado: sedimentada a incapacidade, procede-se à reinserção em atividade que lhe seja compatível. Em geral, a equipe de reabilitação profissional do INSS investiga sua história profissional a fim de encontrar habilidades que possam ser utilizadas em nova função; descreve as limitações físicas do traba-

¹³ Para um debate mais aprofundado a respeito das dificuldades atuais no retorno ao trabalho e na reabilitação profissional, recomendamos consultar o portal Políticas Públicas em SST. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/politica-publicas-em-sst/apresentacao>>. Acesso em: 29 março 2019.

¹⁴ Artigo 89, Lei nº 8.213/91.

¹⁵ Interessante salientar que o decreto nº 3.048/99, em seus artigos 138 e 337, parágrafo 2º, impõe um cuidado às equipes de reabilitação profissional que acompanham o trabalhador na sua reinserção para que não se agrave o quadro da doença. (BRASIL, 1999).

lhador; dá indicações genéricas e superficiais das contraindicações no exercício laboral, como, por exemplo, a relação dos movimentos que a pessoa não é capaz de fazer.

No entanto, ao aplicar essa lógica ao adoecido pelo trabalho, surgem muitas dificuldades, uma vez que o olhar apenas para limitações físicas decorrentes do quadro nosológico não é suficiente para uma reinserção efetiva e segura do trabalhador. Isso porque não contempla, por exemplo, os aspectos relacionados a ritmo de trabalho e a pressões diversas abusivas, que estarão presentes em outros postos e que estão na trama complexa de causalidade das doenças do trabalho de maior incidência hoje (como as musculoesqueléticas).

Sabe-se que muitas modificações necessárias implicariam em mudanças no próprio processo de trabalho e na organização do trabalho, alterando os ritmos e as pressões cada vez mais extenuantes. Assim, na prática, torna-se muito difícil encontrar outro posto de trabalho. As visitas e as inspeções ao local de trabalho para tal fim praticamente não ocorrem ou são raras. Tem lugar, assim, uma cronificação da doença pela não intervenção no ambiente de trabalho a tempo de evitá-la.

Essa abordagem da reabilitação profissional para o trabalhador já sequelado, que não é mais capaz de voltar a reinserir-se na mesma função, além de acarretar agravamento do quadro de saúde, traz limitações à reabilitação profissional, deixando de agir no início do processo, momento no qual haveria maiores chances de recuperação total da saúde, com a mudança das condições e das características danosas do trabalho (FUNDACENTRO, 2013). Por isso, boa parte dos processos de reabilitação tem ficado sem um desfecho satisfatório. Os relatos vão exemplificar essa problemática.

Tais deficiências na atuação do Estado acabam por contribuir de forma acentuada para o aumento da cronificação das doenças e das sequelas, intensificando a incapacidade para o trabalho (COSTA-BLACK, 2013),¹⁶ e atingem a credibilidade e a confiança no Estado de direito e em seu papel regulador.

¹⁶ Para compreender melhor a ideia de prevenção da incapacidade para o trabalho, consulte: COSTA-BLACK, 2013.

Salienta-se que há discussão de cunho interinstitucional de modelos de reabilitação profissional integrada com intervenções focadas na prevenção (FUNDACENTRO, 2013; COSTA-BLACK, 2013; TAKAHASHI et al., 2010; TAKAHASHI et al., 2011).

Capítulo 2

Violências contra o trabalhador

O tema da violência é complexo e controverso, existindo, por isso, várias teorias explicativas, apontando caminhos diversos tanto para a elucidação de sua origem, quanto para sua prevenção (SANTOS JR.; DIAS, 2004). Pode-se dizer que se trata de um tema plural e multicausal (MINAYO; SOUZA, 1999), necessitando tratamento particular que atenda às especificidades de cada situação.

Independentemente da origem atribuída pelas diferentes teorias ao fenômeno da violência, parece inevitável a premissa de que não se pode estudá-la sem se considerar o contexto social em que ela se manifesta. Isso pois, apesar de permanente na vida em sociedade, a violência aparece de forma diferente em cada lugar e tempo histórico, em cada sociedade, ou seja, fatos políticos, econômicos, culturais têm importância na sua determinação, na forma de ocorrência e na intensidade (CHESNAIS, 1981; BURKE, 1995; apud MINAYO E SOUZA, 1999; WIEVORKA, 2006). Dessa forma, a intervenção neste fenômeno implica intervir em determinada realidade política, econômica e cultural, visto que os fenômenos violentos têm relação com as condições reais de vida e não podem ser explicados por um único fator, por um pensamento linear.

Ainda que frequentemente tome forma concreta nas relações interpessoais, a complexidade do fenômeno impende à ampliação do olhar para razões macroestruturais.

Minayo (1994), em um esforço de ampliar a discussão sobre os determinantes da violência, classifica-a em três grandes tipos: violência estrutural, violência de resistência e violência de delinquência.

A violência estrutural é proveniente das estruturas organizadas e institucionalizadas em uma dada sociedade e que têm um papel determinante na violência do comportamento, que aparece nas relações interpessoais. Trata-se da violência pela negação de direitos, vulnerabilizando grupos, classes, nações e indivíduos. Quase sempre é uma violência naturalizada, aceita como inevitável, é reiteradamente confirmada no cotidiano, muitas vezes não sendo reconhecida como violência (MINAYO, 1994).

A violência de resistência diz respeito às respostas desses grupos, classes, nações ou indivíduos atingidos pela violência estrutural. É uma reação a algo tido como natural. Sendo assim, não é aceita por aqueles que detêm poderes econômico, político e/ou cultural, sendo objeto de repressão (MINAYO, 1994).

A violência de delinquência delimita um conjunto de ações fora da lei estabelecida. Seriam os sadismos, os sequestros, os delitos, os roubos, os furtos, as lesões etc. Para a autora, essas violências devem ser analisadas tendo como marco referencial a violência estrutural, em uma perspectiva histórica e dialética (MINAYO, 1994).

Essa classificação acabou por ter um cunho muito mais compreensivo e elucidativo de determinantes da violência do que de organizador de fenômenos de uma mesma espécie em categorias. Importa aqui destacar que as condutas consideradas violentas devem ser analisadas tendo como pano de fundo o contexto estrutural, ou seja, as estruturas organizadas e institucionalizadas que formatam as relações sociais. Minayo nos auxilia tirando o véu daquilo que é instituído e, portanto, dotado de um discurso de legalidade, legitimação e racionalidade, evidenciando que, muitas vezes, a estrutura e o contexto são, por eles próprios, violentos.

Levando em conta a reflexão acima, passamos a analisar a definição de violência apresentada no *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, da OMS:

O uso intencional da força física ou de poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG, 2002, p. 5).

A relação que frequentemente se estabelece entre violência psicológica e poder presente na definição acima leva a uma limitação conceitual, tratada por Schraiber et al. (2006) e salientada também por Soboll (2008). Schraiber et al. (2006) tecem a seguinte crítica ao comentar o relatório da OMS (KRUG, 2002):

[...] o Relatório pouco esclarece o próprio conceito de poder, confundindo-o com o de violência, muitas vezes

levando à crença de que a violência seja parte inexorável do poder. Reitera-se inadvertidamente, desse modo, a inevitabilidade da violência que se quer recusar. Outra confusão possível é, ao revés, inviabilizar a concepção de poder como relações não violentas, obscurecendo igualmente o papel da responsabilidade social intrínseca a essas ações de poder (SCHRAIBER et al., 2006, p. 114).

Outra limitação nessa definição advém do uso do qualificativo “intencional”. O próprio relatório levanta a distinção entre intenção de lesar e intenção de usar a violência e ainda lembra a possibilidade de não haver a percepção das consequências da conduta violenta levada a cabo, mesmo aquelas consideradas intencionais.

Amplia-se a crítica a esse qualificativo. O uso do termo “intencional” pode conduzir a uma leitura individualizante, frequentemente ligando a violência à ambição, à vontade do agente causar uma lesão, um prejuízo a outra pessoa ou obter algo a partir de um comportamento violento, o que dá origem a um viés que prejudica a compreensão mais ampla do fenômeno e exclui alguns eventos do campo de análise dos estudos sobre violência.

Estariam excluídas da definição de violência da OMS (KRUG, 2002), por exemplo, aquelas condutas que não necessariamente partem da intenção de uma pessoa, ainda que não sejam acidentais e que sejam intermediadas por uma pessoa e que gerem como resultado o dano psíquico, a morte etc. Essa definição, portanto, não contempla uma série de eventos violentos por não encerrarem a intenção de um agente, como, por exemplo: a negação de direitos ligados à sobrevivência e à integridade física e psicológica; agressões perpetradas por agentes do próprio Estado contra classes marginalizadas no exercício da função pública; entre outros impedimentos mais sutis. Esses exemplos citados integram-se à categoria “violência estrutural”, da classificação de Minayo.

Além disso, ainda que um determinado evento violento se dê pela conduta de uma pessoa, muitas vezes ela está vinculada a determinantes maiores e externos que recaem sobre o agente da violência, como injunções às quais nem sempre se consegue resistir. Essas injunções devem ser analisadas para que se chegue

a uma leitura compreensiva do fenômeno. Nesse mesmo sentido, Schraiber et al. (2006, p. 113), ao tratar da violência, afirmam que: “Não bastará para seu controle apenas apelos aos sentidos de responsabilidade ética e social dos indivíduos”.

No que diz respeito à violência que ocorre no contexto de trabalho, apenas para ilustrar, destacamos o enfoque abrangente dado por Gomez e Machado (1994) e Cohn et al. (1985), que colocam os acidentes de trabalho como resultado da violência presente nos processos de trabalho. Este artigo focaliza a violência estrutural contida na divisão do trabalho e na forma de organização do processo de trabalho.

Outras análises que focalizam a dimensão estrutural da violência no trabalho são trazidas por Soboll (2008) e Freitas, Heloani e Barreto (2008), ao problematizarem o evento do assédio moral no trabalho. Esses autores trazem ao foco elementos estruturais do ambiente de trabalho como determinantes ou mesmo, em alguns casos, fontes do assédio moral. Tal abordagem pondera que os comportamentos individuais não ocorrem em um “vácuo social”, mas são moldados pelas injunções presentes no ambiente de trabalho, que, por sua vez, correspondem às políticas de gestão e à forma de organização do trabalho. Ou seja, os agentes da violência estão submetidos a forças que conformam seus objetivos e os pressionam para a necessidade de cumprir metas organizacionais e de controlar o comportamento do trabalhador, sempre na direção de maior produtividade.

Soboll (2008) explora os motivos que justificam a ocorrência do assédio moral nas instituições bancárias: busca de aumento de produtividade, garantia da adesão a normas organizacionais, maneira de sufocar discussões e argumentos que coloquem em xeque os valores da organização e do ideário que a sustenta.

Assim, é muito frequente que, embora haja um objetivo claro na violência psicológica ocorrida no trabalho, ele não se explica por uma intencionalidade individual do agente em atingir alguém em especial, mas pela busca em se atingir determinado resultado cobrado pela instituição ou em preservar valores organizacionais.

Destacamos ainda o conceito de violência no trabalho de Warshaw (1998), também citado por Soboll (2008, p. 132): “Todas as formas de comportamento, agressivo ou abusivo, que possam causar dano físico ou psicológico ou desconforto em suas vítimas, sejam estas alvos intencionais ou envolvidos pessoais ou acidentais”. Segundo essa definição, a intencionalidade não é um requisito para se caracterizar a violência no trabalho.

O objetivo do assédio organizacional não é atingir uma pessoa em especial, mas sim controlar todo o grupo indiscriminadamente (SOBOLL, 2008), sendo que as condutas caracterizadas como assédio moral ocorrem dentro de uma prerrogativa, a partir de papéis organizacionais, e encontram respaldo em questões ou aspirações organizacionais (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008). Assim, a gestão, ao impor, por exemplo, metas impossíveis, coloca o trabalhador em uma posição indigna, o que, por si só, é uma violência, uma conduta assediadora que parte da estrutura organizacional, sendo tão somente mediada por pessoas.

Outra forma de classificar o tipo de violência é a que leva em conta a natureza física, psicológica ou sexual. A violência psicológica engloba vários fenômenos, tendo nomenclaturas e conceitos variados. Segundo Soboll (2008, p. 141), a violência psicológica no trabalho seria:

[...] um conjunto de comportamentos que ofendem e humilham, uma vez que são constituídos de atos ou processos agressivos, os quais transgridem as regras que garantem a harmonia e o convívio social no contexto de trabalho, em determinada cultura.

Por atentar contra a moral ou regras de convívio social, a violência psicológica pode ser chamada também de violência moral.

A Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho, em publicação dedicada ao tema das violências no trabalho (EU-OSHA, 2011, p. 65), ao discorrer sobre “os fatores de risco ou antecedentes da violência relacionada ao trabalho”, levanta, dentre as causas: “problemas na concepção do trabalho (ex.: conflito de papéis), lide-

rança ou gestão incompetente”¹⁷. Apresenta características individuais, como gênero, idade e etnia, destacando que os estudos têm apresentado resultados contraditórios quanto ao gênero. Isto nos sugere a limitação do enfoque de características individuais tanto para explicar, quanto para prevenir o assédio moral.

A publicação também elenca traços de personalidade com base em alguns estudos que têm tentado chegar a um perfil psicológico de vítima e de agressor, mas salienta que o papel da personalidade na determinação do assédio é controvertido e cita Leymann, um clássico autor do tema para quem a personalidade é um dado irrelevante no processo de vitimização (EU-OSHA, 2011, p. 69).

Traz, ainda, resultados de estudos que destacam algumas características de personalidade da vítima, como ansiedade, baixa autoestima, desconfiança, submissão. No entanto, tais características podem surgir em decorrência do processo de assédio moral. Por exemplo, mostrar-se submisso pode ser uma das respostas a um contexto de constante ataque psicológico. Além disso, ao colocar traços de personalidade como fatores predisponentes, adota-se uma visão por demais estática e determinista de um fenômeno tão complexo como é a inter-relação entre vida psíquica e meio em que se vive. A personalidade recebe influências e influencia continuamente o contexto em que se vive, inclusive o do trabalho, que é uma das principais atividades humanas, seja pela sua centralidade, seja por consumir a maior parte do tempo diário. Não há como desconsiderar a dinamicidade dos processos psíquicos e a interinfluência indivíduo-ambiente.

Em geral, nesse tipo de análise, as questões relativas às formas de sociabilidade contemporânea, aos modos de gestão e organização do trabalho são desconsideradas ou apenas citadas como parte do contexto em que o assédio ocorre, sem que se estabeleçam as mediações necessárias entre eles e o problema examinado. (VIEIRA; LIMA; LIMA, 2012)

Entendemos que muito mais determinante do que características de personalidade são os contextos que propiciam o surgimen-

¹⁷ Tradução livre das autoras

to de situações objetivas que vulnerabilizam trabalhadores ou grupo de trabalhadores diante das violências diversas relacionadas ao trabalho. A condição de ter adoecido pelo trabalho, por exemplo, já foi identificada como predisponente ao sofrimento de assédio moral (TOLDRA et al., 2010; LIMA et al., 2014). Isso ocorre por vários motivos, que serão tratados adiante. Porém, um deles é justamente o fato de representar um incômodo à organização, seja pela queda de produtividade, seja por evidenciar o aspecto maléfico das condições de trabalho.

A atribuição da culpa ao trabalhador, frequentemente utilizada pelo empregador para eximir a empresa da responsabilidade civil pelas consequências do adoecimento, potencializa esse sofrimento e é, em si, uma forma de violência.

As consequências dessa forma de violência não são apenas psíquicas, mas sociais, pois:

[...] a frequente atribuição da culpa ao próprio acidentado – além de outras consequências – fortalece o preconceito e a rejeição a quem sofreu o acidente. Preconceito e rejeição que serão manifestados quando a pessoa acidentada retornar ao trabalho. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 307)

Assim, são objetos deste estudo essa e outras formas de violências sofridas pelo trabalhador em decorrência do adoecimento e da incapacidade para o trabalho.

Capítulo 3

Trajetórias de vida, trabalho e adoecimentos

Para conhecer as formas de violência às quais estão expostos os trabalhadores afastados do trabalho e/ou em retorno ao trabalho após afastamento, bem como situações, mecanismos e contextos propiciadores dessa violência, optou-se por um estudo qualitativo, com base em entrevistas semiestruturadas, realizadas entre os anos de 2013 e 2014.

Antes de cada entrevista, e por meio do termo de consentimento livre e esclarecido, os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como as condições desta participação e a forma de divulgação dos resultados.

Os entrevistados eram segurados do INSS com vínculo de trabalho regido pela CLT, tendo sido encaminhados pelo ambulatório de doenças respiratórias relacionadas ao trabalho da Fundacentro, pelo ambulatório do Cerest da Freguesia do Ó e pela Contracs. Todos esses trabalhadores apresentaram em seus relatos indícios de situações de violência vivenciadas no processo de adoecimento, durante o período de afastamento ou no retorno ao trabalho após afastamento, seja por parte da empresa, do INSS, do serviço de saúde ou em outro contexto.

Procurou-se incluir: trabalhadores vítimas de acidente de trabalho típico ou de doença relacionada ao trabalho; aqueles que passaram por tentativas de retorno ao trabalho (por intermédio ou não da reabilitação profissional do INSS); e os afastados do trabalho por períodos de tempo variáveis e número de afastamentos variáveis.

A seleção de entrevistados foi feita pelos profissionais de saúde dos referidos ambulatórios (dois médicos, uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional). Os selecionados foram informados do projeto de pesquisa e convidados a participar, sendo-lhe solicitada autorização para fornecer seus números de telefone para o projeto. Os pesquisadores então os contataram, fornecendo mais informações e reforçando o convite para participarem da pesquisa. Marcou-se horário e local para o encontro (na casa do paciente ou

na Fundacentro, à escolha do entrevistado). No local e no dia marcado, foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e feita a entrevista. Em alguns casos, foi feita mais de uma entrevista com o mesmo trabalhador para complementar as informações.

Apesar de não haver número de entrevistados definido previamente, critérios qualitativos foram respeitados, assim como a garantia de que as diversidades fossem representadas, possibilitando a apreensão das diferenças, das experiências e das expressões que se pretendia conhecer com a pesquisa (MINAYO, 1998; DUARTE, 2002).

Ao todo, 15 trabalhadores foram entrevistados, sendo possível aprofundar as conversas em sete casos, de acordo com a disponibilidade e o interesse dos entrevistados, por meio de novas entrevistas com detalhamento mais amplo e riqueza dos relatos. Os encontros tiveram duração entre uma hora e duas horas e a finalização do trabalho de campo levou em conta o critério de saturação dos conteúdos.

A entrevista semiestruturada baseou-se em um roteiro (Vide Quadro 3) com questões norteadoras dos temas a serem explorados inicialmente, a partir das quais o entrevistado e o entrevistador, eventualmente, avançaram por outras questões a fim de alcançar uma ideia ou uma resposta mais detalhada (BRITTEN, 2000).

Quanto à situação de entrevista, buscou-se colocar em prática o que Bourdieu (1999, p. 695) denominou escuta ativa e metódica:

Efetivamente, ela associa a disponibilidade total em relação à pessoa interrogada, a submissão à singularidade de sua história particular, que pode conduzir, por uma espécie de mimetismo mais ou menos controlado, a adotar sua linguagem e a entrar em seus pontos de vistas, em seus sentimentos, em seus pensamentos, com a construção metódica, forte, do conhecimento das condições objetivas, comuns a toda uma categoria.

As entrevistas passaram por Análise de Conteúdo, que, na definição de Bardin (2011), é um método qualitativo e empírico que se propõe a analisar diferentes linguagens (escritas, orais, visuais e

gestuais), abarcando um conjunto de técnicas de análise das comunicações que se baseiam na inferência ou na dedução e respeitam critérios específicos.

Como o nome do método enfatiza, trata-se de uma análise voltada para a explicitação e a sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão desse conteúdo. Em suma, nas palavras da autora, “a Análise de Conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (BARDIN, 2011, p. 50). Assim, “o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (por classificação, por exemplo)” (BARDIN, 2011, p. 44).

Dessa forma, a análise favorece a compreensão crítica da comunicação tanto no seu sentido manifesto, quanto no oculto, o que permite também pôr à prova a interpretação inicial do material.

A seguir, apresentamos os resumos dos casos estudados. Cada relato foi redigido pela dupla que entrevistou o trabalhador. Os nomes dos entrevistados são fictícios e algumas informações pessoais foram trocadas a fim de manter o anonimato, o sigilo e a privacidade. Também foram modificados alguns dados de identificação pessoal e do vínculo de trabalho, como região e ramo de atuação da empresa, para resguardar os entrevistados. As falas, quando reproduzidas, foram destacadas em itálico.

Quadro 3 Roteiro das entrevistas

1) Dados pessoais

Data de nascimento, estado civil, se tem filhos e quantos, com quem mora, composição da renda familiar.

2) Histórico ocupacional

Empresas em que trabalhou, funções exercidas, tempo de trabalho, tipo de vínculo jurídico, condições de trabalho.

3) Histórico da doença

Primeiros sintomas; atendimentos e serviços de saúde que utilizou desde o surgimento dos sintomas e os que utiliza hoje; reconhecimento da relação com o trabalho; visão e posição da empresa, do chefe e dos colegas quanto à doença; trajetória até o afastamento; relacionamento com a empresa, com o chefe e com os colegas a partir do adoecimento; papel desempenhado por cada serviço de saúde utilizado nessa trajetória (Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho – SST da empresa, serviço de saúde do sindicato, serviço de saúde vinculado a plano de saúde da empresa; prontos-socorros de hospitais; serviços de saúde de atenção básica e ambulatorial do SUS, do Cerest e de outros serviços públicos especializados).

4) Sobre o afastamento

Data do primeiro afastamento; sequência de altas, pedidos de reconsideração de alta, retornos ao trabalho e novos afastamentos; tipo de benefício concedido; tentativas de readaptação; qualidade dos atendimentos pelos peritos e pelos profissionais da reabilitação profissional; relacionamento com esses profissionais; descrição dos procedimentos de reabilitação profissional.

5) Situação atual

Se está empregado, afastado ou trabalhando; com ou sem sintomas; em tratamento etc.

6) Medicamentos

Custo mensal, custeio/fornecimento.

7) Outros gastos relacionados ao adoecimento/afastamento

8) Ações judiciais

Tipo de ação, réu, pedido, data da petição, fase do processo, resultado.

Nos itens 3 e 4, na descrição da trajetória da identificação dos primeiros sintomas até o afastamento, bem como em toda a história de afastamento, será possível identificar situações de violência psicológica ou de assédio a serem exploradas: como ocorreram, se houve perpetuação da conduta ao longo de outros possíveis encontros, se houve constrangimento ou coerção, de que forma e com que intensidade o entrevistado sentiu-se atingido, se obteve a resposta de que necessitava, se sofreu prejuízo objetivo em seus direitos trabalhistas ou previdenciários, se teve sua autoestima e sua visão de mundo afetadas por este processo, qual a natureza do sofrimento psicológico envolvido, quais as perspectivas quanto à sua saúde e ao seu trabalho.

3.1 Macedo

Macedo, 56 anos, começou como eletricista e, mais tarde, formou-se técnico eletrônico, tendo o que se pode chamar de trajetória profissional consistente em sua área de atuação. Em seus 29 anos de trabalho, atuou como eletricista de manutenção em quatro indústrias de diferentes ramos, tendo permanecido 17 anos em uma delas, de onde saiu em razão da mudança da empresa para outro município. Durante o tempo em que lá trabalhou, fez um curso técnico em eletrônica e, posteriormente, ingressou como técnico eletrônico de manutenção na empresa com a qual tem vínculo atual. Nela, porém, trabalhou por apenas um ano, precisando afastar-se quando sobreveio o adoecimento.

É casado, mora com a esposa e dois filhos jovens adultos, um recém-formado e outra universitária. Relatou na entrevista que buscou, junto com a esposa, formar os filhos e propiciar condições para que pudessem cursar uma faculdade, visto que acreditava na importância da educação. Constantemente ressaltou que cumpria com seus deveres, trabalhando e pagando impostos, e que contribuía com o INSS. “Quem trabalha tem direitos”. Apesar de dizer ter desacreditado dessa afirmação, seu discurso permanece ancorado na ideia do trabalho que gera direitos. Essas eram as regras do jogo no início de sua vida profissional.

Ele nunca havia se afastado do trabalho, de 1974 até 2009, por doença ou por acidente de trabalho. Porém, pouco tempo após ingressar na empresa atual, passou a sentir *falta de ar*, tendo que ir constantemente (de duas a três vezes por semana) ao médico da empresa e, às vezes, ao pronto-socorro para tomar medicação e fazer inalação. Nunca havia tido tal sintoma, o qual, no começo, após uma inalação, sumia. Pela rápida remissão do sintoma, demorou a se perguntar como aquilo havia surgido. Com o passar dos dias, das semanas e dos meses, o sintoma foi se intensificando e se tornando persistente.

Como técnico eletrônico de manutenção, acompanhava o processo de fabricação para observar o funcionamento das máquinas e, para isso, ficava boa parte do tempo junto a elas. Assim, tinha contato diário com um produto químico, o isocianato de metila,

sobre o qual recai a hipótese médica de ser a causa da asma adquirida pelo sr. Macedo. Essa hipótese tem como fundamento o fato de o produto ser reconhecido pela literatura científica como um dos principais causadores de asma ocupacionais e pela legislação como um agente irritante, segundo relato de médicos especialistas.

O médico do pronto-socorro sugeriu que ele procurasse um especialista, visto que o uso constante das medicações para a crise de asma poderia ser perigoso à saúde.

Na empresa, já havia rumores sobre a relação entre esse produto utilizado na produção e a ocorrência de doenças respiratórias. O sr. Macedo não sabe precisar os fundamentos de tais rumores, mas outros funcionários já tinham adoecido e morrido por doenças respiratórias ou por complicações relacionadas a elas. O assunto era tão falado e temido que, nos corredores, corriam comentários de que a doença que matou o dono da empresa, um suposto câncer de pulmão, podia ter sido causada pelo produto em questão. Era um assunto que causava incômodo entre todos na empresa.

A chefia adotava a regra de só se utilizar a máscara de proteção respiratória na hora da aplicação do produto. Mas, mesmo depois do uso, a substância ainda se encontrava dispersa no ar. O sr. Macedo, como já se encontrava sensibilizado, sentia que aquilo desencadeava a falta de ar, então usava a máscara todo o tempo. Os donos da empresa questionavam com a chefia imediata sobre o motivo pelo qual ele continuava a usar o equipamento de proteção. Era como se o uso da máscara demonstrasse o desconforto causado pelo produto, como se fosse uma denúncia velada do problema e que parecia incomodar os donos da empresa. O sr. Macedo percebia assim e sentia-se cada vez mais isolado, inseguro.

Por causa da asma, o médico do trabalho já havia lhe dito que ele precisava se afastar de sua ocupação, mas o sr. Macedo resistia. Porém, ao tomar conhecimento de que a empresa contratara novo funcionário para exercer a mesma função que ele, passou a pensar que se preparavam para demiti-lo. Ela, que vinha negando o reconhecimento do problema nas condições de trabalho, estava tomando providências que denotavam intenção de demiti-lo. A demissão, naquele momento, seria um evento trágico na vida do sr. Macedo,

pois, doente e aos 56 anos, dificilmente arranjará outro emprego em uma indústria.

O médico do trabalho da empresa o encaminhou a um pneumologista do convênio e a um ambulatório público especializado. Este encaminhamento, embora não tenha sido a tempo de evitar a cronificação do adoecimento, foi uma conduta bastante positiva do médico e fugiu à regra do que é mais comum entre os médicos do trabalho de empresas, que raramente encaminham o trabalhador a um serviço especializado em doenças do trabalho. No ambulatório, foi diagnosticada a asma ocupacional por isocianato de metila e foi solicitado seu afastamento do trabalho.

E é a partir daqui que começa o relato de uma experiência que, apesar de muito injusta, passa despercebida pela sociedade e por suas instituições, repetindo-se para muitas outras pessoas. Quando alguém adoece pelo trabalho, todo o processo de adoecimento, afastamento do trabalho por causa da doença e o desfecho disso (retorno ao trabalho, aposentadoria por invalidez ou queda no precipício social do desemprego e do desamparo social) constituem um drama silencioso, solitário, enigmático para muitos, desestruturador para alguns.

O sr. Macedo, muito lúcido, expressa-se com clareza sobre sua vida, sua trajetória profissional, a qual apresenta com orgulho. Lucidez que ainda não foi atingida, como é tão comum acontecer às pessoas em situação semelhante, pelo sofrimento que experimentam em decorrência de uma doença e da percepção de rebaixamento de seus direitos e de desamparo social.

Faz tratamento medicamentoso orientado por um médico pneumologista do convênio e recebe acompanhamento do médico pneumologista de um ambulatório público especializado em doenças ocupacionais. Além disso, para conseguir os medicamentos pelo Estado, precisa fazer acompanhamento médico no Hospital das Clínicas (HC). Isso porque, se custear os remédios, teria que desembolsar R\$ 400 por mês, o que jamais seria possível com o valor recebido pelo INSS e sem poder fazer qualquer tipo de atividade remunerada por imposição legal.

Para obter os medicamentos do SUS, o sr. Macedo precisa comprovar a doença, tendo, por isso, que se submeter a novos exames a cada três ou seis meses (raio X e prova de função pulmonar).

A medicação alivia as crises de asma, diminuindo o sofrimento, porém causando insônia. Além disso, pelos próprios sintomas da asma (falta de ar), não consegue fazer atividade física, o que prejudica a saúde e propicia o aumento de peso.

Toda perícia médica é vivida com sofrimento. Dias antes e depois dela, o sr. Macedo sofre. Não há diálogo com o perito, que apenas examina documentos, laudos médicos e pede para que ele aguarde do lado de fora do consultório. Por três vezes, teve o benefício negado, pediu reconsideração da alta e conseguiu resposta positiva.

A relação com o médico-perito é difícil. Ao tentar descrever os sentimentos de revolta diante da aparente indiferença do profissional, o sr. Macedo ressaltou que a percepção é comum a todos que frequentam o INSS. Destacou a existência de detector de metais na entrada do prédio do INSS e no corredor que leva aos consultórios dos peritos, bem como de seguranças na porta do consultório, como algo humilhante e intimidador aos segurados.

Teve sua “vida virada de cabeça pra baixo” com o afastamento do trabalho, seus legítimos, concretos e justos projetos de vida foram cancelados, seu cotidiano foi tomado pelo labirinto burocrático da comprovação da doença para continuar afastado e para obter medicamentos custeados pelo Estado. No entanto, o elemento mais devastador parece ser o perceber-se frágil e vulnerável diante da negação impessoal de seus direitos por instituições cujo fim seria, justamente, provê-lo nesta situação.

Falta pouco para completar o período de contribuição necessário para a aposentadoria por tempo de serviço, mas o sr. Macedo não sabe exatamente quanto, pois está preso em um labirinto burocrático. Segundo o artigo 60, inciso III, do Decreto nº 3.048/99 e ainda o artigo 55, inciso II da Lei nº 8.213/91, o tempo em auxílio-doença só conta como tempo de contribuição se intercalado por períodos de atividade. Devido a essa regra, o técnico que o atendeu disse-lhe que somente poderiam fazer a contagem de seu tempo

de contribuição depois que ele voltasse ao trabalho.¹⁸ Isso colocou o sr. Macedo em uma situação de indefinição até que retornasse ao trabalho. Porém, ele encontrava-se impossibilitado de voltar ao trabalho nas condições existentes na empresa à qual está vinculado. Esse era o parecer médico. E sua percepção também. Nisso parece concordar a perícia médica, que o encaminhou para o serviço de reabilitação profissional do INSS.

Foi feita uma tentativa de retorno ao trabalho, porém em outra função, mas mesmo assim o sr. Macedo passou mal, pois o produto dissemina-se por toda a planta da fábrica e, uma vez desencadeada a asma, a convivência com o agente irritante é muito difícil. Diante disso, a empresa recusou a tentativa. O médico-perito, ao receber o sr. Macedo de volta, deu-lhe alta. Macedo entrou com pedido de reconsideração e retomou a condição de afastado.

Segundo o sr. Macedo, durante o processo de reabilitação profissional, a equipe do INSS cogitou ser razoável que ele pedisse demissão da empresa, fizesse uma formação para outra função (sendo que seu problema de saúde não foi gerado por exercer a função de eletricista ou técnico em eletrônica, mas sim por exercê-la naquelas condições, exposto a um agente específico causador de asma) e enfrentasse o mercado de trabalho por sua conta e risco, aos 56 anos e com uma asma adquirida no trabalho. O profissional responsável pelo seu caso o aconselhou a procurar seus direitos na justiça. O aconselhamento profissional recebido no INSS, durante o período de reabilitação profissional, girou em torno da ideia pouco palpável de “superação da perspectiva da doença e abertura para novos horizontes”, expressão usada pelo orientador profissional. Pela sua experiência, o sr. Macedo avalia ser praticamente impossível arrumar emprego em outra empresa.

Como vou conseguir outro emprego, depois de passar três anos no INSS? É como pegar um ex-detento!

¹⁸ Não foi encontrado nenhum ato normativo que respalde esta conduta de não fazer a contagem de tempo enquanto a pessoa está afastada por doença do trabalho, uma vez que, ainda que o tempo de afastamento somente se efetive no momento do retorno, poderia ter sido feita uma simulação.

Caso consiga comprovar que trabalhou em condições perigosas (exposto à eletricidade) em outra empresa onde era eletricitista, terá direito à aposentadoria especial, cujo valor mensal é de 100% do salário de benefício, sem aplicação do fator previdenciário. A penúltima empresa em que trabalhou não pagava o adicional de periculosidade e havia omitido informações no Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) e, por isso, ele não tinha como comprovar a periculosidade para fins de aposentadoria especial. Disse que já foi reconhecida tal condição (o trabalho perigoso, por lidar com eletricidade) na Justiça, de forma coletiva, por ação movida pelo sindicato, mas cada um dos trabalhadores teria que mover ação individual para requerer aposentadoria especial. Já se tiver que se aposentar por tempo de contribuição, será aplicado o fator previdenciário,¹⁹ reduzindo o valor da remuneração.

Como administrativamente não consegue uma resposta, o sr. Macedo ingressou com dois processos judiciais, um solicitando aposentadoria especial e outro, aposentadoria por invalidez. De nenhum dos dois teve resposta ainda. Já no INSS, não consegue nenhum parecer formal quanto à situação de sua aposentadoria.

Com tudo isso, sente-se bastante frustrado profissionalmente. Empenhou-se em adquirir uma boa formação e em construir uma boa história de trabalho. Porém, hoje, vê que isso não lhe trouxe garantias. Afirma que havia feito planos de ajudar a formar os filhos. Avalia que, caso não tivesse adoecido ou se seus direitos não tivessem sido desrespeitados, poderia ter conseguido.

Segundo parecer médico, não há cura para o problema do sr. Macedo, e ele sente também que não houve nenhuma melhora. Apenas sente alívio quando usa o remédio. Em casa, consegue fazer algumas poucas atividades, como lavar louça. Passar pano no chão já não consegue. Então, para passar o tempo, quando não está em sua peregrinação atrás de laudos médicos, medicamentos, consul-

¹⁹ Durante a redação deste relatório, foi editada a Medida Provisória nº 676/2015, que se converteu na Lei nº 13.183/15, introduzindo o artigo 29-C na Lei nº 8.213/91, tornando possível ao segurado optar pela não incidência do fator previdenciário, na hipótese de o total resultante da soma de sua idade e de seu tempo de contribuição, incluídas as frações, na data de requerimento da aposentadoria, for igual ou superior a 95 pontos, se homem, observando-se o tempo mínimo de contribuição de 35 anos (BRASIL, 2015b).

tas e hospitais, procura estudar, rever e atualizar-se em sua formação como técnico de eletrônica.

Seu salário era a principal fonte da renda familiar. Com o afastamento, ocorreu uma queda nos seus rendimentos, pois o benefício é menor. Além disso, não tem 13^o salário e outros adicionais, não tem ajuda para transporte, embora precise fazer muitos deslocamentos mensais para ir aos médicos, aos exames, ao INSS, para retirar medicamentos etc. Como herdou uma casa, não precisa mais pagar aluguel, o que lhe ajudou muito na contenção de gastos.

Para a empresa onde trabalhava não pode retornar, pois estaria novamente exposto ao produto que agrava a asma ocupacional. Está afastado, sem poder desenvolver qualquer atividade remunerada. Com capacidade limitada para o trabalho, idade próxima à aposentadoria, o sr. Macedo não sabe o que fazer. Tampouco a instituição de seguridade social sabe. Em meio a tantas regras, portarias, decretos, normativas internas, leis, códigos, a única solução sugerida pela equipe de orientação profissional foi o sr. Macedo arcar sozinho com o risco social gerado pelo adoecimento pelo trabalho. Foi este o aconselhamento que recebeu na reabilitação: volte ao trabalho, peça demissão e arrume outro emprego compatível com seu estado de saúde.

Descrito tal impasse, a percepção de injustiça salta aos olhos. O sr. Macedo considera a crença em Deus e o trabalho religioso na igreja como algo que o ajuda a tolerar a injustiça da qual é vítima. Fica muito inconformado em ter que ir à justiça requerer sua aposentadoria.

3.2 Sofia

Sofia, 34 anos, iniciou sua vida profissional como recepcionista em um consultório, onde trabalhou por cinco meses; era menor de idade e não tinha registro. Depois, trabalhou por oito anos em uma metalúrgica. Seu terceiro emprego foi em uma pequena indústria de plásticos, que realiza parte do processo produtivo de um grande laboratório químico. Nessa indústria, sua função era operadora de máquina injetora. Após alguns meses de trabalho, Sofia

adquiriu asma ocupacional e passou a apresentar sintomas respiratórios, entre eles, crises de falta de ar que muitas vezes a levavam ao pronto-socorro. Lá trabalhou por cerca de um ano, até se afastar em maio de 2008.

Chegou a pensar que estivesse com problema no coração. Piorou bastante a partir do décimo mês de trabalho. Nesse período consultava um médico na clínica de um hospital conveniado ao seu plano de saúde, “Dr. V”, que lhe receitava medicamentos e a princípio não a afastou, embora ela tenha pedido. Em um dia em que estava muito mal, ele a medicou e pediu que ela retornasse após 15 dias. Mas Sofia passou mal e teve que ir ao pronto-socorro antes da consulta marcada. A médica que a atendeu, no mesmo hospital, disse que ela estava muito mal e pediu sua internação.

Eu estava tão mal que meu sangue ficou rosa! Eu pedi a ela que não me internasse naquele momento, pois eu tinha consulta marcada com um pneumologista, Dr. V. Ela concordou. Eu fui, passei no Dr. V e ele também falou que eu precisava de internação.

Sofia ficou internada por 15 dias. Como não estava em condições de retornar, a empresa a encaminhou para afastamento. Foi afastada por doença comum em maio de 2008 e começou a fazer tratamento medicamentoso com Dr. V, que, mesmo ao tomar conhecimento de que ela havia sido afastada por doença comum e que a origem ocupacional da doença tinha sido ignorada, não tomou nenhuma providência.

No entanto, ela soube que, em seu prontuário como paciente do hospital, da época de sua internação, o médico havia registrado sua percepção de que era doença do trabalho.

Diante disso, Sofia achou que estava tudo documentado e que a informação não seria omitida. Porém, quando soube do afastamento por doença comum e das consequências de não ter a natureza ocupacional da doença reconhecida (prejuízo nos seus direitos trabalhistas e previdenciários), seu pai foi à empresa pedir a emissão da CAT, o que foi negado. Quando decidiu entrar na justiça, Sofia pediu ao plano de saúde a cópia do prontuário do hospital, mas eles não forneceram. E o médico da internação não emitiu a CAT.

Eu corri atrás, fui ao sindicato, mas não tinha médico do trabalho. O presidente do sindicato conversou comigo e verificou o laudo e a CID [Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde] e concluiu que a CID consta como ocupacional, no ramo da empresa em questão. E me encaminhou para um Cerest. O médico do Cerest emitiu a CAT, mas a empresa não deu resposta. Fui encaminhada pelo médico do sindicato para a Fundacentro, em 2010. E da Fundacentro me encaminhou para o Hospital das Clínicas.

Diagnosticada como portadora de asma ocupacional causada por isocianato de metila, agente presente na indústria de plástico (o mesmo causador da asma no sr. Macedo), Sofia disse que não estava satisfeita com o acompanhamento do plano de saúde e passou a se tratar no Hospital das Clínicas.

Posteriormente, Sofia apresentou vários laudos médicos, inclusive de ambulatórios especializados, atestando a natureza ocupacional da doença e fez pedidos de reconhecimento da natureza ocupacional. Mesmo assim, o INSS nunca modificou seu benefício para acidentário, embora, segundo diagnóstico médico, o isocianato de metila seja o principal causador das asma ocupacionais, o que, portanto, é de conhecimento esperado de peritos que atuam na interface saúde/trabalho.

Sofia conta que, certa vez, uma médica-perita fez alguns questionamentos com o intuito de colocar em dúvida o vínculo da doença com o trabalho. Ela disse estranhar o caso de Sofia e afirmou que a asma seria normalmente de nascença, não algo adquirido. Mas, em seguida, perguntou à Sofia como ela pinta o cabelo, investigando outras possibilidades de causa da asma.

A fala da perita soou como uma acusação de que Sofia estaria mentindo, causando nela reações de retraimento, porém, ao mesmo tempo, de revolta. Revolta que não tinha lugar para ser externalizada, uma vez que a médica-perita era vista como uma autoridade. Sofia sentiu-se inconformada ao saber que a médica que havia colocado sob suspeita a natureza ocupacional de sua doença no pulmão não era pneumologista.

Em certo momento, não conseguiu conter sua indignação e perguntou à médica:

*Vocês [do INSS] acham que eu gosto de vir aqui?
Eu não gosto, só tem doente.*

Neste momento, a perita apenas respondeu que ela estava tendo a chance de se tratar em bons lugares, na Fundacentro e no Hospital das Clínicas. Porém, não transformou seu benefício para auxílio-doença acidentário, ou seja, não reconheceu a natureza ocupacional da doença.

Quanto ao não reconhecimento do vínculo com o trabalho, Sofia manifestou-se:

Não posso desistir de um direito que é meu. Fiz vários exames pra verificar se era mesmo do trabalho, fiz exame até pra Lupus!

Os especialistas que a assistem consideram seu quadro de saúde incompatível com o trabalho nas condições existentes na empresa.

Sofia encontrava-se, na ocasião da entrevista, na véspera de uma perícia. Estava muito angustiada, pois o resultado da última havia sido uma negativa não documentada do reconhecimento da natureza ocupacional de sua doença, apesar de todas as evidências existentes. Portadora de um quadro crônico de asma, vinculada a uma empresa que tem no seu processo produtivo o produto que deu origem a essa mesma doença e a agravou e sem o reconhecimento do vínculo da doença com o trabalho, Sofia estava prestes a perder também o emprego e a voltar ao mercado de trabalho com sequelas e sem qualquer tipo de garantia, amparo estatal à sua sobrevivência ou mesmo reparação material pela perda da saúde. Até a época da entrevista, as condições de trabalho permaneciam as mesmas na empresa, segundo Sofia.

O INSS tentou encaminhá-la para o retorno ao trabalho, tanto por meio de alta e encerramento do benefício, quanto por meio de reabilitação profissional. Na reabilitação profissional, a responsável pelo seu caso tentou encontrar um curso que pudesse fornecer à Sofia a retomada de sua vida produtiva, porém suas limitações

provenientes da falta de ar pelo quadro grave de asma impossibilitavam seu deslocamento diário e mesmo o enfrentamento de atividades cotidianas.

Assim, na ocasião da entrevista, acabara de sair de uma tentativa infrutífera de reabilitação profissional e ia comparecer à perícia, que decidiria o rumo daquela situação. Estava com muito medo. Também na mesma época, movia ação judicial face ao INSS para reconhecer a natureza ocupacional e a conversão de benefício de B31 (auxílio-doença comum) para B91 (auxílio-doença acidentário).

Em sua vida diária, Sofia sofre uma série de limitações, que repercutem em seu destino, em seu futuro, inclusive quanto à maternidade e ao casamento. A asma não apenas estacionou forçadamente sua vida de trabalho, mas trouxe dificuldades familiares e conjugais. Engravidou de seu único filho quando já estava com asma. O médico a advertiu de que ela não deveria ter engravidado sendo portadora de uma asma de tal gravidade. Porém já havia ocorrido. Relata que o bebê ficou na UTI ao nascer. Como fez uso de corticoides durante a gravidez e o parto, por causa da falta de ar, acredita que pode ter prejudicado o desenvolvimento do bebê. Sentiu-se muito triste por isso, mas felizmente a criança se desenvolveu bem depois.

Sofia relata ter ficado muito abalada emocionalmente:

Fiquei muito triste depois que fiquei doente. Andava pela rua chorando. Cheguei a pagar R\$ 300 por mês de tratamento que me falavam para fazer. Tive uma crise²⁰ uma vez na frente da minha casa, gritava...

Eu queria que eles pagassem pelo que me fizeram. Fiquei várias vezes internada. Eu era uma pessoa que mal ia ao médico!

Sofia também sofre por perceber que os familiares não compreendem totalmente sua doença e as limitações decorrentes.

²⁰ A palavra crise aqui foi utilizada por Sofia no sentido de desequilíbrio emocional.

3.3 Jorge

Jorge, 35 anos, é casado há dez. Tem uma filha de 5 anos e um menino de três meses. Iniciou sua vida laboral aos 16 em uma pequena empresa de fabricação de telas de alambrado (arame). Trabalhava na área de produção, que ficava nos fundos da loja onde as telas eram comercializadas. Desligou-se após três anos de trabalho. Passou um breve período desempregado e depois começou a trabalhar na linha de produção de uma empresa de grande porte, no ramo de produção de peças de plástico para carros. Trabalhava na prensa moldando peças de polietileno. Permaneceu nessa atividade por cerca de dois anos, até que a empresa entrou em falência. Então, com aproximadamente 23 anos, começou a trabalhar com um parente, em atividade da construção civil. Após dois anos e meio, com o falecimento desse parente, Jorge parou de exercer essa atividade.

Aos 27 anos, ingressou em uma pequena empresa, passando a trabalhar na fundição de peças de alumínio, em um forno que atingia temperaturas aproximadas de 900 °C. A linha de produção ficava em um galpão com duas áreas principais: fundição e usinagem (onde se fazia também a limpeza da escória e a retirada das rebarbas). Seu irmão também trabalhava nessa empresa e ambos ficavam sozinhos no setor de fundição no turno da noite.

Por volta de um ano após o início nessa atividade, passou a apresentar eventualmente alguns sintomas respiratórios, percebendo um cansaço fora do normal. Em geral, acordava bem, mas à noite o mal-estar se intensificava e ele tinha que tomar medicamentos para amenizar os sintomas. Nessa época, Jorge não relacionava o mal-estar ao trabalho; pensava que poderia ser uma consequência das variações climáticas de São Paulo, da poluição atmosférica ou somente uma decorrência do cansaço cotidiano.

Certo dia, Jorge foi escalado para substituir o funcionário que operava o forno e que havia faltado. Para iniciar o trabalho, era necessário antes limpar os resíduos do turno anterior, *tirar a escória, pegar um produto, que é um pó, e jogar no forno*. Jorge tinha a informação de que não deveria mexer o produto com o forno aberto, mas garante que, na prática, era preciso fazer isso de vez em quando para soltar a escória. Ele descreve que toda vez que se abria o forno, saía muita fumaça, que se espalhava por todo o ambiente, visto que era um galpão só.

Tinha sido solicitado a fazer essa atividade às pressas, então procurou repetir aquilo que via o operador fazer todos os dias. No meio do procedimento, Jorge passou mal e desmaiou:

Comecei a mexer e fui inalando este pó. Tampou a garganta e eu achei que tinha acontecido alguma coisa. Saí correndo para a cozinha para tomar água, achando que, vai ver que eu me engasguei. Lembro que quando eu acordei eu estava sentado, debruçado na mesa.

Voltou a trabalhar no dia seguinte a esse acidente, mas continuou tendo sintomas que o levaram a se ausentar do trabalho em busca de atendimento médico. Tinha crises de falta de ar e desmaios. Depois disso, nunca mais deixou de ir ao médico.

Mas, em sua opinião, não é preciso um acidente como o dele para adoecer dessa forma. Ele contou que um colega, que trabalhou na mesma empresa por sete anos e que não manipulava o forno aberto, está com a mesma doença.

No momento em que foi chamado a ocupar o lugar do operador de forno que havia faltado, Jorge sentiu-se satisfeito, interpretando isso como um reconhecimento de sua capacidade para o trabalho.

Das palavras de Jorge sobre seu cotidiano na empresa, formamos uma cena de trabalho repleta de agressões psicológicas. Os patrões nunca foram cordiais. Como disse Jorge, *não são patrões que conversam civilizadamente*. O chefe tratava os funcionários aos gritos, não havia diálogo nem era prática comum explicar procedimentos. O que havia era pressão para que o trabalho fosse realizado em pouco tempo.

Às vezes, se você estivesse lá trabalhando e não conseguisse colocar um molde, por exemplo, se você não conseguisse trabalhar com a peça – porque acontecia muito de um molde entupir – eles eram agressivos na maneira de falar... Se você não estivesse produzindo porque a máquina tinha dado algum problema, eles não queriam saber se a máquina tinha problema, eles queriam que você produzisse.

Depois do acidente, Jorge percebeu que as agressões tornaram-se mais intensas. Com suas idas constantes ao médico, começou a ouvir mais retaliações do chefe e do patrão, como ele nos conta abaixo:

Lá eles não mandam embora, é difícil. Eles querem que você peça a conta. [...] Tinha um baixinho [líder] que era terrível. Era cada palavrão. Às vezes eu saía mais cedo para ir ao médico. No dia seguinte esse cara ia na máquina [no posto de trabalho] e [me] xingava, a ponto de um dia eu quase querer agredir ele. [...] Mas não é xingo assim, não, é coisa que ofende a moral mesmo! Eles ficavam jogando piadinhas, fazendo brincadeiras, coisas assim que, diante do grau de dificuldade que eu estava passando... Quem me entendia mesmo era só minha esposa. Tinha dias que eu chegava em casa parecendo que eu ia morrer.

Não eram somente as consequências físicas do acidente que debilitavam Jorge. Conforme relatado, não havia qualquer compreensão dos padrões quanto às grandes dificuldades pelas quais Jorge passava e à necessidade de ajuda. Ele era visto como um problema contra o qual a empresa usava táticas de assédio moral (como os xingamentos constantes e sem motivo aparente) para se livrar. Aos poucos, Jorge perdia a vontade de ir ao trabalho e até mesmo *de se levantar da cama*.

Após o acidente, a empresa separou a área de fundição em um galpão à parte e comprou Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), visto que antes ninguém os usava. Nas estimativas de Jorge, trabalhavam cerca de dez pessoas na fundição e 15 na usinagem.

Apesar disso, nada foi feito no sentido de fornecer suporte e cuidados médicos a Jorge, por mais evidente que fosse seu sofrimento físico e psicológico. Tampouco pouparam-no dos descontos em seu salário em decorrência de suas faltas ou saídas, por mais que fossem justificadas por atestados médicos. Jorge explicava seu problema e suas constantes idas ao hospital, pedia para não ser descontado, mas nada era feito. Até o dia em que ele decidiu ficar em silêncio e aceitar que a empresa descontasse do seu salário as horas em que ele havia comparecido ao médico.

Nas suas frequentes idas ao médico, davam-lhe inalações e injeções, mas não emitiam a CAT, apenas forneciam um atestado de comparecimento. Em torno de um mês após o acidente, um dos médicos que o atendia o encaminhou à Fundacentro para um atendimento especializado, onde então foi confirmado o diagnóstico de asma ocupacional. Além do acompanhamento periódico no ambulatório da Fundacentro, Jorge também é atendido no Hospital das Clínicas para exames complementares e para acesso aos medicamentos. Seu estado de saúde era tão grave que o médico do trabalho da empresa não o autorizou a voltar ao ambiente de trabalho. Como Jorge não tinha condições de entrar na empresa sem ter crise de asma, era sua esposa, mesmo grávida, quem ia até lá, quando necessário, para entregar algum papel.

O primeiro afastamento do trabalho pelo INSS foi em 2004, por três meses, período após o qual o perito deu alta a Jorge. Sem condições de trabalhar, ele recorreu, obtendo mais três meses de benefício auxílio-doença (B31). A partir de 2006, teve alta pela perícia do INSS, mas recorreu solicitando novo afastamento, que foi obtido em setembro do mesmo ano. Passou a receber auxílio-doença acidentário. A partir de 2008, não conseguiu mais obter auxílio-doença acidentário, pois lhe foi exigida nova CAT (ainda que a doença continuasse a mesma). A empresa negou-se a emitir. Jorge teve que solicitar outro benefício, desta vez auxílio-doença comum, passando por perícia médica a cada três meses. Foi encaminhado para o Centro de Reabilitação Profissional do INSS, onde lhe foi proposto que fizesse um curso para sapateiro ou de montagem de caixas. Porém, em atendimento no ambulatório da Fundacentro foi desaconselhado a exercer essas atividades, pois poderiam agravar seu quadro respiratório devido ao uso de substâncias químicas irritantes.

Houve tentativa de readaptação de Jorge na própria empresa, limpando peças em uma pequena sala, na área de usinagem. Porém ele acabava exposto às mesmas condições que lhe causavam as crises de asma. Teve uma crise já no primeiro dia da tentativa de readaptação, inviabilizando a continuidade. De fato, o próprio médico da empresa recusou-se a assinar o laudo autorizando o retorno de Jorge.

Ainda assim, contraditoriamente, em conversa com Jorge, os patrões não reconheceram que ele estava doente, faziam piadas e brincavam com a situação. Na última entrevista, Jorge contou que não se importava mais com isso, mas que já havia sofrido bastante com essas atitudes. Era como se duvidassem dele e o acusassem, mas, se ele não estivesse doente, por que agiria como tal? Além da esposa, Jorge encontrou apoio somente na médica que o atende no ambulatório da Fundacentro, que lhe explicou a origem do seu problema e tomou as medidas que cabiam, relatando o problema ao INSS, emitindo laudos e aconselhando-o.

Após a tentativa infrutífera de readaptação, conseguiu mais dois anos de afastamento sem a necessidade de perícias periódicas (de 2010 a 2012). Após esse período, foi encaminhado novamente à reabilitação profissional, mais uma vez não obtendo sucesso em função do agravamento dos sintomas, principalmente da falta de ar.

O setor de reabilitação profissional reencaminhou-o à perícia, que lhe deu alta. Jorge pediu reconsideração da decisão, mas foi negada. Em 2013, já havia passado quatro vezes pela perícia, tendo sempre seu pedido negado. Na empresa, o médico do trabalho continuou considerando-o “inapto” para o trabalho. Em julho de 2014, mais uma vez, esteve em perícia, mas novamente lhe foi negado o benefício.

Em suma, à época da entrevista, Jorge estava sem trabalhar desde julho de 2004, tendo recebido auxílio-doença acidentário apenas entre 2006 e 2012. Havia passado pela reabilitação profissional, mas não pôde concluí-la porque os cursos oferecidos o expunham ao contato com agentes que intensificavam os sintomas da sua doença. Da mesma forma, o retorno ao trabalho era impossível, tendo em vista a presença do agente irritante no ambiente de trabalho. Retornou à perícia, recebeu alta e teve a reconsideração do seu pedido de auxílio acidentário negada, ocasião em que lhe deram alta e exigiram-lhe nova CAT.

Após meses sem receber nenhum tipo de benefício, entrou com ação judicial contra o INSS, que, à época de nossa última en-

trevista, continuava sem lhe pagar. Ou seja, Jorge estava sem benefício, ainda em tratamento médico e sem nenhum outro tipo de renda. A saúde debilitada não lhe permitia sequer pensar em pedir demissão da empresa e buscar outro emprego, o que o faria perder a chance de lutar pelo seu devido auxílio-doença acidentário. Segundo ele soube em sua última visita ao INSS, seu nome estava bloqueado para receber pagamentos devido à ação judicial que moveu contra a instituição.

Em outubro de 2014, o Serviço de Medicina da Fundacentro forneceu-lhe encaminhamento para a Defensoria Pública para que tivesse ajuda para obter do INSS a concessão do benefício, uma vez que não seria possível seu retorno ao trabalho.

Como Jorge estava afastado por auxílio-doença comum, a empresa não estava depositando as parcelas do FGTS. Quando ele entrou com processo judicial, o juiz determinou que a empresa pagasse em juízo. Depois disso, a relação com a empresa piorou ainda mais. Para que lhe fornecessem uma nova CAT, foi preciso que houvesse uma intervenção da médica da Fundacentro, que ligou para a empresa advertindo-a das suas obrigações.

Da última vez que esteve lá, Jorge foi informado por um dos donos da empresa de que deveria voltar ao trabalho, o que, naquele caso, seria voltar para condições de trabalho bastante similares às que ele tinha antes. Em vez de aceitar a ordem, Jorge decidiu consultar seu advogado e seguir o aconselhamento de não voltar.

A situação socioeconômica de Jorge e de sua família mudou drasticamente após o acidente de trabalho. O casal considerava estar em um momento de ascensão econômica, pois tinham dado entrada em um apartamento havia um ano e conseguiam pagar com folga o financiamento, saíam aos finais de semana para passear com os filhos. Após o acidente, com os gastos médicos e a suspensão do benefício, não conseguiram pagar as prestações do financiamento e foram aconselhados pelo atendimento da Defensoria Pública do Estado de São Paulo a devolver o imóvel,

antes que fossem despejados.²¹ A prestação do apartamento mais o valor do condomínio totalizavam R\$ 800,00 em 2012.

Sem condições de alugar outro imóvel, Jorge aceitou a oferta de sua sogra para morar no andar de cima da casa dela, que é bem arejada e perto de uma avenida. A dívida com a Caixa Econômica Federal, além de tê-lo deixado sem o apartamento, impediu Jorge e a esposa de obterem qualquer tipo de crédito financeiro, até mesmo de comprar eletrodomésticos de forma parcelada. O casal e os dois filhos viviam apenas da renda da esposa, que estava trabalhando como professora.

À época da realização das entrevistas, Jorge tinha crises de asma todas as noites. Conforme indicação médica, tomava os remédios pela manhã e à noite, o que lhe provocava taquicardia, tremores, irritação. Nesses momentos, não podia realizar nenhuma atividade, precisava ficar deitado, esperando os efeitos colaterais dos medicamentos passarem. Costumava andar com uma bombinha e fazer inalação, quando necessário. Voltava ao ambulatório da Fundacentro a cada 45 dias e ao Hospital das Clínicas a cada três meses.

Segundo lhe explicaram, a asma ocupacional não tem cura e precisa ser tratada com remédios para que o paciente continue a ter autonomia física, mas os medicamentos são de uso contínuo e de alto preço, principalmente para quem está sem nenhum tipo de renda.²² Jorge também não possuía plano de saúde particular, visto que a empresa nunca ofereceu assistência médica, desde os tempos

²¹ Cabe salientar que, para casos de incapacidade permanente para o trabalho, o Sistema Financeiro Habitacional (SFH) prevê um seguro que quita a parte do valor correspondente à proporção da contribuição da renda da pessoa inválida para o financiamento. O seguro objetiva liquidar ou diminuir a dívida em casos de morte ou aposentadoria por invalidez permanente, total ou parcial, decorrente de acidente ou doença, que torne a pessoa incapaz de exercer seu trabalho ou qualquer outra atividade laborativa. No caso de Jorge não foi possível utilizar este seguro porque sua incapacidade não é considerada permanente e ele não está aposentado.

²² Jorge utiliza todos os dias as seguintes medicações: Aerolin spray (duas inalações quatro vezes ao dia), Atrovent (30 gotas quatro vezes ao dia), Berotec (seis gotas quatro vezes ao dia), Alenia (12/400 60 doses) e Avamys (60 doses). Nas quantidades em que precisa, o custo total dos remédios é de R\$ 367,00 por mês (valores de 23 de fevereiro de 2015).

em que ainda trabalhava. O SUS disponibiliza farmácias em unidades básicas de saúde que devem oferecer os remédios gratuitamente, mas tanto nelas quanto no Hospital das Clínicas, raramente ele conseguia a quantidade necessária dos medicamentos que necessita, tendo que voltar várias vezes.

Jorge relatou que há alguns meses vinha sentindo-se irritado com tudo, chegava a ficar nervoso com os filhos, com a esposa, com todos a sua volta. Sentia-se muito triste e irritado por não poder mudar sua situação. Junto com Jorge e sua esposa, uma das médicas que o atendia também percebeu que a medicação antidepressiva que vinha tomando estava intensificando a irritação e a inquietação, alterações comportamentais provenientes da medicação para asma. Quando parou de tomar esse remédio, experimentou um alívio, ficando mais calmo.

No dia a dia, Jorge conseguia ajudar em algumas tarefas domésticas, como lavar louça, mas, em geral, era difícil, pois não conseguia carregar peso. Levava a filha para a escola, lia, estudava. Na ocasião da entrevista, Jorge estava cursando o nível superior em Letras, com habilitação em inglês, por meio de educação a distância, e terminando a formação de Teologia para ser pastor.

Jorge atribuiu o seu equilíbrio emocional à sua fé, à sua motivação para seguir em frente e lutar contra todas as adversidades de sua doença e de sua condição social. E assim vinha tentando se adaptar.

3.4 Carlos

Carlos, 22 anos, solteiro, ajudante geral em fábrica de móveis, encontrava-se, à época da entrevista, afastado do trabalho havia aproximadamente seis meses, recebendo auxílio-doença.

Sua primeira experiência profissional foi aos 17 anos, como menor aprendiz, executando tarefas de auxiliar administrativo e mensageiro em uma pequena empresa de produtos odontológicos. Permaneceu nesse emprego por três anos, ao fim dos quais a empresa faliu.

Passado um mês, Carlos ingressou em uma fábrica de móveis como ajudante geral. Sua função inicial era a colagem de espuma. Poucos meses depois, passou para outra função: o enchimento de almofadas. Perto de seu posto de trabalho era utilizado um produto impermeabilizante sobre o qual recaiu a hipótese mais provável de causa de seu problema de saúde. Passou a sentir falta de ar cada vez mais frequente e intensa. Logo, Carlos, que corria e jogava vôlei, parou de praticar esportes.

Com apenas alguns meses de trabalho, teve uma suposta gripe, que, porém, não passava, e a falta de ar se tornou perene. Foi encaminhado ao cardiologista, que nada detectou. Passou por vários médicos e exames. Enquanto isso, continuava a trabalhar.

Após sete meses na empresa, foi internado com grave crise de falta de ar. Um dos médicos disse que ele estava com *ar fora dos pulmões*. Afastou-se ainda sem um diagnóstico preciso e sem reconhecimento da natureza ocupacional, no entanto, os médicos suspeitavam que o quadro pudesse estar relacionado ao produto impermeabilizante utilizado na fábrica e por isso o encaminharam à Fundacentro para avaliação. O caso era descrito pelos médicos como atípico. Fez duas cirurgias e, na época da entrevista, encontrava-se em recuperação de um dos procedimentos. Relatou que não sentia mais nada, mas os médicos o orientaram a evitar atividade física.

Os médicos da Fundacentro diagnosticaram seu quadro como pneumonia química por exposição a polímeros de origem ocupacional. Porém, os donos da empresa procuraram relacionar a doença a outras questões, inclusive criando e disseminando uma versão de que Carlos usava drogas e que elas seriam a causa do adoecimento. Um parente de Carlos, que trabalhava na mesma empresa, ouviu tais versões, mas, por medo de perder o emprego, não tocava no assunto e não rebatia as histórias que estavam disseminando.

3.5 Anderson

Anderson, 41 anos, começou a trabalhar aos 15 anos em um depósito de vasilhames, onde permaneceu de 1986 a 1988, quando

passou a trabalhar para outra empresa também de vasilhames, do mesmo dono da anterior. Permaneceu nesta firma até 1995, ano em que passou a ser empregado de outra empresa, também do mesmo dono, até 1997. Ou seja, dos 15 aos 26 anos, apesar de constar em sua carteira de trabalho a atuação em três empresas diferentes, todas pertenciam ao mesmo dono. Em todas elas, Anderson ocupava a função de ajudante geral, exercendo a mesma atividade: carregava e descarregava caminhões de engradados de vasilhames de cerveja e de refrigerante vazios. Geralmente ficava dentro do caminhão, pegava o engradado e colocava na beira do caminhão para outros pegarem. A jornada de trabalho era bastante longa. Havia dias em que entrava às 7h30 e saía somente às 22h ou 23h.

Como a quantidade de trabalho de transporte de vasilhames de vidro para cerveja e refrigerante vinha diminuindo, em 1997, tendo que enxugar o quadro de funcionários, o proprietário optou por demitir os empregados solteiros. Anderson estava entre eles.

Naquele mesmo ano, ingressou em uma indústria de alimentos que processava amendoins para fornecer a grandes empresas e produzia salgadinhos e barrinhas de cereais. Sua primeira função foi na embalagem de amendoim granulado. Chegava até ele, pela esteira, um saco de um quilo de amendoim dentro de uma caixa. Sua função era segurar a caixa pelas laterais e batê-la na mesa, sacudindo-a, para que o amendoim “abaixasse” e ficasse o mais compactado possível dentro da caixa, para que depois fosse iniciado o processo de embalagem a vácuo. Anderson diz que exerceu essa função por cerca de cinco anos. Porém, durante este período desempenhava outras atividades também, como faxina, carga e descarga de caminhões. Já esta época, sentia dores nos membros superiores, ombros e pescoço.

Em certo momento houve fiscalização na empresa e os patrões pediram que os funcionários assinassem declaração de recebimento de EPI retroativo à entrada na firma, sendo que eles não haviam usado o equipamento até então. Todos passaram por exame de audição e, tendo sido detectada perda auditiva, Anderson foi afastado da função, pois, para exercê-la, ficava perto de máquinas que faziam muito ruído. No entanto, como havia operado o ouvido duas vezes por causa de um tumor, a origem ocupacional da perda auditiva ficou mais difícil de ser comprovada e foi negada pela empresa.

Passou então a operar uma máquina grajadeira na fabricação de amendoim japonês. Ele colocava 50 quilos de amendoim, 30 quilos de farinha de trigo, 12 litros de xarope e “cola” (emulsificante), a mais ou menos 30 °C. A máquina ia girando e ele, com uma luva, colocava a mão dentro da máquina para mexer essa mistura, rodando o braço no sentido contrário ao que roda a máquina, a fim de descolar a mistura das laterais e desfazer as bolotas que formavam com os amendoins grudados. Ficou dois anos nessa atividade, período durante o qual se intensificaram as dores nos braços, nos ombros, no pescoço, enfim, em toda a região cervical.

Por causa do ruído e da perda auditiva que havia sido detectada, foi transferido para a fabricação de barrinhas de cereais. As barrinhas chegavam em uma bandeja. Ele tinha que as pegar e alimentar duas esteiras que as levavam para serem embaladas. Eram 100 barras por minuto. Ao longo do tempo, o empregador modificou e ampliou seu ramo de atuação, mas Anderson permaneceu sendo empregado até 2005. Ele considera que a atividade desenvolvida na produção das barrinhas, pelo esforço repetitivo, intensificou seu problema de saúde musculoesquelético.

Segundo Anderson, alguns meses antes de se afastar pela primeira vez (em 2005), sentia muita dor. Certa vez, o braço travou e ele teve que ir ao pronto-socorro. O médico deu cinco dias de licença, mas o atestado médico foi feito na própria receita e Anderson foi informado de que era norma do hospital. Porém, o RH da empresa não queria aceitar o atestado dessa forma, solicitando que fosse separado da receita. Depois de ir cinco vezes ao hospital solicitar outro atestado, o que não conseguiu, a empresa aceitou tal como estava.

Em outra ocasião, teve novamente forte crise de dor e foi atendido mais uma vez no pronto-socorro. De lá, foi encaminhado a um Cerest, sendo, então, no final de 2005, afastado do trabalho, a pedido da médica do Cerest, por doença relacionada ao trabalho e passando a receber o benefício B-91. Porém, o afastamento foi por cerca de dois meses somente e, após o vencimento desse prazo, teve que pedir reconsideração, que foi negada. Entrou com novo pedido de afastamento, que foi concedido, porém, dessa vez, como doença comum (B-31). O médico do Cerest pediu conversão do benefício em B-91, mas não foi atendido.

O primeiro encaminhamento para reabilitação profissional foi feito em janeiro de 2007. Anderson relata que, após isso, ficou cerca de um ano recebendo o benefício, porém, sem ser atendido, pois diziam que não havia horário para atendimento com o técnico da reabilitação. Quando enfim foi atendido pela primeira vez, já foi encaminhado para a empresa com uma carta em que constava a descrição de suas limitações físicas e a solicitação de um posto de trabalho compatível com tais limitações. A empresa respondeu formalmente ao INSS que, em função de reestruturação, o funcionário “não alcança os interesses da empresa” e, segundo soube Anderson, um funcionário do RH teria conversado pessoalmente com o técnico da reabilitação profissional, dizendo que, caso Anderson voltasse, teria que ser demitido. O processo de reabilitação foi encerrado e Anderson foi encaminhado à perícia, que lhe deu alta. Não houve questionamento por parte do INSS quanto à declaração da empresa de não ter um posto de trabalho compatível com o quadro de saúde de Anderson. Ele apenas recebeu alta.

Entre janeiro e junho de 2008, Anderson não recebeu nenhuma parcela de benefício previdenciário. Como recebeu alta, teve que retornar ao trabalho em 25 de março daquele, sendo colocado na função de porteiro, na qual ficou por cinco dias, visto ela ter se revelado inadequada à sua condição de saúde: o portão era muito pesado e Anderson tinha que o abrir a todo momento. A dor piorou e ele voltou a ser afastado. Em determinado momento, o dono da empresa, que não sabia que Anderson tinha retornado e estava na função de porteiro, ao vê-lo, começou a xingar, disse que o INSS tinha que o aposentar etc. Anderson deu nova entrada em afastamento e, dessa vez, recebeu B-91 (auxílio-doença acidentário). Após cerca de dois ou três meses, recebeu alta novamente.

Ao dar nova entrada, voltou a receber B-31 (auxílio-doença comum), descaracterizando-se, mais uma vez, a relação do adoecimento com o trabalho.

Entre 2005 e 2008, Anderson tratou-se com profissionais de um Cerest e do Hospital das Clínicas. Chegou a fazer cerca de 100 sessões de fisioterapia, pelo plano de saúde mantido pela empresa. Porém, como sua relação com a empresa foi se deteriorando, perdeu a confiança e parou de utilizar os serviços vinculados ao plano de saúde.

Em 2009, operou o ombro, sem obter melhora. Foi indicada nova cirurgia, mas o médico que o assistia aconselhou-o a não operar. Em 2010, houve outra tentativa de reabilitação. Foi encaminhada carta para a empresa contendo as restrições e solicitando função compatível. A empresa mais uma vez alegou que não havia posto compatível com tais restrições. A técnica da reabilitação concluiu que ele não tinha condições de voltar ao trabalho e mandou-o para perícia, sugerindo aposentadoria. Porém, o perito deu alta novamente.

Sem opção, Anderson voltou ao trabalho novamente na portaria, dessa vez, porém, sua tarefa era atender ao telefone. No entanto, ficou apenas um dia na função, pois o dono da empresa, ao tomar conhecimento, não permitiu que ele permanecesse e mandou-o ao médico, que o encaminhou para o INSS, solicitando novo afastamento do trabalho.

A partir desse momento, a relação entre Anderson e os representantes da empresa piorou muito. Eles passaram a afirmar repetidamente que nada mais poderiam fazer por Anderson, que já não tinha condições de trabalhar, e que o INSS deveria resolver sua situação, aposentando-o. O médico da empresa afirmou para Anderson seria demitido caso ele voltasse.

De abril de 2011 até o momento da última entrevista, em 2013, Anderson não havia recebido mais salário nem benefício, apenas cestas básicas da empresa. Em conversas com representantes da empresa (dono ou funcionário de RH), ele sentia-se hostilizado diretamente e de forma mais velada também. Relatou que sofreu maus-tratos constantes na empresa, antes e depois do afastamento, e que possui alguns relatos de situações vivenciadas na empresa, escritas por ele mesmo.

Acrescentou que os maus-tratos atingiam a todos e não só a ele. Foi testemunha judicial de uma senhora empregada da empresa que pediu indenização por danos morais. Ela desenvolveu tendinite e trabalhava nas duas empresas do mesmo dono.

Revelou uma situação vivenciada por ele na empresa, quando ainda trabalhava. Ligou uma balança na tomada de 220V. A balança queimou. O dono o xingou e disse que a balança valia um ordenado mensal dele; chamou-o de burro, os colegas riram.

Em outra ocasião, queimou a mão ao misturar glicose a 100 °C com flocos de arroz. Ficou chorando com a mão na água por 40 minutos. Saiu às 18 horas, foi ao hospital a pé. O gerente falou que ele era burro. No outro dia, compareceu com a mão enfaixada e apresentou atestado de cinco dias.

Até a última entrevista, a situação de Anderson estava indefinida. A empresa não o tinha demitido, porém não o aceitava trabalhando, tampouco pagava seu salário. Diziam que ele teria que se aposentar por invalidez, que o problema teria que ser resolvido com o INSS. Anderson ainda tem contato com a empresa, pois um funcionário liga todo mês para avisar quando a cesta básica será levada por um colega de trabalho para Anderson.

Quando vai ao INSS, sente-se desprezado e não acolhido, às vezes até recebido com palavras de desconfiança sobre o que ele apresenta e relata. Solteiro, mora com a mãe, que trabalha como empregada doméstica. Estudou por quatro anos, mas escreve com limitações.

Sentia dores o tempo todo e, à época das entrevistas, tomava vários remédios: tramal, paracetamol, amitriptilina, diazepam; passava por diversos profissionais de saúde: médicos, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional; era assistido no Cerest e no Hospital das Clínicas, onde ia uma vez por mês para retirar medicação, além a consulta anual.

Sentia vontade de chorar quando se lembrava das situações vividas. Evitava pensar nisso, pois ficava muito chateado, sentia angústia, saía lágrima dos olhos. Então, nessas horas, costumava ligar a televisão ou procurar algo para se distrair.

Moveu ação face ao INSS para concessão de aposentadoria por invalidez, mas o pedido foi indeferido. Foi realizada perícia em 09 de setembro de 2009. Em acórdão de 08 de agosto de 2010, foi confirmado o indeferimento do pedido. A justificativa foi que não se trata de caso de concessão de aposentadoria por invalidez, mas somente auxílio-acidente. No entanto, como o advogado não fez tal pedido alternativo, o juiz disse que não poderia deferi-lo. Estava em andamento também ação trabalhista. Nas audiências que ocorreram, não conseguiu olhar para as pessoas da empresa. Sentia-se com raiva e humilhado.

3.6 Antonio

Baiano de Xique-Xique, o sr. Antonio, com 51 anos, é casado e tem três filhos (de 15, 14 e 11 anos). Começou a trabalhar com 9 anos na roça e veio para São Paulo com 26 anos. Com grau de instrução até a 4ª série do ensino fundamental, sempre trabalhou com transporte: foi ajudante de motorista, fazia carga e descarga de caminhões.

A esposa trabalhava como diarista (14 anos em casa de família) e recentemente havia arrumado um emprego como auxiliar de limpeza em uma rede de lanchonetes do tipo *fast food*. Recebia em torno de R\$ 750 por mês. Completava o orçamento com o benefício do Programa Renda Mínima (cerca de R\$ 200).

Quando ocorreu o acidente de trabalho, havia três meses que estava na empresa transportadora onde exercia a função de ajudante de motorista. A CAT, cadastrada em 22 de setembro de 2005, registrava queda de pessoa com diferença de nível, causada por dispositivo de transporte/embreagem de fricção atingindo o joelho (CID 10: S800 – Contusão do joelho). Foi atendido no Hospital do Pari sem internação, com solicitação de afastamento por 30 dias. Na mesma data da CAT, entrou com solicitação de auxílio-doença acidentário (B91) e permaneceu afastado por dois anos e meio.

Em fevereiro de 2006, o sr. Antonio deu entrada em um pedido de exame de ressonância magnética, que foi realizado somente dois anos depois, em 04 de fevereiro de 2008. Em março do mesmo ano, apresentou relatório médico com o diagnóstico CID X: M232 (Alteração de sinal de aspecto degenerativo difuso do menisco lateral com lesão radial na porção interna da transição corpo/corno posterior); M235 (Rotura completa do ligamento cruzado anterior); e M222 (Condropatia incipiente da patela e da tróclea femural). Apesar disso, o INSS o considerou “apto ao trabalho com restrições de movimentos para exercer as funções”.

A partir de então, ocorreram sucessivos retornos ao trabalho e afastamentos, recebendo ora auxílio-doença acidentário, ora auxílio-doença comum. Mesmo assim, somente em 2010 conseguiu passar por um especialista, que solicitou cirurgia.

A empresa alegava, por diversas vezes, não ter onde o recolocar. Em 2008, fez uma declaração ao INSS afirmando que não havia outra função para o segurado, pois se tratava de uma transportadora, existindo apenas como atividade a carga e a descarga de caminhões. A empresa afirmava que havia reaberto quatro vezes a CAT e que concedia uma cesta básica por mês ao funcionário.

O sr. Antonio nos apresentou uma série de documentos que contavam sua trajetória. Nos registros de março de 2012, houve um requerimento de benefício por incapacidade, assinado pela empresa, atestando acidente de trabalho, constando como último dia trabalhado 04 de março de 2012. Houve reabertura da CAT em 17 de maio de 2012, mas o atestado médico não trazia a recomendação de afastamento do trabalho. A empresa chamou o sr. Antonio para exame periódico e atestou que ele estava apto com restrições, tendo recomendado no atestado evitar levantar peso e andar muito.

Em agosto de 2012, o advogado da empresa propôs pagar o salário referente ao período em que o sr. Antonio não recebeu o auxílio do INSS, por ter tido seu pedido indeferido. Foram três meses. Pediram a ele que fosse assinar o ponto todo dia, mesmo não conseguindo trabalhar. Propôs também negociar o período de estabilidade e a sua demissão.

O encarregado falava todo dia: se você quiser um acordo, a empresa faz.

O acordo foi o pagamento do período de estabilidade desde o último dia trabalhado, 04 de março de 2012, mais 40% do FGTS, férias e o direito ao seguro-desemprego. O sr. Antonio chegou a ir ao então Ministério do Trabalho e Emprego para que fossem feitos seus cálculos, mas negociou sua demissão por um valor menor, segundo ele²³.

²³ Provavelmente, o que o Sr. Antonio fez foi a homologação de sua demissão com a participação do Ministério do Trabalho – existente e nomeado assim à época. Tratava-se de procedimento previsto antes da reforma trabalhista. O artigo 477, parágrafo 1º, da CLT, antes da reforma, determinava que o pedido de demissão ou recibo de quitação de rescisão, do contrato de trabalho, firmado por empregado com mais de 1 (um) ano de serviço, só seria válido quando feito com a assistência do respectivo

Naquele mesmo ano de 2012, houve nova solicitação de exame por ressonância magnética, que foi marcado para maio de 2013, mas foi adiado porque a máquina do hospital estava quebrada.

No Cerest, sentia-se bem atendido. O serviço médico emitia os laudos que ele necessitava para apresentar ao INSS, mas não teve terapia de apoio social. Não tinha plano de saúde e, por diversas vezes, quando não conseguia atendimento na rede pública a tempo, teve que pagar consulta com médicos particulares para que o examinassem e emitissem laudos e atestados para levar ao INSS.

Em maio de 2013, enquanto aguardava a cirurgia do joelho, solicitada em 2010, estava recebendo parcelas do seguro-desemprego e contando com a segunda parcela do acordo que fez com a empresa em que trabalhava.

3.7 Alice

Alice é natural do Piauí, tem o ensino médio completo e trabalhou como operadora de caixa por 20 anos. Estava há 12 anos na mesma empresa, na qual relatou ter adquirido tendinite (Lesão por Esforço Repetitivo – LER/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – Dort) nos ombros, nos dedos e nos pulsos, nos últimos sete anos. Há nove anos participava da diretoria do sindicato de sua categoria.

Começou a trabalhar aos 18 anos, somente tendo parado por duas vezes: quando ficou grávida do primeiro filho, aos 21 anos, por pouco mais de um ano, e quando ficou grávida do segundo filho, por dois anos. Teve quatro filhos, com intervalo de um ano entre eles.

Aos 40 anos notava certos sintomas: sua mão e seu ombro inchavam; sentia dificuldade ao levantar o braço para, por exemplo, pentear o cabelo ou arrumar o sutiã; não conseguia mais abrir tampas de garrafas e usar abridor de latas; não conseguia mais segurar objetos com segurança.

Sindicato ou perante a autoridade do Ministério do Trabalho e Previdência Social. O texto da Reforma Trabalhista, Lei 13467/2017, promulgada no governo Temer, revogou tal dispositivo.

*As coisas começaram a cair da minha mão.
Porque é assim, é como se fosse uma câibra na mão,
as coisas simplesmente caem.*

O primeiro diagnóstico foi de tendinite (LER/Dort) nos pulsos e nas mãos. Passou a se afastar do trabalho pelo menos duas vezes por ano. Inicialmente, passava por médicos do SUS. Recebia atestados de dez ou 12 dias e ficava de repouso, utilizando medicamentos. O quadro foi se agravando e o número de dias para tratamento foi aumentando, até que foi necessário se afastar por mais de 15 dias e entrar com pedido de auxílio-doença ao INSS.

No SUS, demorava até três meses para conseguir marcar uma consulta e depois mais três meses fazendo fisioterapia para alguma melhora. Devido a essa limitação, optou por utilizar o plano de saúde particular, fornecido pelo sindicato com parceria de 50% pago pela empresa.

Três anos depois do primeiro afastamento, Alice foi afastada pelo INSS por 45 dias e mais 45 dias, em acordo com o pedido do médico do convênio, que havia sido de 90 dias, mas precisou da perícia por mais duas vezes, sendo a terceira, segundo relata, a pior.

Na ocasião, o médico que a atendia pediu 90 dias de repouso, porém o médico-perito do INSS concedeu apenas um mês e quatro dias. Próximo de vencer esse período, retornou ao seu médico, que solicitou mais 120 dias. De volta ao INSS depois dos 34 dias iniciais, o perito concedeu o benefício por mais um mês e cinco dias.

Alice contou que, por várias vezes, as licenças ficavam quebradas em função dos quatro ou cinco dias dentro de um mês e que ficava meses para acertar o pagamento desses dias, ora pela empresa, ora pelo INSS.

Muitas vezes, recebia alta sem ter concluído a fisioterapia porque o médico-perito não acatava a quantidade de dias de afastamento indicada pelo médico-assistente. Como ela precisava concluir o tratamento, acabou tendo 16 dias de falta no trabalho.

Eu peguei 16 dias de falta. Primeiro o INSS não me liberou todos os dias que o médico do convênio me recomendou, aí quando eu voltei para a empresa, recebi 16 dias de falta e ainda tive minhas férias reduzidas.

A funcionária entrava com pedidos de recursos junto ao INSS, os quais eram negados depois de aproximadamente dois meses com a alegação de que, embora ela estivesse impossibilitada de voltar a trabalhar no caixa, poderia trabalhar em outras atividades na empresa.

Você passa a vida inteira pagando o INSS, aí você adoece ou se acidenta no trabalho (o meu problema foi um acidente de trabalho) e fica nessa situação. Você fica indignada, se sente lá pra baixo, porque, além do dinheiro ser pouco demais, você ainda tem que aguentar aquela humilhação, de ter que ouvir na empresa que você não está apto ao trabalho.

O INSS sugeriu que ela procurasse o médico do trabalho da empresa. Nessa ocasião, ela percebeu que havia desconfiança da perícia médica do INSS com relação aos encaminhamentos do médico do plano de saúde. Contudo, o médico do trabalho da empresa atestou que realmente ela não podia mais trabalhar na função de caixa e que a empresa haveria de colocá-la em outra função. Entretanto, o tempo foi passando e não houve recolocação em outra função.

Mas acontece que até hoje, eu ainda não recebi outra função, estou sem função, e como tem muita novata trabalhando e eu sou veterana, aí quando dá algum problema ao invés de chamar alguém que vai demorar muito, eu vou lá e resolvo o problema. Precisa de alguém para empacotar, eu empacoto.

Em um dos retornos ao trabalho, a empresa ameaçou tirar os 10% que pagava além do salário-mínimo estabelecido aos comerciários²⁴ por precisar tirá-la do caixa. Um mês depois, a empresa resolveu pagar porque observou que ela tinha sido bastante produtiva. Entretanto, Alice trabalhou pegando peso, submeteu-se a esforços demasiados e foi obrigada a afastar-se novamente.

Falaram que eu ia continuar a ganhar os 10% porque eu estava fazendo um bom trabalho, só que eu fiquei muito tempo colocando papel, todo mundo sabe que é pesado, e eu fazia cinco pilhas de papel, chegava toda hora papel para eu empilhar. Quando eu peguei um pacote de [papel] A3, que é mais pesado ainda, aí eu adoeci dez dias antes de tirar minhas férias e o médico me afastou.

No período compreendido entre uma alta dada pela perícia do INSS e o deferimento de um pedido de reconsideração dessa alta, Alice sentia-se obrigada a voltar para o trabalho, ainda que doente, porque não tinha garantias de que a perícia concederia e consideraria todos os dias desse período durante o qual tinha aguardado a decisão do pedido de reconsideração. Ela afirmou que, durante as perícias, os médicos peritos *não olhavam para minha cara*. Faziam alguns testes de movimentos físicos, não falavam a respeito do que percebiam e solicitavam que aguardasse na sala de espera. Sentia-se muito mal.

Quando fui a segunda vez dar entrada na consulta, vi uma perita médica usando uma máscara. Aí eu estranhei e perguntei na recepção: a médica está trabalhando doente? Responderam que não, que ela estava trabalhando assim para se proteger. Ela não falava com ninguém, parecia estar com nojo do trabalhador. Se ela tem nojo do trabalhador, o lugar dela não é ali. Por que

²⁴ O valor do salário-mínimo estabelecido para a categoria em 2014 foi de cerca de R\$ 750.

ela vai trabalhar de máscara? Ela tem nojo das pessoas que vão falar com ela, quer dizer o ar das pessoas... Ela está com nojo! – eu pensei. Tomara que ela não vá me atender, porque se ela for, eu vou perguntar porque ela está com a máscara.

Tem uma placa bem grande: não sei o quê, não sei o quê, a gente não pode desacatar os peritos... Mas eles podem desacatar a gente? Eu acho isso muito errado, eles botam essa placa só pra tentar intimidar a gente.

Na época da entrevista, Alice estava no quarto mandato da diretoria do sindicato, contando nove anos de militância bastante ativa. Não se sentia bem-vista pelos gestores e pelos colegas. Relatou que, quando chegavam novos funcionários na empresa, eram avisados de que muito contato com ela poderia levá-los a perder o emprego. Sentia-se rejeitada por ser uma diretora de sindicato atuante.

Uma vez um bandido roubou materiais de escola, agora as pessoas [os funcionários] são obrigadas a guardar os materiais de escola, e são materiais pesados. Agora todas as meninas estão reclamando de dor no pulso e nos ombros. Eu já pedi uma fiscalização do Ministério do Trabalho e ainda estou aguardando. Costuma demorar de três a quatro meses para o pedido ser avaliado porque a quantidade de fiscais é pequena.

A última perícia do INSS declarou-a apta a voltar ao trabalho habitual, de caixa, sendo a doença inexistente.

Como minha doença pode ser inexistente, se eu tenho todos os atestados e vou ter que fazer duas cirurgias no ombro?!

Mesmo colegas do sindicato não reconheciam a existência da doença e da dor de Alice, sendo frequente que pedissem a ela que

carregasse pilhas de informes para distribuição e que ajudasse no transporte de caixas.

A LER/Dort é uma doença invisível.

À época da última entrevista, Alice encontrava-se participando das atividades do sindicato e trabalhando sem função específica. Relatou que ainda sentia muita dor e, quando não aguentava, tomava medicação, com os quais tinha muitos gastos. Contava com a ajuda dos filhos para os afazeres domésticos, inclusive para abrir as tampas dos medicamentos de que fazia uso.

Capítulo 4

O processo: surgimento da doença, reconhecimento da natureza ocupacional, afastamentos e retornos

4.1 Trajetória de vida após o adoecimento

As trajetórias dos entrevistados após o evento do adoecimento são muito parecidas. Foi possível elencar situações, vivências, desdobramentos, percepções que se repetem. Isso nos conduziu à necessidade de explorar melhor este processo que engloba o perceber-se doente, a busca por um diagnóstico, a descoberta e o reconhecimento do nexos ocupacional, o afastamento, o tratamento e o retorno ao trabalho.

Aquele acometido por doença do trabalho passa por um processo demorado de descoberta e reconhecimento da origem. A primeira dificuldade relaciona-se à obtenção do diagnóstico e da assistência adequada. O trabalhador demora a conseguir o apoio social e a assistência profissional que lhe proporcione as condições mínimas para o primeiro enfrentamento: o diagnóstico e o possível afastamento. Na maioria dos casos, consegue diagnóstico e esclarecimento apropriados somente em serviços especializados de órgãos públicos,²⁵ com o quadro da doença já bastante avançado e, muitas vezes, o afastamento ocorre sem que haja ainda um diagnóstico correto.

²⁵ Por exemplo: Cerest (SUS), Fundacentro, Hospital das Clínicas.

Na história de Sofia, percebe-se que o reconhecimento pessoal do adoecimento e sua relação com o trabalho foi um processo doloroso, permeado pelo sentimento de medo e solidão.

No início, eu achava que era do coração, nem imaginava que era do pulmão. E continuei trabalhando.

E foi agredindo as pequenas vias respiratórias.

Teve situação de eu estar trabalhando, começar a passar mal e quase desmaiar.

Hoje, tenho que usar medicamento contínuo. Mexeu com meu psicológico. Fiquei doida. Eu não aceitava que estava doente por causa do trabalho.

Não queria tomar remédio. Fiz vários exames pra verificar se era mesmo do trabalho, fiz exame até pra lúpus! Tanto que passei na psicóloga. Ficava pensando: se eu não tivesse vindo trabalhar aqui, eu não estaria assim.

Eu conversei com os médicos, pedi pra me operar, pra fazer qualquer coisa, porque eu quero ficar boa.

Eles falaram: “olha, não tem jeito, você vai ter que tomar remédio até o fim da vida”. Triste, né?

Aí eu vou fazer o quê?

Tenho que tomar os remédios.

Devido à demora em diagnosticar corretamente, o trabalhador permanece em atividade por meses, às vezes anos, convivendo com os sintomas da doença e com os períodos de afastamento. Nesse processo, são várias as idas a médicos e prontos-socorros. No caso dos trabalhadores com asma ocupacional, os relatos apontam que, com as crises de falta de ar durante o expediente, a produtividade cai e a relação de trabalho com a empresa, com a chefia e com os colegas vai se degradando. Os colegas e a chefia não entendem as constantes ausências que acabam por sobrecarregar os demais empregados ou, no mínimo, causar-lhes transtornos.

O adoentado, por sua vez, passa a se sentir em débito com eles, ao mesmo tempo que se ressentido por não compreenderem seu problema e não se solidarizarem, visto ter adoecido justamente por causa do trabalho. Além disso, no plano simbólico, à medida que a

relação da doença com o trabalho vai se evidenciando, vira notícia no ambiente de trabalho e o trabalhador adoecido passa a representar um incômodo: a hipótese evidente de que algum dos demais pode adoecer também. O trabalhador adoecido, que já foi uma vítima de condições de trabalho danosas, passa a ser alvo potencial de atitudes hostis dentro da empresa, uma vez que seu quadro de saúde representa a antítese do discurso da excelência, da qualidade e de todo o ideário que sustenta a submissão da força de trabalho às determinações da gestão.

O sr. Macedo descreveu que, em seu local de trabalho, a chefia adotava a regra de só se utilizar a máscara na hora da inserção de um determinado produto químico. Porém, mesmo depois disso, sentia-se o cheiro do produto no interior da fábrica por até 24 horas depois. Então, como sentia que aquilo desencadeava falta de ar, o sr. Macedo usava a máscara todo o tempo. Os donos da empresa questionavam à chefia imediata o motivo pelo qual ele continuava a usar a máscara. Era como se o uso do equipamento demonstrasse o desconforto ou o malefício causado pelo produto. Era como uma denúncia velada do problema, e isso estava incomodando os donos da empresa. O sr. Macedo percebia isso e sentia-se cada vez mais isolado, inseguro. Quando contrataram outro trabalhador para fazer o mesmo trabalho que ele, percebeu que poderia vir a ser demitido em breve.

Assim, quase sempre, o desenvolvimento de uma doença do trabalho ocorre silenciosamente e as empresas eludem, de várias formas, o reconhecimento do vínculo da doença com o trabalho, como exemplificam as histórias dos entrevistados. Os processos de violência e de assédio podem já se iniciar nessa fase, a depender de cada caso.

Os entrevistados sentiram um estranhamento em suas relações sociais no local de trabalho a partir dos primeiros sintomas, intensificando-se com o desenvolvimento do quadro e com o afastamento.

Sofia fala da negação da doença, da revolta de perceber-se doente por causa do trabalho, da humilhação de ter que provar o tempo todo que adquiriu a doença no trabalho, mesmo quando a relação já está suficientemente evidenciada.

*Fiz todos os exames de alergia, não deu nada,
eu não tenho alergia. Fiz teste pra saber a etiologia da asma.
No meu caso, não sou alérgica a nada. Fiz prova de função pulmonar,
vários exames. É do trabalho! Eu entrei lá boa.
Eu fico me perguntando: será que meu pulmão estava tão fraco assim pra
agravar desse jeito? E agravou. [...]*

Após enfrentar o clima de hostilidade dentro da empresa, vem talvez o elemento mais penoso, que é serem desacreditados pelos órgãos de saúde e de previdência, os mesmos que deveriam protegê-los, tratá-los e ampará-los. A indignação e a sensação de desamparo são frequentes.

A partir do momento em que a doença se configura como incapacitante para o trabalho, a assistência à saúde comumente utilizada (plano de saúde e médico da empresa) passa a não dar uma resposta satisfatória ao trabalhador adoecido e a relação médico-paciente se modifica quando a doença resulta do trabalho. Para o afastamento e no decorrer dele, o trabalhador precisa solicitar a seu médico assistente vários laudos e pareceres que atestem a relação da doença com o trabalho, os quais devem ser apresentados à perícia do INSS e ao médico do trabalho da empresa. No entanto, alguns profissionais de saúde demonstram resistência em emití-los, seja pelo desconhecimento das condições reais de trabalho, pela formação deficiente dos profissionais de saúde para reconhecer os determinantes sociais da saúde no contexto de trabalho ou pelo preconceito e pela desconfiança em relação ao paciente.

Outro motivo de resistência da parte do médico que assiste o paciente é o fato de sofrer constrangimentos indiretos ao ter seu laudo desconsiderado ou mesmo questionado pelo perito do INSS ou pelo médico do trabalho da empresa. Ao propor um tratamento, coloca-se um impasse. A atividade diária do paciente, se ainda trabalhando, prejudica ou inviabiliza a melhora do quadro.

E, quando em afastamento, o paciente, que está passando por um doloroso processo de aceitação da doença, de mudanças na vida diária, tem que lutar pelo seu direito de se manter afastado das condições de trabalho que o adoeceram, enfrentando as constantes idas e vindas a consultas médicas, exames, perícias, tratamentos, laudos. É um ciclo de retornos ao trabalho (nas mesmas condições adoecedoras) e de afastamentos. Esse processo envolve sentimentos de desamparo, humilhação, vergonha e rebaixamento de autoestima e nem sempre o médico que o assiste, sobretudo em contexto de consultório, sem um trabalho de equipe voltado para as especificidades do problema, está preparado ou tem a estrutura necessária para dar apoio e continência ao sofrimento deste paciente.

Não se pode esquecer também da natural resistência dos profissionais de saúde e segurança do trabalho, empregados da empresa, em reconhecer o vínculo da doença com o trabalho tanto por conta da simples relação de subordinação que se estrutura entre eles e o empregador, quanto pelo fato de que, ao reconhecer a relação da doença com o trabalho, implicará na assunção de que há problemas referentes à sua área de atuação na empresa a serem resolvidos.

O tratamento integral adequado ao adoecido pelo trabalho, que considere o problema como um todo e forneça apoio mínimo necessário em todos os âmbitos do problema, só é encontrado em ambulatórios especializados da rede pública ou de serviços ligados a hospitais-escola. Até encontrar esse serviço, o trabalhador enfrenta a resistência dos profissionais de saúde dos planos de saúde, do médico do trabalho, de engenheiros e técnicos de segurança do trabalho. É frequente o encaminhamento a um órgão especializado ser feito por médicos de pronto-socorro ou por médicos do sindicato e bastante incomum que os profissionais de saúde e segurança do trabalho das empresas, bem como os médicos conveniados, façam esse encaminhamento aos ambulatórios especializados. Porém, segundo os relatos dos entrevistados, é somente nesses serviços públicos especializados em saúde do trabalhador que eles têm obtido as informações e o apoio profissional necessário. No caso dos entrevistados, a atenção integral, incluindo os esclarecimentos e o apoio para enfrentamento dos caminhos labirínticos do afastamento, só foi encontrada nos Cerests e no ambulatório de órgãos públicos.

Passado este primeiro momento (diagnóstico e afastamento), sobrevêm os desafios e as consequências do afastamento. Do ponto de vista da recuperação da saúde, pode ser bom afastar-se, mas significa também ruptura com o meio social e de amigos, quebra da identidade, perda financeira e ruptura com tudo o mais que a inserção no mercado de trabalho pode significar²⁶.

Embora formalmente afastados, todos os entrevistados demonstraram grande incerteza quanto ao *status* trabalhista e previdenciário. Quase todos, com exceção de Carlos, cuja doença era recente na época da entrevista, já passaram por encerramento de benefício, mesmo sem ter nenhuma condição de retorno ao trabalho, seja pelo quadro de saúde incompatível com as condições de trabalho adoecedoras, seja pela deterioração da qualidade da relação do trabalhador com a empresa neste embate de interesses que envolvem a doença do trabalho.

Nos casos de acidente de trabalho, ainda que o reconhecimento seja imediato, costuma ocorrer um processo de descaracterização burocrática da natureza ocupacional no INSS, quando as repercussões do acidente se prolongam no tempo, gerando sequelas. Ou seja, quando o trabalhador recebe alta, mas precisa solicitar novamente afastamento pelo mesmo problema que se cronificou ou voltou a manifestar sintomas que o impossibilitam de trabalhar, é comum que a natureza ocupacional seja negada, visto que, para efeitos burocráticos, seria um novo afastamento, cuja natureza e origem deveriam novamente ser provadas. Isso redundaria em perdas de direitos previdenciários e trabalhistas e em grande risco de desemprego e desamparo social (principalmente pela perda da estabilidade no emprego após retorno).

²⁶ Isso se considerarmos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal. No caso daqueles com vínculo informal ou ainda com vínculo precário, nos quais o empregador se desfaz mais facilmente dessa relação, o adoecimento com incapacidade para o trabalho pode resultar ainda na perda completa da renda.

Após sofrer acidente de trabalho, o sr. Antonio permaneceu afastado por cerca de dois anos e meio, com percepção de auxílio--doença acidentário, portanto com o reconhecimento da natureza ocupacional. Quando, porém, recebeu alta, ainda apresentava sequelas, limitações do acidente. Ao retornar ao trabalho de ajudante de motorista, a carga e as condições de exercício da função, em interação com as sequelas do acidente, fizeram surgir um novo quadro nosológico, cuja natureza ocupacional é menos clara do que o acidente. A partir desse momento, teve vários afastamentos e retornos, algumas vezes com o benefício B31 (doença comum, sem relação com o trabalho) e outras vezes com o benefício B91 (natureza ocupacional). Ao final, acabou por ser demitido e, na época da entrevista, encontrava-se recebendo o seguro-desemprego, ou seja, em uma situação de grande vulnerabilidade econômica e incapaz para o trabalho.

A recuperação da saúde e da capacidade de trabalho depende, em parte, das condições sociais e econômicas que o sistema de seguro social deve proporcionar ao segurado para seu tratamento ou sua reabilitação, nos casos em que há limitação para a função atual.

O trabalhador segurado enfrenta pressões do empregador e do INSS, que visam, respectivamente, deslegitimar a relação da doença com o trabalho e negar a existência de incapacidade, excluindo esse trabalhador da esfera de responsabilidade de cada uma delas. Nesse processo, são frequentes relatos de situações de violência psicológica que ocorrem tanto no ambiente de trabalho, quanto no contexto de perícia médica.

O ponto extremo, ao qual muitos casos podem chegar, é o desamparo de ambos os lados, quando o trabalhador recebe alta do INSS, porém a empresa não lhe reconhece como apto a voltar ao trabalho. Então, iniciam-se sucessivos afastamentos e tentativas de retorno, entremeados por períodos em que aguarda resposta a pedido de reconsideração da decisão pericial. É comum que fiquem intervalos variados em uma situação indefinida quanto ao *status* trabalhista e previdenciário e sem receber nenhum tipo de renda.

No quadro a seguir, traz-se um exemplo, a situação de Anderson à época da entrevista, mas também vivenciada por Jorge e pelo sr. Macedo. O sr. Antonio acabou sucumbindo à pressão e aceitou acordo de demissão com a empresa. Longe de ser uma exceção,

essa situação, de tão comum que é, já recebeu uma denominação entre os profissionais de saúde e do direito: “limbo²⁷ jurídico”, que será tratado adiante.

Dentre os entrevistados, somente Carlos não havia sido ainda encaminhado para a reabilitação profissional, dada a recentidade do adoecimento. Esse enfoque de reabilitação profissional, adotado hoje pelo INSS, coloca o trabalhador, praticamente sozinho, no centro de um conflito. Mostrou-se situação frequente nos relatos a tentativa de reabilitação profissional infrutífera ser seguida de alta médica evidentemente indevida. Se não foi possível a reinserção sob os cuidados da equipe de reabilitação profissional do INSS, fica evidente que a alta é indevida, uma vez que o encaminhamento para a reabilitação profissional é a prova do reconhecimento de incompatibilidade entre o quadro de saúde e a função de origem.

Isso mostra que o foco da reabilitação profissional do INSS tem sido mais de encerrar o benefício, e não tanto de amparar o cidadão no seu retorno ao trabalho. Nesse vai e vem, são inúmeras as violências sofridas pelo trabalhador, como passaremos a analisar.

Anderson se encontrava, à época das entrevistas, no limbo trabalhista e previdenciário, ou seja, seu status era totalmente indefinido, e estava sem receber e sem exercer seus direitos. Após o INSS lhe dar alta e não aceitar reconsideração e nova entrada de benefício, a empresa também não aceitou seu retorno ao trabalho, dado seu precário estado de saúde. Sem receber o benefício do INSS e sem receber o salário, Anderson procurava a empresa para conversar, mas era hostilizado, tanto direta, como veladamente também, por representantes do setor de RH e pelo proprietário da empresa. Não sabiam como proceder, diziam que ele teria que se aposentar por invalidez, que o problema dele teria que ser resolvido com o INSS. Por outro lado, sua solicitação de novo afastamento não foi acatada pela perícia.

²⁷ A palavra limbo é utilizada para expressar o estado de indecisão, incerteza, indefinição, esquecimento. Há uma lacuna legal para esses casos, que caem, literalmente, em uma zona de indefinição e esquecimento quanto ao seu *status* trabalhista e previdenciário. Tampouco as práticas institucionais têm construído soluções.

4.2 A violência e seus impactos

Longe de declarar a violência e o assédio como ocorrências inevitáveis deste processo de adoecimento pelo trabalho, pretendemos evidenciar e detalhar essa relação pouco aparente e pouco descrita na literatura científica, embora muito sentida na prática pelos profissionais de saúde e do direito que assistem aos trabalhadores.

Na análise do material das entrevistas, as violências psicológicas, como núcleo de sentido, abarcaram três categorias relacionadas a tipos de violências:

- colocar a pessoa sob suspeita/desacreditá-la/desaboná-la;
- colocar obstáculos ou impedir o exercício de direitos trabalhistas e previdenciários;
- impor maus-tratos, fazer agressões verbais, ofender, assediar moralmente.

Essa categorização baliza-se por um critério segundo a natureza da ação da violência sobre o trabalhador adoecido, porém, não satura o tema. Apenas objetiva expressar de forma mais sistematizada os conteúdos que emergiram neste estudo.

Assim, a primeira violência percebida pelos relatos dos trabalhadores é a de colocar a pessoa sob suspeita, desacreditá-la, desaboná-la, com o objetivo de, como dito acima, negar a doença e sua relação com as condições de trabalho.

A segunda categoria que emerge dos relatos é a negação dos direitos trabalhistas e previdenciários. Uma espécie de labirinto burocrático que oculta do trabalhador as razões que motivam as tomadas de decisões, como se verá a seguir, e acaba por se constituir em um instrumento de negação de direitos.

Ambos os tipos acima são sistêmicos, ou seja, ocorrem tanto na empresa quanto no INSS e, às vezes, nos serviços de saúde. Tais ações não são geralmente atribuíveis unicamente a uma pessoa,

embora seja possível delimitar e identificar ações de alguns agentes que dão concretude a essa forma de violência.

Já a terceira categoria identificada tem por característica ser um tipo de violência mediada por um agente que impinge maus-tratos, ou práticas de assédio moral, ou outras violências psicológicas aos trabalhadores adoecidos. Esse agente pode ser um operador do setor de RH da empresa, um funcionário, um perito do sistema de concessão de benefícios, o próprio chefe imediato, colegas de trabalho ou mesmo um profissional de saúde da empresa. Fica bastante clara a natureza organizacional/institucional desse assédio nos moldes descritos por Soboll (2008), uma vez que esse agente está premido por injunções organizacionais.

Um funcionário do setor de RH ou do serviço de medicina do trabalho de uma empresa, por exemplo, tem grande probabilidade de entrar em conflito com um trabalhador cuja doença tenha seu nexo do trabalho negado pela empresa, independentemente de sua disposição ou intenção pessoal. A interação conflituosa ocorre, por exemplo, quando o trabalhador adoecido solicita documentos de seu prontuário médico ou outro documento, como o Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), e o funcionário do RH ou do serviço médico tenha sido orientado a não entregar nenhum documento. Há relatos que ilustram tal situação no próprio item correspondente ao assunto. A depender dos recursos individuais de cada um, tal interação pode redundar em atitudes violentas psicologicamente. E a parte mais vulnerável é o trabalhador afastado.

4.2.1 A suspeita, o descrédito e a desqualificação

Ao pleitear um benefício previdenciário, a pessoa é posta sob suspeita tanto na empresa, quanto no INSS. No local de trabalho, isso é particularmente doloroso, pois deteriora os vínculos com seu meio social profissional e, por vezes, com pessoas de convívio diário mais próximo.

Muitas vezes, o chefe e os colegas colocam em dúvida a real existência da doença, a despeito dos sintomas, frequentemente notórios, como é o caso da asma, que envolve falta de ar e desmaios.

Outras vezes, os sintomas são invisíveis a olho nu, como nas LER/Dort. E o trabalhador recolhe-se, fica ensimesmado, evita reclamar para provar-se da dor maior de ser tido como mentiroso.

Também são comuns as tentativas de se obscurecer a relação do adoecimento ou do acidente com o trabalho, atribuindo a causa a condutas ou características individuais ou a hábitos pessoais. No caso de Carlos, uma mentira foi criada e disseminada na empresa, afetando a imagem dele e do parente que trabalhava na mesma empresa (ver relato na página 58).

Quando o trabalhador já está doente, outra prática comum é atribuir o adoecimento ao fato de ele não ter usado o equipamento de proteção individual ou de não o ter feito de forma adequada. O relato do sr. Macedo nos traz um contraponto a esse raciocínio simplista e falacioso, porém tão comum, pois, no caso dele, ocorria justamente o contrário: como o uso da máscara era muito incômodo e prejudicava o andamento da atividade, era regra determinada pela chefia colocá-la somente na hora da aplicação do produto. Quando o sr. Macedo, pela sensibilidade que desenvolveu em relação ao produto, começou a usá-la todo o tempo, provocou mal-estar entre colegas e chefia. Aquela prática tornou-o diferente dos demais. Diferente de um jeito incômodo. Todos percebiam sua falta de ar; ele já representava, àquela altura, a evidência do risco presente no ambiente e de que mais alguém poderia adoecer.

Os trabalhadores também relataram serem desmoralizados nas perícias do INSS, quando o perito, ao verificar a capacidade para o trabalho, muitas vezes demonstra uma postura de desconfiança e deslegitimação da fala do segurado, minimizando seu sofrimento.

Certa vez, uma médica fez alguns questionamentos para Sofia com o intuito de colocar em dúvida o vínculo da doença com o trabalho. Levantou a possibilidade da asma ser de origem genética ou ainda provocada pelo hábito pessoal de tingir os cabelos, ao mesmo tempo que pouco ou nada investigava sobre as condições de trabalho. Sofia descreveu sua sensação de impotência e indignação diante de tal postura.

Apesar do perito reconhecer que ela está sendo assistida por dois ambulatórios públicos especializados, o que a atendeu não

aceitou os laudos emitidos por tais instituições, que declaravam, ambas, a natureza ocupacional de sua doença.

Os entrevistados percebem que os peritos não querem se aprofundar na análise do nexa com o trabalho. Foi o que ficou evidente também quando Sofia disse que o perito pediu que não trouxesse tantos laudos.

Após o exame, o trabalhador se retira e aguarda na sala de espera. O manual de perícia médica do INSS define, em seu item 10, que cabe à perícia médica comunicar o resultado do exame médico-pericial, por meio de um documento chamado Comunicação de Resultado de Exame Médico, emitido em duas vias, uma para o segurado e outra para juntar aos antecedentes periciais, com assinatura da perícia médica e do segurado. Porém, os segurados se queixam de que, como esse comunicado é entregue a eles, na maioria das vezes, por um funcionário administrativo e como nele não há descrição dos motivos da decisão, eles ficam sem entender a motivação da decisão. Além disso, quando recebem o comunicado, não conseguem acesso ao perito para esclarecimento de eventuais dúvidas, uma vez que a área dos consultórios é de acesso restrito ao instante da perícia.

Na hora, quando te entregam o papel com a decisão do perito, você nem lê. Vai ler lá fora. Você fica constrangida, sem graça, de ler lá na frente dele. Porque você não sabe o que vai estar escrito.

Além da garantia da sobrevivência, a decisão pericial também representa a confirmação e o reconhecimento de uma situação de injustiça, de prejuízo e dificuldades que o trabalhador periciado vive, tal como relata o sr. Antonio:

A outra coisa é que você não pode falar em dinheiro lá [na perícia], em valores de dinheiro. Porque se você falar, eles já falam assim: "sem chantagem emocional, sr. Antonio!!" Já me falaram isso umas três ou quatro vezes. Como se a gente pudesse viver sem dinheiro. Negar o benefício eles podem, está na mão deles. Agora tratar a gente desse jeito?! Achar

que a gente está pedindo esmola?! Isso aqui foi um acidente de trabalho. Se não tivesse acontecido isso, a minha casa não estava desse jeito aí [a entrevista foi realizada na casa do entrevistado]. Eu estava trabalhando e mantendo a minha família. Hoje eu não posso comprar nada.

Essas ausências de amparo e reconhecimento a respeito de seu estado de saúde produzem na pessoa um sentimento de solidão, incompreensão e indignação. A solidão é agravada quando, com o passar do tempo, a percepção de descrédito atinge os ambientes sociais que frequenta (trabalho, família, amigos e comunidades).

Minha família não entende muito não. Minha mãe e minha irmã acham que é fingimento. (Sofia)

Na empresa é assim, só ficam com aquela cara fechada, não me perguntam nada, só falam comigo quando eu chego com atestado, só recebem e só. Nunca perguntam nada. Nem se eu melhorei. (Alice)

Por outro lado, alguns relatam a importância do suporte que receberam de familiares. Jorge é um exemplo. Relata que recebeu um grande apoio da esposa. É ela inclusive que, quando necessário, vai até a empresa. Além de trabalhar, ela reservou um tempo para acompanhar Jorge em consultas e exames. A sogra também compreende seu problema de saúde e procura auxiliar a família. O sr. Macedo também descreve, além da família, a religião como uma fonte de força para enfrentar as dificuldades advindas do afastamento do trabalho.

A descaracterização pode ocorrer em qualquer etapa. Ou seja, ainda que tenha havido o reconhecimento da doença do trabalho, em algum momento pode vir a ser descaracterizado. É o que ocorreu com Anderson e o sr. Antonio. Após anos de afastamento e CAT emitida, ocorreu a descaracterização do reconhecimento da doença ou do acidente do trabalho.

4.2.2 Colocar obstáculos ou impedir o exercício de direitos trabalhistas e previdenciários

Da mesma forma que a categoria anterior, esta também é sistêmica. O trabalhador é vitimado pela forma como a empresa interpreta e aplica as normas trabalhistas e previdenciárias de saúde e segurança e conduz os casos individuais. Também se vitima pela forma como o órgão segurador opera o sistema de amparo ao trabalhador vitimado por uma doença laboral, que acaba por impedir o exercício de seus direitos trabalhistas e previdenciários. A falta de sentido das exigências para a concessão e a manutenção do benefício, para a confirmação do nexos com ocupacional, bem como as altas indevidas compõem um verdadeiro labirinto burocrático do qual o trabalhador não sabe como sair.

A exigência descabida feita pela empresa para considerar válido o atestado médico de Anderson é um exemplo. O atestado de cinco dias de afastamento tinha sido feito junto com a receita médica. A empresa exigiu que o atestado estivesse separado, o que indica a intenção de somente pôr um obstáculo ao direito de se afastar do trabalho, visto que tal ação não encontra nenhuma justificativa plausível. Anderson foi cinco vezes ao hospital solicitar outro atestado e, por cinco vezes, recebeu uma negativa. Esse ir e vir do hospital em busca de algo sem o menor sentido foi vivido como uma humilhação para Anderson. Ao final, a empresa aceitou o atestado tal como estava, uma vez que não havia motivo plausível para recusá-lo.

As crises de asma fazem com que o trabalhador precise ir muitas vezes ao pronto-socorro durante o expediente de trabalho. Foi o que aconteceu com Jorge, sr. Macedo e Sofia. Jorge conta que, nesses atendimentos frequentes, os médicos do hospital davam-lhe inalações e injeções e não solicitavam a emissão de CAT, apenas forneciam atestado. Da mesma forma, Sofia não teve a CAT emitida, embora em seu prontuário o médico tivesse anotado que se tratava de doença relacionada ao trabalho. A emissão da CAT é sempre evitada pelos médicos. É possível levantar as seguintes razões como hipótese: evitar ocupar o tempo com questionamentos sobre o trabalho e com o preenchimento propriamente dito da CAT; receio de sofrer

pressões do setor jurídico da empresa; receio de ser desligado do convênio médico. No entanto, as motivações para tal esquiva do dever médico mereceria um estudo mais aprofundado.

Evitar a emissão da CAT é uma negação indireta aos direitos trabalhistas e previdenciários, pois é a partir dela que alguns deles são exercidos. A descoberta de que a doença foi provocada pelo trabalho e de que agentes da empresa, do plano de saúde e do INSS contribuíram para tal ocultação é vivida com grande sofrimento. Quando descobrem, sentem-se traídos, enganados, injustiçados. A percepção disso é extremamente dolorosa, sobretudo por implicar agentes da empresa nos quais o trabalhador confiava, aos quais se sentia ligado por um vínculo de pertencimento, cada vez mais alimentado e utilizado pelas empresas como fonte de motivação para o trabalho.

No que se refere ao INSS, o labirinto burocrático fica ainda mais complexo, sobretudo por duas posturas identificadas na perícia médica: a diligência insuficiente em analisar onexo causal da doença com o trabalho e a grande frequência de altas médicas indevidas.

Os relatos confirmam a queixa generalizada de que os peritos não atuam costumeiramente com diligência suficiente para a identificação da contribuição do trabalho nos adoecimentos que avaliam, atitude que mereceria estudo aprofundado, uma vez que atenderia aos interesses do Estado e da sociedade. A identificação da devida origem ocupacional abre a possibilidade de ressarcimento via ações regressivas e ainda influencia no instrumento estatal destinado a incentivar a prevenção. Isto porque o número de benefícios acidentários é um dos elementos que compõe o cálculo do Fator Acidentário de Prevenção (FAP), multiplicador da alíquota do SAT.

Massoni (2012) salienta que as altas médicas indevidas negligenciam direitos básicos sociais garantidos constitucionalmente. Segundo o autor, a alta médica de trabalhadores incapacitados para o retorno à função tem sido cada vez mais comum. O instituto da alta programada (Decreto nº 5.844, de 13 de julho de 2006) permitiu ao perito conceder afastamento com alta predeterminada, igno-

rando desdobramentos e desenvolvimentos que o quadro nosológico possa vir a apresentar, embora haja decisões judiciais no sentido de considerar ofensiva ao princípio da razoabilidade a conduta de presumir recuperação da capacidade para o trabalho sem que seja feita uma avaliação ao final do período (MASSONI, 2012).

O segurado fica, assim, no labirinto burocrático, que lhe exige: familiaridade com a leitura de normatizações diversas, postura proativa e mesmo certa capacidade de argumentação, desembaraço e senso de justiça.²⁸

Se a perícia lhe aplicar a alta programada e ele não estiver se sentindo apto ao trabalho, tem que tentar agendar uma perícia antes do final do período, o que nem sempre consegue. Muitos nem sabem que existe essa alternativa.

Diante de uma alta indevida, o trabalhador tem que recorrer administrativamente (ao INSS), pedindo reconsideração da decisão pericial. Se não conseguir, tem que retornar ao trabalho e dar nova entrada. Entre a alta e o deferimento do novo pedido, se não conseguir trabalhar e não houver apoio da empresa, fica sem qualquer renda e pode ainda ser demitido sob a alegação de abandono de emprego.

²⁸ Durante o processo de aprovação e editoração desta publicação, houve mudanças que tornaram este cenário ainda mais labiríntico. Trata-se das medidas provisórias MP nº 739/2016 e MP nº 767/2017 (esta última convertida na Lei nº 13.457/2017). Sem qualquer reforço às políticas de fiscalização das condições de trabalho, tampouco àquelas de amparo aos adoecidos pelo trabalho no sistema público de saúde, estas medidas criaram mecanismos administrativos e incentivo financeiro aos peritos para a execução de perícias extraordinárias, com vistas a averiguar a permanência “das condições que ensejaram o afastamento ou a aposentadoria” (§ 4º, art. 1º, Lei 13.457/2017), inclusive aquelas concedidas judicialmente. Além disso, trouxeram uma sucessão de alterações no período de carência para gozo do benefício de auxílio-doença, entre outros, que causaram maior insegurança jurídica aos segurados. A MP nº 871/2019 também seguiu a mesma tendência de abreviar períodos de afastamento e instituiu o *Programa Especial para Análise de Benefícios com Indícios de Irregularidade*, com o objetivo de “analisar processos que apresentem indícios de [...] irregularidade e potencial risco de realização de gastos indevidos na concessão de benefícios administrados pelo INSS” (art. 2º). Esta última medida provisória adicionou o incentivo financeiro também a outros profissionais, além dos peritos. Da mesma forma que as anteriores, também não propõe qualquer medida para sanear problemas na fiscalização e assistência integral à saúde dos trabalhadores que estejam causando aumento do tempo de afastamento. Em nenhuma dessas medidas provisórias há qualquer menção aos critérios de avaliação de incapacidade utilizados pelos peritos, reforçando a insegurança jurídica para os indivíduos. Tampouco se tem conhecimento de outra norma que o faça.

Massoni (2012) aborda esse tema e analisa a tendência de decisões judiciais nesta problemática, denominada limbo jurídico, situação na qual o trabalhador fica desamparado pela lei. Ele demonstra, ainda, que as empresas também experimentam insegurança jurídica nessa temática. Porém, como são a parte forte na relação empregador-empregado, fazem prevalecer seus interesses, como os relatos atestam.

O caso de Anderson é emblemático. A pequena empresa que lhe emprega, desconhecedora de uma solução para seu caso, impõe-lhe pressão psicológica e maus-tratos com vistas a livrar-se do problema. É uma história repleta de obstáculos e impedimentos ao exercício de direitos básicos.

Além disso, todas as tentativas de reabilitação profissional descritas pelos entrevistados foram infrutíferas e demonstraram procedimentos divorciados da realidade do segurado. No caso do sr. Macedo, a equipe da reabilitação profissional do INSS sugeriu que ele fizesse uma formação para outra função, como torneiro mecânico (sendo que seu problema de saúde não foi gerado por exercer a função de eletricitista, mas sim por exercê-la naquelas condições, exposto a um produto específico causador de asma). Foi-lhe sugerido ainda que pedisse demissão e enfrentasse o mercado de trabalho, por sua conta e risco, aos 56 anos e com uma asma adquirida no trabalho. O norte dado pelo INSS ao caso parece ser o de encerrar mais um benefício e não o de amparar um trabalhador que adoeceu por causa do trabalho e que não encontra solução para seu caso, visto que o local de trabalho continua oferecendo o mesmo risco e nada é feito para modificar tal situação de danos à saúde.

Já Anderson, após um longo período de afastamento por LER/Dort e por problemas na coluna cervical, foi encaminhado para a reabilitação profissional do INSS. Quando atendido pela primeira vez pelo técnico da reabilitação profissional, já foi encaminhado para a empresa com uma carta onde constavam descrição de suas limitações físicas e solicitando posto de trabalho compatível com tais limitações. O quadro crônico de sua doença o impossibilitava de se expor aos esforços repetitivos, ao calor, a posturas inadequadas e à pressão por produção do último posto de trabalho. A empresa tentou alocá-lo na portaria, tendo, porém, que manusear um pesado

portão várias vezes ao dia. Tal tentativa resultou infrutífera e ele foi reencaminhado ao INSS, que prolongou por mais alguns anos seu afastamento.

A segunda tentativa do INSS em “reabilitá-lo”, de forma muito parecida com a primeira, também não deu certo e ele voltou a ficar afastado por mais algum tempo. Após certo período, o perito lhe deu alta sob o argumento de que nada mais podia fazer por ele e que seu quadro de saúde, embora crônico, era estável. Ou seja, a tentativa de reabilitá-lo não deu certo, pois seu quadro de saúde não era compatível com as condições de trabalho da empresa. Ainda assim, ele recebeu alta para voltar ao mesmo posto de trabalho, mesmo tendo esse histórico todo registrado no INSS.

A empresa, por sua vez, não o aceitou visto que, de fato, ele não se encontra em condições de trabalhar. Porém, não se pode esquecer que ele não está apto justamente por ter adquirido uma doença causada pelo trabalho. É um labirinto burocrático sem sentido, no qual os conceitos de aptidão ou inaptidão, capacidade ou incapacidade para o trabalho, limitações e doença têm aplicação apenas quando se harmonizam com os critérios burocráticos do órgão segurador. Se houvesse uma aplicação real desses conceitos, o trabalhador não receberia alta do órgão segurador sem ter condições de trabalho. Essa incongruência foi identificada em todos os casos.

Sofia, na época da entrevista, tinha acabado de passar por uma tentativa de reabilitação sem sucesso e estava bastante apreensiva quanto a seu futuro:

A psicóloga da reabilitação do INSS disse que eu tinha que fazer curso pra ficar na reabilitação. Mas eu sentia muita falta de ar, não cheguei a fazer curso. E a psicóloga falou: “Não tem como eu ficar com você aqui sem fazer curso. E vou ter que te reencaminhar para o médico para ele te reavaliar”. Agora não sei. Vamos ver o que o médico vai decidir.

4.2.3 Impor maus-tratos, fazer agressões verbais, ofender, assediar moralmente

*Tratamento muito frio.
Não olha na cara, não põe a mão,
olha os documentos.*

Diferentemente das demais formas de violência, esta é passível de ser atribuída a uma pessoa. Porém, o agente da violência quase sempre tem pouca margem de manobra em suas decisões. Normalmente, eles são chefes imediatos, donos de pequenas empresas, funcionários do setor de recursos humanos (RH), peritos do INSS, orientadores da reabilitação profissional do INSS. Os maus-tratos parecem ocorrer quando tal agente percebe-se sob pressão, entre o problema do trabalhador adoecido e as determinações da empresa ou do órgão segurador.

Durante o desenvolvimento dos sintomas, é comum que conflitos na empresa ocorram por conta da queda de produtividade, pelas saídas constantes para ir ao médico, ao pronto-socorro.

O encarregado gritava comigo, eu chorava várias vezes dentro da seção. Eu já estava querendo sair (Sofia)

As tentativas de retorno ao trabalho, em decorrência da dificuldade de voltar à mesma função sem agravar o quadro de saúde, também são situações que predisõem a violências diversas. Foi o que ocorreu com Anderson que, antes de ficar no limbo jurídico por anos, passou por tentativas de retorno ao trabalho com fracasso já anunciado e certo, conforme se apreende do relato de seu caso. Nenhum estudo de posto de trabalho era feito, tampouco seu estado real de saúde era considerado. O objetivo da contenção de gastos era o norte. Anderson, a cada retorno, encarava o mal-estar de ser indesejado, de ter se transformado em um problema do qual a empresa quer se livrar. Em um contexto como este, muitas vezes, as condutas descambam para a violência psicológica. No caso de Jorge, como se vê em seu depoimento na página 52, aos poucos, ele foi perdendo a vontade de ir ao trabalho e até mesmo de levantar da cama.

Já Carlos acabou por ser vítima de difamação e calúnia quando o dono da empresa disseminou a informação de que sua doença pulmonar seria fruto do uso de drogas e não das condições de trabalho. A responsabilidade pelo adoecimento costuma assustar os pequenos empresários e são frequentes reações dessa natureza.

Com o sr. Antonio, esse tipo de violência ocorreu no próprio INSS, sendo protagonizado pela perita, que o repreendeu por colocar sobre a mesa dela a pasta com seus documentos e laudos para poder abri-la.

Ela me falou para eu não colocar a minha pasta na mesa dela... Porque eu podia encher a mesa dela de poeira ou a pasta ia impedir dela exercer a função dela por causa daquela pasta estar mexendo com o computador dela. Você não pode falar nada. Porque tudo o que você falar, está errado.

A esposa de Jorge, para evitar constrangimentos quando vai à empresa, fala com a filha do dono da empresa (que é da área administrativa) e evita encontrá-lo por causa do comportamento agressivo dele. Certa vez, ao encontrar Jorge, o proprietário disse:

Tomara que desta vez a gente se livre de você.

4.2.4 Impactos sociais e econômicos na vida do trabalhador afastado

Em estudo de revisão de publicações científicas do período de 1998 a 2008, sobre impactos psicológicos da asma, Lavoie et al. (2009) destacam que, apesar de o afastamento poder aumentar a chance de cuidados com a saúde, de tratamento, de melhora da função pulmonar e de redução da gravidade da asma, invariavelmente, está ligado também à piora da situação financeira do paciente, como diminuição da renda, rebaixamento profissional e desemprego.

No que se refere ao Brasil, no presente estudo qualitativo, é possível inferir que, apesar de, em alguns casos, o valor do benefício poder ter sido superior ao salário,²⁹ quase sempre o afastamento do trabalho vem acompanhado de prejuízo financeiro pelo não recebimento de valores decorrentes da suspensão do vínculo trabalhista (como o 13º salário, o auxílio-transporte, entre outros), pelo gasto significativo com medicamentos e transporte e pelas interrupções no recebimento do benefício previdenciário. Essa inferência é reforçada a partir das consequências relatadas, como perda de bens, aumento do endividamento e interrupção de projetos de vida que demandem investimento financeiro, abordados a seguir.

O gasto com transporte decorre das inúmeras consultas médicas não só para se tratar, mas também para trilhar seu caminho no labirinto burocrático da doença do trabalho: idas a órgãos de referência em busca da realização de exames para o diagnóstico e dos vários laudos e pareceres exigidos pelo órgão segurador, busca pela medicação, tratamentos etc.

Chama-se interrupção quando, por exemplo, o INSS dá alta médica indevida e a empresa não considera o trabalhador apto e não aceita seu retorno ou mesmo o médico assistente recomenda não retornar. Então, o trabalhador solicita ao INSS a reconsideração da decisão pericial. Se aceita, recebe retroativamente os valores vencidos. Se negada, não recebe, restando ainda a chance de dar nova entrada. Porém, mesmo se aceita a nova entrada, não recebe retroativamente. Ou seja, há períodos em que o trabalhador fica sem receber seus direitos. Ademais, enquanto aguarda a decisão do INSS, tanto na reconsideração como na nova entrada (caso não tenha retornado ao trabalho), é comum que o trabalhador tenha precisado se endividar para manter o sustento da família.

Configura-se tal postura como negligência a um direito social básico, relativo à sobrevivência digna do trabalhador. Massoni (2012)

²⁹ Este estudo foi feito antes da MP nº 664/2015 e conseguinte Lei nº 13.135/2015, a qual limitou a possibilidade de o valor do benefício ser maior do que o valor do salário, uma vez que determinou em seu artigo 1º, parágrafo 10 que o salário de benefício não poderá exceder a média aritmética simples dos últimos 12 salários de contribuição, inclusive em caso de remuneração variável, ou, se não alcançado o número de 12, a média aritmética simples dos salários de contribuição existentes (ver nota de rodapé nº 1).

categoriza a alta médica previdenciária de trabalhadores segurados sem condições para o trabalho como uma “delinquência social praticada pela autarquia previdenciária”.

O prejuízo econômico leva o trabalhador a abortar planos familiares, como adquirir a casa própria, prover o estudo de filhos e mesmo formar uma família. Traz perdas financeiras irrecuperáveis, como foi o caso de Jorge, que perdeu a casa que vinha pagando mês a mês, financiada por banco estatal. Neste caso, a maior violência é o encadeamento de fatos que culminou na perda de seu bem: Jorge perdeu o imóvel porque não teve seu direito ao recebimento do benefício respeitado.

O amparo financeiro para esses trabalhadores no limbo jurídico, na maioria das vezes, é dado pelos familiares. Jorge, por exemplo, foi morar na casa da sogra. No caso de Anderson, a mãe, já idosa, teve que intensificar e aumentar sua jornada de trabalho como diarista para prover o sustento do lar. Já na casa do sr. Antonio, quem assumiu esse papel foi sua esposa.

Alguns entrevistados foram aconselhados a abandonar o emprego atual cujas condições de trabalho são incompatíveis com seu quadro de saúde já prejudicado, e tentar outro emprego. No entanto, ao fazerem isso, deixariam pra trás suas histórias e conquistas e arcariam sozinhos com os ônus de um risco social, que é o adoecimento pelo trabalho. Um dos ônus seria o enfrentamento de práticas de seleção discriminatórias, as quais, embora ilegais e cada vez mais sob a mira daqueles que protegem direitos fundamentais, ainda ocorrem. Essas seleções solicitam exames médicos diversos, excluindo das oportunidades de trabalho as pessoas portadoras de alguma doença ou característica predisponente.³⁰

³⁰ Uma das características alvo de discriminação é a obesidade, o que tem sido denunciado pela mídia em várias ocasiões. (*Folha de S.Paulo*, 17/05/14, caderno Cotidiano, p. 5; *Folha de S.Paulo*, 04/04/02, caderno Cotidiano, p. C7; *Folha de S.Paulo*, 05/11/10, caderno Cotidiano, p. C1). Outro exemplo era a exigência de exame papanicolau e de coloscopia para que concursadas pudessem ser admitidas no serviço público paulista (RAMOS, 2014).

Capítulo 5

Reconhecimento das origens das violências no processo de adoecimento pelo trabalho

O estudo dos casos apresentados possibilitou confirmar e explorar o processo de adoecimento e afastamento do trabalho como causa de grande vulnerabilidade para violências.

Foi possível apreender três facetas principais da violência sofrida por aqueles que adoecem pelo trabalho. Em primeiro lugar, o descrédito e a deslegitimação do quadro de adoecimento, da vivência e da fala do trabalhador adoecido e da relação disso com o trabalho. Depois, a negação dos direitos sociais decorrentes desse adoecimento, que visariam garantir a sobrevivência digna quando impossibilitado de trabalhar. E, por último, as diferentes interações interpessoais em que agentes da empresa e da Previdência Social, no desenvolvimento de sua tarefa de atender o trabalhador e ainda que muitas vezes sem a intenção, acabam por maltratar, humilhar, ofender ou mesmo praticar atos de assédio contra o adoecido com vistas às metas e às diretrizes organizacionais ou institucionais. É este o caso do assédio moral quando utilizado como um instrumento de gestão, a tal ponto de ter sido denominado assédio moral organizacional (SOBOLL, 2008; ARAUJO, 2007).

As duas primeiras categorias dizem respeito a manifestações “sistêmicas”, ou seja, envolvem tanto experiências no ambiente de trabalho, quanto no órgão segurador e podem ser completamente impessoais, em alguns casos. Ambas encontram-se naturalizadas nos ambientes de trabalho e no âmbito de atendimento e de perícia médica do INSS.

Dentro de um contexto de trabalho de cobrança e busca de aumento de produtividade, a violência se volta intensamente ao trabalhador que passa a produzir menos e a faltar por causa de uma doença. Da mesma forma, diante do órgão segurador, em um contexto de “Estado-contentor-de-gastos”, o segurado que se afasta por doença do trabalho representa um custo para o sistema previdenciário, geralmente em longo prazo, visto que seu retorno ao trabalho é

quase sempre mais difícil por conta da presença das condições adoeedoras e agravadoras da doença no próprio local de trabalho. Isto faz com que, naturalmente, o empregado sofra várias dificuldades para fazer valer seu direito de afastar-se recebendo um benefício, uma vez que o profissional que avalia e decide, ou seja, o médico-perito, é pressionado por essa lógica de contenção de gastos.

Além dessa pressão, o trabalho do perito, bem como dos demais servidores do INSS, encontra-se predeterminado de maneira significativa pelos sistemas operacionais informatizados (MEDEIROS, 2012).

Sendo o INSS autarquia federal responsável pela administração do regime previdenciário dos trabalhadores do setor privado, ou seja, pelo reconhecimento dos direitos, pela realização de perícias médicas e pelos pagamentos de aposentadorias e de outros benefícios previdenciários, os seus servidores são automaticamente os executores das medidas restritivas impostas para concessão desses benefícios, o que determina as suas especificidades no conjunto das transformações operadas no campo da administração pública e da previdência social.

[...]

O monitoramento exerce controle sobre a produtividade do servidor, mas também sobre o volume de benefícios concedidos aos trabalhadores do RGPS [Regime Geral de Previdência Social] visando garantir que sejam observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e actuarial[...] (MEDEIROS, 2012)

Além do discurso da contenção de gastos públicos e da suposta “racionalização” da máquina pública, contribui para a naturalização e a invisibilidade dessa violência estrutural um conjunto de ideias e crenças acerca do trabalho e da dignificação pelo sofrimento.

A violência dentro do trabalho se volta para um mesmo objetivo: negar a doença, sobretudo sua relação com o trabalho. A ideia de que o trabalho faz adoecer é combatida pela organização, que busca manter a coesão interna, preservar a imagem institucional e prevenir-se de ações judiciais futuras que pleiteiem indenização.

As ações de maus-tratos, agressões verbais, entre outras, contra o trabalhador adoecido ocorreram em situações em que se evidenciavam injunções organizacionais e/ou institucionais. No INSS, na medida que o trabalho dos servidores dentro desses sistemas operacionais restritivos entra em choque, frequentemente, com os direitos dos trabalhadores adoecidos, eles acabam entrando em conflito com estes últimos, o que caracteriza as violências perpetradas pelos servidores como de natureza organizacional/institucional, embora moduladas por características individuais.

Esse duplo golpe contra o trabalhador segurado que fica afastado do trabalho por incapacidade atinge o equilíbrio psíquico da pessoa já adoecida e fragilizada pela incapacidade laboral. Assim, nem de longe tem se levado em consideração a já natural vulnerabilidade do trabalhador quando adoece, como bem lembra Seligmann-Silva (2001, p. 306):

Por ocasião da volta do acidentado ao trabalho deveria haver sempre por parte dos gestores e companheiros a consciência de que, via de regra, o acidente ocasiona um estado de maior vulnerabilidade psicológica, que envolve inclusive maior sensibilidade na esfera afetiva – dos sentimentos e emoções –, estado que precisa ser respeitado, para que possa vir a ser superado e não se torne uma via para transtorno psíquico.

Ao contrário, esse trabalhador já fragilizado descrito por Seligmann-Silva é confrontado pelo perito do INSS como se fosse um falsificador até que se prove o contrário. Enfrenta também a hostilidade na empresa a partir do momento que sua doença passa a interferir na produtividade e no ambiente de trabalho.

Tem ocorrido frequentemente casos de trabalhadores adoecidos e incapacitados para o trabalho receberem alta indevidamente pelo INSS. A depender do grau de adoecimento e incapacidade, muitas vezes, esses trabalhadores simplesmente se calam e voltam a trabalhar, agravando seu quadro de saúde, premidos pelo medo do desemprego e do desamparo financeiro e pela vergonha culturalmente sustentada de mostrar-se fragilizado, doente, como já demonstrou Dejours (1992).

Quando a incompatibilidade de seu quadro de saúde com as condições de trabalho realmente impede qualquer tentativa de retorno, como é o caso de asma grave desencadeada por agente presente no ambiente de trabalho, o trabalhador e a empresa ficam em uma situação indefinida, uma lacuna jurídica para a qual há somente decisões judiciais a guiarem a tomada de posição de cada um desses agentes envolvidos. É o chamado limbo jurídico ou limbo trabalhista previdenciário, que ameaça a sobrevivência digna do trabalhador.

Porém, se trouxermos a esta discussão do limbo a sabida negligência com a vigilância das condições de trabalho por parte do Estado, temos que essa situação é gerada justamente pela insuficiência das ações de punição e correção das condições lesivas de trabalho.

Dentre os artigos que se dedicam a analisar o limbo jurídico, apesar de comumente se fazer menção aos danos e lesões a direitos do trabalhador, a maioria se volta a debater estratégias para se evitar a caracterização da responsabilidade civil do médico do trabalho e da empresa. Isso evidencia a fraqueza e a insuficiência do vetor trabalho e de suas representações na determinação dos usos e das produções do conhecimento e de seus argumentos.

Para além do grau de gravidade do adoecimento e das violências psicológicas aqui relatadas, todo este processo (de adoecimento, afastamentos, retornos ao trabalho etc.) se constitui uma força poderosa a determinar o futuro das pessoas acometidas. As mudanças de vida relatadas, em alguns casos, são imensas. O sistema previdenciário e as políticas de proteção social teriam como finalidade justamente evitar ou ao menos amenizar essas mudanças de cunho econômico e social (que podem chegar a ameaçar o sustento familiar) trazidas pelo adoecimento pelo trabalho e pela incapacidade, total ou parcial, permanente ou temporária.

No entanto o que encontramos foram relatos de tragédias pessoais e familiares causadas pelo desprovimento econômico das famílias dos adoecidos e dos acidentados: trajetórias ocupacionais são interrompidas, as pessoas ficam sem sua fonte de sustento, os planos e os sonhos pessoais e familiares são suspensos ou cancelados. A depender da idade e da fase da vida em que a doença e a in-

capacidade manifestam-se, chega a ser inviabilizada a solidificação de uma identidade social e profissional, com profundas mudanças na família.

O trabalhador adoecido, impossibilitado de usar sua força de trabalho, apresenta um estado de grande vulnerabilidade social e não tem sido devidamente amparado pelo Estado. A ausência estatal nessa relação empregado/empregador vulnerabiliza o trabalhador adoecido a condutas empresariais perversas (demissão de trabalhador que adoeceu pelo trabalho, táticas de pressão e violência psicológica para que o trabalhador adoecido e improdutivo peça demissão, táticas para excluir ou amenizar a responsabilização futura do empregador, impedindo o exercício de direitos trabalhistas e previdenciários, entre outras ações já descritas).

Tendo em vista que o agente econômico, conceitualmente e de forma inevitável, visa ao lucro, caberia ao Estado estabelecer seus limites e modular essa relação no sentido de garantir o direito desses trabalhadores manterem sua saúde e integridade física e psicológica. A lesão a esse direito atinge, inclusive, o interesse público, quando cria riscos à saúde pública ou consequências suportadas socialmente. Foram para isso delineadas as políticas e as instituições de proteção social.

No âmbito institucional do Estado, a proteção social diz respeito a um conjunto de ações e instrumentos estatais que visam compensar em certo grau a desigualdade social e minimizar os riscos sociais inerentes ao sistema capitalista, como o desemprego, a pobreza, a desigualdade, a incapacidade, a invalidez etc.

Porém, muitos estudos apontam que a tendência tem sido a desconstrução dos aparatos e das normas de proteção social, via normatizações infralegais³¹ ou mesmo sistematizações que, sob o rótulo de modernização e informatização, condicionam e restringem o trabalho dos agentes públicos dos campos voltados à proteção social, como aqueles que trabalham no INSS. Sob um discurso de um pretenso aumento da eficiência da máquina pública, oculta-

³¹ Denominam-se normas infralegais aquelas hierarquicamente inferiores às leis, estas advindas do poder regulamentador do Estado, como decretos, portarias, instruções normativas, resoluções.

-se, na verdade, a desfiguração de princípios da administração pública e “submete(-se) a proteção social ao trabalhador à lógica de mercado em detrimento da concepção de Seguridade Social” (MEDEIROS, 2012).

A desconstrução de direitos sociais, em nosso entender, constitui o processo pelo qual o sistema dominante, utilizando formas e meios distintos (vários dos quais dissimulados ou, até mesmo, ocultos), acaba por solapar, distorcer ou esvaziar a proteção social visada pela legislação, a começar pela dilapidação da Constituição Federal, passando pelo desmonte de Leis, Decretos e outros instrumentos normativos que compõem o chamado arcabouço jurídico. (REBOUÇAS, 2010, p. 19)

Os técnicos e peritos do INSS enfrentam restrições no exercício de sua função, muitas vezes estranhas e incompatíveis com critérios ético-profissionais. Essa afirmação encontra respaldo em estudo sobre o processo de decisão pericial a respeito da capacidade de trabalho de segurados adoecidos ou acidentados (ASSUNÇÃO; MELO, 2003). As autoras descrevem que um dos parâmetros declarados pelos peritos em entrevista é a análise do tempo de contribuição para a Previdência *versus* a frequência de requerimento de benefícios. Melo e Assunção (2003) descrevem o seguinte a respeito dos critérios que norteiam as decisões periciais, com base em entrevista com perito médico:

[...] o tempo de contribuição do segurado para a Previdência *versus* a frequência de requerimento de benefícios pelo segurado aparece como componente da análise médico-pericial. No depoimento abaixo, extraído de entrevista de autoconfrontação, o perito afirma que a relação entre tempo de contribuição e requerimento de benefícios compõe o “julgamento de valores” que ele utiliza em sua prática: “Então esse julgamento de valores tem muito a ver com isso: o tempo que o sujeito tem de trabalho, o tempo que ele tem sem nenhuma reivindicação, qualquer requerimento. Porque tem gente que tem n afastamentos em 3 ou 4 anos (MELO; ASSUNÇÃO, 2003, p. 117).

Destaca-se que tal parâmetro não é médico nem legal, podendo, inclusive, ferir direito fundamental de preservação à saúde do segurado. O texto não deixa claro se tal critério encontra-se incor-

porado ao sistema operacional da concessão de benefícios e de que forma e qual o grau de discricionariedade que o sistema permite ao perito exercer. Porém, ele claramente suplanta critérios médicos e legais e demonstra que o sistema está concebido para conter ou abreviar a concessão do benefício.

Do ponto de vista médico, não seria perfeitamente compreensível que uma pessoa afastada por doença causada pelas condições de trabalho não consiga retornar ao trabalho quando essas condições adoecedoras ainda estão presentes naquele ambiente?

Se, por um lado, do ponto de vista da gestão, pretende-se adequar o sistema à tão propagada contenção de gastos públicos, por outro, tal prática generalizada na previdência social tem produzido verdadeiras catástrofes individuais, levando à negação de direitos de trabalhadores alijados de sua capacidade de trabalho e à negação do amparo social de incumbência da Previdência Social. A gravidade da ação é imensa, sobretudo quando se leva em conta que o adoecimento e a incapacidade para o trabalho decorrem, em parte, da insuficiência e da debilidade das ações estatais na proteção à saúde do trabalhador, sob a égide da aplicação da lógica privada na gestão do Estado.

Infelizmente, os esforços não têm sido no sentido de promover a abreviatura dos períodos de afastamento por meio de uma efetiva reabilitação e retorno ao trabalho, com combate e eliminação das condições danosas, mas sim, simplesmente com foco na contenção de gastos, forçar a reinserção do trabalhador adoecido sem qualquer outra ação estatal no local de trabalho adoecedor.

As políticas públicas têm sido no sentido de, cada vez mais, diminuir o papel do Estado nessa intermediação chave para a manutenção e a efetivação de direitos fundamentais dos cidadãos na qualidade de trabalhadores.

Esses mecanismos, que têm promovido o distanciamento do Estado dessa conflituosa relação empregado/empregador, também concorrem para o incremento das violências contra o trabalhador no âmbito dos locais de trabalho, uma vez que as condutas empresariais lesivas de direitos fundamentais do trabalhador não têm sido punidas.

A repetição dos casos de pessoas impossibilitadas de trabalhar vitimadas por condições de trabalho extenuantes e maléficas e a cronificação desses quadros são a mais forte evidência dessa violência, perpetrada por aqueles que exploram a atividade econômica sem os devidos limites que deveriam ser colocados pelo Estado em tempo hábil e de forma eficaz.

Referências

- AMEILLE, J. *et al.* Consequences of occupational asthma on employment and financial status: a follow-up study. **The European Respiratory Journal**, Copenhagen , v. 10, n. 1, p. 55-58, 1997.
- ARAUJO, A. R. de. Assédio moral organizacional. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, Brasília, DF, v. 73, n. 2, p. 203-2014 abr./jun. 2007. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/2303/2007_rev_tst_v073_n002.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 25 abr. 2019.
- ARAUJO, G. R. de. **Consequências sociais do acidente de trabalho**: experiências, narrativas e reestruturação da vida cotidiana de trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais graves em Salvador – Bahia – Brasil. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15225/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Gustavo%20Ribeiro%20de%20Ara%c3%baixo.%202008.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BOURDIEU, P. Compreender. *In*: BOURDIEU P. (coord.). **A miséria do mundo**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 11 abr. 2018.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. **AEPS Infologo**: base de dados históricos da Previdência Social. [Brasília, DF: MPS, 2019]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/>. Acesso em: 11 abr 2019.
- BRASIL. **Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Bra-

sília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm. Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 99.684, de 8 de novembro de 1990**. Consolida as normas regulamentares do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D99684.htm. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990**. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8036consol.htm. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1991a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1991b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.135, de 17 de junho de 2015**. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 de junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10.666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13135.htm. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.183, de 4 de novembro de 2015.** Altera as Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, para tratar da associação do segurado especial em cooperativa de crédito rural e, ainda essa última, para atualizar o rol de dependentes... Brasília, DF: Presidência da República, 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13183.htm. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017.** Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13429.htm. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. **Medida Provisória nº 664, de 30 de dezembro de 2014.** Brasília, DF: Presidência da República, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Mpv/mpv676.htm. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. **Medida Provisória nº 676, de 17 de junho de 2015.** Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Mpv/mpv676.htm. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual de Perícia Médica da Previdência Social.** [Brasília, DF: INSS, ca. 2015]. Disponível em: [http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/438067/RESPOSTA_RECURSO_2_manualpericiamedica%20\(1\).pdf](http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/438067/RESPOSTA_RECURSO_2_manualpericiamedica%20(1).pdf). Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **AEPS Infologo:** base de dados históricos da Previdência Social. [Brasília, DF: MPS, 2019]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/>. Acesso em: 11 abr 2019
BRITTEN, N. Qualitative interviews in health research. In: POPE, C.; MAYS, N. (ed.) **Qualitative research in health care.** 3rd. ed. Londres: BMJ, 2000. p. 12-20.

BURKE, P. **Violência urbana e civilização**. São Paulo: Braudel Papers, 1995. Disponível em: http://pt.braudel.org.br/publicacoes/braudel-papers/downloads/portugues/bp12_pt.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

CHESNAIS, J. C. Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours. Paris: Robert Lafont, 1981. *Apud* MINAYO, M. C. de S; SOUZA, E. R. de. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7127.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

CHIESA, A. M. *et al.* As repercussões emocionais das LER/DORT no cotidiano do trabalhador: a invisibilidade ameaçadora. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 27, n. 101/102, p. 9-25, set. 2002. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/rbso/Artigos%20101-102/V27%20n101-102-02.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

COHN, A.; KARSCH, U.S.; HIRANO, S.; SATO, A.K. **Acidentes do trabalho**: uma forma de violência. São Paulo: Brasiliense, 1985.

COSTA-BLACK, K. M. **Reabilitação profissional & prevenção da incapacidade laboral**: uma síntese de textos que apresentam conceitos essenciais para um diálogo ético e científico aprofundado. São Paulo: [s. n.], 2013. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/Texto%201%20Costa-Black.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

DEMBE, A. E. The social consequences of occupational injuries and illnesses. **American Journal of Industrial Medicine**, New York, NY, v. 40, n. 4, p. 403-417, Oct. 2001.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

EU-OSHA. **Workplace violence and Harassment: a european picture**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC/view>. Acesso em: 11 abr 2019.

FREITAS, M. E.; HELOANI, R.; BARRETO, M. **Assédio moral no trabalho**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

FUNDACENTRO. **Proposta de diretrizes para uma política de reabilitação profissional**. São Paulo: Fundacentro, 2013. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/carcINSTITUI%C3%87%C3%83O%20RESPONS%C3%81VEL.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

GASSERT, T. H. *et al.* Long-term health and employment outcomes of occupational asthma and their determinants. **Journal of Occupation and Environmental Medicine**, Baltimore, v. 40, n. 5, p. 481-491, May 1998.

HOEFEL, M. da G. *et al.* Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. **CADERNOS de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 7, p. 31-39, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25858/27590>. Acesso em: 11 abr. 2019.

KRUG, E. G. (ed.) *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

LAVOIE, K. L.; JOSEPH, M.; BACON, S. L. Psychological distress and occupational asthma. **Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology**, Hagerstown, v. 9, n. 2, p. 103-109, 2009. Disponível em: https://journals.lww.com/co-allergy/Fulltext/2009/04000/Psychological_distress_and_occupational_asthma.5.aspx#pdf-link. Acesso em: 11 abr. 2019.

LIMA, C. Q. B. *et al.* Assédio moral e violências no trabalho: caracterização em perícia judicial. Relato de experiência no setor bancário. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 39,

n. 129, p. 101-110, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v39n129/0303-7657-rbso-39-129-0101.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

MACHADO, J. M. H.; GOMEZ, C. M. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 74-87, 1994. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a06.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

MASSONI, T. de O. Os desafios do trabalhador em face da (in)vida) alta previdenciária. **Revista brasileira de previdência: atuária, contabilidade e direito previdenciário**, São Paulo, 1. ed., nov. 2012. Disponível em: <http://revbprev.unifesp.br/index.php/edic/9-um/14-osdesafios>. Acesso em: 25 abr. 2019.

MEDEIROS, F. M. **Administração pública e previdência social no Brasil: desconstrução neoliberal, mutações objetivas e subjetivas e suas particularidades em Juiz de Fora**. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/bitstream/handle/ufjf/1877/floriscenamariamedeiros.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 abr. 2019.

MELO, M. da P. P. de; ASSUNÇÃO, A. A. A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. **Physis: revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 105-127, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v13n2/a07v13n2.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MERLO, A. R. C.; JACQUES, M da G. C.; HOEFEL, M da G. L. Trabalho em grupo com portadores de ler/dort: relato de experiência. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 14, n. 1, p. 253-258, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v14n1/5223.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. S7-S18, 1994. Supl. 1

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

MINAYO, M. C. de S; SOUZA, E. R. de. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7127.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

PAPARELLI, R. Grupos de enfrentamento do desgaste mental no trabalho: discutindo saúde mental do trabalhador no sindicato. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 139-146, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a13v36n123.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

RAMOS, V. **Governo de SP discrimina mulheres concursadas...** São Paulo: CUT, 2014. Disponível em: <https://www.cut.org.br/noticias/governo-de-sp-discrimina-mulheres-concursadas-e-fere-privacidade-afirmam-especia-2a75>. Acesso em: 26 abr. 2019.

REBOUÇAS, A. J. de A. A aposentadoria especial e a desconstrução de direitos sociais, no regime geral da previdência social. *In: SEMINÁRIO SOBRE APOSENTADORIA ESPECIAL COMO UM INSTRUMENTO DE PROTEÇÃO À SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR*, 1., 2008, São Paulo. **I Seminário sobre aposentadoria especial como um instrumento de proteção à segurança e saúde do trabalhador**: conferências proferidas. São Paulo: Fundacentro, 2010. p. 19-23. Disponível em: http://www.fundacentro.gov.br/biblioteca/biblioteca-digital/download/Publicacao/216/Aposentadoria_Especial-pdf. Acesso em: 26 abr. 2019.

SANTOS JÚNIOR, E. A. dos; DIAS, E. C. Violência no trabalho: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 36-54, jan./mar. 2004. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/234/pt-BR/violencia-no-trabalho-uma-revisao-da-literatura>. Acesso em: 12 abr. 2019.

SATO, L. *et al.* Atividade em grupo com portadores de L.E.R. e achados sobre a dimensão psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 21, n. 79, p. 49-62, 1993. Disponível

em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/rbso/Artigos%2079/V21%20n79-05.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista da Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, número especial, p. 112-120, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30630.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SOBOLL, L. A. P. **Assédio moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

TAKAHASHI, M. A. B. C. *et al.* Agir articulado entre atenção, reabilitação e prevenção em saúde do trabalhador: a experiência do Cerest – Piracicaba. **Estudos do Trabalho**, Marília, n. 9, ano 5, 2011. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/08revistaRET9.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

TAKAHASHI, M. A. B. C. *et al.* Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest – Piracicaba, SP. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 100-111, jan./jun. 2010.

TOLDRA, R. C. *et al.* Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-SP, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n121/03.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

VIEIRA, C. E. C.; LIMA, F. de P. A.; LIMA, M. E. A. E se o assédio não fosse moral?: perspectivas de análise de conflitos interpessoais em situações de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 256-268, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v37n126/a07v37n126.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

WARSHAW, L. J. Violence in the Workplace. *In*: INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Encyclopedia of occupational health and safety**. 4th ed. Geneva: ILO, 1998. 1 CD-ROM.

WIEVORKA, M. Violence. *In*: **Dictionnaire de Sciences Humaines**. Paris: PUF, 2006.

Sobre o livro

Composto em Times 11 (textos)
em papel offset 90g/m² (miolo)
e cartão supremo 250g/m² (capa)
no formato 16x23 cm



FUNDACENTRO
FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO
DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

ISBN 978-859298421-2



9 788592 984212 >