

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

MYRIAN MATSUO

Acidentado do trabalho: reabilitação ou exclusão?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade da São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Sedi Hirano

São Paulo
1997



Para meus pais, Shigeco e Mitsuo

Para meus irmãos, Silvio (in memoriam) e Edson

Para meu sobrinho e afilhado, Pedro

Para meu companheiro, Rubem, com muito amor



**Para todas as pessoas que
participaram deste estudo e me
ajudaram a refletir sobre a
reabilitação profissional.**



AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Sedi Hirano, meu amigo, líder de pesquisa multidisciplinar e orientador, agradeço por ter me incentivado a entrar no programa de pós-graduação e pela orientação.

À Prof. Dra. Maria Helena Augusto Oliva, minha amiga, agradeço pela orientação durante a substituição do Prof. Dr. Sedi Hirano, pelas críticas e sugestões dadas para a construção do meu trabalho.

Ao Prof. Dr. Tom Dwyer, amigo e mestre, agradeço imensamente pelas análises e discussões do meu trabalho.

Aos professores do curso de graduação e à Helena Hirata, ao Sérgio Adorno, ao Paulo Sérgio Pinheiro, ao Vilmar Faria, ao Paulo Silveira, à Irene Cardoso, ao Flávio Pierucci, do curso de pós-graduação e à Marcília Medrado Faria, ao Norberto Abreu e Silva Neto, à Maria Célia Paoli, agradeço por satisfazerem o meu desejo de saber.

À Isabel e à Sonia, secretárias do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Sociologia e à Graça e à Marlene, secretárias do Chefe do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, agradeço pela atenção em todos os momentos.

Ao CNPq agradeço pela bolsa de Mestrado.

Ao Tigrão, ao Alonso, à Suely, ao Moysés, ao Adilson, ao Marcelo, à Marly, ao Paulo, ao Hugo, à Irene, ao Guilherme, ao Edison e ao Elmo, agradeço pelo apoio recebido, e pela amizade e companheirismo na luta pela igualdade, liberdade e fraternidade.

À Prof. Dra. Lör Cury, meu melhor exemplo de dedicação à USP, agradeço pela amizade em todas as situações.

Aos entrevistados, agradeço pelas valiosas contribuições, sem as quais esse trabalho não teria se concretizado.

À Creuza Bispo dos Santos e aos técnicos e funcionários do Centro de Reabilitação Profissional/INSS/São Paulo, agradeço, pela colaboração e atenção recebidas durante a realização deste trabalho

Ao Gilberto Almazan, diretor do Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco, agradeço pelas informações dadas sobre a participação do Sindicato no processo de reabilitação profissional.

À administração da FUNDACENTRO, à Sonia Maria Bombardi, à Neide Bocucci Freire, ao Dr. Antonio Ricardo Daltrini, ao Dr. Luiz Henrique Borges, à Denise Bertasi, à Maria Cristina Silvestre, às funcionárias da Divisão de Sociologia e Psicologia/CST, Leonor de Campos, Tereza Luiza Ferreira, Denise Monetti e Marlene Gomes, à Lígia Vera Wrasse, à Comissão de Pós-Graduação, ao Carlos Sérgio da Silva e à equipe técnica do projeto Higiene e Segurança em Galvânicas, aos funcionários da Divisão de Documentação e Biblioteca, da Divisão de Informática e do Serviço de Atividades Auxiliares, meus sinceros agradecimentos pelo apoio recebido para a realização do meu estudo.

À Eliane Vainer Loeff, agradeço pela substituição na chefia da Divisão de Sociologia e Psicologia da Coordenação de Saúde e Trabalho, durante o meu afastamento para a realização deste estudo, pela participação no trabalho de campo da pesquisa e acima de tudo pelas palavras de conforto e pela solidariedade.

Ao Marco Antonio Bussacos, da Divisão de Epidemiologia e Estatística, agradeço pela assessoria prestada.

À Moira Martins de Andrade e Maria Luiza Xavier de Brito agradeço pela elaboração da revisão de texto.

Ao Eduardo e Ricardo agradeço pelo trabalho de diagramação.

Ao Fernando Mascaro agradeço pela amizade e pelo apoio de sempre.

À Silvia, Marinês, Cláudia, Eduardo, Thais e Leonam, agradeço pelo estímulo e apoio afetivo.

À Emiko Koizume minha imensa gratidão.

À Lúcia agradeço pelo carinho e dedicação.

À Judith, Mithy e Lídia Ueno agradeço pelo apoio técnico e operacional para a elaboração deste trabalho.

Ao Rubem, meu eterno companheiro, agradeço pelo estímulo para entrar no programa de pós-graduação, pelas discussões sobre o tema, pelas sugestões e pelo incentivo inestimável.

Aos meus pais, Shigeco e Mitsuo Matsuo, que na sua simplicidade me ensinaram a valorizar os estudos e a importância de lutar sempre e incansavelmente para alcançar os meus objetivos na vida, agradeço por sempre acreditarem no meu potencial, pelo carinho, atenção e incentivo recebido na minha carreira profissional.

Ao Silvio Matsuo, meu irmão, que nos foi tirado repentinamente e não pôde ver este estudo concluído, agradeço por ter contribuído muito, com a sua experiência de vida, para a minha compreensão sobre a reabilitação profissional de pessoas com incapacidade física.

À Sofia e Edson Matsuo, minha cunhada e meu irmão, agradeço pelo apoio em todos os momentos e pela colaboração e incentivo, sem os quais não seria possível o término deste estudo.

Aos meus sobrinhos e afilhados, Pedro, Pablo, Gabriela e Geiza peço perdão pela minha ausência e agradeço pelo carinho e por me fazerem acreditar num futuro melhor.

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	A análise da produção científica sobre a reabilitação profissional	8
1.1.1	Organização, avaliação e participação dos diferentes profissionais nos serviços	12
1.1.1.1	A abordagem política	13
1.1.1.2	A abordagem social	16
1.1.1.3	A abordagem tecnicista	21
1.1.1.4	A abordagem da organização do trabalho	24
1.1.2	A legislação sobre reabilitação profissional	25
1.1.3	Os acidentados do trabalho: suas representações e condições e saúde, trabalho e vida	28
1.1.3.1	A abordagem médica	28
1.1.3.2	A abordagem psicológica	29
1.1.3.3	A abordagem multidisciplinar	32
1.1.3.4	A abordagem política	33
1.1.3.5	A abordagem cultural	40
1.1.3.6	A abordagem sociológica	42
2	CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL	48
2.1	Política social de reabilitação profissional	49
2.2	O serviço de reabilitação profissional: Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional do INSS	61
2.2.1	O Centro de Reabilitação Profissional/INSS/São Paulo	70
2.3	A visão de alguns técnicos do CRP/INSS/São Paulo sobre a reabilitação profissional	83

3	MATERIAL E MÉTODO _____	99
3.1	A metodologia de pesquisa _____	100
3.2	Contribuições metodológicas para pensar sobre a reabilitação profissional dos acidentados do trabalho _____	109
3.3	As experiências no trabalho de campo _____	115
4	A CONSTRUÇÃO ANALÍTICA DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DOS ACIDENTADOS DO TRABALHO RELACIONADOS COM A EMPRESA _____	144
4.1	Nível de organização _____	147
4.1.1	Os tipos de controle nos relacionamentos sociais existentes no momento do retorno dos acidentados do trabalho à empresa _____	150
4.1.2	Os tipos de controle nos relacionamentos sociais existentes em relação à mudança de função dos acidentados do trabalho _____	155
4.2	Nível de Comando _____	175
4.2.1	A organização dos trabalhadores _____	176
4.2.2	Os tipos de controle em relação às faltas dos acidentados do trabalho _____	183
4.2.3	Os tipos de controle em relação à produtividade dos acidentados do trabalho _____	196
4.3	Nível de recompensa _____	205
4.4	Nível de indivíduo-membro _____	214

5	A CONSTRUÇÃO ANALÍTICA DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DOS ACIDENTADOS DO TRABALHO RELACIONADOS COM A FAMÍLIA	227
5.1	Estratégias de sobrevivência dos acidentados do trabalho e seus familiares	229
5.1.1	Estratégias de sobrevivência dos acidentados do trabalho e seus familiares após o acidente de trabalho	235
5.1.2	Estratégias de sobrevivência dos acidentados do trabalho e seus familiares após o retorno ao trabalho	248
5.2	O cuidado com a saúde do acidentado do trabalho	252
5.3	A questão de gênero e a mutilação	257
5.4	Os filhos dos acidentados do trabalho	262
6	CONCLUSÃO	268
7	BIBLIOGRAFIA	275
8	ANEXOS	A- 1
8.1	Anexo 1	A- 2
8.2	Anexo 2	A-13

1

INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é compreender o processo de reabilitação de acidentados do trabalho e suas repercussões nos espaços institucionais da família e do trabalho. Pretende-se estudar a reabilitação do acidentado de uma perspectiva mais ampla, isto é, indo além do âmbito do Centro de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (CRP/INSS). Focalizaremos o acidentado como ator - trabalhador, chefe de família, esposo ou companheiro, expandindo a pesquisa do foco do acidentado - reabilitando do INSS para os espaços da vida privada e pública.

É neles que estão os lugares interativos do cotidiano da sociabilidade familiar e profissional, incluindo-se a comunidade urbana de vizinhança. Para PARSONS, a unidade doméstica é, “com todas as suas variações, a unidade primordial de solidariedade nos sistemas sociais”¹.

A família é o espaço da afetividade, da emoção e um dos principais canais para a reabilitação efetiva do acidentado do trabalho. Neste estudo, procurar-se-á captar a repercussão social e econômica do acidente do trabalho na família.

O mundo do trabalho, por ser o espaço da racionalidade econômica, conduz a uma reinserção profissional do acidentado reabilitado, portador de uma desigualdade física, problemática, tanto no que se refere à sua relação social com seus pares, quanto em relação a seus superiores hierárquicos.

O tema da reabilitação, tradicionalmente, é estudado do ponto de vista médico. Assim, a atenção é voltada para os aspectos clínicos do tratamento médico, da recuperação da capacidade física do trabalhador, etc. Essa tendência pode ser confirmada, por exemplo, pela quantidade significativa de profissionais da área médica participantes no Back to Work - International

¹ PARSONS, Talcott. *Sociedade - Perspectivas Evolutivas e Comparativas*. São Paulo: Pioneira Ed., 1969, p.27.
Recomenda-se consultar também o livro do mesmo autor, *O sistema das sociedades modernas*. São Paulo: Pioneira Ed., 1974.

Conference about Vocational Rehabilitation², ocorrida em Ronneby na Suécia, no período de 17 a 19 de maio de 1994. O evento propõe-se a congregar especialistas de diferentes disciplinas, para se ter uma visão holística da reabilitação.

Quando se observa a programação e a composição das mesas, encontra-se os seguintes profissionais: 27,58% são economistas e administradores; 20,68% são médicos; 17,25%, representantes do governo e de instituições afins; 13,79%, psicólogos; 6,89%, pedagogos e orientadores profissionais; 6,89%, sociólogos; 3,46%, assistentes sociais e 3,46%, engenheiros. É grande o número de conferencistas que possuem profissões consideradas tradicionais na reabilitação profissional, como os médicos e psicólogos. A atenção aos aspectos financeiros da Previdência Social e das seguradoras é demonstrada pela maior participação dos profissionais da área econômica e administrativa.

Em relação aos temas desenvolvidos, 51,72% dizem respeito às questões de políticas sociais, políticas previdenciárias, análises comparativas entre os sistemas de diferentes países, legislações e os problemas dos custos das indenizações para as seguradoras. Os assuntos referentes ao mercado de trabalho e políticas de emprego representam 13,79% dos temas. Apesar da expressiva quantidade de participantes da área médica, apenas 13,79% das exposições têm como conteúdo específico o tratamento clínico ou psiquiátrico. Entre as conferências, 6,89% referem -se aos resultados de pesquisas sobre o retorno ao trabalho e experiências de reabilitação, que são apresentadas por sociólogos, e 3,47%, à implantação de projetos e resultados de instituições de saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho. Um ponto que demonstra um avanço nas discussões sobre as políticas sociais é a formulação e implantação da legislação que determina a responsabilidade dos empregadores

² Os dados da conferência foram obtidos a partir do programa sobre o evento.

na reabilitação profissional dos acidentados ou portadores de doenças profissionais.

A grande participação dos profissionais da área médica foi confirmada da mesma maneira no The 16th UOEH(University of Occupational and Environmental Health, Japan) International Symposium: Return to Work: When and How³, que acontece no “período de 21 a 23 de outubro de 1996 no Japão. O evento propunha rever os procedimentos existentes e estabelecer novos padrões de retorno ao trabalho. A discussão voltava-se principalmente para os médicos e/ou enfermeiras do trabalho. Por outro lado, os organizadores ressaltavam a importância da participação de outros especialistas no evento”. Eles acreditavam que a decisão relativa ao retorno ao trabalho não deveria restringir-se ao aspecto clínico, mas que era preciso considerar as implicações sociais, psicológicas e relacionadas ao trabalho.

O maior número de participantes, como economistas, administradores e médicos, nas conferências, é uma pequena amostra de como a reabilitação profissional é pensada na perspectiva da indenização e não da prevenção contra os acidentes, da mudança das condições e organização do trabalho, da habilitação profissional dos trabalhadores acidentados e de seu ajustamento social no trabalho. Nota-se que são pouco comentados os aspectos sociais envolvidos no processo de reabilitação, prevalecendo a visão economicista, médica e tecnicista do problema.

Ao contrário da perspectiva essencialmente médica ou economicista, considera-se importante compreender os mecanismos existentes no processo de reabilitação, considerando as repercussões do acidente do trabalho na vida dos sujeitos, segundo a abordagem sociológica. Portanto o objeto deste estudo

³ Os dados do simpósio foram obtidos a partir do programa sobre o evento.

será constituído pelos relacionamentos sociais desenvolvidos pelos acidentados no mundo do trabalho e da família.

Levanta-se a hipótese de que a reabilitação do acidentado do trabalho depende da participação das várias instituições, como: Estado, empresa, família, comunidade, sindicato e o próprio trabalhador. As empresas e famílias de trabalhadores foram escolhidas, para a nossa análise, de forma aleatória, posto que visamos realizar um estudo mais qualitativo do que quantitativo. Porém, no decorrer desta pesquisa, por meio da análise estatística dos dados levantados, pôde-se eleger a hipótese central de que o estado dos relacionamentos sociais na empresa e na família são os mais importantes na reabilitação dos trabalhadores acidentados. Entre todas as instituições, a empresa possui papel determinante no processo de reabilitação.

Em primeiro lugar, o dicionário define reabilitar como : “1. restituir aos primeiros direitos, prerrogativas, etc., ou `a estima pública ou `a particular; 2. Regenerar, readquirir a estima pública ou particular”⁴.

A reabilitação de acidentados do trabalho no Brasil é compreendida, do ponto de vista oficial, como reabilitação profissional. A definição de reabilitação profissional, advinda do acidente do trabalho, é jurídica. Além disso, a reabilitação profissional existente na legislação previdenciária preconiza a realização de um programa de reabilitação em vez de defini-la.

O artigo 89 da Lei 8.213 de 1991 cita o seguinte:

“A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho e as pessoas portadoras de deficiências os meios para a

⁴ FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira S.A., 1985.

(re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participarem do mercado de trabalho e do contexto em que vivem”⁵.

O avanço dessa lei é que a questão social é explicitada na atribuição geral e existe a preocupação com a habilitação, isto é, com a nova qualificação profissional dos segurados do INSS.

Para a Organização Internacional do Trabalho(OIT), reabilitação profissional é o seguinte:

“...a parte contínua e coordenada do processo de reabilitação, que envolve a provisão de serviços profissionais; isto é, orientação e treino profissional, além de colocação seletiva, designando pessoas capazes para funções determinadas”⁶.

Na Convenção 159, da Organização Internacional do Trabalho(OIT-01/06/83), sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes, Decreto número 129, em vigor neste país desde 22 de maio de 1991, o conceito de reabilitação profissional sofreu alterações. Assim, além da possibilidade de uma pessoa deficiente obter e conservar o emprego, ela deve ter condições de progredir no mesmo. O conceito também foi ampliado com a promoção da integração e reintegração do deficiente na vida social e no trabalho.

Pode-se notar que a questão da integração social da pessoa deficiente ou acidentada do trabalho é introduzida na legislação sobre reabilitação profissional, em nível nacional e internacional, apenas no período mais recente. Assim, é esperado que ainda existam poucos estudos que se preocupem com a questão do ajustamento social dos acidentados do trabalho.

⁵ MARTINEZ, W. N. *Lei Básica da Previdência Social*, Lei número 8.212 de 24.07.91, Lei número 8.213 de 24.07.91, Dec. número 89.312/84 (CLPS). São Paulo: Ltr, 1991, p.64.

⁶ Organização Internacional do Trabalho. *Recomendación 99 - 01/06/55*.

Pela literatura internacional, pode-se chegar a um conceito mais amplo de reabilitação, que é definida como:

“...um processo contínuo e coordenado que objetiva restaurar o indivíduo ao mais completo desempenho físico, mental, social, profissional e econômico de que é capaz. Visa portanto, torná-lo independente, restaurando, desenvolvendo ou preservando, quando possível, sua capacidade de encontrar um emprego adequado, alcançando ajustamento social satisfatório”⁷.

A legislação previdenciária, Lei 8213/91, define o acidente “do” trabalho como:

“...o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa...provocando lesão corporal ou perturbação funcional, que causa a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”⁸.

Ainda de acordo com a mesma lei, serão equiparados também aos acidentes do trabalho:

“...o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para a redução ou perda de sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação” e o acidente de trajeto “ocorrido no percurso da residência para o local de trabalho ou desta para aquela”⁹.

⁷ MALTINSKIS, K. *Rehabilitation*. Córdoba, ECTA, 1972; citado por STRUFFALDI, Maria Cristina Blanco. *Reabilitação profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados*. São Paulo, S.P., 1994. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1994. Tese de doutorado em Saúde Pública, p. 2.

⁸ MARTINEZ, W. N.(1991) *Lei Básica da Previdência Social*, Lei número 8212 de 24.07.91, Lei número 8213 de 24.07.91, Dec. número 89312/84 (CLPS), op. cit., p.52.

⁹ *Ibidem*, p. 53.

1.1 ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Para se atingir o objetivo deste estudo, em primeiro lugar, analisou-se parte da bibliografia sobre reabilitação de acidentados do trabalho existente no Brasil e no Exterior. Nos textos consultados, notou-se que o problema da reabilitação é abordado como reabilitação profissional e que se encontra no âmbito da discussão mais ampla sobre acidente do trabalho, doença profissional, saúde ocupacional, segurança no trabalho, medicina do trabalho, legislação acidentária e previdenciária e deficientes físicos. Por outro lado, os profissionais que fazem parte da equipe de reabilitação e que, portanto, atuam no processo foram também estudados: terapeuta ocupacional, assistente social, etc. Deve-se esclarecer que algumas publicações analisadas não dizem respeito ao tema, porém estão indiretamente relacionadas com a questão estudada.

A reabilitação profissional pode ser vista como um processo multidisciplinar. Esse tema é normalmente discutido pelas seguintes disciplinas: sociologia, psicologia, medicina, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional e saúde pública.

Os estudiosos do assunto, no Brasil e no mundo, em sua maioria, encontram-se vinculados às universidades e às instituições públicas de pesquisa e assistência. Além disso, percebeu-se que vários estudos foram desenvolvidos nos programas de pós-graduação (dissertações e teses), tendo sido alguns publicados em forma de livro ou artigo científico.

Deve-se ressaltar que, na maioria das publicações, o conceito de reabilitação ou reabilitação profissional, como é mais conhecido, não é enfocado do ponto de vista global. Nos diferentes textos, notou-se que existe a tendência de priorizar um ou outro aspecto que compreendam o processo.

De certa forma, a maioria da produção científica consultada, apesar de contribuir para o conhecimento sobre a reabilitação profissional, mostrou-se insuficiente para responder ao problema colocado pela pesquisadora; isto é, como ocorre a reabilitação dos acidentados mutilados nos espaços da empresa e da família. Dessa forma, a pesquisadora parte para a atividade de campo, a fim de realizar um trabalho intensivo e exaustivo de entrevistas e observação (esta questão será melhor discutida no subcapítulo A Experiência no Trabalho de Campo, inserido no capítulo 2, Material e Método), para se perceber como o processo ocorre na realidade. A partir dos dados empíricos, pôde-se construir o objeto de estudo da pesquisa, que são os relacionamentos sociais dos acidentados do trabalho.

Considera-se que o tema da reabilitação deva ser discutido no campo da Sociologia da Saúde e da Sociologia do Trabalho.

Para se analisarem os relacionamentos sociais envolvidos no processo de reabilitação, adaptou-se, principalmente, a teoria sobre a produção dos acidentes de trabalho desenvolvida por TOM DWYER¹⁰. O autor construiu uma teoria que:

“...opõe-se as perspectivas da engenharia, que teoriza o acidente como sendo resultado das condições inseguras e a psicologia, que resgatando a noção antiga do pecado, teoriza que os acidentes são produzidos por “atos falhos”. A abordagem sociológica opõe-se a essa perspectiva. Os acidentes não são produzidos nem por “atos falhos” nem por “condições inseguras”, mas por relações sociais do trabalho.

¹⁰DWYER, Tom. Uma concepção sociológica dos acidentes do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, Fundacentro/MTb, número 81, vol. 22, janeiro/fevereiro/março, 1994, p. 15-19, idem. *Life and death at work: industrial accidents as a case of socially produced error*. New York: Plenum, 1991, idem. Acidentes do Trabalho. Em busca de uma nova abordagem. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, 29(2)19-31, abril/junho, 1989.

A relação social do trabalho é a maneira pela qual é gerenciado o relacionamento entre uma pessoa e seu trabalho. Uma teorização que retoma diversas categorias da sociologia clássica, as relações de trabalho podem ser teorizadas como existindo em três níveis dentro de uma organização: recompensa, comando e organização”¹¹.

A consistência da teoria de DWYER está na capacidade de explicar não só as causas dos acidentes de trabalho, mas também sua amplitude, observando o funcionamento das relações sociais e construindo categorias de análise, o que possibilita compreender outros problemas no mundo do trabalho. Em nosso estudo, procurar-se-á adaptar o modelo da produção de acidentes do trabalho ao caso da reabilitação dos acidentados do trabalho.

Nossa tentativa será transformar a reabilitação de acidentados do trabalho em um problema sociológico. Em nenhum momento, desconsiderou-se a importância dos aspectos político-econômicos e culturais neste estudo. Porém consideraram-se as bases sociais fundamentais para o processo de reabilitação. Portanto se recorrerá à teoria sobre a produção dos acidentes de trabalho de DWYER, por acreditar-se ser a mais indicada para o alcance de nosso objetivo.

GERHARDT¹² também contribui para se pensar, principalmente, a reabilitação dos acidentados no espaço da família. A autora analisa a trajetória de vida de pacientes com insuficiência renal crônica. Os estudos enfocam a relação de pacientes com a doença, o tratamento (diálise ou transplante) e suas conseqüências na vida familiar e profissional. É destacadas nos textos, a

¹¹ DWYER, Tom (1991). *Life and death at work: industrial accidents as a case of socially produced error*, op. cit. Os níveis de organização, comando, recompensa e indivíduo membro serão detalhados em outros momentos do texto.

¹² GERHARDT, Uta (1990b). Patient careers in end-stage renal failure. *Soc. Sci. Med.*, vol.30, n. 11, p. 1211. Recomenda-se consultar também o artigo, GERHARDT, Uta & KIRCHGÄSSLER, Klaus (1987). Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences Sociales et Santé*, vol. V, n. 1, février.

importância da adaptação psicológica e social dos portadores de insuficiência renal e o papel da família. Assim, o próprio gerenciamento da doença e a redefinição dos papéis sociais na família colaboram para a reabilitação do paciente.

A grande contribuição de GERHARDT é a atenção para a reabilitação e qualidade de vida dos pacientes. Nossa pesquisa identifica-se positivamente com os estudos da autora, na medida em que também se preocupa mais com as experiências bem-sucedidas de reabilitação do que com os aspectos de preconceitos, estigmas e exclusão de acidentados do trabalho, os quais se encontram na maior parte da produção científica sobre reabilitação profissional, como se poderá perceber na análise a ser realizada mais adiante. Além disso, contrapomo-nos à visão individualista e médica do processo de reabilitação. Nesta perspectiva, tanto DWYER como GERHARDT possibilitam refletir-se sobre a reabilitação segundo um enfoque sociológico, isto é, priorizando-se os relacionamentos sociais dos acidentados do trabalho.

Para se justificar com mais detalhes a realização deste estudo e situá-lo na bibliografia sobre reabilitação profissional, será preciso analisar os vários textos consultados. A produção científica neste campo enfoca os seguintes aspectos: 1) da organização, avaliação e participação dos diferentes profissionais nos serviços; 2) da legislação que protege os acidentados do trabalho ou pessoas portadoras de deficiência física; e 3) do acidentado do trabalho, suas representações e condição de saúde, trabalho e vida. Destaque-se que nosso estudo enquadra-se no último item.

1.1.1 ORGANIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS DIFERENTES PROFISSIONAIS NOS SERVIÇOS

A produção científica sobre a organização, avaliação e participação dos diferentes profissionais nos serviços de reabilitação profissional contribuiu para nosso estudo, ao abordar o funcionamento dos programas de reabilitação profissional, da organização do trabalho na instituição e, principalmente, das repercussões socioeconômicas do acidente na vida dos trabalhadores e seus familiares. O acidente significa uma ruptura na trajetória de vida dos indivíduos e acarreta um desequilíbrio no âmbito da família. É necessário a reorganização dos papéis para a manutenção do grupo social. Por meio dessa bibliografia, pôde-se considerar a família como uma variável fundamental no processo de reabilitação. A família desempenha o papel de apoio afetivo e emocional e de suporte econômico na estratégia de sobrevivência. Além disso, as indicações sobre o tipo de assistência recebida pelos acidentados no momento de retorno ao trabalho, os preconceitos e discriminações sofridos auxiliam na delimitação de nosso objeto de estudo, ou seja, os relacionamentos sociais no trabalho.

Por outro lado, percebeu-se que a maioria da produção científica apresenta uma visão pessimista das instituições de reabilitação profissional. Considera-se importante que sejam comentadas as experiências bem sucedidas.

Podem-se dividir os estudos sobre a organização, avaliação e participação dos diferentes profissionais nos serviços, conforme quatro tipos: a) os que possuem uma abordagem política; b) os que possuem uma abordagem social; c) os que possuem uma abordagem técnica; e d) os que possuem uma abordagem da organização do trabalho nos serviços.

1.1.1.1 A ABORDAGEM POLÍTICA

Em relação à abordagem política, os estudos preocupam-se com o papel do Estado, a existência de uma política social de saúde que incorpore os programas de reabilitação profissional e a conquista dos direitos sociais, pelos acidentados do trabalho ou pessoas portadoras de deficiência física, que se traduzem no acesso aos vários serviços.

Assim, OLIVER, em seus estudos **A Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema de Saúde, no Município de São Paulo: Uma Questão de Cidadania**, reafirmou a necessidade “de adoção de um sistema de atenção à saúde com o objetivo de facilitar a prevenção de incapacidades e oferecer ou proporcionar oportunidades de reabilitação como direito social desses indivíduos”¹³.

Esclarecemos que há o grande perigo de se pensarem as reformas nas políticas de saúde ou de reabilitação profissional, considerando-se apenas o discurso ideológico, sem levar-se em conta o contexto social, político e econômico. Os textos passam uma impressão negativa do programa de reabilitação profissional, como se ele devesse ser transferido para qualquer lugar no sistema, sem qualquer critério, correndo o risco de ser diluído dentro de outros programas. Nessa medida, este estudo pretende contribuir para o conhecimento desse sistema, para que mudanças possam ser realizadas de modo racional.

¹³ OLIVER, Fátima Corrêa (1990). A atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde, no município de São Paulo: questão de cidadania. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, p. 15. Recomenda-se consultar também o artigo da mesma autora, O problema da incapacidade e da deficiência. Rev. Ter. Ocup., Universidade de São Paulo, São Paulo, v.2, n.2/3, pp 66-77,1991.

KARSCH, em seu estudo *O Serviço Social na Era dos Serviços*¹⁴, aborda aspectos estruturais da reabilitação profissional. Em relação ao programa de reabilitação do INSS, a autora diz que:

“A falta de prestígio da reabilitação profissional no sistema previdenciário, o enfoque individualista dos casos, a dificuldade de se configurar o produto final, as reais condições de trabalho do segurado, a complicada questão do atraso da dotação orçamentária, ou mesmo da insuficiência dos recursos, somados à teia interna de poderes em conflito - tudo faz da instituição(CRP/INSS) uma entidade burocrática, em que as normas definem o espaço, o tipo de saber explicita as relações internas desse espaço e a racionalidade é realizada tendo em vista os fins institucionais”¹⁵.

O CRP/INSS é considerado uma instituição burocrática do Estado, na qual “a existência de rivalidades nas atribuições (de cada técnico)...desencadeia uma constante hostilidade nas relações internas de trabalho... que principalmente por causa desses fatores a questão fundamental da recolocação do reabilitado no mercado de trabalho não se resolve”¹⁶. Por outro lado, a participação dos técnicos é fundamental pelas tentativas de se encontrarem soluções e encaminhamentos não-instituídos, mesmo que velados. KARSCH descreveu a história do Serviço Social no Brasil, com base na análise crítica do papel das assistentes sociais nas equipes técnicas dos serviços.

Além disso, a autora afirmou que a dificuldade de fixação do reabilitado no mercado de trabalho dependia da diminuição da oferta de empregos¹⁷. Para a autora, o insucesso da permanência no emprego, pelos acidentados do trabalho, depende de conjunturas político-econômicas.

¹⁴ KARSCH, Ursula M. Simon. *O Serviço Social na era dos serviços*. São Paulo: Cortez Ed., 1989, 183p.

¹⁵ *Ibidem*, p.72

¹⁶ *Ibidem*, p.66

¹⁷ *Ibidem*, p.66

Seguindo o mesmo interesse, SOARES em seu livro - **Terapia Ocupacional - Lógica do Capital ou do Trabalho?**¹⁸, procurou adotar o referencial materialista dialético na análise da “inserção histórica e social da terapia ocupacional nas políticas sociais brasileiras, que delinearão determinadas práticas institucionais e enfoques terapêuticos”¹⁹. A autora não se propôs a focar a questão específica da reabilitação de acidentados. Porém sua obra contribui muito para este trabalho, na medida em que fornece dados sobre o processo de implantação de serviços de reabilitação, no período de 1950 a 1980, que foram analisados segundo sua independência ou articulação com as políticas sociais do Brasil e do movimento internacional de reabilitação e a revolução técnico- científica no setor de saúde.

Há a crítica da “inexistência de uma política governamental de reabilitação comprometida e sistemática para a área integrada aos demais níveis de atenção à saúde e a uma política de pleno emprego”²⁰. Para SOARES, a justificativa para a continuidade dos Centros de Reabilitação Profissional do INSS encontra-se em documentos oficiais que dizem o seguinte: “se o incapacitado reabilitado vier a contribuir novamente à Previdência por um período de dezessete meses, a Reabilitação Profissional torna-se auto-suficiente, e, num prazo de cinco anos, o empreendimento todo se torna lucrativo”²¹. Deve-se esclarecer que este estudo contrapõe-se a essa visão economicista da reabilitação profissional.

Essa colocação ressalta “a existência da lógica economicista ao nível do planejamento burocrático-administrativo da Previdência”²². Ao mesmo tempo, não se pode esquecer da visão assistencialista que predomina nos

¹⁸ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991). *Terapia ocupacional - Lógica do capital ou do trabalho?* São Paulo: HUCITEC Ed., 217p.

¹⁹ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.11

²⁰ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.15

²¹ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.137

²² SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.137

serviços, onde “o reabilitado é visto como um indivíduo produtivo e útil à sociedade por (re)adquirir independência econômica e em seu autocuidado”²³.

SOARES destaca que:

“...(sendo) a absorção profissional do reabilitado instável, a reabilitação em si assume um forte apelo ideológico ao mascarar a existência do exército de reserva.....Neste sentido a relação entre absorção do incapacitado reabilitado com os períodos de expansão econômica ou com a própria rotatividade da mão-de-obra não é identificada, já que estes indicadores não são mensurados pelos programas reabilitacionais e estão fora do alcance de sua interferência. Dessa forma, a responsabilidade social de ser ou não ser produtivo é deslocada para o próprio indivíduo reabilitado”²⁴.

Deve-se ressaltar que este estudo contrapõe-se a essa visão ideológica da reabilitação profissional. Conforme essa perspectiva, o programa não cumpre o papel a que se propõe, de reabilitar os acidentados, e parece impossível a existência de experiências bem-sucedidas.

1.1.1.2 A ABORDAGEM SOCIAL

As profissões de assistente social e terapeuta ocupacional são consideradas tradicionais nas equipes de reabilitação. Percebe-se que alguns estudos se preocupam em delimitar o espaço de atuação e o poder dos diferentes técnicos. A grande maioria das publicações consultadas, com enfoque nos

²³ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.134

²⁴ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.134

CRP, é de autoria de profissionais que estão trabalhando nos serviços ou na área.

Os estudos de GARCIA²⁵, As vítimas da produção e dos serviços - Um estudo do mundo metalúrgico; SCHMIDT, Trabalhador ou peça descartável da engrenagem? Estudo monográfico sobre o acidente no trabalho em São Bernardo do Campo²⁶; e BATISTA, O acidentado do trabalho por queimaduras na região de Ribeirão Preto - S.P.: questão do atendimento institucional e das condições de retorno ao trabalho²⁷ procuraram levantar a trajetória institucional do acidentado, do momento do acidente do trabalho até seu retorno 'a atividade produtiva. Realizaram críticas às instituições de saúde, previdenciária e de reabilitação profissional. Além disso, enfocaram superficialmente as estratégias de sobrevivência do acidentado e as repercussões econômicas e sociais do acidente sobre a família. Percebe-se que a preocupação com a situação de vida dos acidentados tem relação também com o levantamento de subsídios para aprimorar a atuação dos profissionais em relação aos segurados acidentados, tanto nas agências do INSS como nos CRP, NRP e empresas, por meio do desenvolvimento de metodologias para o atendimento²⁸ e da definição das ações básicas das diferentes áreas.

A maioria das publicações é composta por estudos de caso, com análise descritiva dos dados estatísticos, e, às vezes, os textos também aproveitam a fala dos entrevistados.

²⁵ GARCIA, Maria Enilce Teixeira. As vítimas da produção e dos serviços - um estudo do mundo metalúrgico. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Serviço Social, 196p. Dissertação de Mestrado para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

²⁶ SCHMIDT, Regina Célia. Trabalhador ou peça descartável da engrenagem? Estudo monográfico sobre o acidente no trabalho em São Bernardo do Campo. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Serviço Social, 1986. Dissertação de Mestrado para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

²⁷ BATISTA, Maria do Carmo. O acidentado do trabalho por queimaduras na região de Ribeirão Preto - SP.: questão do atendimento institucional e das condições de retorno ao trabalho. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Serviço Social, 1992, 118p. Dissertação de Mestrado em Serviço Social.

²⁸ Ler o livro FERREIRA, Iráydes Moésia. Reabilitação profissional e Serviço Social. São Paulo: Cortez Ed., 1985, 96p.

Os estudos transmitem uma visão negativa dos serviços oferecidos pelas diversas instituições, até mesmo pelos CRP. Assim, é ressaltada “a ineficácia até mesmo do atendimento do CRP para a real integração da pessoa, com seqüela de acidente, no mundo do trabalho”²⁹. Além disso, é realizada a crítica ao programa dos CRP e NRP por se preocuparem “muito mais com a reintegração do acidentado na força de trabalho”, pois “dessa forma, não existe uma cobertura institucional, capaz de viabilizar as condições necessárias para uma reabilitação global do acidentado”³⁰. Ressalte-se que a autora não deixa claro o que seria a reabilitação global.

Este estudo contrapõe-se à visão negativa, do preconceito e da discriminação social, encontrada nos comentários sobre a situação profissional do acidentado do trabalho, isto é, no momento de seu retorno à empresa. GARCIA diz que, apesar do acordo coletivo assegurar a estabilidade no emprego, algumas empresas oferecem resistências para readaptar um funcionário. Assim, “tem empresa que deixa o readaptado no trabalho sem nenhuma função, ele bate o cartão e fica sentado numa cadeira até encerrar o expediente”³¹. Outras empresas “fazem readaptação funcional em áreas que nada têm a ver com a qualificação profissional do funcionário”. Com base nesse quadro, a autora explica que o desinteresse da empresa pelo retorno do acidentado do trabalho é devido ao preconceito social. Assim, nessa perspectiva, o fato de as empresas não se preocuparem com a reabilitação profissional concretiza a idéia de que os acidentados, mesmo que formalmente reabilitados, devam ser excluídos do mundo do trabalho.

²⁹ SCHMIDT, Regina Célia (1986) p.117

³⁰ SCHMIDT, Regina Célia (1986) p.88

³¹ GARCIA, Maria Enilce Teixeira (1989) p.81

Essa idéia do preconceito contra os acidentados do trabalho também é encontrada no estudo de BATISTA, que se refere à reintegração social e profissional de portadores de seqüelas por queimaduras que está diretamente ligada à sua recuperação estética. A autora constatou a dificuldade de a pessoa acidentada reintegrar-se no trabalho pela maneira impessoal e desumana como o tratamento é oferecido pela empresa³². Além disso, ressalta a exclusão sofrida pelo trabalhador, dizendo que “aliado ao acidente, vem o medo de perder o emprego e o medo da insegurança junto com o temor de não poder mais se relacionar bem socialmente devido às suas limitações físicas”³³. Desse modo, junto com o receio de incapacidade física para a atividade profissional, existe o medo da rejeição pela família e comunidade, em razão das deformidades físicas.

Tomando-se por base essa análise, não é possível perceber experiências positivas de reabilitação. Por outro lado, a pesquisadora considera importante a colocação das autoras, SCHIMIDT e GARCIA, de que a reintegração social deva ocorrer principalmente por meio do trabalho produtivo. Essa concepção privilegia a reabilitação profissional do acidentado, porém não elimina a importância da readaptação em outros espaços institucionais.

BARROS, com o artigo “Habilitar - Reabilitar... O Rei Está Nu?”³⁴, realizou uma reflexão sobre as instituições de reabilitação, valendo-se da análise crítica da prática profissional dos técnicos. Em primeiro lugar, procura situar a noção de reabilitação no contexto das mudanças socioeconômicas e políticas ocorridas durante as últimas décadas. Depois, a autora criticou o atual sistema de saúde, que é desenvolvido com base na racionalidade técnico-científica,

³² BATISTA, Maria do Carmo (1992) p.103

³³ BATISTA, Maria do Carmo (1992) p. 33

³⁴ BARROS, Denise Dias. Habilitar - Reabilitar... O rei está nú? *Rev.Ter.Ocup.*, São Paulo, v. 2, número 2/3, 1991, p. 100-104.

que privilegia os saberes dos especialistas e as soluções de caráter administrativo e não, político. Ao passo que, por um lado, “os técnicos forçam ao máximo seu conhecimento e sua busca por novos saberes específicos, de outro, os usuários silenciosos abandonam os tratamentos ou questionam os técnicos e instituições”³⁵.

Nessa perspectiva, a solução para a maior eficácia da atenção à saúde não se relaciona necessariamente à tecnologia mais avançada, ao progresso da ciência, mas “talvez seja necessário aproximarmos nossos conhecimentos antropológicos, culturais, artísticos e éticos daqueles científicos”³⁶. É valorizado, nesse ponto de vista, o conhecimento do senso comum, os saberes dos diferentes atores (técnicos, familiares, pacientes, outros grupos e pessoas da própria comunidade) e as soluções localizadas. Portanto é necessário:

“...re-inventar a reabilitação, humanizá-la, tirá-la dos laboratórios e do universo das experimentações hipercontroladas e fazê-la “cair na vida”, contraditória e desordenada como é, onde profissionais e reabilitandos moram. Tratando-se de buscar uma reabilitação ao nível do possível, valorizar o criativo, retransformar os caminhos “da deficiência” em experiências cujos sentidos possam ser compartilhados como formas do sentir, do agir, do expressar-se e do diferenciar-se”³⁷.

A autora não negou a técnica e o saber científico, apenas procurou aproximá-los “das realidades diversas, contraditórias, complexas, e às vezes paradoxais para operar escolhas e não verdades unívocas”³⁸.

³⁵ BARROS, Denise Dias (1991) p.102

³⁶ BARROS, Denise Dias (1991) p. 103

³⁷ BARROS, Denise Dias (1991). *Habilitar - Reabilitar...O Rei está nú?*, *op. cit.*, p.104

³⁸ *Ibidem*, p. 104

Neste estudo, existe a preocupação em se conhecerem os relacionamentos sociais dos acidentados do trabalho na empresa e na família, isto é, fora do espaço institucional do CRP/São Paulo, justamente para se perceber, também, o conhecimento do senso comum sobre o que é reabilitação e como ela ocorre na comunidade. Em nenhum momento, serão desprezados os saberes técnicos dos especialistas do CRP/São Paulo, apenas se considera importante sua inserção no mundo do dia-a-dia e sua confrontação com outros saberes.

1.1.1.3 A ABORDAGEM TECNICISTA

Nos estudos de STRUFFALDI, Conhecimento, opinião e conduta dos médicos-peritos acidentários face 'a programação do Centro de Reabilitação Profissional do INPS, do município de São Paulo'³⁹ e Reabilitação Profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados, São Paulo, S.P., 1994⁴⁰, o sucesso da reabilitação depende do funcionamento dos serviços de reabilitação profissional e da sua interface com os serviços de perícia médica do INSS. As qualidades dos serviços prestados dentro da instituição de reabilitação são priorizadas.

Na primeira pesquisa, houve a preocupação com o conhecimento dos médicos-peritos do Serviço de Perícia Médica do INSS sobre o programa de reabilitação profissional. Os encaminhamentos dos segurados para o CRP/INSS devem respeitar critérios estabelecidos, que são veiculados formalmente,

³⁹ STRUFFALDI, Maria Cristina. Conhecimento, opinião e conduta dos médicos-peritos acidentários face 'a programação do Centro de Reabilitação Profissional do INPS, do município de São Paulo. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1987, 116p. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

⁴⁰ STRUFFALDI, Maria Cristina Blanco. Reabilitação profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados. São Paulo, S.P., 1994. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1994, Tese de doutorado em Saúde Pública, *op.cit.*

por meio de normas e regulamentos internos das instituições da Previdência Social. O interesse constante dos médicos-peritos pela informação é fundamental para que, casos de acidentados que não necessitem ou não estejam aptos para o programa, não sejam enviados ao CRP/SãoPaulo.

Na segunda pesquisa (1994), a autora procurou verificar o conhecimento de trabalhadores acidentados sobre aspectos relativos à segurança no ambiente de trabalho; aos serviços prestados pelo CRP/INSS/São Paulo e aos seus direitos previdenciários. Esse estudo colocou a importante questão de que os trabalhadores “têm conhecimento sobre os direitos previdenciários, mas não sobre os serviços de reabilitação profissional a que se submetem”. Eles referiram-se ao fato de que algumas empresas “demitem de forma ilegal trabalhadores acidentados logo após a alta do INSS”. Consideraram “o longo período de espera para o início do programa de reabilitação profissional como um sério problema”. Julgaram “o atendimento no CRP-INSS-São Paulo bom e ótimo”. Além disso, consideraram “não existir equipamentos de proteção individual ou coletiva nas empresas”, mas não entenderam a “falta de segurança como causa do acidente de trabalho”, atribuindo a eles próprios a responsabilidade pela doença profissional⁴¹. Deve-se esclarecer que os estudos são descritivos e que, na análise final, não é estabelecida qualquer relação dos problemas internos aos serviços com os aspectos macroestruturais relacionados com as políticas públicas.

Com base nos dados levantados pela autora, pode-se considerar que o desconhecimento do programa de reabilitação profissional referido por 50,5% dos acidentados entrevistados em 1994 estava relacionado com a falta de informação adequada prestada pelos peritos, no momento de encaminhamento do segurado aos serviços. Esse resultado estava relacionado com os dados

⁴¹ STRUFFALDI, Maria Cristina Blanco (1994) p.85

encontrados na pesquisa de 1987, na qual a maioria dos peritos que orientam (82,8%) sobre o programa de reabilitação o fizeram de maneira superficial (58,7%). Apesar disso, havia uma visão positiva do CRP, na medida em que 93,1% dos médicos-peritos acidentários consideraram que a instituição reabilitava e orientava. Outro dado importante foi o fato de a maioria dos acidentados entrevistados fazer uma avaliação positiva do atendimento no CRP/São Paulo.

Seguindo a mesma orientação de STRUFFALDI, o estudo "*The Vocational Rehabilitation Index: a guide to accident victims' requirements for return-to-work assistance*" de CORNES⁴², desenvolveu uma escala de medida contendo variáveis (tipo de fratura; gravidade da fratura; número de operações; tempo de tratamento; fratura na região da espinha; problemas psicológicos; idade; sexo; ocupação; condições do mercado de trabalho e tipo de benefício), associadas com a volta ao trabalho, que pode contribuir para a avaliação do programa de reabilitação profissional. O autor procurou perceber as variáveis que interferem no retorno ao trabalho, antes e após o período de 12 meses.

No estudo de CORNES, as variáveis(clínicas e não clínicas) que possuem relação significativa com o retorno ao trabalho são as seguintes: problemas psicológicos; tempo de tratamento médico; ferimento ocorrido na espinha; gravidade do ferimento; tipo de ocupação; tempo de trabalho; condição do mercado de trabalho; tipo de benefício; sexo e idade. Em nossa pesquisa, estas variáveis também são importantes para o processo de reabilitação dos acidentados do trabalho.

⁴² CORNES, Paul. *The Vocational Rehabilitation Index: a guide to accident victims' requirements for return-to-work assistance*. *Int. Disabil. Studies*, vol.12,1990,pp.32-36.

Tal escala possibilitará discriminar os acidentados que possuem, ou não, condições para retornar ao trabalho o mais cedo possível. Entre as pessoas que não estiverem desenvolvendo qualquer atividade profissional, a escala poderá servir para se saber o quanto o programa de reabilitação poderá auxiliar no retorno ao trabalho. Considera-se que o estudo trouxe importante contribuição para o conhecimento científico do tema, pois buscou alternativas referentes a metodologia de avaliação e atendimento no programa, que contribuem para a reabilitação profissional.

Deve-se esclarecer que os estudos de CORNES e STRUFFALDI possuem visão tecnicista da reabilitação profissional, apresentam análise estatística dos dados e não estabelecem qualquer relação entre os problemas internos aos serviços e os aspectos macroestruturais.

1.1.1.4 A ABORDAGEM DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Pensando na avaliação e organização dos serviços, pode-se citar o importante estudo de FERREIRA *et alli*⁴³, “Análise coletiva do trabalho entre funcionários de um centro de reabilitação profissional da Previdência Social, em São Paulo”, que procurou realizar um diagnóstico da situação real de um serviço de reabilitação profissional. Utilizou-se metodologia de pesquisa denominada análise coletiva do trabalho, a qual requisita a participação intensa dos técnicos e da direção da instituição na discussão do papel da reabilitação e na compreensão da atividade de todos os funcionários do CRP/SP.

⁴³ FERREIRA, Leda Leal *et alli*. *Análise coletiva do trabalho entre funcionários de um centro de reabilitação profissional da Previdência Social, em São Paulo*. São Paulo, Fundacentro/MTb, Coordenadoria de Ergonomia, junho, 1995, relatório mimeo, 18p.. Consultar também o artigo FERREIRA, Leda Leal. *Análise coletiva do trabalho*. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, número 78, volume 21, abril/maio/junho, 1993, pp. 7-19.

O estudo priorizou a análise interna do funcionamento da instituição, apesar de considerar a existência dos aspectos políticos e sociais da reabilitação profissional. Portanto a reabilitação profissional dependeria, em primeiro lugar, da definição dos objetivos dos CRP ou NRP; das atividades dos diferentes profissionais; da interface com as demais instituições; enfim, da organização do trabalho. Assim, a reabilitação só seria possível se o próprio serviço estivesse funcionando adequadamente.

Considera-se que esse tipo de trabalho, que diz respeito à organização do serviço de reabilitação, deva ser o primeiro passo para a elaboração de uma política de reabilitação profissional. O estudo de FERREIRA *et alli* contribuiu, nesta pesquisa, para a análise da visão da reabilitação profissional pelos técnicos do CRP/São Paulo.

1.1.2 A LEGISLAÇÃO SOBRE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

A abordagem jurídica da reabilitação profissional de acidentados é encontrada em publicações, com enfoque técnico, sobre legislação acidentária⁴⁴ e previdenciária⁴⁵. Percebeu-se que a discussão sobre o direito à readaptação profissional é mais aprofundada nos textos sobre a proteção laboral aos portadores de deficiência física, entre os quais são considerados os acidentados do trabalho.

O estudo de COUTINHO, A Proteção Trabalhista ao Portador de Deficiência Física⁴⁶, procurou efetuar uma análise comparativa de textos legais sobre o direito ao trabalho de portadores de deficiência física, à luz do

⁴⁴ CAMPOS, José Luiz Dias & CAMPOS, Adelina Bitelli Dias. *Acidentes do Trabalho: prevenção e reparação*. São Paulo: Ltr, 1991.

⁴⁵ MARTINEZ, W. N. (1991). *Lei Básica da Previdência Social*, *op. cit.*

⁴⁶ COUTINHO, Cláudia Fagundes. *A proteção trabalhista ao portador de deficiência física*. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Direito, 1992, 210p. Dissertação de Mestrado em Direito.

direito estrangeiro, “que se mostra mais evoluído que o nosso sistema brasileiro nessa matéria”⁴⁷.

Um dos resultados do estudo revelou a existência de uma situação precária no que se refere à normatização do trabalho do deficiente físico⁴⁸. Apesar disso, a autora propôs que se deve, em primeiro lugar, extrair da legislação vigente o máximo de proteção jurídica possível e, em segundo lugar, procurar as soluções em uma nova legislação, no sentido de se regulamentarem e se dar efetividade às normas constitucionais.

Segundo a autora, as tendências para as quais há de caminhar a legislação brasileira sobre reabilitação e reinserção do portador de deficiência física são as seguintes:

- Tendência a curto prazo: “com o advento da nova Constituição, observamos que pela primeira vez o portador de deficiência física teve seus direitos assegurados pela norma fundamental brasileira”⁴⁹;
- Tendência a médio prazo: após a garantia dos direitos supracitados pelas normas constitucionais, “a próxima tendência possivelmente será a de desobediência das novas leis..... Em nosso país, as leis nem sempre encontram o respaldo necessário na comunidade, talvez até por uma questão cultural. Só podemos esperar que essa mentalidade se transforme através de um aprofundamento do debate nas diversas camadas do extrato social”. Além disso, “haverá um crescimento substancial no número e na qualidade dos grupos organizados em defesa dos portadores

⁴⁷ COUTINHO, Cláudia Fagundes (1992) p.1

⁴⁸ COUTINHO, Cláudia Fagundes (1992) p.2

⁴⁹ COUTINHO, Cláudia Fagundes (1992) p.186

de deficiência física, e , paralelamente uma pressão maior, para que os direitos conquistados sejam respeitados, bem como ampliados, tanto a nível de relações de trabalho, como a nível do poder legislativo e executivo. Esses grupos, articulados entre si, levarão a discussão do problema não somente ao campo laboral, mas também ao âmbito das relações sociais em geral”⁵⁰.

- Tendência a longo prazo: segundo a autora, “podemos prenunciar um aprofundamento no estudo do Direito Comparado com respeito à matéria ... o que proporcionará um enriquecimento na legislação nacional, através das experiências bem sucedidas”⁵¹.

Nas importantes conclusões levantadas por COUTINHO, encontram-se alguns aspectos que estão diretamente relacionados com este estudo, como, por exemplo: a) o fato “do Direito Estrangeiro já incorporar o princípio de isenção de ônus sociais sobre os salários da mão-de-obra especial do deficiente físico. A isenção tributária constitui valioso estímulo às empresas no sentido de oferecer-lhe oportunidades de trabalho”⁵²; b) a importância das “Convenções Coletivas conter cláusulas que amparem o acesso ao trabalho, a elaboração de uma política de emprego, com oportunidades de readaptação, reeducação e formação profissional dos portadores de deficiência física”⁵³; e c) a necessidade dos portadores disporem de instrumentos que os permitam entrar de modo efetivo e digno no sistema de empresa”⁵⁴.

⁵⁰ COUTINHO, Cláudia Fagundes (1992) p.187

⁵¹ *Ibidem*, p. 187

⁵² *Ibidem*, p. 189

⁵³ *Ibidem*, p. 190

⁵⁴ *Ibidem*, p. 190

1.1.3 OS ACIDENTADOS DO TRABALHO: SUAS REPRESENTAÇÕES E CONDIÇÃO DE SAÚDE, TRABALHO E VIDA

Este estudo situa-se no contexto da bibliografia sobre reabilitação profissional que tem por objeto os acidentados do trabalho. Em primeiro lugar, deve-se ressaltar nossa contraposição aos estudos que possuem uma visão individualista e médica da reabilitação. Além disso, considera-se pertinente a crítica ao discurso da exclusão social e econômica do acidentado do trabalho, do estigma e da marginalização social, pois, nessa perspectiva, não são consideradas as reabilitações bem-sucedidas.

Deve-se esclarecer que, apesar de nossa discordância em relação ao ponto de vista adotado na maioria dos estudos, seus autores contribuíram para esta pesquisa por meio de: a) a metodologia utilizada; b) a importância dada aos aspectos da reabilitação no âmbito da família e empresa; c) o interesse em se ter uma visão global da reabilitação; e d) a preocupação em se indicarem caminhos para a reabilitação, por meio do desenvolvimento de metodologias de avaliação ou de atendimento nos programas, considerando a situação social em que vivem os acidentados do trabalho.

A produção científica pode ser dividida em cinco grupos: 1) as publicações com abordagem médica; 2) as publicações com abordagem psicológica; 3) aquelas com abordagem multidisciplinar; 4) aquelas com abordagem política; 5) aquelas publicações com abordagem cultural; e 6) as que possuem abordagem sociológica.

1.1.3.1 A ABORDAGEM MÉDICA

Os estudos com abordagem médica da reabilitação de acidentados do trabalho destacam a reabilitação física, a assistência médica ao incapacitado físico, que envolvem o tratamento médico, fisioterapêutico e de terapia

ocupacional. Nessa perspectiva, a reabilitação depende principalmente da recuperação e do desenvolvimento da capacidade física e orgânica do acidentado. Existe uma preocupação em se avaliarem e tratarem das seqüelas físicas decorrentes do acidente do trabalho; determinar o grau de capacidade física residual do acidentado após o processo de reabilitação física e propor a mudança ou não para uma nova atividade funcional.

Nesses estudos, o problema da reabilitação possui enfoque individualista. A maioria é caracterizada como estudo de caso clínico que apresenta uma análise casuística e descritiva dos dados⁵⁵. Pelas informações obtidas nos vários textos, percebeu-se a importância do diagnóstico médico em relação ao grau de capacidade física, potencial produtivo do acidentado e recomendação de mudança de função, o que, muitas vezes, é desrespeitado no mundo do trabalho, dificultando-se, assim, o processo de reabilitação.

1.1.3.2 A ABORDAGEM PSICOLÓGICA

A reabilitação, segundo a Psicologia Clínica, também possui um enfoque individualista. Desse modo, o sucesso da reabilitação dependerá da resolução dos conflitos psíquicos pelo acidentado do trabalho. Os fatores psíquicos são desencadeantes ou resultados do próprio acidente do trabalho e dificultam o retorno dos trabalhadores ao mercado de trabalho. Os problemas psicológicos existiam antes mesmo de o acidente ocorrer, o que demonstra a importância do trabalhador diante dos seus problemas no mundo do trabalho. O acidente do trabalho é visto como resultado de uma interrelação entre a predisposição biográfica do sujeito e a realidade presente, na qual as condições e a organização de trabalho são precárias.

⁵⁵ Consultar os textos de ABREU, Lauro Barros de. *Pronto atendimento de acidentados de mão: considerações gerais, normas de atendimento*. IMESP, São Paulo, 1993, 109p., VIEIRA, Walber Pinto. *Fisiatria na patologia osteoligamentar inflamatória degenerativa*. INPS e MPAS - I Semana Nacional de Reabilitação Profissional, de 8 a 13/08/77, p. 45-50 e GOLDENSON, R. M. *Disability and rehabilitation handbook*. Mc.Graw-Hill, 1978, New York.

Dessa maneira, no estudo de RODRIGUES, O acidente de trabalho: um enfoque psicológico⁵⁶, o processo de reabilitação mental e psicológica procurou “identificar a gênese do acidente de trabalho, ou seja, qual situação emocional está intimamente ligada à ocorrência do acidente. Essa investigação é importante porque o conflito que antecedeu o acidente continua presente e, de certa forma, agravado, o que contribui para dificultar o retorno do sujeito ao trabalho. Nesse sentido, um projeto de reabilitação ou reabilitação profissional sério deve levar em conta este problema, inclusive com uma preocupação profilática de evitar novos acidentes”⁵⁷.

Desse ponto de vista, o interesse pela família do acidentado ocorreu apenas no sentido de se entenderem as relações parentais, contribuindo-se assim para a investigação psicológica. Além disso, o trabalho foi considerado importante como um elemento estruturador da vida psíquica do indivíduo, que não deve viver ‘as custas dos benefícios da Previdência Social.

O significado da reabilitação foi relacionado com o fato de o acidentado tornar-se um indivíduo útil ‘a sociedade por readquirir independência econômica e pessoal. Por outro lado, a autora referiu que a absorção de mão-de-obra reabilitada pelo mercado de trabalho é instável, sendo a reinserção profissional dificultada pela existência de desemprego.

VASH em seu estudo, Enfrentando a Deficiência: a Manifestação, a Psicologia, a Reabilitação⁵⁸, utilizou-se do enfoque fenomenológico para compreender a experiência de vida dos deficientes e as suas reações psicológicas aos estímulos (biológicos, ambientais, sociais, econômicos e outros). Um dos aspectos importantes levantados pelo trabalho diz respeito “aos meios pelos quais as pessoas deficientes confrontam o mundo e são por

⁵⁶ RODRIGUES, Marina Soares. O acidente de trabalho: um enfoque psicológico. São Paulo, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, 1984, 80p. Dissertação de Mestrado em Psicologia.

⁵⁷ Ibidem, p.60

⁵⁸ VASH, Carolyn L. Enfrentando a deficiência. A manifestação, a psicologia e a reabilitação. São Paulo: Pioneira Ed. e EDUSP, 1981, 277p.

ele confrontadas, bem como das formas com que lidam com a tarefa do viver sob circunstâncias às vezes peculiares que a deficiência pode gerar”⁵⁹.

Para a autora, a desvalorização e a aceitação do deficiente físico foram consideradas as principais variáveis do ajustamento à vida quando este se complica em razão da deficiência⁶⁰. As pessoas portadoras de deficiências freqüentemente experienciam a sua desvalorização aos olhos dos outros e aos seus próprios. A aceitação não significa negar nem mesmo gostar da deficiência em virtude de ganhos secundários, mas está relacionada com adaptação. Porém a autora ressaltou que não deve ser aceita “ a incapacitação desnecessária imposta às pessoas deficientes por um mundo desadaptado ou mal projetado, ou ainda por seu próprio insucesso em aceitar o que existe e continuar daí”⁶¹.

VASH contribuiu para enriquecer a metodologia de nossa pesquisa ao “apresentar a experiência psicológica a partir da perspectiva das pessoas que portam deficiências; os estados e processos internos, as situações e operações interpessoais, bem como os padrões e mecanismos comportamentais que emergem”⁶².

Pudemos perceber que os estudos que possuem abordagem médica e psicológica atribuem às características pessoais dos indivíduos ou, no máximo, às relações interpessoais a possibilidade de reabilitação, não sendo os aspectos sociais considerados ou privilegiados. Nosso estudo discordará da idéia de que o grau de redução da capacidade física ou o comprometimento da condição psicológica do acidentado determinam a reabilitação ou não.

⁵⁹ VASH, Carolyn L.(1981) p.XIX e XX

⁶⁰ VASH, Carolyn L.(1981) p.XXI

⁶¹ VASH, Carolyn L.(1981) p. XXV

⁶² VASH, Carolyn L.(1981) p. XIX e XX

1.1.3.3 A ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Em relação à abordagem multidisciplinar, encontramos estudos que procuraram fornecer subsídios para o processo de reabilitação. A pesquisa de FRANCHI *et alli*, A reabilitação profissional como processo multidisciplinar⁶³, mais do que entender o processo de reabilitação profissional, procurou desenvolver metodologias e tecnologias facilitadoras da atuação no campo da reabilitação profissional. Houve uma preocupação com os aspectos técnicos da readaptação funcional, como também com o nível de absorção dos reabilitados em atividades produtivas e na comunidade.

Para estabelecer paralelos entre ocupações e tipos de deficiência, fez-se necessário “analisar a capacidade residual de deficientes e levantar e classificar as operações motoras, perceptuais e mentais requeridas pelas ocupações com o fim de demonstrar a compatibilidade entre a deficiência e determinado tipo de desempenho profissional”⁶⁴.

O estudo partiu da premissa de que “o tipo de deficiência e seu grau não são por si só indicadores suficientes para a afirmação da capacidade de trabalho e nível de integração social do deficiente e procura ampliar os recursos e métodos já existentes... Baseando-se em estudos ergonômicos, neurofisiológicos e psicológicos procura trazer para a reabilitação uma metodologia especialmente elaborada e técnicas de avaliação mais discriminativas”⁶⁵.

O caráter multidisciplinar da pesquisa não deixou de considerar como importante a integração comunitária produtiva do deficiente. Desse ponto de vista, os estudos realizados por FRANCHI demonstraram a influência da motivação e dos valores de classe na reintegração socioeconômica do deficiente.

⁶³ FRANCHI, Liette (coord.). A reabilitação profissional como processo multidisciplinar. Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicosociais (ISOP) e Fundação Getúlio Vargas - Instituto de Documentação. R.J.: Ed. F.G.V., 1982, 93p.

⁶⁴ FRANCHI, Liette (coord.) (1982) p.6

⁶⁵ FRANCHI, Liette (coord.) (1982) p.90

A autora contribuiu para nosso estudo ao tornar possível termos uma visão mais global da reabilitação e ao, especificar, por outro lado, a importância dos aspectos psiconeurofisiológicos, intelectuais e sociais na readaptação funcional, integrando-os. Nosso estudo aproxima-se do de FRANCHI, na medida em que a autora teve a preocupação principal de indicar caminhos possíveis para a reabilitação, por meio do desenvolvimento de técnicas, metodologias e instrumentos de avaliação que possibilitassem a efetiva reabilitação profissional, do levantamento de funções compatíveis com as limitações de cada um, do reconhecimento das aptidões residuais do deficiente e da verificação, na comunidade, dos níveis de absorção desses elementos em atividades produtivas⁶⁶. O enfoque foi o da integração ou reintegração social do deficiente por meio da ocupação profissional. Da mesma maneira, nossa pesquisa estará mais preocupada com entender o processo de reabilitação dos acidentados do trabalho como um todo, do que somente com o processo de exclusão.

1.1.3.4 A ABORDAGEM POLÍTICA

O tema da reabilitação de acidentados de trabalho não é comum entre os estudos desenvolvidos nas ciências sociais. Para exemplificarmos a abordagem política da reabilitação, analisamos os trabalhos pioneiros de COSTA⁶⁷, COHN et alli⁶⁸ e HIRANO et alli⁶⁹.

COSTA em sua pesquisa, As vítimas do capital: os acidentados do trabalho, utilizou-se dos conceitos da teoria do materialismo histórico para realizar uma análise estrutural e explicativa das causas dos acidentes de trabalho.

⁶⁶ FRANCHI, Liette (coord.) (1982) p.6

⁶⁷ COSTA, Maria Regina da. As vítimas do capital: os acidentados do trabalho. Rio de Janeiro: Achiamé, 1981.

⁶⁸ COHN, Amélia et alli. Acidentes do trabalho - uma forma de violência. São Paulo: CEDEC/Brasiliense, 1985.

⁶⁹ HIRANO, Sedi et alli. A cidadania do trabalhador acidentado: (re)conhecimento do direito aos direitos sociais. *Tempo Social*, Revista Sociol. USP, São Paulo, 2(1): 127-150, 1990.

Na parte teórica, foi discutido o papel do Estado na formulação e implantação de políticas sociais, tendo a autora destacado a importância do aspecto ideológico no discurso do Estado sobre acidentes de trabalho. Assim, realizou uma análise da legislação de segurança do trabalho e acidentária na qual discute, entre várias questões, o papel dos programas de reabilitação profissional que procuram assistir ao acidentado em sua volta ao mercado de trabalho. Ela ressaltou que “o objetivo implícito desses programas é o de fazer com que o segurado, ao retornar ao trabalho, deixe de receber os benefícios, passando a contribuir novamente para o INPS”⁷⁰.

A autora referiu que o Estado capitalista apenas repara os danos à saúde decorrentes da exploração da força de trabalho por meio de benefícios e auxílios. Desta maneira, “o Estado por intermédio do INPS, aparece como aquele que deve fornecer tratamento médico, próteses para os membros amputados, reabilitação profissional, auxílio monetário, etc”⁷¹. Ela afirma, portanto, que as verdadeiras causas que provocam os acidentes são as elevadas taxas de exploração do trabalho.

Para COSTA, o programa de reabilitação é uma das maneiras de o Estado, por intermédio da Previdência Social, “proteger” as vítimas do acidente do trabalho. Porém, na prática, o amparo é mais ilusório que efetivo, pois, na realidade, continua existindo a exploração da força de trabalho. As verdadeiras causas dos acidentes não são combatidas. O trabalhador está sujeito a sofrer outros acidentes, quando retorna à empresa. Os valores dos benefícios e indenizações são irrisórios para a sobrevivência do trabalhador, e o programa de reabilitação profissional nem sempre cumpre sua função de maneira

⁷⁰ COSTA, Marcia Regina da (1981). *As vítimas do capital: os acidentados do trabalho*, *op. cit.*

⁷¹ *Ibidem*, p. 78

adequada. Os benefícios da Previdência existem para mascarar conflitos entre classes sociais, no sistema capitalista.

O livro de COSTA teve importância pela contribuição teórico-metodológica sobre o acidente do trabalho e pela análise sobre a reinserção profissional do acidentado. O estudo foi realizado no início da década de 70, quando prevalecia o discurso marxista. Nesse contexto, é fundamental a crítica ao modo de produção capitalista e ‘as políticas sociais do Estado, entre as quais a de reabilitação profissional.

Para a autora, “as mudanças reais só ocorrem à medida que houver modificação que naturalmente não pode se restringir apenas ao nível interno das empresas, mas sim atuar em forma global do sistema... e ao Estado cabe adotar as leis e as medidas que atingem resultados palpáveis à proporção que as condições concretas de realização do trabalho são modificadas”⁷².

O texto destaca, a todo o momento, a exclusão social e econômica dos trabalhadores reabilitados. Dessa maneira, acredita que a reabilitação profissional não atinge o seu objetivo de reinserir a mão-de-obra parcialmente incapacitada nas empresas, em razão da baixa produtividade desses trabalhadores.

Em relação à abordagem sociológica da reabilitação profissional, devemos lembrar da importante contribuição de COHN *et alli*. O estudo Acidentes do trabalho - uma forma de violência discutiu a violência que o acidentado sofre na trajetória institucional, do momento do acidente até o retorno ao trabalho. A pesquisa aborda as repercussões sociais e econômicas do acidente do trabalho na vida do acidentado. Assim, “a trajetória do acidentado, apesar da cobertura institucional, é marcada pela negação de sua

⁷² COSTA, Marcia Regina da (1981). *As vítimas do capital: os acidentados do trabalho*, *op. cit.*, p. 21

condição de cidadão. A sociedade se recusa a vê-lo, é estigmatizado, é mais um entre os “desclassificados”... A condição de acidentado não é somente a da força de trabalho sucateada mas a de cidadão sucateado”⁷³.

Os autores procuraram utilizar metodologia qualitativa de pesquisa e, “percorrem uma via de investigação até o momento não explorada e que se revela extremamente fecunda para a apreensão e compreensão do objetivo: a vítima do acidente”⁷⁴.

A pesquisa enfocou o tema dos acidentes de trabalho, por meio do resgate da subjetividade do trabalhador, de seu drama pessoal, de sua concepção de mundo e maneira de interpretar o que lhe ocorre. Por outro lado, o estudo contribuiu para “uma visão explicativa mais ampla do fenômeno, ao relacioná-lo com a estrutura da sociedade brasileira, com seu modelo econômico, social e político”⁷⁵.

A pesquisa realizada não possui finalidade acadêmica e não pretende levantar uma discussão teórica sobre os acidentes de trabalho e a reabilitação profissional, como o estudo de COSTA, nem apresenta propostas de intervenção na realidade. O livro “contribui para a discussão dos alcances e limites da cidadania dos trabalhadores.” A linguagem utilizada é acessível ao público leigo, o que possibilita o aproveitamento de seus resultados em discussões “nos sindicatos, nas comissões de fábrica, nos partidos, nos movimentos populares, nos meios jurídicos e governamentais, assim como nas entidades patronais”⁷⁶.

⁷³ COHN, Amélia *et alli* (1985). *Acidentes do trabalho-uma forma de violência*, *op. cit.*, p.8

⁷⁴ COHN, Amélia *et alli* (1985) p.11

⁷⁵ COHN, Amélia *et alli* (1985) p.12

⁷⁶ COHN, Amélia *et alli* (1985) p.10

A reabilitação profissional foi abordada desde o período de ocorrência do acidente do trabalho até o término do tratamento no Centro de Reabilitação Profissional, enfocando, ainda, a possibilidade de volta ao mercado de trabalho.

A participação no programa de reabilitação profissional não é garantia de emprego para o acidentado do trabalho. Esse período é marcado pela indefinição social e a vontade de retorno ao trabalho, mesmo consciente das limitações físicas. O quadro apresentado por COHN *et alli* sobre o futuro do acidentado reabilitado não nos parece animador, pois, no mercado de trabalho regido por critérios de objetividade e racionalidade, não existe espaço para o lado humano, o sofrimento, a incapacidade, a diferença. Assim, encontramos o risco concreto do desemprego, da incompreensão dos empresários, do estigma, do preconceito para com o trabalhador mutilado e desqualificado, enfim, o desrespeito aos direitos de cidadania do trabalhador acidentado reabilitado.

O acidentado inserido no programa tem plena consciência da dificuldade de retorno ao trabalho; portanto o programa de reabilitação “proporciona a ilusão do trabalho”.

Desse modo, percebeu-se que, tanto nas descobertas de COHN *et alli* como nas de COSTA, prevalece o discurso da exclusão social e econômica do acidentado do trabalho, do estigma, da marginalização social e a idéia de que a solução para o problema está no âmbito da política social e econômica. Conforme essa perspectiva, não resta qualquer possibilidade de reabilitação para os acidentados do trabalho, na medida em que as políticas sociais não funcionam, as legislações não são aplicadas, a economia é instável e existe o desemprego. Não são consideradas as reabilitações bem-sucedidas.

Em relação às diferenças encontradas entre os textos de COSTA e COHN *et alli*, pode-se dizer que o estudo de COSTA privilegiou a análise teórica, a linguagem acadêmica e que a autora utilizou-se dos depoimentos dos entrevistados para, de certa forma, ilustrar as suas afirmações. COSTA realizou a crítica ao modo de produção capitalista, na qual o trabalhador é considerado uma vítima do capital. De acordo com esse enfoque, a discussão torna-se fechada e não apresenta solução, a não ser a mudança do modo de produção.

A pesquisa de COHN *et alli* ressaltou “a fala” dos acidentados e foi redigida em linguagem acessível ao público em geral; nem por isso deixou de ter a seriedade de um estudo científico, realizado com “a metodologia e o rigor da melhor investigação sociológica.”⁷⁷ Os autores enfocaram as violências sofridas pelos acidentados no vários espaços institucionais. Não foi realizada uma crítica direta ao modo de produção capitalista, apesar de o estudo considerar o contexto socioeconômico e político em que ocorrem os acidentes do trabalho e a reabilitação profissional.

HIRANO *et alli*, em seu texto “A Cidadania do Trabalhador Acidentado: (Re)Conhecimento do Direito aos Direitos Sociais”⁷⁸, tiveram preocupação com a luta pela cidadania dos acidentados e o papel do Estado na proteção dos trabalhadores. Os autores avaliaram o caminho percorrido pelos trabalhadores acidentados na descoberta da cidadania, ou seja, o reconhecimento ao direito se apresenta como uma luta pela igualdade por uma cidadania de primeira classe, identificada como o acesso à justiça e aos direitos sociais.

⁷⁷ COHN, Amélia *et alli* (1985). *Acidentes do trabalho-uma forma de violência*, *op. cit.*

⁷⁸ HIRANO, Sedi *et alli* (1990). *A cidadania do trabalhador acidentado: (re)conhecimento do direito aos direitos sociais*. *Tempo Social*, Revista Sociol. USP, São Paulo, 2(1): 127-150.

Os autores descreveram a trajetória do trabalhador a partir do momento do acidente de trabalho na empresa até sua passagem pelas instituições de saúde. A descoberta da desigualdade em relação aos direitos sociais fez com que os acidentados lesados física, social e juridicamente encontrassem, no sindicato e nas comissões de fábrica, os meios que operacionalizassem a obtenção de seus direitos de cidadania. Assim, a noção de cidadania substantiva, plena e completa é entendida como: “O direito ao trabalho. O direito de ir e vir. O direito à saúde, O direito de ter um modo de vida compatível com a dignidade humana. O direito de ter segurança, educação e, acima de tudo, saúde. O direito à vida, ou seja, justiça e igualdade”⁷⁹.

Em seu estudo, HIRANO *et alli* utilizaram-se da metodologia qualitativa para compreender a construção da cidadania no mundo do trabalho e nas instituições de saúde. O processo é permeado por conflitos e injustiças sociais contra os trabalhadores.

No texto, foi dado destaque ao discurso dos acidentados que revelou a experiência da desigualdade social.

Um dado importante foi a constatação da ausência de direitos que protejam a família do acidentado. O trabalhador como chefe de família, provedor da esposa e dos filhos, fica desamparado nessa situação.

Os textos de COSTA, COHN *et alli* e HIRANO *et alli* contribuíram para nosso estudo, pois alertaram para o papel do Estado, por meio das políticas sociais, no processo de reabilitação dos acidentados do trabalho. Nesse caso, a cidadania plena do trabalhador acidentado significa o direito à saúde, o direito ao atendimento nos CRP e Núcleos, o direito de receber os benefícios e indenizações, o direito de ter um modo de vida digno junto a sua família,

⁷⁹ HIRANO, Sedi *et alli* (1990) p.139

direito ao trabalho, direito de trabalhar em funções compatíveis com sua limitação física, direito de controlar a carga de trabalho etc. Além disso, COHN *et alli* e HIRANO *et alli* demonstraram a importância da ação dos acidentados na luta pelos seus direitos sociais. Da mesma maneira, neste estudo nos preocuparemos com o papel do acidentado do trabalho em sua reabilitação.

1.1.3.5 A ABORDAGEM CULTURAL

No campo da abordagem cultural, merece ser destacada a produção científica de AMARAL⁸⁰, com o artigo chamado “Integração Social e Suas Barreiras: Representações Culturais do Corpo Mutilado”, e a de ROCHA⁸¹, com o estudo “Corpo Deficiente: Um Desvio Da Norma?”.

AMARAL discutiu sobre as barreiras psicossociais que se interpõem entre a pessoa portadora de deficiência e suas relações com o mundo institucional da sociedade. As atitudes, os preconceitos, estereótipos e o estigma são pensados como fenômenos de ordem psicológica e cultural⁸².

Uma contribuição fundamental da autora para nosso estudo constituiu o questionamento da preocupação com a reabilitação apenas no âmbito ideológico. A autora fez uma crítica à abordagem jurídica, escrevendo o seguinte: os “decretos, leis e regulamentações são meios importantes e necessários, mas insuficientes porque estamos tratando de fenômenos de alta complexidade, como preconceitos, estereótipos e estigma, que por algumas razões (até possíveis de serem chamadas de “perversas”) escapam à abrangência da legislação e até, ousado dizer, da ideologia, enquistando-se talvez nos núcleos psicológicos mais profundos de cada ser humano, com reflexos

⁸⁰ AMARAL, Lígia Assumpção. Integração social e suas barreiras: representações culturais do corpo mutilado. *Rev. Ter. Ocup.*, USP, 1991, 2(4):188-195.

⁸¹ ROCHA, Eucenir Fredini. Corpo deficiente: um desvio da norma? *Rev. Ter. Ocup.*, Universidade de São Paulo, 2(4):182-187, 1991.

⁸² AMARAL, Lígia Assumpção(1991). Integração social e suas barreiras: representações culturais do corpo mutilado, *op. cit.*, p.188.

em seu estar-no-mundo, com reflexos portanto nas relações interpessoais”⁸³. Com base nessa visão, podemos pensar no papel de relacionamentos sociais no processo de reabilitação dos acidentados.

ROCHA (1991) preocupou-se com o lugar que a pessoa deficiente ocupa em nossa sociedade. Segundo a autora, “o corpo humano a partir do século XX passa a ser coisificado a fim de atender às necessidades da ordem burguesa vigente, ou seja, ele deve corresponder aos padrões específicos de funcionalidade e estética adequados e ao consumo, qualquer transgressão dessas expectativas torna o indivíduo portador de uma deficiência física, estigmatizados e marginalizados socialmente”⁸⁴.

Para a autora, o desvio e o estigma, ao contrário do modelo funcionalista da patologia social, nada mais são que produtos das relações sociais estabelecidas com base em determinados valores. Assim, “o desviante deixa de ser um inadaptado cultural para ser entendido como um problema político”⁸⁵. Conforme esse ponto de vista, as diferenças não são consideradas, pois consistem em ameaça ao exercício do poder. Além disso, “as tipificações pejorativas determinadas pelo processo de estigmatização, onde não existe individualidade, a pessoa portadora de deficiência física pode ser, e geralmente é, reduzida, a estereótipos, incorporando em sua subjetividade os valores dominantes que a tornam frágil e segregada”⁸⁶.

AMARAL e ROCHA contribuíram para este estudo na medida em que se reafirmará o interesse em verificar os relacionamentos sociais dos acidentados no âmbito da empresa e da família. Concorda-se com a afirmação de que o processo de reabilitação não é isento de discriminações e marginalização social. Assim, considera-se importante ressaltar em quais níveis

⁸³ AMARAL, Lígia Assumpção(1991) p.189

⁸⁴ ROCHA, Eucenir Fredini (1991). *Corpo deficiente: um desvio da norma?*, *op. cit.*, p. 182.

⁸⁵ *Ibidem*, p. 185

⁸⁶ *Ibidem*, p. 187

ocorrem os conflitos nas interações sociais. Por outro lado, para se ter uma visão mais ampla da reabilitação, devem-se perceber experiências que, apesar dos preconceitos e estereótipos, são bem sucedidas em virtude do interesse e empenho, tanto dos acidentados como da comunidade, em enfrentarem os problemas e tentarem conviver com as diferenças.

1.1.3.6 A ABORDAGEM SOCIOLÓGICA

Este estudo situa-se no contexto dessa abordagem e possui similaridade com a pesquisa de SUIKKANEN, "*Labour Market Conditions and The Rehabilitation Process*"⁸⁷. O autor enfocou as políticas sociais de reabilitação profissional e verificou que, antes de 1982, na Finlândia, a legislação de seguro-acidente considerava muito mais os critérios clínicos, em relação à compensação devida ao agravamento à saúde, e os critérios econômicos em termos da compensação financeira, através das indenizações, do que a reabilitação profissional. A partir de 1982, passou a existir o incentivo para se restaurar o grau máximo de capacidade funcional e o retorno ao trabalho remunerado.

Porém, além dos aspectos políticos envolvidos no processo de reabilitação profissional, há a preocupação com o tipo de reabilitação que é mais eficaz. É referido que o programa deve estar de acordo com as exigências do mercado de trabalho, em vez das necessidades terapêuticas dos segurados. Além disso, o tempo de duração, a qualidade, e intensidade da assistência e a riqueza do programa são fundamentais para o sucesso da reabilitação e a permanência no emprego. SUIKKANEN ressalta que essa idéia "não é amplamente apreciada nos países que se preocupam com a eficiência dos serviços, que é medida em termos da quantidade mais do que da qualidade da produção"⁸⁸.

⁸⁷ SUIKKANEN, Asko. Labour market conditions and the rehabilitation process. *International Journal of Rehabilitation Research*, 16, 1990, pp.33-38.

⁸⁸ SUIKKANEN, Asko (1990) p.35

O autor concluiu que é fundamental se averiguarem as expectativas dos segurados quanto ao retorno ao trabalho, logo após o acidente ou doença e, também, o que acontece com o acidentado quando é ele desligado do programa de reabilitação profissional. Os problemas encontrados não se restringem à atividade de trabalho em si, mas se referem ao salário dos trabalhadores, por exemplo. Além dos indicadores quantitativos (ter ou não um emprego, nível de salário), é importante a dimensão qualitativa, que possibilita se perceberem as diferenças entre os indivíduos e as situações sociais comuns⁸⁹.

Este estudo aproxima-se do de SUIKKANEN, pois também se pretende perceber a vida do acidentado fora do CRP/São Paulo, a fim de se levantarem as possíveis causas sociais da reabilitação no espaço da empresa e da família. Acredita-se que os dados possam contribuir para se repensar o programa de reabilitação, a fim de se dar melhor atendimento aos segurados.

Considera-se que, pela produção científica citada anteriormente, se possam compreender as diversas visões sobre a reabilitação profissional. Deve-se esclarecer que, além dos estudos, são principalmente os contatos com os próprios acidentados, o conhecimento de suas atividades no dia-a-dia, os contatos com profissionais da área, com membros da família e com empregadores, encarregados imediatos e colegas de trabalho que auxiliam a se delimitar o objeto de pesquisa. Os relacionamentos sociais no mundo do trabalho e da família devem ser entendidos tomando-se por base o marco teórico da Sociologia Compreensiva de Max Weber.

⁸⁹ SUIKKANEN, Asko (1990) p.37

A importância de se estudarem os relacionamentos sociais dos acidentados está no fato de se poderem entender os processos de reabilitação bem sucedidos, ou não, e, então, se fornecerem “modelos” que poderão ser usados para:

- aumentar a eficácia do programa de reabilitação profissional, tendo como enfoque os acidentados reabilitados;
- explicar o drama daqueles que querem ser reabilitados e, também, dos que não podem ou não o conseguem, por falta de condições pessoais ou do meio ambiente;
- refletir sobre o apoio que os empresários precisam ter para se tornarem mais participativos no processo de reabilitação;
- refletir sobre o apoio que as famílias dos acidentados precisam ter para o auxiliarem no processo de reabilitação;
- formular-se uma nova política de reabilitação profissional.

Para justificar a escolha deste objeto de estudo, isto é, o papel dos relacionamentos sociais no processo de reabilitação profissional, no item 1.1, no capítulo 1, na Introdução, será analisada a produção científica sobre a reabilitação profissional. No subitem 1.1.1 serão discutidos os textos sobre a organização, avaliação e participação dos diferentes profissionais nos serviços, segundo a abordagem política, no subitem 1.1.1.1, a abordagem social, no subitem 1.1.1.2, a abordagem tecnicista, no subitem 1.1.1.3 e a abordagem da organização do trabalho, no subitem 1.1.1.4. No subitem 1.1.2 serão analisados os trabalhos referentes à legislação da reabilitação profissional. Já no subitem 1.1.3 serão discutidos os textos sobre os acidentados do trabalho, suas representações e condições de saúde, trabalho e vida, segundo a abordagem

médica, no subitem 1.1.3.1, a abordagem psicológica, no subitem 1.1.3.2, a abordagem multidisciplinar, no subitem 1.1.3.3, a abordagem política, no subitem 1.1.3.4, a abordagem cultural, no subitem 1.1.3.5 e a abordagem sociológica, no subitem 1.1.3.6.

Para se definir o contexto do objeto desta pesquisa, no Capítulo 2 um breve panorama do surgimento da reabilitação será apresentado, no item 2.1, e algumas análises relativas ao funcionamento do programa de reabilitação profissional no contexto das políticas públicas no Brasil serão apresentadas, no item 2.2. No subitem 2.2.1 será discutido o Centro de Reabilitação Profissional/INSS/São Paulo. Além disso, como este estudo iniciou-se com base nas entrevistas com técnicos e a direção do Centro de Reabilitação Profissional do Instituto de Seguro Social de São Paulo, sobre o objetivo da instituição e as atividades desenvolvidas pelos profissionais de várias áreas do conhecimento, a percepção de alguns técnicos do CRP/São Paulo sobre a reabilitação profissional será comentada no item 2.3.

No Capítulo 3 serão discutidos o material e o método de pesquisa utilizados neste estudo. Os dados empíricos da pesquisa foram levantados durante o trabalho de campo, no qual foi utilizada a metodologia qualitativa de pesquisa, segundo a abordagem teórica da Sociologia Compreensiva, que será definida no item 3.1. Ainda no mesmo capítulo serão discutidas, no item 3.2, as contribuições metodológicas qualitativas de alguns autores da Sociologia da Saúde e da Sociologia do Trabalho. Ressalta-se que o detalhamento da teoria das causas dos acidentes de trabalho de DWYER será dado no decorrer da exposição da análise dos resultados.

Considerou-se o trabalho de campo mais do que simplesmente uma etapa de levantamento dos dados da pesquisa. Naquele momento o importante era o processo, era preciso se observar como os dados foram obtidos. Assim, no item 3.3, será discutida a experiência do trabalho de campo com base no olhar da pesquisadora.

No Capítulo 4 serão analisados os resultados obtidos no trabalho de campo efetuado no espaço da empresa. Valendo-se das categorias de análise construídas por DWYER, em nível de organização (item 4.1, que será subdividido nos subitens 4.1.1 os tipos de controle nos relacionamentos sociais existentes no momento do retorno dos acidentados do trabalho à empresa e, 4.1.2 analisará os tipos de controle nos relacionamentos sociais existentes em relação à mudança de função dos acidentados do trabalho); em nível de comando (item 4.2, que será subdividido nos subitens 4.2.1 analisará a organização dos trabalhadores, 4.2.2 discutirá os tipos de controle em relação às faltas dos acidentados do trabalho e 4.2.3 os tipos de controle em relação à produtividade dos acidentados do trabalho); em nível de recompensa (item 4.3) e em nível de indivíduo-membro (item 4.4), apontam-se as possíveis causas da reabilitação dos acidentados.

No Capítulo 5 serão analisados os resultados obtidos no trabalho de campo realizado no espaço da família. As variáveis no nível da família dizem respeito à estratégia de sobrevivência econômica dos acidentados e seus familiares. Assim, no item 5.1 serão apresentadas as tipologias de famílias e a participação financeira de esposas, familiares, empresa e amigos no período de afastamento do trabalho (subitem 5.1.1) e após o retorno à empresa (subitem 5.1.2). Outro ponto fundamental diz respeito à participação da família nos cuidados com a saúde do acidentado, durante o processo de reabilitação, que é discutido no item 5.2. A questão de gênero é analisada no item 5.3, pois

observou-se existirem diferenças entre as trajetórias de vida de trabalhadores e trabalhadoras acidentados. Tais dados indicam que, por razões socioculturais, os processos de reabilitação são distintos. Por último, no item 5.4 será discutido o papel dos filhos e dependentes no processo de reabilitação, tanto no que se refere à ajuda financeira como nos cuidados com a saúde do acidentado do trabalho.

Por último, serão apresentadas a Conclusão no Capítulo 6, e Bibliografia no Capítulo 7. Além disso, deve-se lembrar que, no final do trabalho, serão inseridos no Capítulo 8 os ANEXOS 1 (subitem 8.1) e 2 (subitem 8.2) referentes às análises estatísticas realizadas.

2

**CONSTRUÇÃO DO
PROCESSO DE
INSTITUCIONALIZAÇÃO
DA REABILITAÇÃO
PROFISSIONAL NO
BRASIL**

2.1 POLÍTICA SOCIAL DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

O livro de SOARES¹ é considerado o mais indicado para se entender a reabilitação profissional no Brasil, com base nas políticas sociais do governo. Os dados históricos apresentados nesse estudo são retirados dessa obra.

Os programas e as instituições para a reabilitação de acidentados ou incapacitados para o trabalho surgem com a eclosão da 1ª Guerra Mundial, quando nos hospitais sente-se a necessidade de aproveitar soldados convalescentes ou em tratamento em tarefas leves, com a finalidade de não deixá-los ociosos. Tais fatores levam à constatação de maior equilíbrio emocional e receptividade ao tratamento nos países submetidos a essa terapia. “O movimento de reabilitação existiu em função das falhas nas instituições sociais, família, escola e na medicina organizada. A independência possibilitada pelos programas de reabilitação, a vantagem econômica para a sociedade e o aumento no número de pessoas incapacitadas pelo próprio avanço da ciência, impulsionado pelos veteranos de guerra incapacitados, transformaram a reabilitação no terceiro nível de atenção à saúde, praticada valendo-se da instalação da incapacidade (por deficiências congênitas, moléstias crônicas, acidentes de trabalho, de trânsito, domésticos ou pelas doenças ocupacionais)”².

Com a IIª Guerra Mundial, há necessidade de utilizarem-se pessoas fisicamente capazes nos contingentes militares, a mortalidade advinda da guerra obriga as indústrias a reincorporarem parcela da mão-de-obra acidentada ou inválida à sua força de trabalho ativa. Esse contingente que antes representava um peso para a nação, pois não produzia e recebia subvenção do governo,

¹ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991). *Terapia ocupacional - Lógica do capital ou do trabalho?* São Paulo: HUCITEC Ed., 217p.

² MOSEY, Anne C. *Terapia Ocupacional: uma perspectiva histórica-Envolvimento no movimento de reabilitação-1942-1960. Terapia ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria.* Campinas, PUC-Camp: FCMMG, 1979, mimeo, p.47, citada por SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) *Terapia ocupacional - Lógica do capital ou do trabalho?*, *op. cit.*, p. 107.

passa a contribuir e produzir. Neste período surgiram inúmeras agências do governo para a reabilitação de civis e militares. A filosofia de reabilitação baseia-se nos princípios propostos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948.

A autora identifica que “os serviços de reabilitação profissional subsidiados pelo governo norte-americano são destinados inicialmente aos veteranos da Primeira Guerra (Lei de 1917), no ano seguinte, aos acidentados da indústria (Lei de 1918 e 1919), e, durante a década seguinte, estes serviços são ampliados à população civil (Lei de 1920 e de 1923)”³.

“A depressão dos anos 30 constitui um período de crise e desvalorização da reabilitação de incapacitados. A nível legislativo estabelece medidas restritivas ao emprego dos incapacitados na indústria e à produtividade das indústrias hospitalares e oficinas protegidas, que passam a funcionar a partir de então através do “princípio de manufaturas para uso do Estado”⁴... isto é, produto não comercializáveis, para consumo interno. Assim, ora a força de trabalho era absorvida na produção, ora era mantida na retaguarda, nas oficinas protegidas de trabalho dos hospitais e entidades”⁵.

Os primeiros serviços de reabilitação brasileiros surgiram na segunda metade deste século. Assim, “eles se estabeleceram em alguns hospitais gerais e psiquiátricos, além das entidades beneficentes para os deficientes e dos programas de reabilitação existentes em alguns institutos da Previdência

³ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) *Terapia ocupacional - Lógica do capital ou do trabalho?*, *op. cit.*, p.108.

⁴ SCULLIN, Virgínia. História da terapia ocupacional. In: _____. *Occupational therapy*-manual for personnel in the New York State Department of Mental Hygen. Albany, 1968. Cap.II. Traduzido pelo Centro de Estudo em Terapia Ocupacional, São Paulo, 1975. 15p., citada por SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) *Terapia ocupacional - Lógica do capital ou do trabalho?*, *op. cit.*, p.108.

⁵ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) *Terapia ocupacional - Lógica do capital ou do trabalho?*, *op. cit.*, p.108.

Social.” A autora ressalta que “o governo brasileiro, diferentemente dos países centrais, adotou o programa da reabilitação anterior a uma expressiva demanda interna. Esta medida incrementou a dependência econômico-tecnológica aos países centrais e veio cumprir funções a nível político ideológicas”⁶.

A reabilitação era executada em alguns Institutos da Previdência na forma de experiências isoladas. Além disso, sua terapêutica é confundida em muitas organizações com a fase médica do programa de reabilitação. “Uma das dificuldades enfrentadas pelas entidades de reabilitação é a falta de pessoal técnico especializado, que produza intervenção multidisciplinar ante a problemática da clientela muitos dos profissionais requeridos são formados a partir de supervisão e orientação médica sobre os conhecimentos clínicos das patologias e a partir de publicações estrangeiras que explicitam os princípios e métodos de tratamentos específicos”⁷. Assim, cooperação técnica e orientação direta colaboram para “a mudança da concepção da saúde vigente, de um modelo estritamente biológico à sua integração ao psicológico e social”⁸.

O seu desenvolvimento não foi adequado em muitos Institutos da Previdência, com exceção dos IAPC (dos Comerciários) e dos IAPI (dos Industriários). Esses Institutos mantinham o serviço de reabilitação com o próprio orçamento e visavam a redução das despesas com pensões e aposentadorias⁹.

Em 1950 criou-se o Serviço de Reabilitação do SESI (Serviço Social de Industriais) e “entre as suas instalações foram incluídos todos os serviços de reabilitação física e profissional. A visão assistencialista é a que predomina

⁶ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.111

⁷ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.113

⁸ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.112

⁹ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.132

neste serviço, ainda que, em determinados períodos de expansão econômica, fosse efetivada a colocação profissional dos operários reabilitados”¹⁰

Com base nos serviços existentes, beneficentes e estatais, a sociedade civil desenvolveu uma representação sobre o significado da reabilitação do incapacitado. Na maioria das entidades de reabilitação, que possuem uma visão assistencialista, é veiculada a idéia de que “o acidentado passa a ser um indivíduo produtivo e útil à sociedade por (re)adquirir independência econômica e em seu autocuidado”¹¹. Além disso, “existe o argumento de que a absorção profissional do reabilitado é instável. A relação entre a absorção do incapacitado reabilitado com os períodos de expansão econômica ou com a própria rotatividade de mão-de-obra não é identificada já que estes indicadores não são mensurados pelos programas de reabilitação e estão fora do alcance de sua interferência”¹².

A Lei 3.807 de 26/08/60¹³ - Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)- em seu Artigo nº 53 estabeleceu critérios para a Assistência Reeducativa e a Readaptação Profissional dos Segurados.

O 1º Regulamento Geral da Previdência Social (RGPS) - Decreto nº 48.959 de 19/09/60¹⁴ - definiu os objetivos da reabilitação profissional e estabeleceu as bases técnico-administrativas que norteiam sua prestação. Disciplinou a participação de empresas no processo, por meio da reserva obrigatória de empregos para beneficiários reabilitados. Cuidou de especificar o campo de atuação dos Serviços de Reabilitação Profissional, fixando prioridades para a sua atuação. A bibliografia é omissa no que se refere ao cumprimento desse decreto pelos empresários.

¹⁰ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.134

¹¹ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.134

¹² SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.134

¹³ Lex Coletânea de Legislação (org.): Dr. Pedro Vicente Bobbio, Redação: Dr. Geraldo Emygdio Pereira, Ano XXV, 1960. Lex Ltda. Ed., São Paulo, p. 815.

¹⁴ Lex Coletânea de Legislação, Ano XXV, 1960, p. 930 à 932.

Mediante o Decreto nº 53.264 de 13/12/63¹⁵ criou-se, no Departamento Nacional da Previdência Social (DNPS), a Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social (COPERPS) com a finalidade de planejar, orientar, coordenar e fiscalizar, em todo o território nacional, a prestação da Reabilitação Profissional.

Em um dos IAPS com melhores condições operacionais foi criada a Superintendência de Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social (SUSERPS) cuja incumbência era dirigir e executar os Serviços de Reabilitação Profissional. Assim, centralizou-se a prestação de serviços de reabilitação aos segurados em geral, por região e não por categoria profissional.

Em 21 de novembro de 1966, o regime militar criou o INPS com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões. A SUSERPS foi extinta e a Secretaria do Bem-Estar do INPS, então criada ficou responsável pelas medidas pertinentes à prestação de Reabilitação Profissional no âmbito da Previdência Social (Decreto nº 60.501).

Em 1968 a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), integra o Seguro Acidente do Trabalho na Previdência Social. A lei estabelece direito à assistência reeducativa e à readaptação profissional àqueles segurados que recebem auxílio-doença, os aposentados e pensionistas inválidos.

Em 1974 com o Ministério da Previdência e Assistência Social foi criada a Secretaria de Serviços Previdenciários no âmbito da qual situou-se a Coordenadoria de Reabilitação Profissional (Decreto 74.254)¹⁶.

Na ocasião, a reabilitação profissional era definida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social da seguinte maneira:

¹⁵ Lex Coletânea de Legislação, Ano 1963, p. 1.603 à 1.605.

¹⁶ Lex Coletânea de Legislação, Ano 1974, p. 838 à 840.

“A Reabilitação Profissional consiste em um programa integrado objetivando proporcionar ao trabalhador, quando incapacitado por doença ou acidente de trabalho, os meios de reeducação e de readaptação profissional de maneira a que possa reintegrar na força de trabalho”¹⁷.

A partir de 1991, o Ministério do Trabalho e Previdência Social delega ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) a responsabilidade de dar continuidade às atividades de Reabilitação Profissional.

O Estado cria e institucionaliza a política baseada no Seguro Social e um modelo de cidadania restrita e regulada. Segundo a Constituição de 1988, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e o acesso a ela, formalmente, é universal e igualitário. Porém, na análise de HIRANO et alli a cidadania “não chega de um modo universal e igualitário; ao contrário, ela é restrita, distintiva, desigual e desumana...Atualmente o Estado não se reveste como o locus privilegiado dos direitos sociais, reflexo dos interesses gerais da sociedade. Ao contrário, ele é propiciador da infortunistica e de todas as formas de violência que legitimamente monopolizam e ilegitimamente difundem de forma redobrada em sua forma pública de Seguridade Social, que deveria compreender um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Mas, em vez de propiciar o desenvolvimento da ordem social que tem como base, segundo a Constituição de 1988, “o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça social”, o Estado propicia a desordem social, metamorfoseando-se do Estado de Bem-Estar em Estado da Imprevidência Social e Mal-Estar Coletivo, onde se desenvolve de forma acelerada a injustiça social”¹⁸.

¹⁷ Brasil-MPAS/1975 citado por SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) p.137

¹⁸ HIRANO, Sedi et alli (1990). A cidadania do trabalhador acidentado: (re)conhecimento do direito aos direitos sociais, *op cit.*, p. 147

A luta dos trabalhadores pelo direito à saúde inicia-se no momento em que o trabalhador se acidenta. Primeiro para ter acesso à assistência médica, segundo à internação e posteriormente à reabilitação profissional. Em relação à reabilitação, em geral, constata-se a presença marcante de organizações filantrópicas e serviços públicos precários, fragmentados e inúmeros pequenos serviços em clínicas privadas¹⁹.

Na Lei 8.213 (24/07/91) existe a pretensão de se ampliar a sua cobertura para dependentes dos segurados do INSS, aposentados e portadores de deficiência física. Porém, convém esclarecer que os Centros de Reabilitação Profissional (CRP) e Núcleos atendem apenas os segurados do Instituto Nacional de Seguro Social. Os técnicos alegam falta de infra-estrutura e de recursos humanos e não se mostram satisfeitos com a ampliação da clientela, pois temem deixar de realizar a reabilitação profissional e temem transformarem-se em apenas uma unidade de reabilitação²⁰.

Existe o argumento de que a reabilitação profissional possui um componente de habilitação, treinamento e formação de segurados com experiência anterior de trabalho. Em casos de atendimento aos deficientes físicos em geral haveria mudança nessa perspectiva, pois o tempo de tratamento seria mais prolongado, haveria um enfoque maior na Reabilitação Física, seria necessário uma atenção à saúde especializada.

Segundo um ex-funcionário da Seção de Reabilitação Profissional do INSS, entrevistado em nossa pesquisa, “à saúde pública cabe atender os deficientes físicos, e a Previdência Social e o Ministério Trabalho devem cuidar dos acidentados do trabalho. A Previdência como seguradora do trabalhador

¹⁹ OLIVER, Fátima Corrêa (1990). A atuação à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde, no município de São Paulo: uma questão de cidadania. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 143p. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

²⁰ OLIVER, Fátima Corrêa (1990). A atuação à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde, no município de São Paulo: uma questão de cidadania. *op. cit.*

deve defendê-lo perante o empresário, além de indenizar o acidentado do trabalho.”

Ainda em relação à Lei nº 8.213 (1991), o Art. 93 determina a obrigatoriedade de que a “empresa com 100 ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% a 5% de seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiências, habilitadas”²¹.

Além disso, no § 1º do Art. 93, a lei determina que “a dispensa do trabalhador reabilitado ou deficiente habilitado ao final do contrato por prazo determinado de mais de 90 dias e a imotivada, no contrato por prazo indeterminado, só poderá ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante”²².

No § 2º do Art. 93, “O Ministério do Trabalho e da Previdência Social deverá gerar estatísticas sobre o total de empregados e as vagas preenchidas por reabilitados e deficientes habilitados, fornecendo-as, quando solicitadas, aos sindicatos ou entidades representativas dos empregados”²³.

O Art. 118 estabelece que “o segurado que sofreu acidente do trabalho tem garantida, pelo prazo mínimo de doze meses, a manutenção de seu contrato de trabalho na empresa, após a cessação do auxílio-doença acidentário, independentemente de percepção de auxílio-acidente”²⁴.

Até o presente momento a legislação não está sendo aplicada com o fito de gerar as estatísticas acima referidas, e nem existe fiscalização nas empresas quanto ao cumprimento da lei no tocante aos direitos dos segurados.

²¹ MARTINEZ, W.N. (1991). Lei Básica da Previdência Social..., *op cit*, p.64

²² MARTINEZ, W.N. (1991). Lei Básica da Previdência Social..., *op cit*, p.64

²³ MARTINEZ, W.N. (1991). Lei Básica da Previdência Social..., *op cit*, p.64

²⁴ MARTINEZ, W.N. (1991). Lei Básica da Previdência Social..., *op cit*, p.67

Segundo um fiscal da área de segurança entrevistado nesse estudo, a justificativa refere-se à inexistência de normas e regulamentos que possam viabilizar a fiscalização. Além da falta da aplicabilidade da lei, existem falhas no que diz respeito à formulação da mesma. Em nenhum momento, está claro de quem é a responsabilidade pela reinserção profissional do reabilitado. O segurado após ser desligado do programa de reabilitação profissional e ter retornado ao trabalho, permanece sem qualquer proteção legal e corre o risco de receber tratamento desigual dentro da empresa em virtude de sua condição de acidentado.

Tabela 1: Acidentes do Trabalho no Brasil entre 1981 e 1995 e Reabilitação Profissional entre 1990 e 1995

ANO	ACIDENTES TÍPICOS	ACIDENTES DE TRAJETO	DOENÇAS PROFIS.	TOTAL ACIDENTES	CLIENTES REABILITADOS
1981*	1.215.539	51.722	3.024	1.270.465	
1982*	1.117.832	57.874	2.766	1.178.472	
1983*	943.110	57.989	3.016	1.003.115	
1984*	901.238	57.054	3.283	961.575	
1985*	1.007.864	63.320	3.981	1.075.165	
1986*	1.079.015	69.545	5.920	1.154.480	
1987*	1.067.100	64.832	6.354	1.138.286	
1988**	926.354	60.202	5.025	991.581	
1989**	825.081	58.524	4.838	888.443	
1990**	632.012	56.343	5.217	693.572	11.768
1991**	579.362	46.679	6.281	632.322	11.702
1992**	490.916	33.299	8.299	532.514	12.778
1993***	374.167	22.709	15.417	412.293	13.156
1994***	350.210	22.824	15.270	388.304	12.392
1995***	374.700	28.791	20.646	424.137	14.759

Fonte: * - Coordenadoria de Informática da Secretaria de Planejamento do INPS (Dados compilados do Boletim Estatístico de Acidentes de Trabalho-BEAT, fornecido pela Assessoria Estadual de Comunicação Social do INSS em São Paulo).

** - MPS/ Anuário Estatístico da Previdência Social/ 1993 (p. 203-204 e p. 234-235).

*** - MPS/ Anuário Estatístico da Previdência Social/ 1994 (p. 386-387 e p. 404-405).

*** - MPS/Anuário Estatístico da Previdência Social/1996 (p. 522-523 e p. 540-541).

Em 1995, como pode-se observar na tabela acima, 424.137 trabalhadores acidentaram-se no trabalho. Entre esses acidentados, apenas 30.894 segurados foram encaminhados aos Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional do INSS dos diversos estados, 21.770 passaram realmente pelos programas de reabilitação profissional. Sabe-se que muitos acidentados não são encaminhados para os programas de reabilitação, pois não apresentam ferimentos graves que impliquem a mudança de função ou porque reúnem condições físicas compatíveis com o desempenho de suas profissões. Porém, a própria deficiência da assistência médica, após o acidente e a falta de critérios dos peritos fazem com que não ocorra o encaminhamento correto dos casos para a reabilitação profissional. Assim, muitos trabalhadores voltam ao trabalho sem ter acesso ao serviço. Acredita-se que os acidentados encaminhados aos CRP e NRP podem ter esperança de um futuro profissional melhor do que os excluídos do programa.

Quando iniciam o programa de reabilitação profissional, os segurados sofrem várias formas de injustiças, como: impossibilidade de ter uma nova qualificação profissional por falta de recursos materiais e humanos nos serviços; falta de recursos financeiros para transporte dos usuários, demora para receber a prótese, etc. Essas questões serão discutidas mais à frente. Por último, pode-se mencionar o não cumprimento da lei por alguns empregadores e a negligência do Estado em aplicá-la, fazendo com que os trabalhadores reabilitados sejam excluídos das empresas após um ano. Além disso, não se pode deixar de ressaltar, mais uma vez, a discriminação existente nas interações sociais, em razão da incapacidade física e do aspecto físico decorrente da amputação. Assim, o trabalhador acidentado, mutilado no processo de trabalho sofre dupla exclusão. A primeira exclusão é econômica, pois o indivíduo perde

sua condição de trabalhador produtivo e ganha a denominação de “cidadão de segunda classe”²⁵. Já a segunda exclusão é social, o trabalhador deixa de ser um sujeito autônomo, torna-se inválido, dependente e vítima de preconceitos.

O Estado deve atender a estes trabalhadores incapacitados por meio da legislação acidentária, porém não podemos esquecer da responsabilidade dos empregadores para com as condições de saúde, higiene e segurança no trabalho e também a reinserção profissional dos trabalhadores acidentados e portadores de doenças profissionais. Desta maneira, HIRANO *et alli* propõem que “seja reestabelecida a verdadeira responsabilidade civil, implantando uma autêntica responsabilidade pela causa do acidente do trabalho”²⁶.

Percebeu-se que a existência da legislação não é suficiente para que o governo garanta os direitos constitucionais dos acidentados por exemplo. A falta de verba e de regulamentação dos dispositivos constitucionais são escusas para o não-cumprimento da lei. ARIÈS explicita que “a ideologia olha pelos deficientes, o comportamento espontâneo os rejeita”²⁷.

As tarefas do Estado, na Alemanha analisada por HABERMAS, no século XX, são as seguintes: “proteger, indenizar e compensar os grupos sociais mais fracos: trabalhadores e funcionários, inquilinos, usuários, etc. (neste âmbito recaem, por exemplo, as medidas com o objetivo de redistribuir a renda)”. Outra tarefa é a de “prevenir, a longo prazo, modificações da estrutura social ou, então, ao menos de atenuá-las, ou, no entanto, apoiá-las planejadamente, até mesmo dirigi-las”²⁸.

²⁵ WEFORT, Francisco Corrêa. A cidadania dos trabalhadores. IN: LAMOUNIER, Bolivar *et alli* (org.). Direito, Cidadania e Participação. São Paulo: T.A. Queiroz, 1981, p. 141.

²⁶ HIRANO, Sedi *et alli* (1990). A cidadania do trabalhador acidentado: (re)conhecimento do direito aos direitos sociais, *op. cit.*, p. 139

²⁷ ARIÈS, Philippe. Les attitudes devant les “handicapés”. IN: MANDROW Robert. Histoire sociale, sensibilités collectives et mentalités. Presses Universitaires de France, 1985, p. 465.

²⁸ HABERMAS, Jürgen. Mudança estrutural da esfera pública. Investigação quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984, p. 175.

Antes de tudo, todo o risco privado, como nos casos de desemprego, acidentes, doença, velhice e falecimentos, é sustentado pela família. Agora, as garantias sociais do Estado cabem apenas ao membro individual. Dessa maneira, passa a ocorrer a desprivatização da esfera da família. Assim, “a família, esse resquício do privado, é desprivatizada através das garantias públicas de seu status. Por outro lado, agora sim é que a família efetivamente se desenvolve no sentido de se tornar consumidora de rendimentos e de tempo livre, beneficiária das indenizações e ajudas previdenciárias garantidas pelo poder público”²⁹.

Nesse estudo percebeu-se o papel fundamental da família na reabilitação do acidentado mutilado. Desde o cuidado com a saúde até os meios de sobrevivência são arcados pelos familiares, na ausência do Estado. Além disso, nota-se a ajuda material e financeira e o apoio afetivo e moral da vizinhança e da empresa. Assim, pode-se dizer que “do mesmo modo em que a vida privada se torna pública, a esfera pública passa a assumir formas de intimidade”³⁰.

A cobertura do Estado não só por meio de indenizações, mas também do aconselhamento educacional e profissional, dos serviços de obtenção de moradia e de emprego, e do controle de saúde deve propiciar a preservação do espaço de intimidade e não apenas permitir ou impulsionar sua destruição, uma vez que as conseqüências dos acidentes na vida dos trabalhadores são drásticas, acarretando muitas vezes a desestruturação da própria família. É no espaço privado que o acidentado usualmente encontra apoio psicológico e afetivo para a sua recuperação.

²⁹ HABERMAS, Jürgen (1984). Mudança estrutural da esfera pública. Investigação quanto a uma categoria da sociedade burguesa, *op. cit.*, p. 185.

³⁰ HABERMAS, Jürgen (1984) p. 187

Para MARSHALL, o Estado deve garantir um mínimo de certos bens e serviços essenciais (tais como, assistência médica, moradia, educação, salário mínimo, etc.)³¹. Nessa perspectiva, a reabilitação profissional deve ser um direito social disponível para todas as classes sociais (independentemente da situação econômica e da posição social). Segundo HIRANO *et alli* os direitos sociais “se conquistam pela mobilização e pressão dos vários segmentos sociais que compõem a sociedade civil, ao controlarem, por meio dos grupos de pressão, os serviços que o Estado Social presta à população, exigindo que estes serviços tenham qualidade e disponibilidade rápida pela universalização do atendimento”³².

2.2 O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: CENTROS E NÚCLEOS DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS

Atualmente o INSS desenvolve o programa por intermédio de 21 Centros e 26 Núcleos de Reabilitação Profissional distribuídos pelas várias regiões do País. O Estado de São Paulo conta com 4 CRP (Centros de Reabilitação Profissional) e 7 NRP (Núcleos de Reabilitação Profissional).

A trajetória do acidentado é a seguinte:

- 1) após o trabalhador sofrer acidente ou doença é emitida a Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT);
- 2) alguns trabalhadores recebem assistência médica e retornam ao trabalho em menos de 15 dias;
- 3) outros são internados e permanecem afastados do trabalho por mais tempo;

³¹ MARSHALL, T.H. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1967, Biblioteca de Ciências Sociais, p. 89,93 e 112.

³² HIRANO, Sedi *et alli* (1990). A cidadania do trabalhador acidentado: (re)conhecimento do direito aos direitos sociais, *op. cit.*, p. 140.

4) os médicos peritos do INSS devem encaminhar ao CRP os casos com lesões incapacitantes graves e que necessitam de mudança de função. Em 1995, entre os trabalhadores que sofreram incapacidade temporária 35,19% permaneceram mais de 15 dias afastados do trabalho. A maioria dos segurados encaminhados para o programa de reabilitação faz parte dessa população. A Seção de Reabilitação Profissional do INSS informou que nem sempre os encaminhamentos são realizados de forma correta. Os segurados vão para o CRP, mas retornam à perícia médica, pois são considerados casos inelegíveis (segurados que definitivamente não reúnem condições biopsicossociais de retorno ao trabalho)³³ pelo programa. Por outro lado, é de conhecimento geral a existência de trabalhadores que necessitam de reabilitação profissional e não são encaminhados para os CRP. A própria falta de qualificação técnica dos peritos, muitas vezes, contribui para que este fato ocorra.

Em 1995, dos acidentes liquidados que foram 414.046, 0,96% foram fatais e 82,86% causaram incapacidade temporária. Além disso, 3,66% dos acidentados sofreram incapacidade permanente e muitos podem retornar ao mercado de trabalho quando submetidos a um programa de reabilitação profissional eficaz.

³³ A definição dos conceitos relacionados à reabilitação profissional, como : clientes registrados, clientes elegíveis, clientes inelegíveis, clientes em programa, + 240 dias e auxílios materiais, foram obtidos no Anuário Estatístico da Previdência Social 1993 (p. 383) e 1995 (p.519), INSS, Dataprev, MPAS.

Tabela 2: Acidentes do Trabalho Urbano Liquidados Por Consequência entre 1981 e 1995

Ano	Total	Assistência médica	Consequência				Óbito
			Incapacidade temporária			Incapacidade permanente	
			Total	Menos de 15 dias	Mais de 15 dias		
1981*	1309535	166613	1108193	679581	428612	29921	4808
1982*	1218922	140123	1042487	635316	407171	31816	4496
1983*	1050477	124134	891963	527825	364138	30166	4214
1984*	1009616	131179	845201	492742	352459	28628	4598
1985*	1088981	152504	904804	376879	527925	27283	4390
1986*	1142186	159144	954274	558423	395851	24190	4578
1987*	1174850	170613	975849	571976	403873	23150	5238
1988**	1012176	147415	839370	502444	336926	20775	4616
1989**	933132	145547	763210	459532	303678	19821	4554
1990**	745575	61235	660107	399595	260512	18878	5355
1991**	677539	114152	538888	334107	204781	19972	4527
1992**	534710	90602	423886	255277	168609	16706	3516
1993***	402832	50329	332498	214682	117816	16895	3110
1994***	358289	41259	307939	190525	117414	5962	3129
1995***	414046	51825	343098	222340	120758	15156	3967

Fonte: * - Coordenadoria de Informática da Secretaria de Planejamento do INPS (Dados compilados do Boletim Estatístico de Acidentes de Trabalho-BEAT, fornecido pela Assessoria Estadual de Comunicação Social do INSS em São Paulo).

** - MPS/ Anuário Estatístico da Previdência Social/ 1993 (p. 237-239).

*** - MPS/ Anuário Estatístico da Previdência Social/ 1994 (p. 406-407).

*** - MPS/Anuário Estatístico da Previdência Social/1996 (p. 542-543).

Tabela 3: Estatística de Reabilitação Profissional do Brasil por Regiões entre 1990 e 1995

REGIÕES	Clientes Reabilitados/ incap. > 15 d.	Anos	Clientes Registrados (A)	Clientes Elegíveis (B)	Clientes Reabilitados (C)	Clientes em Programa		Auxílios Materiais	
						Total	+ de 240 dias	Quantidade	Valor
Brasil	4,5%	1990*	24.167	19.769 (81,80)##	11.768 (48,69)##	7.724	1.642	994.219	CR\$ 397.318
	5,7%	1991*	23.102	18.903 (81,82)	11.702 (50,65)	8.772	1.781	1.008.656	1.547.190
	7,6%	1992*	24.445	19.519 (79,84)	12.778 (52,27)	8.845	1.976	957.341	14.159.721
	11,2%	1993**	27.720	20.232 (72,98)	13.156 (47,46)	8.151	1.997	894.641	R\$ 97.925
	10,5%	1994**	26.158	18.155 (69,40)	12.392 (47,37)	9.459	2.486	667.807	2.787.906
	12,2%	1995**	30.894	21.770 (70,46)	14.759 (47,77)	9.010	2.044	523.989	4.048.913
Norte	11,1%	1990*	829	754 (90,95)	545 (65,74)	261	26	51.029	CR\$ 9.039
	11,0%	1991*	930	841 (90,43)	620 (66,75)	371	32	96.824	50.792
	33,5%	1992*	981	847 (86,34)	631 (64,32)	399	45	92.720	458.122
	40,4%	1993**	1.153	871 (75,54)	708 (61,40)	450	59	74.055	R\$ 5.975
	44,8%	1994**	1.058	661 (62,47)	578 (54,63)	362	82	30.604	99.331
	28,7%	1995**	822	624 (75,91)	579 (70,43)	301	55	26.248	168.355
Nordeste	13,4%	1990*	5.796	4.693 (80,96)	2.843 (49,05)	1.872	376	400.388	CR\$ 52.853
	16,7%	1991*	5.435	4.471 (82,26)	2.855 (52,52)	2.208	389	435.537	268.213
	29,4%	1992*	6.001	4.619 (76,97)	3.253 (54,20)	2.306	530	532.974	3.680.203
	48,9%	1993**	6.712	4.765 (70,99)	3.393 (50,55)	2.203	467	555.640	R\$ 21.148
	34,2%	1994**	5.334	3.721 (69,76)	2.719 (50,97)	2.081	423	411.879	593.635
	26,9%	1995**	5.561	3.632 (65,31)	2.462 (44,27)	1.714	312	284.129	822.248
Sudeste	3,5%	1990*	12.051	10.059 (83,47)	5.889 (48,86)	4.076	868	325.916	CR\$ 242.403
	4,3%	1991*	10.777	9.021 (83,70)	5.612 (52,07)	4.310	916	288.307	802.429
	4,9%	1992*	11.672	9.458 (81,03)	5.736 (49,14)	4.246	930	204.854	6.155.802
	7,6%	1993**	13.372	10.079 (75,37)	5.991 (44,80)	3.681	1.014	172.848	R\$ 46.430
	7,3%	1994**	13.802	9.542 (72,45)	6.045 (43,79)	5.323	1.581	143.738	1.345.464
	8,9%	1995**	17.161	12.272 (71,51)	8.191 (47,73)	5.223	1.358	127.533	1.755.758
Sul	3,3%	1990*	4.620	3.570 (77,27)	2.024 (43,80)	1.247	331	203.502	CR\$ 85.933
	4,7%	1991*	5.103	3.960 (77,60)	2.241 (43,91)	1.627	407	170.857	360.791
	7,3%	1992*	4.701	3.768 (80,15)	2.656 (56,49)	1.604	436	98.932	3.145.883
	9,6%	1993**	5.074	3.581 (70,57)	2.515 (49,56)	1.467	417	62.794	R\$ 19.934
	11,6%	1994**	4.985	3.504 (70,29)	2.458 (49,30)	1.306	336	44.953	551.127
	19,7%	1995**	5.911	4.295 (72,66)	2.856 (48,31)	1.413	253	52.317	1.060.639
Centro-Oeste	5,0%	1990*	871	693 (79,56)	467 (53,61)	268	41	13.384	CR\$ 7.089
	5,1%	1991*	857	610 (71,17)	374 (43,64)	256	37	17.131	64.965
	13,8%	1992*	1.090	827 (75,87)	502 (46,05)	290	35	27.861	719.710
	13,2%	1993**	1.409	936 (66,43)	549 (38,96)	350	40	29.304	R\$ 4.438
	14,4%	1994**	979	727 (74,25)	592 (60,46)	387	64	36.633	198.349
	19,8%	1995**	1.439	947 (65,80)	671 (46,62)	359	66	33.762	241.913

- Coeficiente de Elegibilidade da Clientela (B/A)

- Coeficiente de Retorno ao Trabalho (C/A)

Fonte: * - MPS/ Anuário Estatístico da Previdência Social/ 1993 (p. 203-204).

** - MPS/ Anuário Estatístico da Previdência Social/ 1994 (p. 386-387).

** - MPS/Anuário Estatístico da Previdência Social/1996 (p. 522-523).

Observação: os valores dos gastos com auxílios materiais serão transformados em real, referente ao ano de 1995, e deflacionados a fim de serem apresentados na Tabela 4.

A Tabela “3 ” mostra que entre o ano de 1990 e 1995, no Brasil, houve crescimento irregular no número de segurados inscritos no Programa de Reabilitação Profissional, que são considerados clientes registrados(segurados encaminhados aos Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional(CRP/NRP) pela Perícia Médica para avaliação e /ou Programa de Reabilitação Profissional(PRP)). Com relação a clientes elegíveis (após a inscrição, o segurado passa por triagem ou avaliação inicial, concluído o julgamento, é considerado eleito ou não para o tratamento), pode-se perceber que o coeficiente de elegibilidade da clientela, em termos relativos, diminuiu até o ano de 1994 e apresentou pequeno acréscimo em 1995. Ao passo que a porcentagem de trabalhadores reabilitados por acidentados com incapacidade temporária e afastamento por mais de 15 dias foi maior do que o dobro. Entre 1990 e 1995, os auxílios materiais diminuíram em número e também em valores dos gastos, como pode-se perceber na Tabela 3.

Tabela 4: Gastos com Auxílios Materiais para Reabilitação Profissional, 1990-1995(1) (em reais de 1995)

Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1990*	7.511.132	170.879	999.164	4.582.528	1.624.528	134.015
1991*	5.698.509	187.074	987.865	2.955.454	1.328.842	239.275
1992*	4.763.504	154.118	1.238.066	2.070.888	1.058.314	242.119
1993**	4.110.835	250.827	887.781	1.949.104	836.818	186.305
1994**	4.668.576	166.338	994.090	2.253.089	922.907	332.152
1995**	4.048.913	168.355	822.248	1.755.758	1.060.639	241.913

1) Dados deflacionados pelo Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas, Conjuntura Econômica, março de 1997.

Fonte: * - MPS/ Anuário Estatístico da Previdência Social/ 1993 (p. 203-204).

** - MPS/ Anuário Estatístico da Previdência Social/ 1994 (p. 386-387).

** - MPS/Anuário Estatístico da Previdência Social/1996 (p. 522-523).

Em relação as diferentes regiões, nota-se que na maioria existe aumento no número de clientes registrados e diminuição no coeficiente de elegibilidade entre os anos de 1990 e 1995. Considera-se que o aumento no número de registrados e a diminuição no número de clientes elegíveis podem estar relacionados ao procedimento da Perícia Médica do INSS de encaminhar os segurados aos CRP e Núcleos a fim de que avaliem a necessidade ou não de participação no Programa de Reabilitação Profissional. Essa medida deve causar mais trabalho ao serviço de triagem, que deve ser mais criterioso. Por outro lado, nota-se a existência de um cuidado maior dos peritos que, perante a qualquer dúvida sobre a elegibilidade do caso, preferem encaminhar os acidentados às unidades para que se efetue a avaliação inicial (é uma das atividades desenvolvidas nos CRP/NRP para definir se os segurados são passíveis ou não de Programa de Reabilitação Profissional. Como resultado obtem-se a definição de: retorno imediato ao trabalho, inelegíveis ou elegíveis). Ao contrário dos anos anteriores em que o serviço de reabilitação profissional era pouco conhecido ou considerado pelos peritos, agora ele está recebendo a devida importância.

Os segurados reabilitados no ano correspondem aos que foram registrados e considerados elegíveis (segurados que, embora com limitação da capacidade laborativa, reúnem condições de ingresso ao programa de reabilitação profissional, com o objetivo de retornar ao trabalho, seja na mesma função ou em outra) neste ou em anos anteriores, ou obtiveram alta no ano. Entre os inscritos nos Programas estão os segurados impedidos de exercer sua capacidade laborativa por motivo de acidente do trabalho ou doença.

O coeficiente de retorno ao trabalho, que mede o índice de segurados reabilitados pelas Unidades de Reabilitação Profissional, também diminuiu entre 1991 e 1994. Isso significa que menos segurados elegíveis concluem com êxito o programa de reabilitação profissional, retornando ao trabalho na mesma atividade, ou em atividade diversa; nota-se um pequeno aumento em 1995. Quando as diversas regiões são analisadas, percebe-se que, na maioria delas, o coeficiente de retorno ao trabalho tem pequeno decréscimo, com exceção da região Norte (15,80) onde se encontrou aumento maior do que na região Sudeste (3,94) no ano de 1995.

O número de clientes em programa (representa a média mensal de segurados em Programa de Reabilitação Profissional) e o número de clientes que estavam há mais de 240 dias (representa a média mensal de segurados que ultrapassaram o prazo máximo de 240 dias previsto em norma) para a realização do Programa de Reabilitação Profissional diminuiu entre os anos de 1990 e 1995, nas diferentes regiões.

Em muitos casos, os segurados permaneceram por mais de 240 dias nos programas, em virtude de: indefinição quanto à atividade profissional que poderá desempenhar; indefinição da empresa na escolha da nova função; falta de condições físicas para receber a prótese; dificuldade em se adaptar com a

prótese; demora na fabricação e compra da prótese; intercorrências médicas; resistência do paciente em aceitar a limitação física, medo de voltar a trabalhar e sofrer outro acidente. Quando a reabilitação profissional é enfocada no sentido mais amplo, isto é, considerando os aspectos psicossociais além do aspecto físico, o tempo de tratamento pode ser prolongado. Portanto o prazo estipulado oficialmente como tempo máximo (240 dias) para concluir a programação, nem sempre é o suficiente.

Pode-se observar que a diminuição do número de segurados que permaneceram por mais de 240 dias não significa que os trabalhadores tenham todas as suas necessidades de reabilitação satisfeitas. Algumas vezes são desligados do programa sem ter concluído satisfatoriamente as etapas da reabilitação profissional porque precisam retornar ao trabalho o mais rápido possível, residem em outra cidade e não têm condições de continuar o tratamento, ou mesmo pelo fato de a instituição, INSS, não conseguir verbas para a realização de curso profissionalizante, ante a ausência de perspectiva quanto ao recebimento da prótese, da pressão que o Programa deve receber dos órgãos superiores para apresentar o índice de produtividade esperado. Cada segurado afastado do trabalho, que recebe auxílio doença e no programa de reabilitação profissional representa um custo para a Previdência Social.

Entre os anos de 1990 e 1995 percebeu-se diminuição no número e nos gastos com auxílios materiais em algumas regiões do Brasil, como: as regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste. Na região Norte notou-se uma diminuição no número e um aumento nos gastos com auxílios materiais. Já na região Sul, verificou-se um aumento tanto no número quanto nos gastos com auxílios materiais. Os auxílios materiais descritos na tabela "4" englobam, por exemplo, transporte, alimentação, prótese, órtese, reparo de prótese e órtese, implementos profissionais e instrumento de trabalho concedidos aos segurados, taxas de

inscrição e mensalidades de cursos e/ou treinamentos profissionalizantes, documentos e medicamentos, entre outros.

Não se realizou estudo detalhado sobre os gastos com os auxílios materiais nas regiões, porém, as diferenças nos valores dos gastos em relação à quantidade de material ou ao número de clientes em programa de reabilitação nos chamam à atenção. Portanto, na região Sudeste, proporcionalmente, existe um gasto menor com auxílios materiais, o mesmo não ocorre com as demais regiões. Minha hipótese é que os gastos estejam relacionados com a compra de equipamentos e utensílios de trabalho para os segurados, que se tornaram trabalhadores autônomos, pois a perspectiva de retorno ao trabalho no setor formal deve ser menor. Pode haver ainda maior interesse político em favorecer a aquisição de equipamentos e materiais para os acidentados do Nordeste do que para os do Sudeste.

Na verdade, não se pode dizer que o programa de reabilitação profissional seja dispendioso para a Previdência Social. Dados sobre as despesas do INSS com todos os benefícios e com acidentes de trabalho, no Brasil, de 1988 a 1993, demonstram que os gastos com a reabilitação profissional continuam baixos. Assim, a Previdência Social gastou com a reabilitação (em US\$ mil) 13.276 em 1988; 19.595 em 1989; 14.999 em 1990; 22.494 em 1991; 11.087 em 1992 e 16.290 em 1993³⁴. Esses percentuais, representam, no total de despesas do INSS com acidentários (pensão; aposentadorias; auxílio-doença; auxílio-acidentário; auxílio suplementar; Fundacentro e perícia médica), 4,15% em 1988; 7,88% em 1989; 3,35% em 1990; 5,23% em 1991 e 2,6% em 1993.

³⁴ PINTO, Vitor Gomes. Acidentes de trabalho no Brasil sob o ponto de vista da Segurança e da Saúde. Documento final de consultoria à Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, Ministério do Trabalho, SSST/MTb, Projeto PNUD BRA-91/013, Brasília, dezembro, 1994. Datilografado, p.16.

A fonte dessas tabelas é o Boletim Estatístico de Reabilitação Profissional (BERP). Este Boletim apresenta dados sobre o número de clientes registrados; clientes elegíveis; clientes reabilitados; clientes em Programa; auxílios materiais e outras informações sobre o funcionamento dos serviços. Todos os CRP e NRP encaminham os BERPs às Seções de Reabilitação Profissional do INSS do Estado mensalmente, e estes documentos são enviados ao Ministério da Previdência Social em Brasília. Assim, são realizadas análise estatística dos dados e avaliação qualitativa da Seção de Reabilitação Profissional. Os dados qualitativos são utilizados apenas internamente e servem como instrumento para supervisão das unidades. Destaca-se que estas informações não são acessíveis ao público. Vale ressaltar que as estatísticas são compiladas manualmente nos serviços de reabilitação profissional, pois nem todas as unidades estão informatizadas.

Até pouco tempo atrás, no Brasil, as estatísticas sobre reabilitação profissional praticamente não eram divulgadas. Por exemplo, o periódico “Previdência em Dados, uma revista publicada bimestralmente informando dados estatísticos relativos às atividades desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Seguro Social, entre outros assuntos, apresentou pela primeira vez dados do Programa de Reabilitação Profissional em 1992. A partir de 1993 pode-se recorrer ao Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), no qual encontraram-se dados mais recentes sobre reabilitação profissional.

2.2.1 O CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL / INSS/ SÃO PAULO

SOARES ressalta que, “nos anos 70, os Centros de Reabilitação Profissional do INPS vão sendo instalados, tendo como prioridade os casos de acidentados do trabalho, antes da fase final de seu tratamento clínico”³⁵.

³⁵ SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1991) *Terapia ocupacional - Lógica do capital ou do trabalho?*, *op. cit.*, p.136.

No início, o crescimento da estrutura do CRP de São Paulo/Capital foi acompanhado pelo aumento no número de pessoal. A instituição chegou a funcionar, na década de 70, em 3 turnos de trabalho, com 250 a 300 funcionários. Possuía nessa ocasião 12 equipes multidisciplinares, uma oficina ativa e clientela diversificada, que atendiam também casos de psiquiatria e crianças excepcionais³⁶. Esses atendimentos estavam de acordo com o regulamento de 1969 da Previdência Social, que previa atendimento de excepcionais, e com as diretrizes do IAPC de atender pacientes da psiquiatria.

No decorrer desses anos, os CRP apresentaram sérias dificuldades em especial no que se refere a recursos humanos. Assim, vários técnicos foram transferidos, exonerados ou aposentados sem serem substituídos em virtude da impossibilidade da realização de novas contratações por meio de concurso público.

O último concurso público ocorreu em 1978, não havendo qualquer contratação desde então. Em dezembro de 1994 o Centro de Reabilitação Profissional (CRP) - SP apresentava o seguinte quadro de funcionários:

³⁶ Relatório do Centro de Reabilitação Profissional/INSS/ São Paulo, 09/03/93.

Tabela 5: Quantidade de Funcionários por Categoria Funcional no CRP/SP -dez. 94

CATEGORIA FUNCIONAL	QUANTIDADE DE FUNCIONÁRIOS	
	EM ATIVIDADE N.A.	AFASTAMENTO P/ LICEN- ÇA E OUTROS MOTIVOS
MÉDICO	7	1
ENFERMEIRO	2	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	9	1
PSICÓLOGOS	17	1
FARMACÉUTICOS	1	
SOCIÓLOGOS	8	4
ASSISTENTE SOCIAL	14	
FISIOTERAPEUTA	2	
AGENTE ADMINISTRATIVO	19	
AGENTE de SERVIÇO COMPLEMENTAR	8	
OUTROS FUNCIONÁRIOS	8	
TOTAL	95	7

* Esclarecemos que o número de funcionários do CRP/INSS/São Paulo diminuiu ainda mais após dezembro de 1994, pois vários técnicos e pessoal de apoio administrativo entraram com pedido de aposentadoria.

Hoje a clientela do CRP - São Paulo, é basicamente composta de segurados em auxílio-doença encaminhados pela Perícia Médica de Acidente do Trabalho do INSS. A demanda do CRP-SP tem crescido a cada ano. Por outro lado, o número de funcionários diminuiu. O CRP-SP possui atualmente 95 funcionários em atividade. Tal fato repercute no tempo de espera para o atendimento. A primeira entrevista tem ocorrido 5(cinco) meses após a inscrição.

Os Centros³⁷ e Núcleos “são criados segundo um modelo de reabilitação estrangeiro.” Porém, “os Núcleos, no seu funcionamento não puderam seguir à risca este modelo em razão da demanda da clientela na região”. Assim, “prevalece na formação desses serviços a disponibilidade de pessoal, instalações e verbas. No CRP-São Paulo, por exemplo, existem várias limitações quanto às instalações físicas e aos equipamentos. A instituição está funcionando em um imóvel próprio que sofre com a intempérie...e necessita de reparos na rede elétrica. Localiza-se em região de difícil acesso para atender a cidade de São Paulo, Grande São Paulo e algumas cidades do interior. Além disso, ressalta-se a existência de maquinário e equipamentos obsoletos, inadequados, insuficientes e em estado precário em razão da falta de manutenção, existem, ainda, equipamentos e maquinários desativados, o que prejudica o desenvolvimento dos trabalhos uma vez que o processamento dos serviços é realizado manualmente”³⁸.

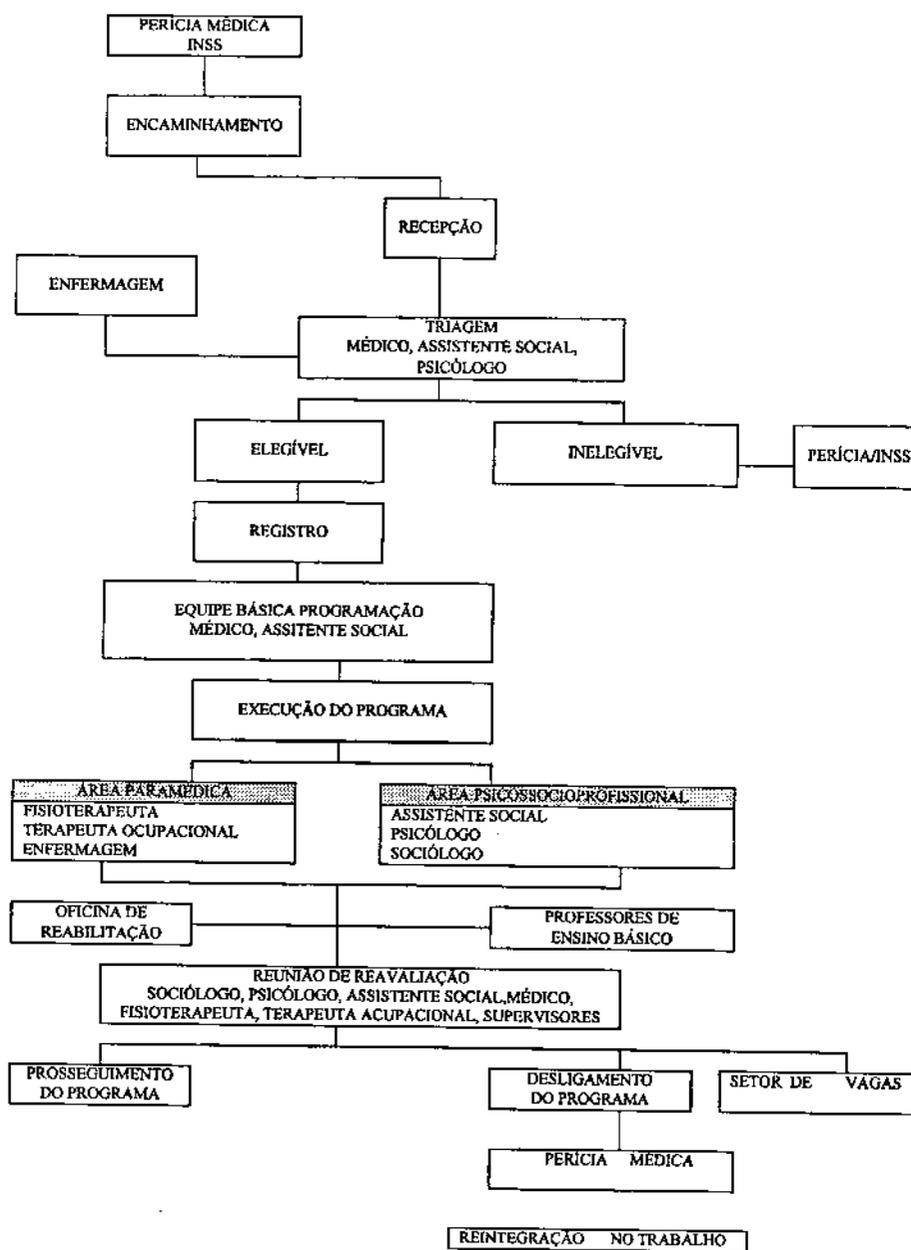
O trabalho é realizado por uma equipe multidisciplinar que tem apoio e respaldo do pessoal administrativo. O serviço de triagem foi instituído recentemente para solucionar o problema do grande número de casos inelegíveis para o programa de reabilitação profissional, decorrentes do mau encaminhamento realizado pela perícia médica do INSS. A equipe é formada por médico, assistente social e psicólogo.

O processo de reabilitação profissional é desenvolvido em fases básicas simultâneas ou sucessivas, compreendendo avaliação fisiológica, psicológica e sócioprofissionais, bem como a (re)educação e (re)adaptação e habilitação para o desempenho de atividades laborativas, visando a (re)inserção no contexto social.

³⁷ Os Centros consistiam em unidades que possuem corpo técnico com especialistas em várias áreas e com capacidade de atender a um maior número de segurados e os Núcleos eram unidades subordinadas aos Centros, que possuíam corpo técnico com menor número de especialistas e com capacidade de atender menor número de segurados. A sua existência facilitava o acesso a esses serviços dos reabilitandos das regiões do interior do estado.

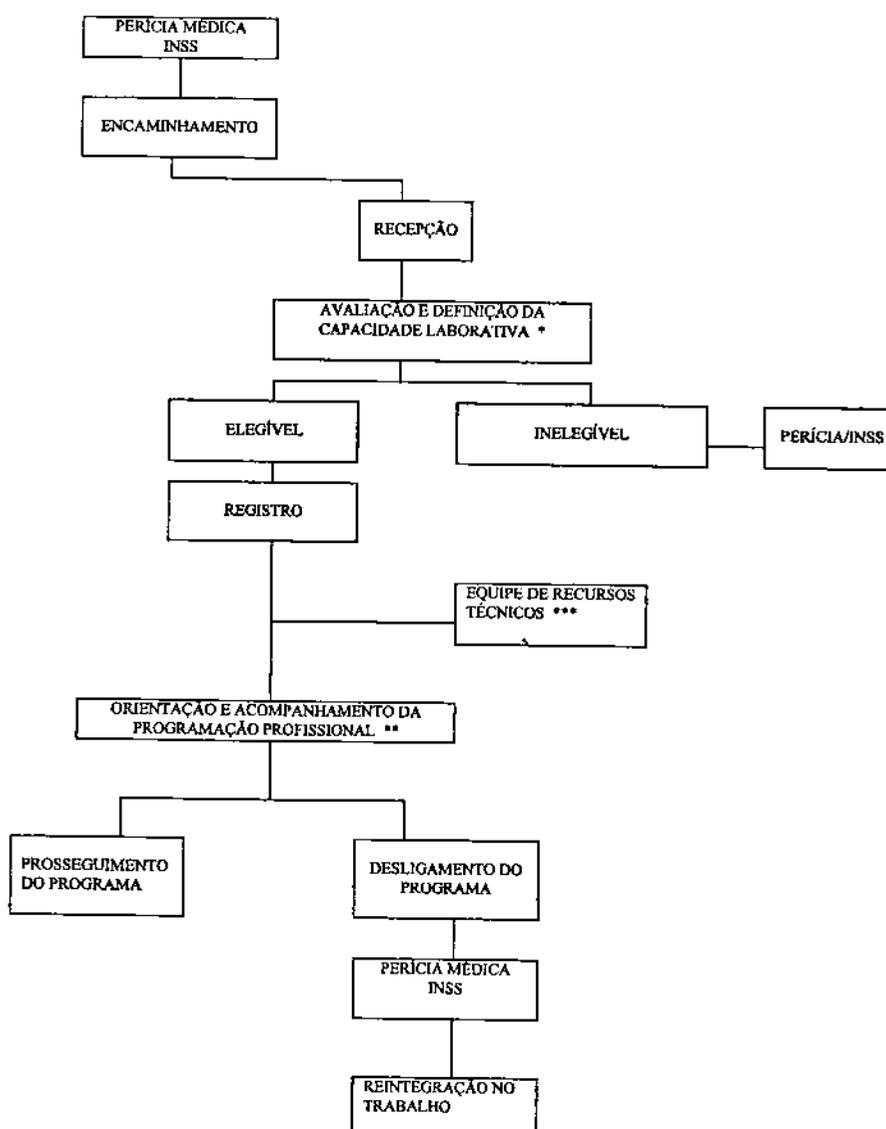
³⁸ Relatório do Centro de Reabilitação Profissional/INSS/São Paulo, 09/03/93.

Abaixo apresentaremos o organograma do CRP-SP.



Obs.: Esse organograma do CRP/São Paulo é referente ao mês de dezembro de 1994. Em 1997, a instituição passa por uma reorganização da estrutura funcional e obtém novo organograma (Resoluções nº PR 424, de 07/03/97- BS INSS/DG nº 46, de 10/03/97) que procura adequar o número de técnicos existentes a demanda dos segurados no programa.

Abaixo apresentaremos o organograma do CRP-SP.



Obs:

* Consiste no processo de análise global dos seguintes aspectos: limitações, perdas funcionais e aquelas funções que se acham conservadas; habilidades e aptidões; potencial para aprendizagem; experiências profissionais e situação empregatícia; nível de escolaridade; faixa etária e mercado de trabalho de origem, com vistas a definição da capacidade real de trabalho dos beneficiários. A equipe é formada por dois técnicos, sendo um deles médico.

** Consiste no processo de condução do reabilitando à escolha consciente e esclarecida da atividade a exercer no mercado de trabalho, mediante a conjugação de três elementos básicos: o conhecimento da capacidade laborativa, dos requisitos necessários ao exercício das profissões e das oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho, bem como o planejamento e o acompanhamento da execução de sua profissionalização.

*** A Equipe de Recursos Técnicos assessora as demais equipes com subsídios imprescindíveis à definição da capacidade laborativa e à orientação profissional, com base em avaliações específicas dos aspectos físicos, psíquicos e sócioprofissionais. Responsabiliza-se, ainda, pelo treinamento de prótese, pela análise de funções, pela divulgação dos recursos para formação profissional, tendências de mercado de trabalho, articulação para reinserção no mercado, acompanhamento e pesquisa de fixação. As equipes de orientação profissional e de recursos técnicos podem ser constituídas por técnicos de quaisquer categorias profissionais de nível superior do quadro específico de Reabilitação Profissional que a Unidade Executiva dispuser.

Na proposta do novo organograma percebe-se o interesse na horizontalização na estrutura funcional do serviço, na agilização do fluxo de atendimento do segurado no programa, na descentralização da responsabilidade do acompanhamento do caso entre todos os profissionais, no trabalho em equipe e na profissionalização dos acidentados. Considera-se importante que todos os técnicos, isto é, os orientadores profissionais, que têm contato com os acidentados, possam realizar visitas às empresas visto que possuem visão mais integrada do processo de reabilitação, no que se refere aos aspectos sócioeconômicos, psicológicos, médicos, paramédicos, educacionais e profissionais.

Para se entender a trajetória do acidentado no programa de reabilitação busca-se como referência o organograma de 1994, quando se realizou o levantamento de dados dessa pesquisa. O serviço de triagem efetua o atendimento de casos rápidos: isto é, o segurado chega ao CRP com condição física e profissional definida que não necessita de acompanhamento prolongado e de avaliação da equipe básica. O cliente é encaminhado diretamente às áreas específicas. Os casos de colocação ou troca de órtese e prótese também são dirigidos diretamente para o serviço de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Estas medidas visam agilizar o atendimento.

Após passar pela triagem e o caso sendo elegível, o segurado é atendido pelo serviço de enfermagem a fim de efetuar o exame de rotina. Os casos ineligíveis voltam para a perícia médica do INSS.

Na equipe básica o médico e o assistente social prescrevem o programa de reabilitação profissional. O segurado, dependendo da necessidade, é encaminhado para diferentes especialidades, como: fisioterapia, terapia ocupacional e enfermagem. Cada cliente é acompanhado por uma assistente social durante todo o programa. O psicólogo realiza entrevista com todos os segurados e conforme o estado psicológico da pessoa é prescrito ou não tratamento psicoterápico. Já os sociólogos integram a área profissional do programa, sendo responsáveis pelas visitas às empresas a fim de prepararem a análise de função e verificarem com as empresas a possibilidade de retorno ao trabalho .

A oficina de reabilitação oferece cursos de corte-costura , silkscreen, pintura, trabalhos manuais, papéis, entre outros. Os reabilitandos, algumas vezes, chegam a frequentar cursos pagos pelo CRP ,em outras instituições, de acordo com seu interesse.

O curso de ensino básico consiste em aulas de alfabetização, em especial para os segurados que necessitam melhorar o nível de escolaridade, pois deverão mudar de função.

Apesar da importância, o CRP-SP não possui professor para o ofício, de marcenaria, mecânica, eletricidade, torno, e outros. Além disso, os equipamentos existentes na instituição para estas atividades estão sem manutenção e fora do padrão tecnológico atual. Não existe rotina de encaminhamento dos segurados ao SESI. Os cursos do SESI exigem, o primeiro grau completo, como nível de escolaridade que a maioria dos acidentados mutilados do CRP/INSS não possui.

Os agentes de colocação do Setor de Vagas praticamente não desempenham essa função, pois os acidentados não estão desempregados durante a permanência no programa, e após o desligamento são reintegrados à empresa de origem. São raros os casos de trabalhadores que retornam ao CRP, depois de algum tempo, procurando emprego. As vagas existentes são preenchidas mediante os classificados em jornais, visitas às empresas ou telefonemas de empregadores procurando por acidentados reabilitados.

Todas as etapas do programa são acompanhadas por supervisores que procuram dar suporte técnico e administrativo aos vários setores. Pode-se relacionar quatro supervisores na área técnica e três na área administrativa.

O CRP/INSS oferece ainda auxílio prótese e órtese, aparelhos de correção, instrumentos de trabalho, medicamentos e transporte urbano. O cliente é reembolsado pelo CRP nos gastos que efetua com transportes urbanos de acordo com a frequência de carimbos na carteira apresentada nos dias do tratamento no CRP. Além disso, recebe alimentação, cursos profissionalizantes e documentos de habilitação para o trabalho³⁹. O tempo da liberação da prótese

³⁹ Lei nº 8.213 de 24/07/91, Art. 89.

depende da liberação da verba pelo INSS. O segurado que já esteja trabalhando tem prioridade de adquirir uma prótese nova. Dessa maneira, o cliente deve aguardar em média 6 meses para receber a prótese. Atualmente, o prazo de espera é de 2 meses e meio. Por outro lado, o dinheiro para o transporte é liberado relativamente rápido. A participação em cursos também depende da liberação da verba pelo CRP/INSS. A demora na liberação da verba, em razão da burocracia e contenção de despesas do Estado, faz com que os reabilitandos fiquem desestimulados para realizarem os cursos. Além disso, existem entraves para a efetivação dos convênios com instituições voltadas para a formação profissional. Esses problemas dificultam a requalificação do trabalhador acidentado.

Com referência à produtividade encontra-se o seguinte quadro. A carga horária dos médicos é de 20 horas semanais e dos demais funcionários técnicos e administrativos, 30 horas semanais.

Pode-se perceber um número maior de atendimentos pelos assistentes sociais, que passam menos tempo com cada cliente durante a sessão e os acompanham durante toda a programação. Alguns profissionais limitam-se a realizar avaliação da condição física ou psicológica do reabilitando e encaminham-no para outras áreas. Dependendo da situação, o segurado é atendido no CRP-SP várias vezes no mês.

Tabela 6: Quantidade de Casos Atendidos pelas Diferentes Categorias Funcionais da Área Técnica do CRP/SP- Novembro de 1994

NÚMERO DE PROFISSIONAIS POR CATEGORIA FUNCIONAL	CARGA HORÁRIA/DIA	NÚMERO DE CLIENTES NOVOS E ANTIGOS ATENDIDOS POR PERÍODO, SEGUNDO CADA PROFISSIONAL	NÚMERO DE CLIENTES NOVOS E ANTIGOS ATENDIDOS POR PERÍODO, SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL	NÚMERO DE CLIENTES NOVOS E ANTIGOS ATENDIDOS POR MÊS (20 dias úteis), SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL
Médico	7 (4 horas)	7 clientes	49	980
Enfermeiro	2 (6 horas)	7 clientes	14	280
Terapeuta Ocupacional	9 "	7 clientes	63	1.260
Psicólogo	17 "	3 clientes	51	1.020
Farmacêutico	1 "	indefinido	-	-
Sociólogo	8 "	visitar três empresas por semana	-	-
Assistente Social	14 "	11 clientes	154	3.080
Fisioterapeuta	2 "	4 clientes	8	160
Total			339	6.780

No mês de novembro de 1994, o CRP - SP atendeu 778 segurados.

Considerando o número de profissionais por cada categoria funcional, o número de clientes novos e antigos atendidos por período e o número de dias úteis no mês (20 dias), percebeu-se que a capacidade de atendimento do CRP/São Paulo é de 6.780 clientes. Em novembro de 1994, a instituição atendeu 778 segurados. Cada acidentado compareceu em média mais de 2 (duas) vezes por semana ao programa.

Ressalta-se que os técnicos além do atendimento dos casos desempenham algumas tarefas como preencher o prontuário após cada atendimento, entrar em contato com a empresa para esclarecimentos de dúvidas quanto ao retorno do segurado a mesma, preencher solicitação de compra de material, instrumentos, participar de reuniões de reavaliação dos casos dos segurados e reuniões administrativas, entre outras.

Apesar da existência de material instrucional técnico percebe-se diferenças nos procedimentos dos profissionais. A forma de preenchimento dos prontuários comprova este fato. Enquanto alguns técnicos relatam o atendimento ao segurado de forma detalhada, utilizando linguagem clara e compreensível, outros fazem anotações sucintas e de forma incompreensível para os profissionais de outras áreas. Além disso, constata-se a existência de técnicos com interesse na reabilitação profissional do reabilitando. Eles se empenham em conscientizar os empregadores da importância da reinserção profissional, contatam várias vezes com os empresários, realizam visitas às empresas, e, acima de tudo, prezam pela qualidade do atendimento aos reabilitandos. Por outro lado, sabe-se da existência de profissionais que se limitam a cumprir o mínimo necessário, no que diz respeito a sua especialidade.

Os sociólogos procuram entrar em contato com a empresa com a qual os segurados têm vínculo, com o fito de transmitir a filosofia da reabilitação profissional e realizar a análise profissional para efeito do prontuário do cliente e a posterior mudança de função. Destaca-se que o INSS não oferece meio de transporte para os técnicos deslocarem-se às empresas. Assim, são obrigados a se utilizar de condução própria ou de transporte urbano. Em 1994, para efetuar visitas às empresas os técnicos receberam R\$ 4,76. Em setembro de 1996 esse valor chegou a R\$ 17,00 e em 1997, a R\$ 9,00 por dia como ajuda de custo. Essa variação do valor se dá pela quantidade de verba que é liberada para a tarefa.

Quando se discute a produtividade do serviço de reabilitação profissional não se pode esquecer que para se atingir a reinserção no mercado de trabalho do acidentado é preciso se ater aos aspectos humanos existentes no processo de reabilitação.

A racionalidade que impera no nosso cotidiano leva a uma visão técnica da reabilitação. Assim, o trabalhador acidentado deverá voltar o mais rápido possível ao mercado de trabalho. Numa perspectiva economicista isso significa que o trabalhador voltará a contribuir com a Previdência Social. Além disso, existe a divulgação da Previdência Social, de seu assistencialismo, pela da implantação de políticas sociais que fortalecem as medidas econômicas. Nesse contexto, deixamos de considerar o objeto principal da reabilitação profissional, o homem. A reabilitação profissional não deve ser pensada apenas quanto a sua finalidade; isto é, a volta ao trabalho. Assim, a reabilitação deve ser o espaço de reconstrução da identidade do trabalhador acidentado. As marcas da violência dos acidentes do trabalho atingem não só os corpos dos trabalhadores mas a identidade, a auto-estima, a confiança em si mesmo e a segurança no futuro.

Nessa medida torna-se impossível estabelecer o período de tempo exato para o cumprimento da programação, visto que ele depende da condição física e emocional em que se encontra o reabilitando, a família, a receptividade da empresa e a própria situação dos Centros e Núcleos, o que o serviço tem a oferecer ao acidentado.

Além dos aspectos subjetivos existentes no processo de reabilitação deve-se ressaltar outros fatores concretos que interferem no desenvolvimento do programa, como a falta de planejamento, a falta de equipamentos para exames especializados, os conflitos internos na equipe dos CRP e nos Núcleos e, em especial, a desvalorização do trabalho pelo servidor público, que muitas vezes o obriga a desempenhar mais de uma atividade profissional para sobreviver.

Apesar de o trabalho dos técnicos do CRP/INSS ser especializado, em 95, os salários dos servidores eram os seguintes: nível superior AIII - 524,30 por 40 h semanais e DI - 244,61 por 40 h semanais; nível intermediário AIII - 309,93 por 40 h e DI - 138,61 por 40 h semanais; nível auxiliar AIII - 183,53 por 40 h semanais e DI - 73,62 por 40 h semanais⁴⁰. Esclarecemos que além dos vencimentos, os servidores recebem complementação de 70% do salário. A carga horária é de 30 h semanais, adquirida por direito, sendo que os médicos trabalham 20 h semanais. Em 1997, segundo a diretora do CRP/São Paulo, os técnicos de nível superior do CRP/INSS estão recebendo no máximo o salário de R\$ 1.400,00 (R\$ 1.100,00 líquido) e no mínimo o salário de R\$ 800,00 (R\$ 700,00 líquido). Esse valor varia de acordo com o ano em que o servidor foi admitido no serviço público. O técnico com menos tempo no CRP/São Paulo está há 16 anos na instituição. Além disso, para alguns funcionários, esses valores têm acréscimo de R\$ 300,00, referente às diferenças salariais obtidas por meio de conquistas judiciais.

A produtividade tem relação com o modo pelo qual os relacionamentos sociais se estruturam, o que determina a própria organização do trabalho. Sendo assim, na análise da visão de alguns técnicos do CRP/INSS/ São Paulo sobre a reabilitação profissional essa questão também será abordada.

2.3 A VISÃO DE ALGUNS TÉCNICOS DO CRP/INSS/SÃO PAULO SOBRE A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

A pesquisa “Acidentado do Trabalho: Reabilitação ou Exclusão?” iniciou-se a partir de entrevistas abertas com 15 técnicos e funcionários administrativos do CRP/INSS, regional de São Paulo. Os técnicos entrevistados foram: sociólogos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais,

⁴⁰ Dados do Diário Oficial nº 16, segunda-feira, 23/01/95.

fisioterapeutas, médicos, enfermeiros e agentes de colocação. O objetivo foi analisar a compreensão dos vários profissionais da reabilitação profissional, com a finalidade de apreender o problema a ser estudado.

Os técnicos e a direção da instituição demonstraram receptividade em prestar depoimento sobre suas especialidades. Alguns demonstraram reação de descrença em relação à realização da pesquisa. Esclareceram que estudos de caráter científico já haviam sido realizados no CRP, porém não tinham conhecimento da finalidade e utilização dos resultados alcançados pela pesquisa. Entretanto a maioria se mostrou interessada em colaborar, acreditando que algo possa ser feito para melhorar o funcionamento da reabilitação profissional.

Apesar de várias dificuldades nas condições de trabalho, como a falta de funcionários, de infra-estrutura, excesso de burocracia para viabilizar os projetos, problemas de relacionamento entre os técnicos e funcionários administrativos, encontramos no CRP profissionais com longa experiência na instituição, ou mesmo na área de reabilitação, empenhados em desenvolver seu trabalho da melhor maneira possível.

Em primeiro lugar, percebeu-se que, pelos relatos dos entrevistados, não era possível chegar-se a uma definição do que é reabilitação. A maioria dos técnicos referia-se à finalidade da instituição: “preparar o segurado para retornar ao trabalho”, buscando a readaptação funcional. Procurava-se encontrar um significado e um sentido para a reabilitação por meio da readaptação profissional, reabilitação humana, reabilitação global, reabilitação integral, reabilitação física, etc. Porém não havia clareza sobre o que fossem essas várias reabilitações.

Percebeu-se uma preocupação maior, entre os técnicos, em relação ao retorno do acidentado à empresa e à readaptação funcional. Dessa maneira, era importante conhecer o tipo de função adequada à determinada seqüela física e qual o posto de trabalho mais indicado. O empenho para a volta do acidentado ao trabalho estava relacionado com a capacidade de sobrevivência financeira dele e de sua família, segundo os técnicos. No entanto, não se pode esquecer que também existe a pressão dos órgãos de direção do INSS para que os segurados sejam desligados após determinado tempo de programa de reabilitação. Isto ocorre porque há um custo em se manter o acidentado afastado do trabalho, em atendimento no CRP. O acidentado somente volta a contribuir para a Previdência Social quando retorna à empresa, deixando de produzir despesas aos serviços especializados de reabilitação profissional.

Alguns técnicos pensavam a reabilitação num contexto político e social, criticando o papel do Estado na assistência e proteção aos trabalhadores e ressaltando a importância da vida social, familiar e profissional do acidentado, em relação a sua estratégia de sobrevivência financeira e sua interação social com a empresa, destacando a discriminação contra o trabalhador mutilado no mundo do trabalho. Nesse caso, o preconceito social e os conflitos nas relações sociais eram referidos como um dos problemas no processo de reabilitação.

Havia consciência dos profissionais a respeito do estigma contra o acidentado do trabalho na empresa, da relação de poder existente entre acidentados e empregador, por exemplo. Porém se percebeu que, diante da própria impotência em não poder ou não saber lidar com os problemas sociais e políticos, os profissionais voltavam sua atenção para as questões técnicas, referentes à readaptação funcional e à recuperação física, e acabavam afastando-se da esfera da empresa. Segundo alguns técnicos, “o CRP não tem que se

meter na empresa. O nosso papel é reabilitar o acidentado. Preparar o trabalhador para retornar ao trabalho.”

Por outro lado, percebeu-se que o próprio papel do CRP/São Paulo é ambíguo. A maioria dos técnicos entrevistados revelou que, naquele momento, a instituição não reabilitava totalmente os acidentados. Ela apenas avaliava a capacidade física para efeito de recebimento de benefício previdenciário e posterior mudança de função na empresa. A instituição parecia ter apenas papel burocrático na máquina administrativa do Estado e, na verdade, não estava tendo condições de responder à demanda real de reabilitar e habilitar os acidentados do trabalho em todos os aspectos: físico, mental, social e profissional.

Mesmo esse papel de avaliar a capacidade física é questionável pois, no final do processo de reabilitação, o segurado é reencaminhado para a Perícia Médica para uma avaliação final. Como refere FERREIRA *et alli*, “tudo começa e termina na Perícia Médica. De fato, o serviço de reabilitação está totalmente vinculado à Perícia. Esta é a instituição-chave do processo acidentário, pois é nele que são definidos os destinos dos acidentados e doentes, não só em termos de aptidão ou não para o trabalho como dos benefícios a eles devidos”⁴¹. Pelo menos em São Paulo, é confirmado que existe uma concordância entre os resultados das avaliações realizadas pelos técnicos do CRP/São Paulo e as opiniões dos peritos da Perícia Médica em 99,0% dos casos. Em outros estados, a situação pode ser diferente pela falta de integração entre as instituições. A estimativa de retorno dos segurados para o CRP, encaminhados pela Perícia Médica para uma reavaliação, é de 30%.

⁴¹. FERREIRA, Leda Leal *et alli*. Análise coletiva do trabalho entre funcionários de um centro de reabilitação profissional da Previdência Social, em São Paulo. FUNDACENTRO, Coordenadoria de Ergonomia, Junho de 1995, p. 8.

Após a Perícia Médica, é a empresa quem decide sobre a recolocação dos acidentados. Dessa maneira, a própria função do CRP é questionada, por não estar realizando o que lhe é devido e por não participar da decisão final de recolocação dos acidentados na empresa. O seu poder é limitado.

Para alguns técnicos, a verdadeira reabilitação deve focar a qualificação profissional do acidentado, para que ele tenha condições de retornar à empresa, ou então de enfrentar o mercado de trabalho. Deve-se também incluir a recuperação psicológica, que não está sendo realizada. O CRP/São Paulo não possui uma infraestrutura técnica e de equipamentos para qualificar de forma adequada o acidentado. As tentativas de convênio com instituições como SENAI e SESI enfrentam dificuldades de ordem burocrática. Além do mais, há a falta de escolaridade dos acidentados que impossibilita sua participação nos cursos profissionalizantes.

Por outro lado, alguns técnicos ressaltaram que a própria avaliação da capacidade funcional já significa a reabilitação. O contato do acidentado com os técnicos, no momento da avaliação, já tem um efeito terapêutico. Nessa perspectiva, continua existindo a preocupação com o retorno do acidentado à empresa o mais rápido possível. Da mesma forma, pode-se indagar se o simples retorno ao trabalho significa a reabilitação do trabalhador.

No CRP/INSS-São Paulo, percebeu-se que existem conflitos nas relações sociais a nível de organização. Segundo DWYER, nesse nível percebe-se um sentimento de que não há treinamento suficiente e há falta de qualificação dos trabalhadores para desempenharem suas funções. Os trabalhadores não possuem controle sobre a divisão de trabalho⁴². As atividades de trabalho dos técnicos (psicólogos, sociólogos, assistentes sociais, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, etc.) devem ser realizadas em equipe, formada por

⁴² - DWYER, Tom. *Life and death at work: industrial accidents as a case of socially produced error*. New York: Plenum, 1991, p. 129.

especialistas de várias áreas. Notou-se o esforço para se atingir um trabalho interdisciplinar. Há competição entre os diferentes setores, que correspondem a diferentes campos do saber. Nas entrevistas, os técnicos referiram a existência de “donos” dos acidentados, dentro da instituição, que são os assistentes sociais. Eles eram os técnicos responsáveis pelos acidentados, durante a sua permanência no CRP, e tinham grande influência no encaminhamento do caso, além de criticarem os psicólogos por serem poucos objetivos e necessitarem de muito tempo para o tratamento. Na verdade, todas as áreas, sem distinção, eram criticadas por profissionais de outros setores.

FERREIRA *et alli*⁴³ também comentou sobre a existência de um problema organizacional na instituição. Acredita-se que as assistentes sociais ou outros profissionais, quando são apontados como culpados pelos problemas existentes, na verdade, “apenas concretizam um problema bem mais profundo: a indefinição do papel do CRP”. Ou seja: “não existe definição das tarefas”, “não existe padrão de atendimento do CRP” e “as funções não são definidas administrativamente”, segundo relatos dos técnicos.

Pôde-se perceber diferenças na maneira de trabalhar com os acidentados entre técnicos de um mesmo setor. Existia um manual da reabilitação profissional, contendo programas de cada setor, porém se observam singularidades no modo de cada técnico desenvolver o seu trabalho. A falta de um procedimento uniforme não parecia comprometer o resultado da reabilitação. Pelo contrário, este fato demonstrava a existência de um espaço de autonomia, no qual era possível a criatividade e o prazer no trabalho dos técnicos. O problema que se verificou foi a falta de comunicação entre os técnicos. Essas experiências particulares, muitas vezes, eram desconhecidas pelos próprios pares e passavam despercebidas pela direção da instituição. Notou-se que a troca de experiências não ocorria de modo constante e

⁴³ - FERREIRA, Leda Leal *et alli* (1995), *op. cit.*, p. 10.

homogêneo entre todos e os argumentos dados pelos técnicos eram os seguintes: “os outros vão criticar meu trabalho”; “ninguém vai me entender”, “ninguém está interessado sobre o que outro está fazendo, o pessoal vem, trabalha e vai embora sem ao menos dizer Bom-dia”, etc. Apesar de existir um discurso de trabalho em equipe interprofissional, os técnicos desenvolvem suas tarefas de forma individual e parcelizada, sem qualquer integração com outras especializações.

As experiências diziam respeito às diversas atividades empreendidas com o acidentado no CRP e após o seu retorno ao trabalho. Elas compreendiam a realização de estudos e pesquisas sobre a sua própria atuação no CRP/São Paulo e fora dele, sem esquecer a atuação da Perícia Médica/INSS e do setor de recolocação profissional entre outros. Além desses exemplos, com certeza deviam existir outros que não foram mencionados, talvez pelo fato de o próprio técnico não considerá-los importantes na sua experiência de trabalho.

Mais uma vez deve-se afirmar que a ausência de clareza em relação ao objetivo da instituição fez com que o trabalho não se desenvolvesse na forma ideal e não correspondesse à demanda da sociedade. Por um lado, o CRP/São Paulo aparenta estar estagnado, com suas normas e regras cristalizadas, “o seu fazer igual de sempre” e, por outro lado, percebeu-se a existência de experiências de trabalho valiosas, frutos do empenho de alguns técnicos, que eram diluídas no contexto macroestrutural. Acredita-se que, a partir dessas experiências, também seja possível resgatar o sentido da instituição.

As trocas com o mundo externo ocorriam por iniciativas pessoais dos técnicos, por meio da realização de cursos, participação em congressos e em trabalhos interinstitucionais, programas de pós-graduação, etc. O programa de reabilitação profissional era desenvolvido basicamente dentro do Centro de

Reabilitação Profissional/São Paulo, existindo, assim, pouca interface com outras instituições, como Delegacias Regionais do Trabalho, sindicatos, escolas profissionalizantes, hospitais onde os acidentados são atendidos, empresas, instituições afins, etc. Discutia-se a importância de se realizarem convênios com órgãos, tais como SENAC, SESI, escolas profissionalizantes. No entanto a burocracia era tanta que tornava quase impossível viabilizar-se qualquer projeto. Os trabalhos interinstitucionais bem-sucedidos aconteciam mais pelo empenho e iniciativa dos técnicos e da direção do Centro ou Núcleo do que pelo apoio da Previdência Social. Não havia incentivo para a confrontação dos saberes técnicos-científicos dos especialistas do CRP/INSS com os saberes existentes no mundo onde os acidentados do trabalho viviam. Na verdade, encontrou-se uma visão técnico-administrativa da reabilitação, na qual os aspectos políticos, sociais e antropológicos nem sempre são considerados. Por exemplo, notou-se haver preocupação sobre como atender à demanda com poucos técnicos ou como oferecer cursos para a clientela na inexistência de verbas do governo.

Os programas realizados nos Centros e Núcleos diferiam entre si, em consequência das características regionais, das demandas e necessidades da população, além do número de servidores, por categoria funcional, existente em cada unidade executiva⁴⁴. Com a intenção de integrar o Centro de Reabilitação Profissional/São Paulo na comunidade, naquele momento, a instituição oferecia cursos abertos de pintura, corte e costura, trabalhos manuais, etc. Essa era uma maneira de a vizinhança conhecer as atividades e os propósitos do Centro. A iniciativa era importante, pois se tratava da possibilidade concreta de os acidentados e portadores de doenças profissionais interagirem com o público em geral. O processo de socialização ocorria dentro da própria instituição. Da mesma maneira, quando possível, os segurados do CRP/São

⁴⁴ - STRUFFALDI, Maria Cristina Blanco (1994). Reabilitação Profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados. São Paulo, S.P., 1994., *op. cit.*, p. 17.

Paulo realizavam cursos em outras instituições, o que poupava a instituição de custos, na medida em que a burocracia dificultava a liberação de verbas.

Além disso, era importante a proposta de se realizar o treinamento dentro das empresas, em oficinas voltadas para a formação de acidentados, e visando a readaptação funcional. A readaptação era lenta e gradual. Nesse período, o trabalhador era observado do ponto de vista de desempenho, manuseio da máquina e conduta disciplinar (adequação de hábitos e atitudes no trabalho, horário, jornada de trabalho, relacionamentos, etc.). A readaptação, quando se faz como estágio, dentro da empresa, torna-se mais real. O mais importante é ter-se uma avaliação profissional no contexto do trabalho e obter uma nova qualificação. Esse era mais um movimento do grupo no intuito de ultrapassar os limites da instituição e ir em busca de uma reabilitação baseada na realidade. Porém, para viabilizar esse estágio, que consistia na readaptação profissional, fez-se necessário que o CRP estivesse organizado internamente, para oferecer uma retaguarda ao acidentado em relação a sua reabilitação nos aspectos emocional, mental, físico e social.

A desorganização do trabalho ficava evidente quando os próprios técnicos confirmavam desconhecer a vida do segurado após o desligamento do programa do CRP/INSS. Não sabiam em que condições estavam trabalhando nas empresas e como estavam vivendo em suas famílias. Os segurados eram excluídos do processo de reabilitação quando retornavam ao trabalho. Segundo alguns técnicos, os acidentados ficavam “sem dono”. Aquilo nos pareceu um contra-senso na medida em que, justamente, é na empresa que se concretiza a última etapa da reabilitação. Os técnicos recebiam notícias de como era a vida do acidentado mutilado fora do CRP, por meio de segurados que retornavam ao programa em razão de intercorrências médicas ou para mudar a prótese. Existiam acidentados que recorriam ao CRP para pedir ajuda nos casos em

que a empresa os forçava a trabalhar em funções incompatíveis com a seqüela física, por exemplo. Assim, os técnicos tomavam conhecimento do que acontecia com os acidentados, quando retornavam ao trabalho.

Alguns técnicos do CRP achavam que deveriam ter o poder de fiscalizar e punir as empresas que estivessem desrespeitando a legislação previdenciária e acidentária. Outros técnicos consideravam que a atividade de fiscalização do ambiente de trabalho cabia apenas à Delegacia Regional do Trabalho (DRT), por meio do trabalho de seus fiscais. No entanto a própria DRT não possuía condições de realizar essa atividade, pois não havia uma norma regulamentar para a aplicação da legislação.

Mais do que a atividade de fiscalização, o CRP deveria ter um papel educativo. A instituição deveria informar sobre o que significa a reabilitação, a importância da participação das diversas instituições, tais como família, empresa, comunidade e sindicato. Estas ajudariam a solucionar os problemas e conflitos existentes no processo de reabilitação, dando orientação planejada e assessoria especializada, e contribuindo para a recuperação física, profissional e emocional dos acidentados do trabalho.

No seu processo de reinserção no mercado de trabalho, o trabalhador não é acompanhado pelos técnicos do CRP durante o período de estágio na empresa, que dura de 15 a 30 dias. A empresa informa a situação do acidentado e, caso esteja tudo bem, o trabalhador é desligado do programa de reabilitação. No entanto nem todas as empresas cumprem de forma correta o estágio programado.

O contato mais intenso com o mundo do trabalho ficava a cargo dos sociólogos que visitavam as empresas para realizar a análise da função em que o trabalhador sofrera o acidente, visando delinear uma nova função na

qual ele poderia ser adaptado. Nessa oportunidade, eles divulgavam o trabalho do CRP e informavam sobre os direitos dos segurados, como a lei da estabilidade. A análise profissiográfica⁴⁵ era realizada para efeito de recebimento de benefícios pelo acidentado. Quando a função era conhecida e constava do manual de análise de função, os técnicos não necessitavam ir à empresa para realizar a análise. Os sociólogos não possuíam qualquer contato com o acidentado e reclamavam de realizarem atividades, como, por exemplo, medir a amplitude dos movimentos realizados pelos acidentados, que não têm qualquer relação com a sua formação.

A lei da estabilidade para o segurado do INSS, promulgada em 1989, favoreceu o trabalho de contato dos sociólogos com a empresa. O técnico necessita apenas informar o empresário sobre o direito do trabalhador e o trabalho do CRP/INSS. A estabilidade já assegura a permanência do acidentado na empresa durante 12 meses e não existe, assim, o questionamento do empresário em referência à volta do trabalhador. Dessa maneira, o trabalho de “vender a idéia sobre a reabilitação” já não parece ser principal.

Por outro lado, considerava-se fundamental o contato dos técnicos com as empresas. Eles procuravam mostrar a importância do trabalho realizado pelo CRP. O interesse dos empresários é o início de um processo em que a reabilitação dos acidentados pode apresentar resultados positivos. Durante a realização do trabalho de campo de nossa pesquisa, os empresários comentaram que as informações recebidas pelos técnicos do CRP/INSS são fundamentais e que, no contato com esses profissionais, passaram a perceber a importância da reabilitação dos acidentados.

⁴⁵ - A análise profissiográfica é o estudo da função desenvolvida pelo trabalhador, no momento do acidente, e da função na qual poderá ser readaptado, após o retorno à empresa. A análise compreende o levantamento dos movimentos do corpo e do esforço e habilidade física exigidos do trabalhador.

A maioria das empresas não possuía uma cultura de reabilitação. Segundo os técnicos do CRP/São Paulo, não existia qualquer vantagem em se trabalhar com acidentados. Não era considerada a capacidade do trabalhador e havia preconceito contra os acidentados. Coloca-se a questão sobre até que ponto os profissionais não estavam introjetando a percepção negativa dos empresários sobre os acidentados. Provavelmente, essa atitude acabaria refletindo-se na própria atividade de reabilitação. Por esse motivo, o CRP era apontado como uma instituição que possuía um fim meramente assistencialista, sendo que “essa concepção está nas suas origens e que a realidade da sua clientela majoritária vem alimentando ao longo dos anos”⁴⁶.

Outrossim, os sociólogos realizavam pesquisas de ajustamento e fixação no mercado de trabalho⁴⁷, procurando verificar a permanência do acidentado na empresa, após um ano de retorno. A pesquisa deveria ocorrer regularmente, porém, em razão da falta de profissionais para atender à demanda e às atividades essenciais, ela foi suspensa. Os estudos eram descritivos e seguem o modelo de análise quantitativa. Não se pôde apreender claramente a forma de utilização das pesquisas para o aprimoramento do programa. Os dados levantados não eram explicativos, mas serviam como diagnóstico da situação do acidentado na empresa. Adiantamos que nosso estudo utilizou alguns dados estatísticos das pesquisas do Setor de Pesquisa de Mercado do Trabalho/CRP-São Paulo.

Além dos sociólogos, os demais técnicos não costumavam visitar as empresas, a não ser em situações especiais. Ninguém se opôs a realizar esta atividade, porém alegaram falta de recursos humanos para atender a esta demanda e alegaram que as visitas não faziam parte do programa ou não eram necessárias.

⁴⁶ - FERREIRA, Leda Leal *et alli* (1995). Análise coletiva do trabalho entre funcionários de um centro de reabilitação profissional da Previdência Social, em São Paulo, op. cit., p. 13.

⁴⁷ - As pesquisas sobre fixação de reabilitados no emprego e seu ajustamento no trabalho, de 1990 e 1992, foram realizadas pelos profissionais do Setor de Pesquisa de Mercado do Trabalho do CRP/São Paulo.

Os assistentes sociais comunicavam-se com a empresa pelo telefone, para discutir o desligamento do acidentado do programa e seu retorno ao trabalho. Anteriormente, visitavam as empresas junto com outros técnicos, mas, na época de realização deste estudo, permaneciam no CRP, em virtude da demanda de segurados que necessitavam ser atendidos.

Os técnicos ressaltaram a importância da colaboração da família no processo de reabilitação. O segurado nem sempre é acompanhado pelos familiares nas sessões no CRP, pois não possuem condições financeiras para pagarem as passagens das conduções. Frequentemente, as esposas ou maridos estão trabalhando ou necessitando cuidar dos filhos em casa, etc. Na maioria dos casos, os acidentados ou são acompanhados pelos vizinhos, ou pelo pessoal da empresa, ou pelos amigos. Da mesma maneira, os técnicos não têm condições de visitar as famílias, por falta de recursos humanos suficientes para atender à demanda, e há casos em que até faltam meios de transporte. O conhecimento sobre a participação da família na reabilitação ocorre a partir dos depoimentos dos próprios segurados. VASH, em sua pesquisa, ressaltava a importância de uma mudança na política para facilitar o atendimento às necessidades da família⁴⁸.

Uma questão muito ressaltada é o papel do próprio acidentado na reabilitação. Pretende-se, neste estudo, contrapor-se à conduta assistencialista que a reabilitação possui. Os técnicos condenam a atitude de vítima que os acidentados costumam assumir, dizendo que “o trabalhador acidentado se faz de vítima (...) que todo mundo tem que cuidar dele”. Assim, os acidentados não são considerados como vítimas, mas como atores diferentes, podendo produzir e trabalhar. A idéia é de que “o acidentado deve tomar a

⁴⁸ - VASH, Carolyn L. (1988). Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação. São Paulo: Pioneira: Editora da Universidade de São Paulo, *op. cit.*, p. 260.

responsabilidade de sua vida em suas mãos, não se deve eximir da responsabilidade pela reabilitação”⁴⁹.

Prosseguindo, pode-se dizer que existe consenso entre os técnicos de que a reabilitação depende do interesse de várias instituições, como: Estado, empresa, família, sindicato, comunidade e o próprio trabalhador. Em relação ao CRP/São Paulo, percebe-se que é necessário uma reorganização e reformulação do serviço e a instauração de um novo paradigma “onde a reabilitação seja tarefa de todos e de cada um dos funcionários”⁵⁰.

Ultimada a pesquisa, após 2 anos, em 1997, a pesquisadora retornou ao CRP/São Paulo para verificar possíveis mudanças ocorridas nesse período. Por decisão e interesse da direção, das chefias e de alguns técnicos, a instituição encontra-se em processo de transformação no que se refere à organização do trabalho, desde setembro de 1995. Assim, no momento, existem apenas duas equipes de trabalho multiprofissional(uma no período da manhã e outra no da tarde), ao contrário de anos anteriores, quando existiam várias equipes.

Uma mudança significativa observada é o fato de todos os técnicos atenderem os acidentados, até mesmo os sociólogos que antes apenas mantinham contato com a empresa e realizavam a análise profissiográfica. Ficaram apenas alguns técnicos da área médica, de psicologia e de terapia ocupacional, para atendimento clínico especializado, e alguns sociólogos para fazerem contato com as empresas e realizarem pesquisa de fixação e ajustamento ao trabalho . Agora, as terapeutas ocupacionais são as que mais visitam as empresas para realizarem a análise profissiográfica, para a qual estão preparadas.

⁴⁹ - Depoimento de alguns técnicos do CRP/INSS/São Paulo.

⁵⁰ - FERREIRA, Leda Leal *et alli* (1995). Análise coletiva do trabalho entre funcionários de um centro de reabilitação profissional da Previdência Social, em São Paulo, op. cit., p. 14.

Os técnicos não são mais denominados segundo a formação universitária, mas todos eles são designados como orientadores profissionais. No momento desta última visita (abril de 1997), a instituição estava empenhada em reorganizar o fluxo de atendimento dos acidentados, pois acreditavam que isso agilizaria o andamento das atividades, e o acidentado poderia usufruir ao máximo da capacidade de atenção da instituição. Além disso, com o objetivo de realizar um trabalho integrado, o CRP/São Paulo estava realizando, regularmente, reuniões com instituições afins, como: AVAPE (Associação de Valorização da Pessoa Deficiente), SENAC, SENAI, AACD, etc. Essa iniciativa significava uma busca do CRP/São Paulo por soluções para seus problemas externos, tanto de realização de cursos profissionalizantes como de recolocação profissional.

Essas medidas foram tomadas, por um lado, em face do problema de falta de pessoal técnico, em razão das aposentadorias, e, por outro, por causa da demanda crescente de segurados para serem atendidos. Porém a mudança estrutural na instituição possibilitaria maior integração na equipe, passando a não existirem mais os “donos” dos acidentados, na medida em que todos entrevistavam todos os segurados. Os técnicos poderiam trocar mais suas experiências, tendo-se em vista que o trabalho ficou menos parcelizado e individual. O referencial de trabalho deixou de ser o setor ou área de atuação de cada um, passando-se a perseguir um objetivo comum, com o intuito de se obter a reabilitação profissional do acidentado.

Segundo a direção do CRP/INSS, o processo de reorganização do trabalho não ocorreu de maneira tranqüila em virtude das resistências de alguns profissionais. Podemos perceber que a mudança e o funcionamento da instituição foram dinâmicos. Se, por um lado, encontram-se comportamentos rígidos em relação às normas e costumes, muitas vezes ultrapassados e sem

sentido, percebe-se, também, a existência de interesses em mudar e em melhorar a rotina das atividades e das relações sociais no trabalho.

Consideram-se essas medidas importantes, entretanto, ressalte-se que a reabilitação não começa nem termina no CRP/São Paulo e não significa apenas a readaptação funcional. A solução para o problema não é estritamente técnica. É preciso perceberem-se os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais existentes no processo. Neste estudo, escolheram-se os relacionamentos sociais, no âmbito da família e da empresa, como os fundamentais para a reabilitação dos acidentados.

As visões analíticas e críticas dos técnicos e profissionais contribuíram para o desenvolvimento deste estudo, na medida em que eles estavam diretamente envolvidos no trabalho de reabilitação profissional. A partir desta compreensão, pôde-se delimitar o objeto do estudo: as relações sociais dos acidentados na empresa e na família, que são espaços institucionais pouco conhecidos .

3

**MATERIAL E
MÉTODO**

3.1 A METODOLOGIA DE PESQUISA

CONRAD¹; GERHARDT²; GARCIA³; NUNES⁴ e MINAYO⁵ aprofundaram-se na questão das teorias e métodos utilizados nas pesquisas em Ciências Sociais em Saúde. No campo da Saúde, como fenômeno social, encontram-se, fundamentalmente, três abordagens teóricas e de métodos de pesquisa, que são as seguintes: o funcionalismo, a sociologia compreensiva e o marxismo.

Considera-se a metodologia um “caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Nesse sentido, a metodologia ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria”⁶. Dessa perspectiva, a metodologia não se reduz a um conjunto de técnicas a serem usadas para abordar o social.

Para entender o processo de reabilitação dos acidentados mutilados nos espaços da família, empresa e comunidade decidiu-se realizar um estudo de caso e utilizar o método da Sociologia Compreensiva, com o intuito de perceber os conflitos e os ajustamentos existentes na trajetória de vida do acidentado e o quanto a mutilação interfere em suas relações sociais. Existe, também interesse na construção de tipos ideais descritivos baseados na teoria

¹ CONRAD, Peter. Qualitative research on chronic illness: a commentary on method and conceptual development. *Soc. Sci. Med.*, vol.30, nº11, pp.1257-1263, 1990.

² GERHARDT, Uta (1990). Patient carriers in end-stage renal failure. *Soc. Sci. Med.*, vol.30, n. 11, pp. 1211-1224 e, GERHARDT, Uta & KIRCHGÄSSLER, Klaus (1987). Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences Sociales et Santé*, vol. V, n. 1, février.

³ GARCÍA, Juan César. Medicina e Sociedade: As correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, Everardo Duarte (org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Ed., 1983.

⁴ NUNES, Everardo Duarte (org.). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Ed., 1983.

⁵ MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCOS, Janeiro, 1992, MINAYO, Maria Cecília de Souza & SANCHES, Odécio. Quantitativo-

Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9(3): 239-262, jul/set, 1993.

⁶ MINAYO, Maria Cecília de Souza (1992). *O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde*, *op. cit.*, p. 22.

de GERHARDT⁷, capazes de esclarecer tipos de famílias e empresas que reabilitam ou não os acidentados mutilados.

O estudo pretende realizar uma reflexão sobre os acidentados do trabalho no universo social mais amplo, que não se restringe às instituições médicas e de reabilitação. Não se pretende focar o acidentado do trabalho apenas como “doente” ou paciente, mas como um sujeito que convive com a incapacidade física em diversos espaços institucionais.

Assim, procurou-se discutir sobre o método da Sociologia Compreensiva, eleita para alcançar esse objetivo. Inicialmente o item abordará a teoria estrutural-funcionalista mediante a qual a questão da saúde e doença é introduzida nas Ciências Sociais.

Entre os funcionalistas, PARSONS tem papel fundamental, visto que aplica a teoria funcionalista à explicação da Medicina, do papel social do médico⁸, das relações doente e família⁹ e das relações médico e paciente¹⁰, nos EUA.

Na obra clássica, *The Social System*¹¹, o autor preocupou-se com o funcionamento das estruturas das instituições que constituem o mecanismo integrativo fundamental dos sistemas sociais, definidos ora como pluralidade de agentes individuais interagindo, ora como uma rede de relações entre agentes. Assim, o conceito de saúde/doença para Parsons é o seguinte:

⁷ GERHARDT, Uta (1990). Patient careers in end-stage renal failure. *Soc. Sci. Med.*, vol.30, n. 11, pp. 1211-1224 e, GERHARDT, Uta & KIRCHGÄSSLER, Klaus (1987). Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences Sociales et Santé*, vol. V, n. 1, février.

⁸ PARSONS, Talcott. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry - A Journal of Human Behavior*, vol. XXI, number 3, p. 452-461, July, 1951.

⁹ PARSONS, Talcott & Fox, Renée. Illness, therapy and the modern urban american family. *The Journal of Social Issues*, vol. VIII, number 4, p. 31-44, 1952.

¹⁰ PARSONS, Talcott. The sick role and the role of the physician reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol 53, number 3, Summer, p. 257-278, 1975.

¹¹ PARSONS, Talcott. *El sistema social*. Editorial Revista de Occidente S.A., Madrid (Espanã), 1966 (Tradução para o espanhol da versão original da obra *The Social System*, Ed. Free Press, New York, 1951).

“É um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado do organismo como o sistema biológico e o estado de seus ajustamentos pessoal e social”¹².

No presente conceito, o biológico vincula-se ao social mediante a noção de equilíbrio ou desequilíbrio individual perante as pressões sociais. PARSONS reduz a concepção de doença à noção de “desvio”, colocando-a no âmbito exclusivo do paciente e do médico. A prática médica é um mecanismo do sistema social para reconduzir o doente à normalidade, mas que reconhece o seu desvio e o institucionaliza. O autor limita-se a descrever a prática médica enquanto fenômeno observável e não considera as condições sociais de sua produção e reprodução, isto é, os valores, as crenças e os costumes. Os conflitos existentes na sociedade, os interesses que perpassam a Medicina como produção social e as determinações sociais da saúde e da doença são desconhecidos¹³.

Assim, o enfoque de Parsons considera o indivíduo apenas como paciente e se preocupa com o desempenho de seu papel social de doente. A mudança de comportamento em virtude da doença é analisada do ponto de vista médico-institucional. Não existe interesse sobre a experiência de vida do doente crônico e a sua percepção sobre a doença e a instituição médica¹⁴.

¹² PARSONS, Talcott. El sistema social. Editorial Revista de Occidente S.A., Madrid (Espanã), 1966 (Tradução para o espanhol da versão original da obra *The Social System*, Ed. Free Press, New York, 1951), p. 48.

¹³ GARCÍA, Juan César. Medicina e Sociedade: As correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, Everardo Duarte (org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Ed., 1983.

¹⁴ CONRAD, Peter (1990). Qualitative research on chronic illness: a commentary on method and conceptual development. Soc. Sci. Med., vol.30, n°11, p. 1259.

Mediante a teoria da ação, WEBER estabeleceu as bases teóricas - metodológicas da Sociologia Compreensiva. Para o autor, a Sociologia é definida como “uma ciência que se preocupa com a compreensão interpretativa da ação social, para chegar à explicação causal de seu curso e seus efeitos”. A ação pode ser definida como: “um comportamento humano (tanto faz tratar-se de um fazer externo e interno, de omitir ou permitir) sempre que e na medida em que o agente ou agentes o relacionem com um sentido subjetivo”. A ação social, por sua vez, significa “uma ação que, quanto o seu sentido visado pelo agente ou os agentes, se refere ao comportamento de outros, orientando-se por estes em seu curso”¹⁵.

Segundo WEBER, na relação entre indivíduo e sociedade, os sociólogos devem tratar dos significados subjetivos do ato social. Porém deve-se ressaltar que “o autor não faz psicologia; isto é, a sociedade é fruto de uma inter-relação de atores sociais, onde as ações de uns são reciprocamente orientadas em direção às ações dos outros”¹⁶.

Para a Sociologia Compreensiva, “as realidades sociais são construídas nos significados e através deles e só podem ser identificadas na linguagem significativa da interação social. Existe a crítica ao determinismo e as teorias totalizantes que se importam apenas com as estruturas em detrimento da cultura, dos valores e crenças”¹⁷.

Desta maneira, a objetividade do conhecimento no campo das ciências sociais “depende antes do fato de o empiricamente dado estar constantemente orientado por idéias de valor que são as únicas a conferir-lhe valor de conhecimento...”¹⁸.

¹⁵ WEBER, Max (1991). *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Brasília/DF: Ed. Univers. de Brasília, p. 3.

¹⁶ MINAYO, Maria Cecília de Souza (1992). *O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde*, *op. cit.*, p. 51

¹⁷ MINAYO, Maria Cecília de Souza (1992) p. 51

¹⁸ WEBER, Max (1979). A “objetividade” do conhecimento nas ciências sociais. IN: COHN, Gabriel (org. da coletânea) - *Max Weber: Sociologia*. São Paulo: Ática (Grandes Cientistas Sociais, número 13), p.126.

Para compreender os aspectos qualitativos da realidade social o autor propõe, como princípio metodológico, a construção do tipo ideal. O tipo ideal é um instrumento racional e teórico de aproximação da realidade. Segundo Weber, os tipos ideais são obtidos “mediante a acentuação unilateral de um ou vários pontos de vista, e mediante o encadeamento de grande quantidade de fenômenos isoladamente dados, difusos e discretos, que se podem dar em maior ou menor número ou mesmo faltar por completo, e que se ordenam segundo os pontos de vista unilateralmente acentuados, a fim de se formar um quadro homogêneo de pensamento. Torna-se impossível encontrar empiricamente na realidade esse quadro, na sua pureza conceitual, pois trata-se de uma utopia”¹⁹.

Além disso, WEBER destaca a importância de que “os quadros de pensamento tratados enquanto “ideais”, em sentido puramente lógico, sejam rigorosamente separados da noção do deve ser, do “exemplar”. Trata-se da construção de relações que parecem suficientemente motivadas para a nossa imaginação e, conseqüentemente, “objetivamente possíveis”, e que parecem adequados ao nosso saber nosológico”²⁰.

Em relação à abordagem dedutiva que se utiliza de hipóteses derivadas de teorias, as quais estruturam os dados coletados e a análise que verifica ou refuta a hipótese, a Sociologia Compreensiva não se limita a hipóteses pré-concebidas e a sua verificação estatística tradicional. Ocorre o aprimoramento no desenvolvimento das idéias e as hipóteses são construídas no decorrer do processo de construção dos tipos ideais. Da mesma maneira podemos dizer que, ao contrário dos conceitos coletivos que “costumam se afastar da realidade empírica e ser abstratos pois procuram abranger o que existe de comum no maior número possível de fenômenos”, os conceitos típicos ideais são

¹⁹ WEBER, Max (1979). A “objetividade” do conhecimento nas ciências sociais, *op. cit.*, p.106

²⁰ WEBER, Max (1979). A “objetividade” do conhecimento nas ciências sociais, *op. cit.*, p.107

“construídos graças a um confronto entre o empírico e o tipo ideal, o que possibilita a compreensão da natureza dos vários pontos de vista no caso particular”²¹.

A explicação sociológica para os fenômenos é dada mediante a adequação causal. Para WEBER a adequação causal significa “uma seqüência de fenômenos na medida em que, segundo as regras da experiência, existe a possibilidade de que se efetue sempre da mesma maneira” e a explicação causal diz respeito “a verificação de que, de acordo com determinada regra de probabilidade avaliável ou no raro caso ideal numericamente expressável, a determinado evento observado(interno ou externo) segue outro evento determinado(ou aparece juntamente com ele)”²².

No tocante à adequação significativa, WEBER considera que “um comportamento que se desenrola de maneira articulada quando afirmamos, conforme os hábitos médios de pensar e sentir que a relação entre seus componentes constitui uma conexão de sentido típica”. Além disso, para o autor adequação de sentido “somente pode ser considerada uma proposição causal correta para o alcance do conhecimento sociológico na medida em que se comprove a existência da sua probabilidade de que a ação costuma desenrolar-se, de fato e com determinada freqüência em aproximação...da maneira adequada quanto ao sentido”²³.

A obra *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo* contém o tipo ideal mais conhecido construído por WEBER que procura compreender a realidade social, entre várias possíveis, de maneira fidedigna, apresentando a construção do tipo ideal orientada eticamente por meio da visão singular de ascese puritana, porém, diferentemente da abordagem funcionalista.

²¹ WEBER, Max (1979) p. 125

²² WEBER, Max (1991). *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Brasília/DF: Ed. Univers. de Brasília, p. 8.

²³ WEBER, Max (1991) p.8

A influência de WEBER é significativa em várias abordagens teóricas que empregam o método qualitativo. Deve-se ressaltar sua influência na fenomenologia.

A fenomenologia tem sua fundamentação metodológica com base na filosofia de Husserl. O seu principal representante é Schutz. O autor traz para o campo das preocupações da fenomenologia social “o mundo da vida cotidiana onde o homem se situa com suas angústias e preocupações em intersubjetividade com seus semelhantes. O espaço-tempo privilegiado nessa teoria é a vida presente e a relação face a face”²⁴.

Para SCHUTZ, a explicação sociológica para os fenômenos é dada mediante a adequação causal e a adequação significativa. Em relação à adequação significativa, Weber considerava que o sentido da realidade deveria ser dado pelo observador e SCHUTZ, que o mundo cotidiano se apresentava por meio das tipificações construídas pelas interpretações dos próprios atores sociais, de acordo com suas relevâncias. Essas tipificações incluem o universal e o estável, o específico e o mutável²⁵.

A fenomenologia utiliza-se do método da reconstrução narrativa que, por meio da análise lingüística do discurso do ator, procura entender a experiência, a história de vida do indivíduo, considerando os seus valores e metas pessoais. O enfoque dado sobre o discurso racional do doente construído no momento da entrevista, isto é, na interação entre o doente e o entrevistador.

Para os fenomenólogos, são os pequenos grupos como a família, as entidades religiosas, as associações voluntárias os responsáveis pela identidade dos indivíduos, pela sua estabilidade e por seu sistema de significados, na medida em que integram uma visão de mundo compartilhada.

²⁴ MINAYO, Maria Cecília de Souza (1992). *O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde*. op. cit., p. 56

²⁵ SCHUTZ, Alfred (1967). *The phenomenology of the social world*. Evanston, Northwestern University Press (Cap.

5 - Some basic problems of interpretive sociology) pp. 215-250.

Da mesma maneira, a mudança social não ocorre com base na luta política e no questionamento do papel do Estado. Os pequenos grupos possuem papel importante no processo de transformação social. O conhecimento, a informação e a própria educação são fundamentais para o ajustamento e a integração social.

A fenomenologia critica “as explicações totalizantes, o caráter reprodutor e coercitivo da instituição médica e o papel do Estado. Assim, a cura baseia-se em valores, símbolos e sistemas de significados compartilhados nos seus grupos de referência. Faz-se necessário uma reforma no sistema de Saúde que considere os valores culturais dos grupos”²⁶.

Um dos clássicos da Sociologia do Desvio dentro do paradigma da Sociologia Compreensiva é GOFFMAN²⁷, que utiliza na análise das incapacidades físicas e mentais o conceito de estigma²⁸. O autor não considera as desordens mentais como sintomas psiquiátricos, mas relaciona-as com a violação das normas sociais. Portanto, realiza um estudo sobre a autopercepção do paciente psiquiátrico, a experiência de hospitalização e a crítica à instituição total.

GOFFMAN procurou perceber o processo de normalização²⁹ e de adaptação existente nas diferentes trajetórias de vida dos indivíduos. No campo da saúde, as pesquisas etnometodológicas procuram levantar estratégias de

²⁶ MINAYO, Maria Cecília de Souza (1992). *O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde*. *op. cit.*, p. 61.

²⁷ GOFFMAN, Erving. *Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1978, *idem*, *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1985, 236p.

²⁸ “Estigma: os gregos referiam a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor - uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos. Mais tarde, na Era Cristã, dois níveis de metáfora foram acrescentados ao termo: o primeiro deles referia-se a sinais corporais de graça divina que tornavam a forma de flores em erupção sobre a pele; o segundo, uma alusão médica a essa alusão religiosa, referia-se a sinais corporais de distúrbio físico. Atualmente, o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém é mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal” (GOFFMAN, Erving; 1978, p. 11).

²⁹ Normalização: As pessoas que têm um estigma aceito fornecem um modelo de “normalização” que mostra até que ponto podem chegar os normais quando tratam uma pessoa estigmatizada como se ela fosse um igual (GOFFMAN, Erving; 1978, p.40).

adaptação de doentes crônicos a uma vida normal, a convivência com a doença e os conflitos na interação social. Desta maneira, a teoria tradicional do desvio, desenvolvida pelos funcionalistas, é neutralizada pelo processo de normalização. A doença crônica não significa necessariamente a perda da qualidade de vida dos pacientes. O enfoque é dado sobre os mecanismos de manipulação dos problemas e do ajustamento³⁰.

Parte-se do pressuposto de que no processo de reabilitação dos acidentados, múltiplos conflitos, portanto vários mecanismos e estratégias de ajustamento estão presentes. Assim, não se considera o processo de reabilitação apenas como normalização ou adaptação em que os aspectos de conflito são eliminados. Nas construções das tipologias de reabilitação na família e na empresa serão singularizadas cada uma das esferas, relativizando-as, acentuando unilateralmente um ou outro aspecto qualitativo relevante.

Dessa maneira, pode-se dizer que no próprio processo de reabilitação, de integração social existe a exclusão do acidentado do trabalho mutilado. Os tipos de famílias que reabilitam ou não e os tipos de empresas que reabilitam ou não são formulados como instrumento para a compreensão dos mecanismos da reabilitação. Na verdade, a idéia dominante nesse processo é da integração do excluído: reabilitá-lo para o mundo do trabalho e da família, tirando-o do desvio.

Portanto utiliza-se a teoria e o método da Sociologia Compreensiva no estudo sobre o processo de reabilitação de acidentados. Com a finalidade de se aprimorar os dados encontrados, dar adequação causal às hipóteses desenvolvidas e formular novas hipóteses recorre-se, também, à metodologia quantitativa de pesquisa. Convém esclarecer que a amostra da pesquisa não foi probabilística, e os entrevistados não foram selecionados de forma aleatória.

³⁰ GERHARDT, Uta (1990). Patient carriers in end-stage renal failure. *Soc. Sci. Med.*, vol.30, n. 11, pp. 1154 e 1155.

Assim, deve-se sempre considerar esse fato quando da análise dos resultados dos ensaios estatísticos. Apesar de não ser uma amostra representativa, afirma-se a existência de alguns resultados significativos. As questões de métodos e técnicas são abordadas de forma detalhada nos itens sobre Contribuições Metodológicas Para Pensar Sobre a Reabilitação de Acidentados e nos relativos às Experiências no Trabalho de Campo.

3.2 CONTRIBUIÇÕES METODOLÓGICAS PARA PENSAR SOBRE A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DE ACIDENTADOS

Considera-se que os métodos de pesquisa com base na Sociologia Compreensiva, utilizados por GERHARDT³¹, DODIER³² e DWYER³³ em seus estudos, trazem importantes contribuições para a reflexão sobre o processo de reabilitação de acidentados do trabalho mutilados.

A pesquisa biográfica é considerada vertente da etnometodologia. O estudo de GERHARDT³⁴ sobre a história de vida de pacientes com insuficiência renal é pioneiro. A pesquisa procura abordar a situação social e as estratégias de sobrevivência econômica de pacientes com insuficiência renal, no período de tratamento médico.

³¹ GERHARDT, Uta (1990). Patient careers in end-stage renal failure. *Soc. Sci. Med.*, vol.30, n. 11, pp. 1211-1224 e, GERHARDT, Uta & KIRCHGÄSSLER, Klaus (1987). Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences Sociales et Santé*, vol. V, n. 1, février.

³² DODIER, Nicolas. Corps fragiles - La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail. *R. Franç. Sociol.*, XXVII, 1986, pp.603-628, idem. Social uses of illness at workplace: sick leave and moral evaluation. *Soc. Sci. Med.*, Vol. 20, n. 2, 1985, pp. 123-128, idem. La maladie et le lieu de travail. *R. Franç. Sociol.*, XXIV, 1983, pp.255-270.

³³ DWYER, Tom. Uma concepção sociológica dos acidentes do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. Fundacentro/MTb, número 81, vol. 22, janeiro/fevereiro/março, 1994, p. 15-19, idem. *Life and death at work: industrial accidents as a case of socially produced error*. New York: Plenum, 1991, idem. Acidentes do Trabalho. Em busca de uma nova abordagem. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, 29(2)19-31, abril/junho, 1989

³⁴ GERHARDT, Uta (1990). Patient careers in end-stage renal failure. *Soc. Sci. Med.*, vol.30, n. 11, pp. 1211-1224 e, GERHARDT, Uta & KIRCHGÄSSLER, Klaus (1987). Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences Sociales et Santé*, vol. V, n. 1, février.

A autora utiliza-se da noção de “*carreira do doente*”³⁵ que é definida como: “trajetória (curso de eventos e estratégias) na dimensão da saúde e doença, salário, seguro financeiro, benefício, ocupação, família e vida privada - que significa o processo de adaptação relativa aos riscos na vida(ameaça da posição socioeconômica) decorrente da doença. A variação nos riscos na vida e no meio de vida(incluindo posição social) ocorre em virtude da estrutura do tempo de manifestação da doença(duração e frequência dos episódios), e isto está relacionado com o grau de efetividade das estratégias de proteção disponíveis para o indivíduo”³⁶.

A análise biográfica enfoca aspectos médicos e não-médicos. O primeiro aspecto diz respeito ‘a percepção da doença pelo paciente e o segundo aspecto refere-se ‘as atividades relativas ao campo profissional, financeiro, familiar e de lazer’³⁷. Valendo-se da análise biográfica podemos perceber as rupturas nos projetos de vida com o surgimento da doença crônica, a reconstrução da identidade e as estratégias de sobrevivência.

GERHARDT se interessa pela experiência de vida do doente, que não significa apenas um processo de eventos e estratégias, mas forma a estrutura social. A autora também utiliza-se da teoria de ação social de Max Weber para construir as tipologias de carreiras de pacientes³⁸.

³⁵ illness career - “trajectory (course of events and strategies) on the dimensions health/illness, income/financial security, occupation, family/private life- means a processo of relative coping with life-threatening risk (and threat to socio-economic position) engendered by becoming ill. Variation in the threat to one’s life and livelihood (including social position) is a function of sickness incumbency’s time structure (duration and frequency of episodes), and it is connected with the degree of effectiveness of security strategies available to the individual”.

³⁶ GERHARDT (1990) p.1212

³⁷ GERHARDT, Uta & KIRCHGÄSSLER, Klaus (1987). Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences Sociales et Santé*, vol. V, n. 1, février, p.45.

³⁸ GERHARDT, Uta & KIRCHGÄSSLER, Klaus (1987). Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences Sociales et Santé*, vol. V, n. 1, février, *op. cit.*

O estudo sobre a reabilitação dos acidentados inspirou-se, portanto, também nas pesquisas de GERHARDT e KIRCHGASSLER, no que diz respeito à trajetória do doente crônico na família, no papel das esposas, nas estratégias de sobrevivência e na mudança da estrutura familiar.

Os autores classificam os casos por tipos de famílias; nas quais os maridos são portadores de insuficiência renal, comparando várias estruturas familiares, isto é, famílias nas quais a esposa do paciente exerce um trabalho remunerado e famílias nas quais a esposa não exerce trabalho remunerado. Além disso, constroem tipos de tratamento médico para portadores de insuficiência renal crônica(transplante ou diálise). São levados em consideração as classes sociais, a idade em que iniciou o tratamento e os dados do meio ambiente. Existe a hipótese de que há relação entre o desenvolvimento da doença e a estratégia de sobrevivência.

Os dados dos estudos com pacientes que apresentam insuficiência renal crônica são comparados com os dados da pesquisa sobre a trajetória de vida dos pacientes epiléticos. Os estudos são longitudinais, e as entrevistas, desenvolvidas de forma não diretiva. As perguntas nas entrevistas são sobre o início da doença, seu desenvolvimento, seu tratamento e dados pessoais do paciente. GERHARDT procura transcrever na íntegra as entrevistas, com detalhes, tentando manter a clareza das informações. Os autores analisam os dados ilustrando-os com trechos dos depoimentos dos entrevistados, para construir os tipos ideais descritivos.

Na medida em que este estudo procura focar a reabilitação do acidentado mutilado no espaço da empresa, considera-se importante utilizar como referência metodológica as pesquisas de NICOLAS DODIER³⁹ e de TOM DWYER⁴⁰ da área da Sociologia do Trabalho.

DODIER utilizou-se da etnometodologia para estudar o controle social da doença no local de trabalho. Para o autor, a doença possui propriedade essencial, isto é, ela limita a capacidade individual de realização das atividades de trabalho. As manifestações diretas e indiretas da doença observam-se pelo absenteísmo, pela baixa produtividade e pela alteração no comportamento em relação aos outros indivíduos.

A doença interfere na socialização de seus portadores e é vista como desvio. O autor procura construir tipologias de desvio (acidental ou deliberado). Questiona-se se o indivíduo não consegue realizar o trabalho em virtude da patologia e isto o isenta da responsabilidade quanto a produção, ou se a queda da produtividade é deliberada ou não. Cabe ao médico decidir sobre a legitimidade da doença, que é analisada por sua exterioridade, segundo o grau de limitação da capacidade física.

Por outro lado, a análise sociológica interpreta o absenteísmo como expressão de uma reivindicação operária, uma contestação ou mesmo como o tempo para recuperação do ritmo de vida. Além disso, a doença é percebida segundo a avaliação moral do indivíduo. Os diversos modos de interação social (liberal e controle contínuo) colaboram na construção da avaliação moral, que influi na carreira profissional.

³⁹ DODIER, Nicolas. Corps fragiles - La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail. *R. Franç. Sociol.*, XXVII, 1986, pp.603-628, idem. Social uses of illness at workplace: sick leave and moral evaluation. *Soc. Sci. Med.*, Vol. 20, n. 2, 1985, pp. 123-128, idem. La maladie et le lieu de travail. *R. Franç. Sociol.*, XXIV, 1983, pp.255-270.

⁴⁰ DWYER, Tom. Uma concepção sociológica dos acidentes do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, Fundacentro/MTb, número 81, vol. 22, janeiro/fevereiro/março, 1994, p. 15-19, idem. *Life and death at work: industrial accidents as a case of socially produced error*. New York: Plenum, 1991, idem. Acidentes do Trabalho. Em busca de uma nova abordagem. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, 29(2)19-31, abril/junho, 1989.

O autor preocupou-se também com as formas de gestão dos conflitos almejando consenso; isto é, a formação de equilíbrio nas interações sociais. Nesse caso observa-se regularidade nos eventos em que o trabalhador doente possui controle sobre a atividade de trabalho, em que existe o espaço de negociação, com níveis hierárquicos superiores, para o ajustamento à carga de trabalho. O ajustamento significa “mudança na carga horária; na carga de trabalho ou intensidade; ou mesmo no tipo de tarefa a ser desenvolvida (neste caso, as que requerem menos concentração e esforço). A mudança real nas condições de trabalho é ampla, pois um empregado pode faltar ao trabalho, sem quaisquer conseqüências, mesmo que um outro não possa⁴¹.

Da mesma maneira, pretende-se observar a carreira do acidentado na empresa, a possibilidade que os acidentados têm de variar o modo de realizar a tarefa, de acordo com as limitações da capacidade física e as formas de controle imediato dos superiores, ou seja, analisar o ajustamento ao trabalho que se observa pelas faltas, produtividade e carga de trabalho, pelo tipo de tarefa a realizar (mudança de função) e a avaliação moral do comportamento do acidentado pelos empregadores, encarregados e colegas de trabalho.

DODIER preocupa-se em elaborar as interpretações pessoais de cada um dos atores sobre os outros, considerando a posição na hierarquia de quem fala sobre a doença. A análise conta com o julgamento dos superiores hierárquicos na empresa, dos colegas de trabalho, do próprio doente, médicos e familiares. O autor analisa seus dados segundo a teoria do interaccionismo simbólico, na qual os seres humanos constroem sua realidade por meio do processo de interação com outros seres humanos.

⁴¹ O ajustamento significa “changing working hours, work load or speed, or even the kind of task to be performed (for instance, so as to require less concentration or effort). The range of actual working conditions is so wide that one employee may miss work without any immediate consequences whereas another may not” (DODIER, N.; 1985, p. 125).

O estudo de DWYER sobre as causas dos acidentes de trabalho também contribui para a escolha da metodologia. O autor constrói o modelo de explicação causal com base no corpo da teoria da sociologia do trabalho. Assim, “o índice de acidentes em um determinado local de trabalho está estreitamente ligado ao estado de funcionamento das relações sociais nos níveis organizacional, de comando e de recompensa e à influência não social, de indivíduo membro”. A mudança nas relações de trabalho contribui para a variação nos índices de acidentes de trabalho⁴².

O modelo de acidentes do trabalho é desenvolvido por intermédio de uma série de estudos de campo. Portanto, decide-se pela combinação de três técnicas: observação sistemática da variedade não dissimulada, entrevista detalhada semi-estruturada e análise de documentos importantes (v.g.registro de acidentes).

Segundo DWYER, “durante toda a pesquisa foi utilizada a triangulação para ensaiar a validade dos dados coletados por uma técnica contra a dos dados coletados por uma outra. Para que a explicação de causalidade de acidentes seja considerada adequada, deve haver isomorfismo entre as relações sociais dominantes constatadas no local de trabalho e os tipos de acidentes que ocorrem. Toda mudança nas relações sociais deve ser seguida por uma mudança nos padrões de causalidade de acidentes”⁴³.

Na medida em que este estudo pretende levantar possíveis causas que determinam a reabilitação de acidentados no mundo do trabalho e da família, e explicações que possuem adequação causal e adequação significativa, escolheu-se a teoria desenvolvida por DWYER visto que constatou-se ser a mais indicada para se atingirem os objetivos propostos.

⁴² DWYER, Tom (1991). *Life and death at work: industrial accidents as a case of socially produced error*. New York: Plenum, p. 87.

⁴³ DWYER, Tom (1991) p. 162

Desse modo, neste estudo, verificam-se as relações sociais dos acidentados nos níveis de comando, organização, recompensa e de indivíduo membro. São realizadas tabulações com essas categorias de análise para se encontrar relações significativas com a reabilitação. Convém esclarecer que a descrição das categorias de análise e os dados da pesquisa são apresentados nos Capítulos 4 e 5, onde são sistematizados os resultados das entrevistas e as principais análises.

3.3 AS EXPERIÊNCIAS NO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo do estudo “Acidentado do Trabalho: Exclusão ou Reabilitação?”, iniciou-se em 1993, quando a pesquisadora obteve autorização da direção do Centro de Reabilitação Profissional (CRP) do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), situado na cidade de São Paulo, para a realização da pesquisa.

No primeiro semestre de 1994 foram realizadas 15 (quinze) entrevistas com técnicos de várias especialidades, com a diretora da entidade e com o chefe da Seção de Reabilitação Profissional do INSS/São Paulo. As entrevistas possibilitaram o mapeamento das percepções dos profissionais sobre a reabilitação profissional, em relação ao programa desenvolvido pela instituição, bem como com o plano de interação entre a empresa e ao próprio acidentado do trabalho. Os técnicos contatados, em sua maioria, aceitaram colaborar com a pesquisa, fornecendo importantes informações que constam no subitem 2.3 A visão de alguns técnicos do CRP/INSS/São Paulo sobre a reabilitação profissional.

Valendo-se dos dados fornecidos pelos diferentes técnicos do CRP foi possível perceber a importância de se estudar a reabilitação em seus aspectos mais variados e amplos. Além dos problemas referentes à própria readaptação

funcional (mudança de função ou não), tornou-se fundamental a análise da interação social do acidentado na família e no mundo do trabalho. Havia, no entender da pesquisadora, desconhecimento dos técnicos sobre o modo de vida do acidentado após o retorno ao trabalho, uma vez que já estava desligado do programa de reabilitação profissional.

Paralelamente às entrevistas com os técnicos foram realizadas as seguintes atividades: levantamento bibliográfico dos trabalhos realizados pelo CRP/SP no acervo da instituição e leitura de prontuários dos acidentados reabilitados.

Os prontuários utilizados na pesquisa pertencem ao “cadastro de registro dos casos de volta ao trabalho” (RCVT). Foram considerados prioritários os casos encerrados entre outubro de 1993 e abril de 1994, pois havia interesse em se verificar o ajustamento social do trabalhador acidentado reabilitado no espaço do trabalho e não sua fixação, para o que seriam necessários casos encerrados em prazo de tempo maior. Destaca-se que os endereços das empresas e das residências dos acidentados foram obtidos pelos prontuários.

Tabela 7: Distribuição dos Trabalhadores Acidentados por Localização da Sequela Física - 1994

Distribuição dos trabalhadores acidentados por localização da seqüela física-1994	Nº de Trabalhadores
<u>Amputação</u>	
Membro superior	21
Membro inferior	05
<u>Fratura</u>	
Membro superior	01
Membro inferior	00
<u>Esmagamento</u>	
Membro superior	05
Membro inferior	00
Total	32

Além disso, levantaram-se os casos de trabalhadores vítimas de amputação, esmagamento e fraturas de membros superiores e inferiores. A opção pelo estudo de acidentados amputados deveu-se ao impacto causado pela mutilação na interação social. O grau de comprometimento da capacidade funcional verificado foi máximo. Assim, os trabalhadores acidentados necessitavam ser adaptados a uma nova função, de complexidade igual ou inferior. Após a leitura dos prontuários foram escolhidos 37 (trinta e sete) casos de trabalhadores acidentados reabilitados.

Na amostra, 84,57% dos acidentados perderam, por ofensa física, capacidades orgânicas localizadas nos ombros, nos braços, nas mãos e nos dedos, que são “órgãos que se estruturam como instrumentos vivos, vitais para o trabalho de transformação da natureza e da matéria-prima”⁴⁴. Além disso, 15,43% dos acidentados perderam os membros inferiores. A gravidade

⁴⁴ HIRANO, Sedi et alli (1990). A cidadania do trabalhador acidentado: (re)conhecimento do direito aos direitos sociais. *Tempo Social*; Revista Sociol. USP, São Paulo 2(1), p. 132.

do problema estava no fato de que “a perda dos membros superiores diminui a probabilidade de acesso ou de manutenção de um dos direitos básicos do cidadão: direito ao trabalho. A lesão grave nos membros inferiores, além de afetar o direito ao trabalho, retira do trabalhador o potencial físico necessário para o livre exercício de cidadania, dificultando o direito de ir e vir”⁴⁵.

Tabela 8: Distribuição dos Diagnósticos dos Casos Atendidos no CRP/SP, set./95 a set. 96

Diagnósticos	Número de casos	%
LER *	1.250	47,78
Lombalgia	114	4,36
Amputação MS	44	1,68
Amputação dedos	250	9,56
Lesão MS dedos	100	3,80
Lesão MS mãos	380	14,53
Amputação MI	23	0,88
Lesão MI	209	7,99
Disacusia	37	1,41
Dermatite de contato	22	0,84
Asma ocupacional	22	0,84
Deficiência Visual	87	3,33
Pneumoconiose	6	0,23
Disfonia	7	0,27
Saturnismo	9	0,34
Silicose	12	0,46
TCE	12	0,46
Queimadura	16	0,61
AVC	2	0,08
Deficiência olfativa	1	0,04
Leucopenia	3	0,11
Abestose	2	0,08
Epilepsia	2	0,08
Hipertensão arterial	1	0,04
Depressão	1	0,04
Síndrome comicial	1	0,04
Hérnia inguinal	1	0,04
Artrose	2	0,08
Total	2.616	100,0

* Lesões por Esforços Repetitivos

Fonte: Relatório do CRP/INSS/SP - Ano 96

⁴⁵ HIRANO, Sedi et alli (1990) p.133

Para se obter a estatística dos casos atendidos no CRP/São Paulo, utilizou-se a tabela cujos dados referiam-se ao período de setembro/95 a setembro/96. Pode-se notar que 47,78% dos casos são de LER (Lesões por Esforços Repetitivos). As amputações, fraturas e esmagamentos de membros superiores e inferiores correspondem a 38,45% dos casos.

Apesar de o número de portadores de LER ser maior, a opção pelo estudo dos mutilados estava relacionada ao interesse em se perceber o estigma na interação social em razão da deformidade física, como já se mencionou acima, e também ao fato de o doente crônico exigir reabilitação diferente do acidentado mutilado, como se observa nas obras de DODIER e GERHARDT. Enquanto a ruptura da trajetória profissional do acidentado mutilado se dá de forma brusca e violenta a do doente crônico consiste em um processo longo e com mudanças gradativas, que lhe possibilita aprender a conviver socialmente com a doença. Por outro lado, a reabilitação profissional do acidentado mutilado ocorre de maneira mais rápida do que a do doente crônico. Essa questão é discutida no capítulo sobre a reabilitação do acidentado do trabalho relacionada com a empresa.

No presente estudo entrevistaram-se acidentados e representantes de empresas de vários ramos de atividades:

Tabela 9: Distribuição dos Acidentados do Trabalho Reabilitados segundo Ramo de Atividade.

Ramo de Atividade	Nº de Empresas
Metalúrgico	15
Plástico	05
Construção civil	03
Papel	02
Gráfico	01
Transporte	01
Farmacêutico	01
Panificação	01
Bebidas	01
Têxtil	01
Total	31

O intuito desse estudo era perceber a reabilitação de acidentados que sofreram amputações ou fraturas, esperava-se que a maioria das empresas correspondesse ao ramo da metalurgia e das indústrias de plásticos, nas quais os acidentes de trabalho graves costumavam ocorrer em virtude de os trabalhadores utilizarem prensas.

Foram escolhidas empresas de diferentes portes (12 grande, 2 médio, 4 pequeno) a fim de se encontrarem condições e organizações de trabalho diversas.

Tabela 10: Distribuição dos Entrevistados segundo Categoria

Categoria	Número de Entrevistados
Trabalhadores reabilitados	32
Representantes das empresas	31
Encarregados de pessoal da Seção do Trabalhador Reabilitado	25
Esposas e marido	20
Amigos e familiares	12
Representantes do Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT	07
Total de Entrevistados	127

Dos 37 casos conseguiu-se entrevistar 32 trabalhadores reabilitados. Cinco não foram entrevistados pelos seguintes motivos: 2 trabalhadores reabilitados pertenciam a empresas que fecharam, 2 as empresas mudaram-se de Estado e 1 trabalhador havia retornado ao seu Estado de origem.

Os critérios de escolha dos casos de trabalhadores para comporem a amostra da pesquisa foram os seguintes:

- a) o acidentado tem interesse em se reabilitar, quer retornar à empresa, voltar a trabalhar;
- b) o acidentado não tem interesse em se reabilitar, quer se aposentar, não quer mais trabalhar ou retornar à empresa;
- c) a empresa tem interesse em colaborar na reabilitação do acidentado e no seu retorno ao trabalho;

- d) a empresa não tem interesse em colaborar na reabilitação do acidentado e no seu retorno ao trabalho;
- e) a família tem interesse na reabilitação do acidentado, colabora no cuidado com a saúde e o trabalhador pode contar com a família e/ou esposa relação a ajuda financeira;
- f) a família não participa do processo de reabilitação, não aceita o acidentado pela sua condição; o acidentado não pode contar com ajuda financeira e tampouco com ajuda nos cuidados com a saúde.

Tabela 11: Distribuição dos Prontuários dos Acidentados segundo Interesse na Reabilitação por Família, Acidentado do Trabalho e Empresa.

	tem interesse na reabilitação	não tem interesse na reabilitação	Total
Família	27	5	32
Acidentado do Trabalho	25	7	32
Empresa	16	16	32

O interesse da família, da empresa e do próprio trabalhador em sua reabilitação foi percebido pelos dados que compõem os prontuários preenchidos pelos técnicos do CRP/INSS a cada consulta ou entrevista. Não foi utilizado qualquer instrumento de medição a respeito dessa variável. Desta maneira, considerou-se que a avaliação subjetiva por parte dos técnicos e da própria pesquisadora foi importante. Não foi possível encontrar-se um número igual de acidentados e famílias interessadas e não-interessadas. Entre os prontuários consultados, existiam poucos casos de acidentados e famílias não-interessadas na reabilitação.

Tabela 12: Distribuição dos Entrevistados segundo Perfil Sociodemográfico.

Indicador		N	%
Sexo	Feminino	4	12,5
	Masculino	28	87,5
	Total	32	100,0
Idade	21 a 26	5	15,6
	27 a 32	12	37,5
	33 a 38	8	25,0
	39 a 44	4	12,5
	45 ou mais	3	9,4
Total	32	100,0	
Escolaridade	1º grau incompleto	17	53,1
	1º grau completo	8	25,0
	2º grau incompleto	5	15,6
	2º grau completo	2	6,3
	Total	32	100,0
Estado Civil Momento da Pesquisa	Casado	20	62,5
	Solteiro	8	25,0
	Namorando ou noivo	2	6,3
	Separado	2	6,2
	Total	32	100,0
Estado Civil Momento do acidente	Casado	20	62,5
	Solteiro	4	12,5
	Namorando ou noivo	6	18,8
	Separado	2	6,2
	Total	32	100,0
Número de Filhos	1 a 2	13	56,5
	3 a 4	6	26,1
	5 ou mais	4	17,4
	Total	23	100,0
Renda (em salários-mínimos) SM/97 Momento da pesquisa	de 1 a 3	24	75,0
	Total	32	100,0
Renda (em salários-mínimos) SM/97 esposa/marido Momento da pesquisa	de 1 a 2	9	81,8
	mais de 3	2	18,2
Total	11	100,0	
Tipo de moradia	alugada	11	34,4
	cedida	10	31,2
	própria	5	15,6
	faveia	4	12,5
	empresa	2	6,3
Total	32	100,0	

Entre os acidentados escolhidos, 12,5% eram mulheres. Essa porcentagem baseou-se nas pesquisas de fixação e ajustamento no trabalho⁴⁶ realizadas principalmente pelos sociólogos do Setor de Pesquisa de Mercado do CRP/INSS. No presente estudo, são entrevistados 28 homens e 4 mulheres. O número de mulheres acidentadas mutiladas é menor na medida em que se encontram mais homens trabalhando em funções consideradas perigosas, nas quais o grau de risco é maior.

A distribuição da população do Brasil por faixas etárias (1995)⁴⁷ é a seguinte: menores de 15 anos, 31,8%; 15-29, 28,5%; 30-44, 21,2%; 45-59, 11,4%; 60-74, 5,7%; 75 em diante, 1,4%. Pode-se perceber que a maioria é jovem (menores de 15 anos) e se encontra em idade economicamente produtiva, tendo em vista que a faixa etária de 15 a 44 anos representa 49,7% da população.

Nota-se a mesma distribuição entre os acidentados desta pesquisa, que se encontram na faixa etária de 21 a 44 anos (90,6%), sendo a frequência maior na faixa etária de 27 a 38 anos (62,5%). Assim, os trabalhadores costumam sofrer acidentes quando estão na fase de vida de maior produtividade.

Na população geral, a distribuição de estudantes por nível de escolaridade é a seguinte: 28.742.471 no primeiro nível (primário); 3.558.946 no segundo nível (secundário) e 1.565.056 no terceiro nível (superior). Observou-se grande concentração de estudantes no nível primário.

⁴⁶ Pesquisa sobre fixação de reabilitados no emprego e seu ajustamento no trabalho, de agosto de 1992 e dezembro de 1990 (datilografado).

⁴⁷ Os dados referentes à população geral foram obtidos na Datapédia da Nova Enciclopédia BARSA - Encyclopedia Britannica do Brasil Publicação Ltda., R.J./S.P., 1997.

Em relação aos acidentados desta pesquisa, 53,1% possuem o 1º grau incompleto e 25,0%, o 1º grau completo, o que totaliza 78,15% da amostra. O baixo nível de escolaridade interfere no desenvolvimento profissional da maioria dos acidentados e, principalmente, no que se refere à mudança de função. Percebeu-se que, em razão do programa de qualidade total, os trabalhadores estão sendo praticamente obrigados a aderirem aos cursos educativos oferecidos pelas empresas de grande porte, para concluírem o primeiro grau. Nas empresas de médio e pequeno porte, os trabalhadores têm mais dificuldades em melhorar o nível de escolaridade.

Na família, analisaram-se as estratégias de sobrevivência, os conflitos decorrentes da mudança de *status*⁴⁸ do acidentado, de provedor para sujeito dependente. Selecionaram-se prontuários de trabalhadores com estado civil de casado (62,5%). Acredita-se que, nesses casos, a repercussão do acidente sobre a situação econômica seja maior, na medida em que muitos necessitam sustentar sozinhos a esposa e os filhos. Dessa maneira, selecionaram-se prontuários de acidentados do trabalho com esposa que desenvolvia atividade profissional e os com esposa que não desempenhava qualquer trabalho, tanto no mercado formal como informal. Foram entrevistados 1 marido e 19 esposas de trabalhadores. Nos casos de trabalhadores solteiros, 10(31,3%), ou divorciados, 2(6,2%), percebeu-se a ajuda financeira e de cuidados com a saúde por parte da família, vizinhança e amigos.

⁴⁸ Na moderna ciência social *status* significa: "a) posição num sistema social, envolvendo a expectativa de ação recíproca no que respeita a ocupantes de outras posições numa mesma estrutura; b) posição, no que diz respeito à distribuição de prestígio dentro de um sistema social e, às vezes por implicação, no que se refere à distribuição de direitos, obrigações, poder e autoridade dentro do mesmo sistema-como as expressões alto *status*, baixo *status*; c) posição alta, no que interessa à distribuição de prestígio dentro de um sistema social, como na expressão candidato a *status*". (Dicionário de Ciências Sociais, Fundação Getúlio Vargas e Instituto de Documentação, Ed. da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1986).

Apresentou-se o estado civil dos acidentados no momento da pesquisa e no momento do acidente, pois o objetivo era apontar para as mudanças ocorridas nas duas etapas de vida. Notou-se que, após o acidente de trabalho, ocorreu uma diminuição na frequência de acidentados que estavam noivos ou namorando, tendo permanecido constante a frequência dos que estavam casados e separados. Ressalte-se que, entre os trabalhadores noivos ou namorados, no momento do acidente, 3 trabalhadores do sexo feminino referiram que foram abandonados em razão de seqüelas físicas deixadas pelos acidentes de trabalho.

Entre os acidentados casados todos tinham filhos. Notou-se que 56,5% dos trabalhadores (casados, separados e solteiros) possuíam de 1 a 2 filhos; 26,1%, de 3 a 4 filhos, e 17,4%, 5 filhos ou mais. Na população geral, no Brasil, o tamanho médio de uma unidade familiar(pessoas unidas por laços de sangue ou vínculos legais) é de 4,2 membros. Esse dado corresponde ao que encontramos em nosso estudo. Porém deve-se ressaltamos que, após o acidente de trabalho, o número de membros tendeu a aumentar, pois é comum parentes ou mesmo amigos se agregarem à família para ajudarem financeiramente e nos cuidados com a saúde do acidentado. Entre os acidentados com filhos, 78,2% possuíam crianças e jovens em idade escolar. Após o acidente de trabalho, filhos de 30,4% dos acidentados começaram a trabalhar para ajudar financeiramente em casa e muitos deixaram de estudar.

A distribuição dos acidentados por renda foi a seguinte: 75,0% ganhavam de 1 a 3 SM e 25%, de 3 a 6 SM. Em relação aos acidentados casados, 55,0% tinha cônjuge que desenvolvia alguma atividade econômica. Entre os cônjuges(esposas e marido), 81,8% recebiam de 1 a 2 SM e 18,2%, mais de 3 SM, no momento da pesquisa. Além disso, alguns acidentados já recebiam o auxílio-acidente, isto é 40% ou 60% do salário. Na amostra, nenhum trabalhador recebia 30% de benefício, pois todos necessitavam mudar de função

em decorrência da gravidade das seqüelas físicas. Durante o afastamento do trabalho, os acidentados recebem auxílio-doença, cujo valor é calculado pelo INSS e corresponde a 80% ou 92% do salário, conforme a lei 8213/1989 de 1994 . Entre os cônjuges (esposa e marido) que trabalhavam nesse período , 84,61% recebiam de 1 a 2 SM.

As condições de vida dos acidentados e suas famílias estão relacionadas com as condições habitacionais. No domicílio familiar, são exercidas as funções básicas de repouso, preparação de alimentos, higiene e convivência. É importante a existência de espaço disponível(número de cômodos ou compartimentos) adequado para a realização dessas atividades. Nesta pesquisa, percebeu-se que as moradias de 84,4% dos acidentados não atingiam o padrão de habitabilidade, na medida em que dispunham apenas de um a três cômodos.

Entre os acidentados, 34,4% moravam em casas alugadas, que, na verdade, eram pequenos cômodos formados por quarto e cozinha, situados em fundo de quintal, os quais nem sempre se encontram em boas condições de moradia. Os membros da família costumavam dormir todos no mesmo espaço e o banheiro estava situado fora da casa, sendo de uso comum a outras pessoas vizinhas, que são estranhas à família do acidentado.

O baixo salário recebido pelo trabalhador também refletia-se na necessidade de ele morar em casas ou partes de casa cedidas pelos familiares. Neste estudo essa situação correspondeu a 31,2% dos acidentados. É comum encontrarem-se diferentes famílias, que possuem laços sangüíneos, morando no mesmo terreno. As casas ou sobrados são construídos em forma de mutirão, por parentes e amigos.

Apenas 15,6% dos acidentados moravam em casa própria. Entre esses trabalhadores, muitos eram solteiros que viviam na casa dos pais. Apenas dois entrevistados pagavam a prestação de sua moradia. Além disso, 12,5% moravam em favelas, onde construíam suas casas com a ajuda da vizinhança e com materiais de construção comprados a longo prazo. Encontraram-se também casos de acidentados, com e sem família, que moravam no próprio local de trabalho (6,3%). Percebeu-se a exploração do trabalhador, na medida em que ele era obrigado a trabalhar mais que os outros e, além disso, não podia se rebelar contra o empregador, pois dependia dele para ter onde residir. Um exemplo importante é o do acidentado que vive no alojamento da construção, onde nem sempre se encontram condições adequadas de moradia, e ele sabe que não terá para onde ir quando terminar a obra.

Um aspecto considerado importante, a respeito do perfil do acidentado, foi a sua qualificação profissional, antes e depois do acidente. O trabalhador adquire um novo status social que interfere nas relações sociais na empresa. A classificação da qualificação das funções e do tipo de atividade exercida, apresentada a seguir, foi baseada na obra de COHN et alli⁴⁹.

a) função não-qualificada na atividade produtiva ou em serviços gerais ligados à produção que requer apenas força física e/ou nenhuma qualificação profissional específica(por exemplo, servente de pedreiro, ajudante de padeiro, serviços gerais, auxiliar de produção, empregada doméstica, faxineiro, carregador de armazém, etc.);

⁴⁹ COHN, Amélia et alli (1985) Acidentes do Trabalho - uma forma de violência. São Paulo: CEDEC/ Brasiliense, p. 81 e 82.

b) função semiqualficada na atividade produtiva que, além da força física, requer algum grau de adestramento profissional(por exemplo, ajudante -mecânico, ajudante de cozinha, ajudante de carpinteiro, pedreiro meio-oficial, telefonista, escorador, auxiliar de impressão, auxiliar de prensista, lixador, etc.);

c) função qualificada na atividade produtiva que requer adestramento profissional específico e/ou vários anos de experiência prática(por exemplo, prensista, carpintério, azulejista, pedreiro oficial, oficial montador, impressor, operador de extrusão, ferramenteiro, mecânico de manutenção, torneiro, soldador, etc.);

d) função que se caracteriza como cargo de controle, supervisão ou de direção, de nível superior ou não, na atividade produtiva, em serviços administrativos ou de comércio.

Tabela 13: Distribuição dos Entrevistados segundo Tipo de Função no Momento do Acidente e no Momento da Pesquisa.

Tempo	Tipo de Função				Total
	Qualificada	Não-qualificada	Semiqualficada	Supervisão/Controle	
Momento do acidente	27 84,37%	1 3,13%	4 12,50%		32 100,0
Momento da pesquisa	9 28,12%	15 46,88%	7 21,87%	1 3,13%	32 100,0

As empresas às quais os segurados pertenciam estavam distribuídas pelas diversas regiões da Grande São Paulo e municípios (São Bernardo do Campo, Guarulhos e Osasco). Dessa maneira, foi necessário realizar um mapeamento prévio das empresas, a fim de facilitar sua localização para as visitas.

A receptividade da maioria das empresas para com a pesquisadora foi boa. Em 50% das empresas, foi possível conhecer o local do acidente do trabalho e observar o acidentado reabilitado no desempenho de sua nova função. Apenas 1 empresa recusou-se a receber a entrevistadora, apesar das várias tentativas para marcar a entrevista. No primeiro momento, o gerente da empresa alegou que não tinha horário disponível em sua agenda, pois estava com excesso de atividade. Após muita insistência, ele declarou que na verdade, não tinha nada a dizer sobre o acidentado e que o assunto era desagradável. O acidentado reabilitado era como uma “pedra no sapato”, um “problema” para a empresa, e que o caso estava nas mãos dos advogados, para ser solucionado. Apesar disso, a entrevistadora conseguiu entrar em contato com o trabalhador acidentado, pois possuía seu endereço residencial, obtido no prontuário do CRP/INSS. O acidentado disse que o gerente não havia comentado nada sobre os contatos telefônicos da entrevistadora com a empresa.

Além disso, convém destacarmos a dificuldade de se entrar em outras 5 empresas. Foram necessárias várias tentativas e a entrevista foi concedida após insistência da pesquisadora. Mesmo alegando que o nome da empresa seria mantido em sigilo, os proprietários deram os seguintes motivos para não participar do estudo: “pesquisa só serve para atrapalhar o nosso trabalho”; “o que a empresa vai ganhar com isso”; “quem me prova que você não é da fiscalização?”; “você vai querer ver tudo aqui na empresa e depois sair falando mal da gente”; “ando muito ocupado, tenho que dar conta de tudo sozinho e não sobra tempo prá nada”, etc. Nesses casos, a pesquisadora enviou, antecipadamente, uma carta de apresentação sobre a pesquisa, assinada pelo seu orientador, e aguardou a resposta sobre a possibilidade ou não de obter a entrevista. O acesso às empresas foi facilitado em especial quando se mencionou estar realizando um trabalho científico referente a um programa

de pós-graduação , que também tinha o interesse de auxiliar a empresa quanto à reinserção profissional do trabalhador acidentado.

Nas empresas em que houve resistência para participar do estudo, a conversa com os representantes das empresas (empregadores ou gerentes) sobre a reinserção do acidentado reabilitado não aconteceu de forma aberta e tranqüila. Os entrevistados procuraram responder o estritamente necessário. A desconfiança e o medo estavam presentes. Alguns gerentes justificavam que haviam sido prejudicados quando concederam informações sobre a empresa para outros entrevistadores, sendo que as entrevistas eram para jornais e televisão. Percebeu-se que, em alguns casos, existia o desconhecimento do que seja um estudo acadêmico-científico e sobre as suas finalidades. Assim, apesar da explicação fornecida ‘a empresa de que as entrevistas com os trabalhadores aconteceriam fora do horário de trabalho, para não prejudicar a produção, os empregadores demonstraram certo receio de que os acidentados fizessem denúncias contra a empresa e, também, de que a pesquisadora pudesse exercer influência negativa sobre o pessoal empregado.

As entrevistas ocorreram entre os meses de setembro de 1994 e janeiro de 1995. Em primeiro lugar, a empresa seria contatada para se saber se o trabalhador reabilitado se encontrava trabalhando ou não. Em caso afirmativo, procurava-se agendar uma entrevista com o proprietário ou com um representante da empresa, responsável pela reintegração do trabalhador reabilitado, e o encarregado imediato do mesmo. Em algumas empresas, conversou-se com um representante do Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), pois ele era o principal responsável e tinha o dever de desenvolver um programa conjunto, com outros departamentos, voltado para a reinserção profissional do trabalhador reabilitado.

Pudemos perceber que os departamentos e as pessoas responsáveis pela reinserção profissional eram diferentes nas diversas empresas. Em algumas empresas, a reinserção profissional dependia mais do interesse de um funcionário, que acompanhava o trabalhador desde o momento do acidente, levando-o ao Hospital, ao CRP/INSS, visitando-o em casa, até o seu retorno ao trabalho, do que da existência de um departamento ou órgão responsável na estrutura organizacional. Nas empresas de grande porte, era mais comum encontrarem-se departamentos ou serviços (Departamento Pessoal, Serviço Social ou SESMT) que cuidassem da reintegração do acidentado. Na maioria dos serviços não se encontrou pessoal especializado, apenas no SESMT se verificou maior conhecimento sobre a reabilitação profissional. Nas empresas de pequeno porte, prevaleceu o caráter informal na reinserção do trabalhador. O argumento dos representantes das empresas era de que existiam poucos acidentados a ser reinseridos profissionalmente. Dessa maneira, não era importante a empresa se preocupar com essa questão e, portanto, não havia uma rotina de procedimentos e prevalecia a improvisação no tocante ao acidentado reabilitado. Por outro lado, as empresas argumentavam que a relação social de trabalho com acidentados não era tranqüila. A maior prova da dificuldade surgia quando o empregador se referia ao acidentado como sendo um “problema” para a empresa. Verificou-se que a extensão do problema era grande, pois, em muitos casos, o empregador ou encarregado demonstrava indisposição ou resistência para falar sobre os acidentados. Era melhor “deixar quieto” e “não tocar nesse assunto”.

Nas entrevistas com os representantes das empresas eram formuladas perguntas sobre como acontecera o acidente do trabalho, sobre a participação da empresa no tratamento médico e no processo de reabilitação profissional do acidentado, a readaptação funcional do trabalhador, a relação social com os colegas de trabalho e as chefias, o desempenho profissional, etc.

Os trabalhadores reabilitados na época da entrevista estavam reintegrados em suas empresas de vínculo há 5 a 8 meses.

A entrevista com o trabalhador acidentado ocorreu, na maior parte das vezes, fora do horário de expediente, isto é, em suas residências, nos períodos noturnos, durante a semana, e nos finais de semana. Além disso, deve-se ressaltar que o dia da entrevista com os trabalhadores acidentados era diferente do dia com a esposa. Este procedimento deveu-se ao cuidado em se manter a privacidade de cada entrevistado, na medida em que foram discutidos assuntos delicados, como o comportamento do trabalhador acidentado, conflitos familiares, crise financeira, relacionamento sexual, etc. A separação entre os acidentados e suas esposas no momento da entrevista nem sempre era recebida com tranquilidade. Notou-se a necessidade de convencimento de alguns maridos quando demonstravam resistência em aceitar que a entrevista com a esposa ocorresse em momento diferente. Muitas vezes, era necessário dar uma explicação detalhada dos motivos desse procedimento, para que eles o aceitassem.

Para alguns empresários ou representantes de empresas, a pesquisa causou constrangimento ou desconforto, porém, para a maioria, ela foi proveitosa e significou um espaço educativo, pois serviu para o pesquisador e o entrevistado trocarem informações e idéias sobre os direitos dos trabalhadores e dos empresários e a legislação previdenciária, procurando preparar-se para o retorno dos acidentados ao trabalho, etc. A questão da informação foi fundamental para qualquer proposta de mudança e foi significativo o fato de que a maioria dos empregadores e representantes das empresas não tivessem qualquer conhecimento sobre os direitos de reabilitação profissional dos trabalhadores. A lei da estabilidade, que obrigou as empresas a contratarem uma porcentagem de trabalhadores deficientes físicos e reabilitados (lei 8213)

era desconhecida dos representantes das empresas, antes do contato com os técnicos do CRP/INSS. Percebeu-se, assim, a importância do papel do CRP/INSS ou demais órgãos competentes, como um canal de informação e educação.

Para muitos trabalhadores a pesquisa serviu como um espaço de denúncia, esclarecimento, desabafo, descoberta e reconhecimento de si mesmo e de sua realidade. Alguns trabalhadores comentaram que, finalmente, alguém resolveu preocupar-se com eles, tendo curiosidade em saber como estavam vivendo após o acidente, principalmente na empresa, pois eles se sentiam abandonados.

No início da relação entre a pesquisadora e o acidentado, houve desconfiança e ansiedade de ambas as partes. Os trabalhadores temiam que a pesquisadora tivesse sido enviada pelo empregador, para colher dados sobre as suas intenções contra a empresa. Os acidentados (23,5%) que possuíam processo contra a firma, no momento da pesquisa, eram os mais resistentes no início. Porém, vencidas as barreiras, eles ficaram entusiasmado em prestar informações a respeito do mundo do trabalho. A pergunta mais comum dos indivíduos foi por que eles tinham sido escolhidos para ser entrevistados. Os trabalhadores participavam ativamente da entrevista, criando-se uma relação de confiança. Portanto foi necessário fornecer muitos esclarecimentos sobre o estudo, sua finalidade, os critérios de escolha dos acidentados da amostra e tentar uma aproximação gradual, tendo-se que, em muitos casos, retornar mais de uma vez às casas dos entrevistados para falar-se com a mesma pessoa. Para cada caso selecionado, além do acidentado, foi necessário conversar com a esposa, parentes ou amigos. Sendo assim, realizaram-se, no mínimo, duas visitas em dias diferentes. A pesquisadora procurou ressaltar sempre que os dados coletados eram sigilosos e que o acidentado tinha o direito de se recusar a dar informações quando assim fosse de seu interesse. Pôde-se perceber que

a riqueza das informações obtidas deveu-se justamente à realização do contrato inicial.

A partir do momento em que os acidentados aceitaram participar das entrevistas, eles se dispuseram a abrir as portas de suas casas, fazendo confidências, revelando intimidades e emoções. Os acidentados tinham acessos de choro, raiva e, ao mesmo tempo, expressavam alegria e ironia, no momento da entrevista.

As entrevistas ocorreram, em média, um ano após o acidente de trabalho. Assim, a maioria dos acidentados já não estava mais em crise como costumava ocorrer logo após o acidente, pois os trabalhadores já haviam desenvolvido vários mecanismos de adaptação. A limitação da capacidade física obrigou-os a reestruturarem suas vidas, o que exigiu uma nova aprendizagem em todos os níveis. A memória das dificuldades sofridas após o acidente, e da mudança na estrutura familiar fez com que os acidentados sentissem profunda emoção, surgindo os sentimentos de raiva, tristeza e culpa. Os trabalhadores tinham resistência em falar sobre o acidente de trabalho. A entrevistadora sentiu-se constrangida diante da dor e do sofrimento, pois era como se estivesse “descobrimo suas feridas”. Para eles, o acidente era “uma lembrança que eles queriam apagar da cabeça”. Só que isto era impossível, porque eles “carregavam uma marca no corpo” que denunciava o tempo todo a mutilação. Existia a dificuldade no desenvolvimento das atividades do dia a dia e na interação social. Sendo assim, “não dá para esquecer nunca mais. Era impossível!!!”.

A tensão durante a entrevista era interrompida quando comentavam sobre o processo de adaptação. Os acidentados relataram como aprendiam a executar as tarefas do dia-a-dia. Faziam demonstração de como vestiam a roupa, calçavam os sapatos, lavavam a louça, penteavam o cabelo, trocavam a

roupa dos filhos, varriam o chão da casa, etc. As atividades de lazer também foram comentadas. Alguns demonstravam muita tristeza ao falar sobre a impossibilidade de continuar desenvolvendo as mesmas atividades de lazer em razão da deficiência física, como, por exemplo, jogar futebol, vôlei, etc. O depoimento de José Vitor foi o seguinte:

“Antes do acidente, era capitão do time de futebol da empresa, participei de vários campeonatos interempresas. Hoje só tenho lembranças daquela época (José Vitor aponta para as fotografias dos jogos de futebol que estão expostas sobre a sua mesa de trabalho. Em uma das fotos ele está levantando um troféu). Hoje eu sou técnico e sinto saudades de correr pelo campo atrás da bola. Era a coisa que eu mais gostava na vida! Eu ainda sonho em colocar uma perna “eletrônica” e sair correndo atrás da bola. O colegas da empresa ficam incentivando para eu treinar o time.....É bom...mas não é mais a mesma coisa”.

Outros comentavam as proezas que tinham de fazer para continuarem realizando o que gostavam, como andar de bicicleta e dançar forró mesmo utilizando bota ortopédica depois de ter perdido o pé, por exemplo. A situação chamou a atenção de todos e o acidentado comentou que se sentiu vitorioso, apesar da incapacidade física. O depoimento de Antonio foi o seguinte:

“Eu perdi o pé mas não perdi a cabeça e o coração. Gosto mesmo de uma cachaça e de um forró. Uso bota e ando normal. Ando de bicicleta. No final do ano passado teve uma festa aqui na empresa e eu dancei bastante. Ninguém acreditava que eu pudesse fazer aquilo. Sempre que tem uma roda, uma música , eu saio dançando”. (Na empresa, as funcionárias comentam com a pesquisadora que Antonio dança forró muito bem, até melhor que os outros que são “normais”.)

Como a deficiência física pode ser encoberta no caso de Antonio ou mesmo de José Vitor, os conflitos na interação face a face são amenizados na situação de lazer. Para Regina, acidentada que teve a mão amputada e usa prótese, há muita dificuldade em participar dos bailes e festas. O acobertamento da mutilação nem sempre foi eficaz, o que provocou tensão nas relações sociais. A acidentada comentou o seguinte:

“Antes do acidente eu já gostava de sair, dançar e passear...Depois do acidente, eu tenho medo. Fico com vergonha de ter perdido a mão. Eu escondo a mão(prótese) no bolso do vestido. Todo o sábado eu ia dançar no clube do bairro. Agora eu estou voltando a ir de novo lá....Quando um cara se aproxima eu tomo cuidado para ele não perceber nada”.

Por outro lado, falavam com alegria da descoberta do potencial para realizarem outras atividades, que experimentaram apenas após a mutilação. Fábio tinha parte da mão direita deformada em razão de um esmagamento sofrido em acidente com máquina impressora, o que dificultou a realização de qualquer movimento mais forte. O acidentado disse o seguinte:

“Eu era jogador de vôlei e basquete de um clube aqui do bairro, participava de todos os campeonatos, era do time oficial do clube... Depois do acidente, alguns amigos me ensinaram a jogar xadrez. Agora estou treinando direto. Não sinto qualquer dificuldade com as mãos. Gosto de jogar. Quem sabe eu chego lá... Participo de campeonato...”

Fez-se um roteiro de entrevista com os pontos principais a serem abordados. Porém o roteiro nem sempre foi seguido na ordem determinada, pois o trabalhador dirigia a conversa e construía a história de sua trajetória de vida. A entrevista com o acidentado iniciou-se com a questão sobre como

aconteceu o acidente; como havia sido o tratamento médico; o atendimento no Centro de Reabilitação Profissional do INSS de São Paulo; como ficou a vida do acidentado após o acidente, no que se referia às relações sociais na família e no trabalho, ao desempenho profissional, às condições e à organização do trabalho, à mudança de função, à situação socioeconômica, e quais eram os projetos de vida, incluindo-se as expectativas em relação ao futuro.

Assim, podemos dizer que cada entrevista consistiu na construção da trajetória de vida dos acidentados do trabalho. Em certos momentos, os papéis se inverteram, e o entrevistado questionou a pesquisadora, algumas vezes de maneira agressiva, pedindo esclarecimentos e até acusando-a. Portanto a conversa com a entrevistadora levou o acidentado a reformular ou reafirmar suas posições.

Na entrevista, em certos instantes, pareceu existir uma relação psicanalítica entre o entrevistado e a pesquisadora. Porém a diferença esteve no fato de que, nessa ocasião, não coube interpretações, mas, a escuta e a compreensão de seu discurso. Era fundamental perceberem-se os limites; saber-se como fazer as perguntas delicadas, por exemplo, sobre a intimidade do casal, a sexualidade do acidentado; sentir-se até onde se podia ir em relação a cada entrevistado e, acima de tudo, respeitarem-se as respostas dadas. Deve-se ressaltar que não foi fácil tomar essas atitudes, e o aprendizado foi adquirido por meio das várias e consecutivas experiências. Sempre se procurou colocar as questões impessoais no início e as pessoais no final da entrevista, com o objetivo de diminuir a tensão no relacionamento entre o entrevistado e a entrevistadora.

A respeito de determinados assuntos, o acidentado demonstrou resistência em falar. Ele não dizia tudo, guardava seus segredos, ou mesmo preferia nem pensar sobre o assunto. Acabou colocando outras palavras no lugar das omissões, ou permaneceu em silêncio. Nesses casos, as entrevistas costumavam ser mais demoradas e eram entrecortadas com pausas. Ao mesmo tempo se pôde perceber a perda, o luto, a desesperança, a falta de perspectiva, a dor e a impotência, a existência do conflito, encontrou-se, em suas falas, a fantasia, o sonho, a busca de novos caminhos, o prazer de vencer as limitações decorrentes de sua condição física no dia-a-dia e, principalmente, a luta para viver e não apenas sobreviver. Percebeu-se, assim, a adaptação do indivíduo a sua nova condição de acidentado mutilado; isto é, um processo de reconstrução de sua identidade social.

Ao contrário de outros estudos sociológicos⁵⁰, pôde-se perceber que o acidentado do trabalho nem sempre se apresentou como uma vítima, um excluído, incapaz ou inútil perante a vida. Acredita-se que não exista uma trajetória única, aprioristicamente determinada e estruturada, que os trabalhadores percorrem. O que se pode levantar são “modelos” e “tipos” de trajetória como um instrumento de análise teórica.

As esposas dos trabalhadores reabilitados consideravam-se valorizadas por estarem participando do estudo. A maioria posicionava-se como “alterego”, ou “consciência crítica” de seus maridos. Pelas entrevistas com as esposas, foi possível se conhecerem os aspectos mais frágeis e afetivos dos acidentados do trabalho. Elas relataram as conseqüências do acidente do trabalho no cotidiano do acidentado e de sua família. Falaram sobre a crise conjugal devida à impotência sexual dos maridos, as discussões e agressões físicas, a depressão psíquica e tentativas de suicídio, a falta de dinheiro para a alimentação, o alcoolismo, os medos e inseguranças. Ao mesmo tempo, as esposas falaram

⁵⁰ COSTA, M., 1981; COHN, A *et alli*, 1985; HIRANO, S. *et alli*, 1990).

do momento de crise como uma possibilidade de repensar a relação do casal, do fortalecimento do vínculo, da reaproximação com os familiares, da ampliação do círculo de amizade, etc.

Houve maior resistência dos acidentados em comentarem sobre questões pessoais e íntimas, não ocorrendo o mesmo com as acidentadas. Talvez isso tenha acontecido pelo fato de ser uma pesquisadora e não um pesquisador a conduzir as entrevistas. Notou-se que as esposas dos acidentados, mesmo demonstrando resistência no início, falavam de modo compulsivo e expressavam maior envolvimento com a situação. Para as esposas e familiares, a entrevista provocou um efeito de catarse. Perceberam que, se no início existia uma sensação de invasão de privacidade, no final foi bom conversar com outra pessoa, sobre o que acontecera com o acidentado e a família. O fato de a pesquisadora não pertencer ao círculo das relações sociais dos entrevistados, das pessoas próximas, amigas ou parentes, acabou ajudando e estimulando uma maior participação de todos.

Para as esposas, foram formuladas perguntas sobre como era a relação social do acidentado na família, com os filhos e com a própria esposa; que mudanças de comportamento foram percebidas, as dificuldades encontradas no momento do tratamento médico e da reabilitação profissional; como ficou a situação econômica e a necessidade de a esposa trabalhar, ou não; a mudança de *status* do marido e o quanto isso repercutiu na vida do casal; a ajuda financeira e material recebida, o retorno ao trabalho, etc.

No caso de acidentados solteiros, procurou-se conversar com membros da família, vizinhos e amigos. As perguntas foram sobre o comportamento do acidentado, a estratégia de sobrevivência, o cuidado com a saúde, a volta ao trabalho, etc.

As entrevistas com os representantes das empresas ou proprietários duravam em média 60 minutos e, com os encarregados imediatos e representantes do SESMT, 45 minutos. Já com os acidentados, esposas, ou marido, familiares e amigos, o tempo médio de entrevista foi de 75 minutos. Inicialmente, no trabalho de campo, foi utilizado gravador. Porém, no decorrer das entrevistas, se percebeu que os entrevistados ficavam constrangidos. A utilização desse instrumento de trabalho interferiu na relação dos entrevistados com a pesquisadora, pois o comportamento persecutório dos acidentados acabava aumentando; talvez isso tenha ocorrido pelo medo de os dados serem utilizados contra eles, de intimidades estarem sendo reveladas, etc. Então os dados passaram a ser anotados detalhadamente, em blocos de papel, pela pesquisadora. Procurou-se registrar a fala dos trabalhadores da maneira mais clara possível. As entrevistas, muitas vezes, alongavam-se pela necessidade de a pesquisadora anotar todos os dados. Por outro lado, as anotações permitiram registrar não só as informações objetivas sobre os entrevistados, mas, principalmente, apreender os aspectos subjetivos, as mudanças de comportamento, a expressão corporal e facial, o silêncio, sentimentos de raiva, dor, alegria, etc, conforme o assunto que ia sendo desenvolvido.

O trabalho de campo da pesquisa, com certeza, mobilizou tanto os entrevistados quanto a pesquisadora. Reconhece-se que não se fica indiferente ao sofrimento e à dor alheia. Em vários momentos se presenciaram cenas de choro, descontrole emocional e de muita emoção. Por mais que a situação de entrevista requerira o máximo de imparcialidade possível, notou-se que nem sempre se consegue manter a distância. Às vezes, infringem-se as regras de condução das entrevistas. Um exemplo a ser citado é o do acidentado que pergunta se a entrevistadora namoraria uma pessoa aleijada ou quando ele questiona sobre os seus direitos de trabalhador, a sua participação sindical, etc. A resposta a qualquer pergunta pode significar a interferência na relação,

porém essas pausas, esses momentos de conversa informal, possibilitam uma relação menos formal e de maior abertura por parte do entrevistado.

Não se permanece tranqüilo ao observar que a entrevista causa constrangimento, tensão e expectativa nos entrevistados. Por vezes, a pesquisadora indagou-se se aquilo tudo valia a pena, o quanto aqueles depoimentos podiam contribuir para melhorar a situação dos acidentados. Acredita-se que o envolvimento dos entrevistados e a confiança existente no ato de compartilhar parte significativa de suas vidas com uma pessoa desconhecida só podem significar a crença de que é possível fazer alguma coisa, como disse uma acidentada: “se for para ajudar as pessoas, eu não me importo de falar de minha vida, mesmo que isso seja difícil”.

Além disso, o fato de a pesquisadora partir para o trabalho de campo, a fim de conhecer a realidade dos acidentados do trabalho, sem se prender a qualquer pressuposto teórico, contribuiu para que preconceitos fossem desmistificados. A tendência tem sido procurar-se o que é negativo, e quando nos deparamos com experiências de vida bem-sucedidas entre os mutilados, demora-se a acreditar que isso possa ser possível. A surpresa com a descoberta acabou transparecendo em nosso comportamento, o qual, muitas vezes, foi questionado pelos entrevistados. Da mesma forma que observamos os acidentados e os demais indivíduos, nós também estávamos sendo percebidos o tempo todo. Era impossível não demonstrarmos nossos sentimentos, ficarmos impassíveis diante de tanta informação.

O questionamento ao comportamento da pesquisadora pode ser comentado pelo seguinte exemplo marcante. Em dado momento de uma das entrevistas, a entrevistadora deixou transparecer, em seu comportamento não-verbal, um descontentamento em não estar encontrando as respostas desejadas,

isto é, que o acidentado falasse de tragédias, e da violência sofrida e não, de suas realizações, seus projetos de vida para o futuro, suas alegrias. Mais do que rápido, o entrevistado percebeu que estava acontecendo e se voltou para a pesquisadora com a seguinte observação: “eu sei o que a senhora está pensando.... todo mundo só espera que eu fale apenas das minhas desgraças, do que é a gente não ter a mão. Ninguém olha que eu tenho a outra mão, as minhas pernas e minha cabeça prá pensar....Olha, eu só tenho a dizer que apesar de toda a dificuldade, do sufoco, a vida da gente tem muita coisa boa. Eu estou trabalhando, a empresa me ajuda muito no que eu preciso. A minha família sempre esteve ao meu lado, minha esposa, meus filhos sempre deram a maior força . Eu me divirto, continuo vivendo....”. Assim, pode-se dizer que a existência de reabilitações bem-sucedidas vem dar sentido a esta pesquisa.

Após o trabalho de campo, a pesquisadora procurou agrupar os dados para realizar a análise estatística possível, dado que a amostra não é probabilística, não se podendo, então, inferir os resultados encontrados. O quadro contendo os dados sobre os acidentados do trabalho encontra-se no ANEXO 1 e algumas associações entre as variáveis, no ANEXO 2.

4

**A CONSTRUÇÃO
ANALÍTICA DO
PROCESSO DE
REABILITAÇÃO
PROFISSIONAL DOS
ACIDENTADOS DO
TRABALHO
RELACIONADO COM
EMPRESA**

Deve-se primeiramente esclarecer que foram as seguintes fontes que encaminharam este estudo para a compreensão do processo de reabilitação dos acidentados do trabalho: A) as principais abordagens teóricas que discutiram a questão; B) as hipóteses que emergiram do estudo qualitativo (análise sistêmica); e C) os dados estatísticos (registros de acidentes de trabalho e de reabilitação profissional).

Após o levantamento de dados pelas entrevistas semi-estruturadas, recorreu-se à análise estatística, para a verificação de relações significativas entre algumas variáveis consideradas nos espaços da empresa e da família (ANEXOS 1 e 2). Assim, efetuou-se associação entre um conjunto de variáveis e os casos de acidentados considerados reabilitados.

Os critérios básicos¹ adotados, de reabilitação dos acidentados, foram os seguintes: acidentados que possuíam boa adaptação física, psíquica e emocional, adaptação social, bom ajustamento à atividade de trabalho, e à família manipulavam bem os conflitos e as tensões nas interações sociais. Neste estudo, não foram utilizados quaisquer testes de avaliação que indicassem o grau de adaptação e ajustamento dos acidentados. Os critérios que indicaram se os trabalhadores estavam ou não reabilitados foram subjetivos e foram levantados com base nas visões dos próprios trabalhadores, empregadores, encarregados, colegas de trabalho e membros da família. No desenvolvimento

¹ Os critérios básicos eram apontados normalmente nas teorias de reabilitação, porém não se encontrou uma definição na bibliografia consultada. Sendo assim, entendeu-se por adaptação física a adequação física e corporal do homem ao seu meio ambiente, a capacidade de o homem desenvolver atividades de acordo com a sua capacidade física. Por adaptação psíquica e emocional, a capacidade de o homem superar os traumas psicológicos decorrentes do acidente, ou lidar com os conflitos devidos às transformações físicas e sociais. Por adaptação social, a receptividade ou irreceptividade de uma pessoa ou grupo em face de experiências, pessoas ou grupos. Neste estudo, pensou-se na capacidade de o acidentado adequar-se as normas vigentes, como também na possibilidade de as mesmas serem modificadas a partir da interação dos diversos atores sociais. Dessa maneira, pressupôs-se a existência do conflito e do equilíbrio nos relacionamentos sociais. A manipulação dos conflitos nas interações sociais estava relacionada com a adaptação social. O ajustamento à atividade de trabalho e à família teve relação com a adaptação física, emocional e social.

do estudo, percebeu-se a importância da participação de várias instituições sociais no processo de reabilitação do acidentado².

Notou-se que, entre todas as variáveis encontradas na pesquisa, as associações mais significativas foram as relacionadas ao espaço da empresa. As variáveis estavam relacionadas com os diferentes níveis de relacionamento social que foram definidos conforme a teoria da produção dos acidentes de trabalho de TOM DWYER³. Apesar das limitações nas análises estatísticas, em razão do desenho da pesquisa, percebeu-se, pelas associações entre as variáveis, que os níveis de relacionamento social podiam ser expostos na seguinte ordem de importância: a) nível de organização, b) nível de comando, c) nível de recompensa, e d) nível de indivíduo-membro.

Assim, em cada nível, os trabalhadores e seus chefes gerenciavam o relacionamento entre o acidentado, seu trabalho e sua lesão. Deve-se compreender que é a partir do processo de controle que se produz a reabilitação.

Encontraram-se dois tipos de controle, nos relacionamentos sociais, em todos os níveis na empresa, que foram os seguintes: 1) tipo de empresa A e 2) tipo de empresa B.

No tipo de empresa A, o acidentado possuía o controle do gerenciamento dos relacionamentos sociais, o que contribuiu para que as reabilitações fossem bem-sucedidas. Nesse caso, considerou-se a existência de um tipo de controle não autoritário.

² Utilizou-se o teste Qui-Quadrado ou o Teste de Fisher. Para a análise dos dados, recorreu-se ao Software Epiinfo versão 6.0. No Capítulo 4, é apresentada a análise crítica da reabilitação dos acidentados do trabalho na empresa e, no Capítulo 5, a análise crítica da reabilitação dos acidentados do trabalho na família.

³ DWYER, Tom. *Life and death at work: industrial accidents as a case of socially produced error*. New York: Plenum, 1991, idem. Uma concepção sociológica dos acidentes do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, Fundacentro/MTb, n. 81, vol. 22, jan./fev./março, 1994, p. 15-19, idem. Acidentes do trabalho. Em busca de uma nova abordagem. *Revista de Administração de Empresa*, São Paulo, 1989, 29(2)19-31, abril/ junho, *op. cit.*

No tipo de empresa B, o acidentado não possuía o controle do gerenciamento dos relacionamentos sociais, o que contribuiu para que as reabilitações não fossem bem-sucedidas. Nesse caso, prevaleceu a existência de um tipo de controle autoritário. Os exemplos apresentados demonstraram que o trabalhador era excluído, estigmatizado e discriminado no mundo trabalho. Essa discussão costuma ser aprofundada nos textos que realizam críticas ao sistema capitalista. Apesar de não ser essa a questão, deste estudo, serão apresentadas as experiências negativas de reabilitação com o objetivo de efetuar-se uma comparação com as experiências positivas e, então, poder-se entender o processo de reabilitação.

Para compreender-se o universo da empresa, apresentaremos os resultados e as principais análises quantitativas e qualitativas da seguinte maneira: 4.1 Nível de Organização; 4.2 Nível de Comando; 4.3 Nível de Recompensa e 4.4 Nível de Indivíduo-Membro.

4.1 NÍVEL DE ORGANIZAÇÃO

No nível de organização, segundo DWYER⁴:

“O trabalho é produzido pelo controle sobre a divisão do trabalho. Existem duas relações sociais importantes nesse nível. A falta de qualificação dos trabalhadores para desempenharem a função; isto é, eles atuam sem ter conhecimentos suficientes sobre a tarefa que está sendo executada. Há falta de treinamento e, quando os trabalhadores são deslocados de suas tarefas habituais, produzem acidentes com uma certa freqüência. Quando os trabalhadores não têm conhecimentos

⁴ DWYER, Tom (1991). *Life and death at work: industrial accidents as a case of socially produced error*. New York: Plenum, 1991, idem. Uma concepção sociológica dos acidentes do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, Fundacentro/MTb, n. 81, vol. 22, jan./fev./março, 1994, pp.15-19, idem. Acidentes do trabalho. Em busca de uma nova abordagem. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, 29(2):19-31, abril/junho, 1989, *op. cit.*

adequados para evitar os efeitos de eventos produzidos fora do alcance da própria tarefa, podemos dizer que o seu trabalho está sendo gerenciado pela relação social de desorganização”⁵.

Na presente pesquisa, compreende-se que o funcionamento das relações sociais no nível de organização possui relação significativa com a reabilitação. Os acidentados aprenderam a realizar a nova tarefa sem treinamento adequado. O aprendizado acontece por meio de ensaio e erro, muitas vezes, sem supervisão. Existe o risco de acontecer um segundo ou terceiro acidente de trabalho e, em alguns casos, na mesma empresa.

Percebeu-se a seguinte relação entre o grau de controle nos relacionamentos sociais, no nível de organização, pelos trabalhadores, e a reabilitação:

Tabela 14: Relação entre o Grau de Controle nos Relacionamentos Sociais, no Nível de Organização, pelos Trabalhadores, e a Reabilitação.

Reabilitação	Organização		Total
	+	-	
+	16	3	19
-	0	13	13
Total	16	16	32

(Qui-Quadrado = 21,89 $p < 0,001$)

Valendo-se da análise dos dados, pôde-se encontrar dois tipos de controle (autoritário e não-autoritário) nos relacionamentos sociais, no nível de organização, nas empresas, que possibilitaram, ou não, a reabilitação, os quais são os seguintes:

⁵ DWYER, Tom (1994) p. 18 e DWYER, Tom (1991) p. 129-135.

A empresa do tipo A, onde existe o tipo de controle não-autoritário, demonstrou interesse na readaptação funcional, em relação à mudança de função dos acidentados. Eles receberam treinamento constante e foram qualificados para desempenharem a função; isso indicava que havia organização no local de trabalho, e plano de incentivo, isto é, promoção também para esses trabalhadores. A equipe de trabalho era preparada, pela direção da empresa, departamentos responsáveis ou encarregado imediato, para o retorno do acidentado. Notou-se que a maioria dos trabalhadores era reabilitada.

A empresa do tipo B, onde existe o tipo de controle autoritário, não demonstrou qualquer interesse na readaptação funcional dos acidentados. Os trabalhadores eram readaptados em funções incompatíveis com o tipo de lesão ou a limitação da capacidade física, os pareceres médicos do CRP e da Perícia Médica não eram respeitados, os trabalhadores acidentados não recebiam orientação ou treinamento adequado para desempenharem a nova função e, não eram qualificados profissionalmente, ou seja, não havia organização do trabalho ou qualquer possibilidade de receber-se promoção e a direção da empresa ou encarregados imediatos não se preocupavam em preparar a equipe de trabalho para receber de volta o acidentado. Notou-se que a maioria dos trabalhadores não era reabilitada.

Convém esclarecer que essas tipologias estarão presentes nos seguintes subitens: 4.1.1 Os tipos de controle nos relacionamentos sociais existentes no momento do retorno dos acidentados do trabalho à empresa e 4.1.2 Os tipos de controle nos relacionamentos sociais existentes em relação à mudança de função dos acidentados do trabalho.

4.1.1 OS TIPOS DE CONTROLE NOS RELACIONAMENTOS SOCIAIS EXISTENTES NO MOMENTO DO RETORNO DOS ACIDENTADOS DO TRABALHO À EMPRESA

Tipo de empresa A

Nos casos em que os acidentados não pudessem mais executar a mesma tarefa, eles deviam ser transferidos permanentemente para outra função. O CRP/INSS e a empresa costumavam escolher juntos a nova função, considerando o grau de capacidade física restante do acidentado. Conforme a gravidade do acidente, o CRP/INSS recomendava a mudança do acidentado para função de igual ou menor complexidade.

Nas empresas, não existia um mesmo setor ou departamento que se responsabilizasse pela reintegração profissional do acidentado do trabalho. Nas empresas de grande porte, a reabilitação profissional ficava a cargo do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Serviço Social ou do encarregado imediato. Nas empresas de médio e pequeno portes, a responsabilidade ficava a cargo, principalmente, do encarregado imediato ou mesmo do proprietário.

Nesse estudo, compreendeu-se que é necessário se cumprirem etapas na reinserção profissional do acidentado. O processo é complexo e permeado por obstáculos e dificuldades que precisam ser considerados e superados.

A necessidade de mudança de função do acidentado interfere na interação social no local de trabalho. Em primeiro lugar, a empresa procura adaptar o trabalhador na seção de origem, existindo a preocupação em mantê-lo na mesma equipe de trabalho. A proximidade no relacionamento social entre o trabalhador, o encarregado imediato e os demais colegas da seção facilita a readaptação social.

Quando não há qualquer possibilidade de ele permanecer no mesmo setor, e, na maior parte das vezes, o motivo é a falta de função compatível, inicia-se a investigação em outros locais onde seria possível a adaptação do acidentado. Em muitos casos, encarregados e empregadores precisam negociar a transferência, que não ocorre de maneira tranquila. Não basta encontrar uma função, é preciso trabalhar a aceitação social pelos demais trabalhadores. A cooperação do supervisor e encarregado imediato e o interesse do funcionário em retornar ao trabalho são importantes. A avaliação moral do acidentado, isto é, se ele possui disciplina, é esforçado, chega na hora, não falta, faz o serviço direitinho, não é “encrequeiro”, é fundamental para o ajustamento social.

Os acidentados estudados costumavam ficar afastados do trabalho por longo tempo, portanto a situação de retorno à empresa requeria um preparo do próprio trabalhador e do pessoal da seção na qual ele era reinserido. Havia empresas que, por iniciativa do empregador, departamento pessoal ou serviço social, convocavam constantemente o acidentado para comparecer à firma, quando eram realizadas entrevistas para se saber da situação do acidentado e de sua família, naquele momento.

Convém esclarecer-se que os técnicos do CRP/INSS também adotavam o mesmo procedimento, de se estimularem as visitas periódicas à empresa. O objetivo era o de o sujeito não ficar distante do local de trabalho, manter contato social com os colegas, atualizar-se sobre os acontecimentos e procurar saber, de maneira informal, sobre as funções a que poderia ser readaptado. Essa medida contribuiu para que o acidentado não perdesse a identidade de trabalhador, se sentisse integrado a um grupo social, o que facilitou a sua volta, e também que tivesse iniciativa em participar de sua reabilitação

profissional. Assim, a adaptação social do acidentado à empresa ocorreu de maneira lenta e gradual, antes mesmo dele ter retornado ao trabalho.

Entre os entrevistados desta pesquisa, praticamente todos disseram ser importante o apoio afetivo e moral recebido durante o afastamento. As visitas domiciliares dos representantes das empresas e colegas eram aguardadas com expectativa. O bate-papo significava um instante de alívio do sofrimento e de trocas de informações.

Na empresa, o preparo mais intensivo era realizado pelo encarregado de área. Era evidente a preocupação com a aceitação do trabalhador, em razão da baixa produtividade e das discriminações que o acidentado pudesse sofrer, com brincadeiras, gozações e apelidos. A maneira de controlar o problema era mais pela imposição e ameaça de punição do que pela informação e educação sobre como lidar com o trabalhador acidentado, suas limitações físicas, etc. Na verdade, a chefia imediata, que permanecia a maior parte do tempo junto ao trabalhador, não possuía qualquer qualificação ou treinamento para lidar com as diferenças entre os membros da equipe.

Pôde-se compreender que, na maioria das empresas, a cooperação na equipe de trabalho costumava contar com a participação de todos os trabalhadores, mas o equilíbrio não era constante e podia ser interrompido por conflitos nos relacionamentos sociais. O papel do encarregado de área é fundamental para a integração social do acidentado. Além disso, a aceitação social dos colegas é o primeiro passo para a reabilitação bem-sucedida na empresa. A reintegração do trabalhador no grupo ocorre por um processo educativo e de informação sobre o que o acidentado pode fazer, as suas limitações físicas, o tipo de auxílio que precisa, etc. As reuniões entre os membros do grupo devem acontecer antes mesmo do retorno do acidentado à

empresa. O encarregado de área, preocupado com o ajustamento do acidentado ao grupo, no momento de seu retorno, afirmou o seguinte:

“Antes do trabalhador voltar prá empresa, eu procuro reunir o pessoal da seção. Preparo a turma, digo que não admito qualquer gozação sobre a pessoa, o defeito dela. Explico que ela não vai poder trabalhar igual aos outros e que o grupo vai ter que dar conta da produção. O trabalho final é do grupo. Quem achar ruim eu já falo tudo, deixo tudo claro!! Eu sempre digo que é importante o respeito na equipe com todo mundo. A pessoa tem que entender que ela também um dia pode ficar igual, sofrer um acidente, perder a mão, o dedo. E aí como é que fica? A gente tem que aceitar a pessoa como ela é”.

Tipo de empresa B

Nas empresas do tipo B, a direção costuma dizer que não é necessário desenvolver uma política de reabilitação de acidentados na empresa, pois considera o problema menor. Justifica isso dizendo que são poucos os acidentados a serem reintegrados, muitas vezes contrariando as estatísticas, e que, então, não é preciso se preocupar com a questão. Acredita-se que os dados estatísticos estejam subestimados, pois muitos trabalhadores não chegam a ser reintegrados realmente. Eles fazem acordo para deixarem o emprego com incentivo ou pressão da própria empresa, que prefere se ver livre desse tipo de problema. Os próprios acidentados possuem precaução contra a empresa, quanto a sua readaptação profissional. STRUFFALDI avalia que 44,8% dos entrevistados é dispensado do emprego pelos empresários, com relação à reabsorção de trabalhadores acidentados, não se levando em consideração a estabilidade no emprego⁶.

⁶ STRUFFALDI, Maria Cristina Bianco (1994). Reabilitação profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados. São Paulo, S.P., *op. cit.*, p.57.

Depara-se com o descaso da empresa quando ela volta sua atenção para o aumento da produtividade, novas tecnologias, qualidade total e relega para segundo plano questões como a prevenção contra os acidentes de trabalho e a reabilitação profissional. Considera-se um dado importante o fato de haver poucos acidentados reintegrados em todas as empresas visitadas, pois se espera que isso signifique a ocorrência de poucos acidentes. Porém, tendo um enfoque social do trabalho, não se deve minimizar o problema da reinserção profissional apenas com base na quantidade de acidentados. Da mesma forma que é inaceitável e injustificável que um trabalhador sofra um acidente ou adoeça, também não se pode conceber que esse trabalhador, mesmo que único, não tenha seu direito de reabilitação devidamente respeitado. Na verdade, estão-se discutindo as relações sociais na empresa e o quanto elas contribuem na produção dos acidentes de trabalho e colaboram na reabilitação profissional.

Algumas empresas acompanham o acidentado mesmo no período de afastamento e preocupam-se efetivamente com o seu retorno. Entretanto, neste estudo, encontraram-se alguns acidentados que deixaram de ter contato com a empresa, após o acidente de trabalho, por motivo de conflitos na interação social. Às vezes, o trabalhador descobre que a empresa fechou, mudou de endereço, ou está localizada em outra cidade, somente quando está próximo de ser desligado do Programa de Reabilitação Profissional/INSS, pois o intervalo de tempo entre o acidente e o retorno ao trabalho pode durar anos.

Constatou-se que o distanciamento da empresa em relação ao acidentado e vice-versa, no período de afastamento, é prejudicial para o processo de reabilitação. A falta de uma atenção contínua faz com que o acidentado não tenha segurança quanto ao seu lugar no trabalho e de pertencer a um grupo social.

O retorno ao trabalho não ocorre de forma tranqüila tanto para o acidentado quanto para a empresa. Esse conflito reflete-se negativamente na trajetória profissional do trabalhador. Assim, a necessidade de mudança de função nem sempre é tranqüila para os acidentados, já que a situação social apresenta conflitos. O estigma, a deformidade física na idade avançada, como foi o caso de alguns trabalhadores entrevistados, interferiu na interação social e, com certeza, a dificuldade decorrente da limitação da capacidade física pode prejudicar as relações antigas.

Dessa maneira, alguns encarregados confidenciaram não ser fácil convencer a equipe de trabalho a aceitar o acidentado e que o conflito existe, mesmo que de forma latente, principalmente por causa das diferenças em relação à produtividade, às faltas e ao controle da carga de trabalho. Nesse caso, a reintegração do acidentado mutilado na equipe ocorre muito mais pela imposição do encarregado de seção do que por um processo de informação e educação dos demais trabalhadores.

4.1.2 OS TIPOS DE CONTROLE NOS RELACIONAMENTOS SOCIAIS EXISTENTES EM RELAÇÃO À MUDANÇA DE FUNÇÃO DOS ACIDENTADOS DO TRABALHO.

Tipo de empresa A

Para conhecer-se o universo das empresas nas quais foram encontrados os acidentados entrevistados nesta pesquisa, serão apresentados alguns dados considerados significativos.

Tabela 15: Distribuição de Acidentados Reabilitados por Tamanho de Empresa (Grande, Médio e Pequeno Porte).

Tamanho da empresa	Acidentados Reabilitados		Total
	Sim	Não	
Grande	12	4 (0)*	16
Médio	2	3 (0)*	5
Pequeno	4	7 (2)*	11
Total	18	14	32**

* Não-reabilitação do acidentado por motivo de falta de função, alegado pelo representante da empresa.

** Deve-se esclarecer que neste estudo foram entrevistados 32 acidentados vinculados a 31 empresas. Em uma das empresas, entrevistaram-se dois acidentados do trabalho.

Formula-se a hipótese de que o tamanho da empresa (pequeno, médio e grande) interferia no processo de reabilitação profissional. Nas empresas de maior porte, há diversidade de funções, que facilita a recolocação funcional de acidentados. Isto pode ser observado em estudos realizados pelo próprio Instituto Nacional de Seguro Social e outras instituições⁷.

Observa-se, pela tabela acima, que há uma relação significativa entre o tamanho da empresa e o número de acidentados reabilitados. Percebe-se que 14% dos trabalhadores não são reabilitados nas pequenas empresas por falta de função apropriada. Os 86% dos trabalhadores não são reabilitados nas pequenas empresas em virtude dos conflitos nos relacionamentos sociais entre os acidentados e a empresa. Na média e grande empresa, o motivo da não-reabilitação vincula-se a problemas na interação social. Há a hipótese de que o número limitado de funções nas pequenas empresas seja um dos motivos da

⁷ INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. Secretaria de Bem Estar, Coordenação de Reabilitação Profissional. *Fixação de reabilitados no emprego e seu ajustamento ao trabalho*. Rio, 1977. *idem*. Centro de Reabilitação Profissional/São Paulo, Setor de Pesquisa de Mercado de Trabalho, *Pesquisa de Avaliação do Sociólogo junto ao Sistema Empresarial*. Setembro de 83, mimeo. Consultar também o livreto, FRANCHI, Liette (coord.). *A Reabilitação Profissional como Processo Multidisciplinar*. Síntese de uma pesquisa de campo e de laboratório em convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1982, 91p. Na maioria dos estudos os portes das empresas são estabelecidos da seguinte maneira: as pequenas empresas possuem até 50 empregados; as médias de 51 a 200 empregados e as grandes acima de 200 empregados aproximadamente.

dificuldade na reabilitação. Porém se afirma que a diversidade de funções é uma condição necessária, mas não suficiente, para a ocorrência do processo.

Por outro lado, há uma outra maneira de perceber-se o problema. Assim, considera-se que, nas empresas de grande porte, se encontram maior e melhor infra-estrutura e respaldo institucional em relação à assistência para atender o acidentado no seu retorno ao trabalho. Por exemplo: existência de funcionários ou técnicos que se responsabilizam pela readaptação funcional e social do trabalhador, como por exemplo, assistentes sociais, psicólogos, engenheiros, etc. Elas também possuem CIPA e SESMT atuantes. Observa-se, ainda, a presença mais constante do sindicato da categoria com função fiscalizadora, o que fortalece a organização dos trabalhadores no local de trabalho. Nas empresas de pequeno e médio porte, não se encontram as mesmas condições organizacionais nem tecnológicas de atenção ao trabalhador. A readaptação funcional e social ocorrem de maneira fragmentada, improvisada e empírica.

A existência de infra-estrutura organizacional na empresa, em relação à assistência ao acidentado, bem como a atuação de organizações de trabalhadores nos locais de trabalho, estimulam e catalizam o interesse dos empresários em investir em programas voltados à saúde, à segurança e à qualidade de vida no trabalho.

Assim, ressalte-se que o fator fundamental para a efetivação da reabilitação é o tipo de relacionamento social que o acidentado desenvolve com o empregador ou encarregado e com a chefia imediata. Observe-se que a reabilitação dos acidentados nas pequenas empresas (4) e a não-reabilitação dos acidentados nas grandes empresas (4), apesar de estas terem maior diversidade de funções, estão relacionada com tipos de relacionamento social qualitativamente diferenciados e desenvolvidos. Nas empresas onde os trabalhadores são reabilitados existe uma certa cultura organizacional, que

significa um sistema de interesses e valores que orienta as ações dos empregadores ou encarregados imediatos para encontrar a melhor função e acompanhar o trabalhador. Às empresas com tais características deu-se grande valor, na medida em que elas forneceram subsídios para se entender a reabilitação.

Pôde-se perceber que o acidentado tem a sua trajetória funcional, ou seja, a sua carreira alterada a partir do momento em que sofre o acidente até o período de retorno à empresa. A mudança de função é em geral, orientada pelo interesse da empresa em encontrar alternativas que atendam às necessidades reais do acidentado. O CRP emite uma carta em que indica uma função que esteja de acordo com o grau de capacidade física do trabalhador. Esse documento é baseado na avaliação do desempenho do acidentado durante o estágio realizado, no período de 15 a 30 dias, na empresa, que é custeado pelo INSS e tem por objetivo treinar a capacidade funcional e verificar a integração social do acidentado. Os técnicos do CRP não, acompanham, necessariamente, os segurados durante o treinamento. Os encarregados imediatos fazem a avaliação da adaptação à função e fornecem um parecer aos técnicos do CRP. Somente após feito o estágio na empresa, o trabalhador é desligado do programa e encaminhado para a Perícia Médica/INSS para receber a alta e voltar ao trabalho.

A função a ser desenvolvida é escolhida pelo técnico do CRP/INSS e pelo empregador ou representante da empresa, antes mesmo que o trabalhador retorne ao trabalho. Nesta pesquisa percebeu-se que, em muitos casos, os acidentados são consultados para verificar se eles estão de acordo com as determinações das instituições. Em caso de discordância, há o empenho para se encontrar uma outra função compatível.

Notou-se que a participação dos trabalhadores na escolha da função é importante, pois demonstra o seu interesse na reabilitação. Essa questão será melhor analisada no item sobre o Nível de Comando. Considera-se que, em alguns casos, é necessário mudar de atividade várias vezes até se encontrar o lugar certo na empresa. A readaptação funcional ocorre, na prática, no dia-a-dia de trabalho.

Quando a mudança de função ocorre de maneira adequada, ao acidentado oferece-se a oportunidade de iniciar uma nova carreira e ter a perspectiva de crescimento profissional.

No quadro abaixo, percebem-se as funções dos acidentados em três momentos:

Quadro 1: Funções de acidentados conforme momentos analisados (t1, t2 e t3).

Variável		t1		t2		t3	
		N	%	N	%	N	%
Tipos de Função	Previsista/operador de máquina	20	62,6	2	6,2	6	18,7
	Gráfico/impressor/cortador	3	9,5				
	Ajudante de mecânica/lubrificador	2	6,2				
	Auxiliar de produção/socador/triturador	2	6,2	1	3,1	2	6,2
	Empilhadeira	1	3,1			1	3,1
	Estocagem/armazenagem	1	3,1				
	Ajudante geral			7	21,9	4	12,6
	Portaria/vigia			6	18,7	6	18,7
	Embalagem			3	9,4	1	3,1
	Almoxarifado			3	9,4	3	9,4
	Controle de qualidade			1	3,1	2	6,2
	Mensageiro			1	3,1	1	3,1
	Montagem			2	6,2		
	Planilha, etiquetas e placas			1	3,1	1	3,1
	Eletricista de bancada	1	3,1	1	3,1	1	3,1
	Acabamento			1	3,1		
	Limpeza de aros ou peças/lubrificadora			1	3,1	1	3,1
	Vendedor			1	3,1		
	Ajudante geral no Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho			1	3,1		
	Pinturas					2	6,2
	Encarregado ativo					1	3,1
	Servente de obra	1	3,1				
	Carpinteiro/obras	1	3,1				
	Total	32	100	32	100	32	100

t1 - função do acidentado no momento do acidente de trabalho

t2 - função do acidentado indicada pelo CRP e Perícia Médica do INSS

t3 - função do acidentado no momento da entrevista

No momento do acidente de trabalho, 62,6% dos trabalhadores estavam nas funções de previsista e operador de máquina e 9,5%, na função de gráfico, impressora e cortador. Após o processo de reabilitação profissional, o CRP e a Perícia Médica /INSS encaminharam 21,9% dos acidentados para a função de ajudante geral, 18,7% para a função de porteiro e vigia, 9,4% para a função de embalagem, e 9,4% para a função de ajudante no almoxarifado. Esses serviços são, dentro da fábrica, os mais desqualificados.

No momento da entrevista, encontraram-se 12,6% dos acidentados na função de ajudante geral. Conforme diz o nome, é uma função em que se faz de tudo um pouco. A denominação é ampla e abrange várias atividades, as quais, muitas vezes, exigem força física, o que é contra-indicado nos casos dos acidentados, além de serem perigosas e insalubres. Nesta pesquisa, não se encontrou nenhum acidentado readaptado na função de ajudante geral que realizasse tarefas com essas características, as quais, com certeza, comprometeriam mais ainda a sua condição de saúde. As atividades desenvolvidas pelos trabalhadores eram as seguintes: controlador de material na seção; separador de material para ser usado nas máquinas e office-boy. Algumas funções foram criadas especialmente para se poder realizar a readaptação funcional e acabaram sendo adequadas ao processo de trabalho. Esse é um dos exemplos que mostra a importância do interesse da empresa na reabilitação.

Percebeu-se que do momento t2 para o t3, houve uma diminuição da porcentagem de acidentados nas funções de embalagem, montagem, acabamento, vendedor e ajudante geral, no SESMT (Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho). Além disso, a diminuição da porcentagem de trabalhadores na função de ajudante geral deveu-se ao fato de a pesquisadora ter procurado a atividade que o acidentado desempenhava no momento da pesquisa (t3) e não, a denominação do cargo funcional. Por outro lado, chama a atenção o aumento de acidentados na função de prensista/operador de máquina (18,7%).

Apesar das recomendações do CRP e da Perícia Médica/INSS para que os acidentados não trabalhem novamente em máquinas (prensas), os trabalhadores voltam a desempenhar a mesma função nas quais sofreram o acidente de trabalho. Ao indagar-se aos representantes das empresas sobre a

questão, eles alegaram que os próprios acidentados pediam para trabalhar novamente nas máquinas/prensas. Essa resposta foi confirmada por todos os acidentados que estavam trabalhando nas prensas no momento da entrevista. O argumento era o de que consideravam mais estimulante o trabalho na prensa do que em outras funções. Há, portanto, dentro da fábrica, trabalhos mais e menos valorizados.

Entre todos os acidentados da amostra que não conseguiram se adaptar à função indicada pelo CRP/INSS, encontraram-se os seguintes motivos relacionados ao nível de organização: a) 70% das respostas diziam que a atividade era monótona, cansativa, desestimulante, “sem graça” e que faz a pessoa se sentir inútil; e b) 30% apontavam que o problema estava relacionado à lesão corporal, isto é, a função não se adequava ao grau de capacidade física.

Os trabalhadores vítimas de acidentes graves, em virtude das seqüelas físicas, necessitam mudar de função. Neste estudo, percebeu-se que, antes do acidente de trabalho, 84,37% se encontravam em função qualificada. O quadro inverteu-se no momento da entrevista, quando apenas 31,25% estavam nesse tipo de função. Observou-se uma grande diferença entre os trabalhadores que estavam em função não-qualificada antes (3,13%) e depois do acidente (46,88%)⁸.

Apesar de o valor do salário determinado por lei ser o mesmo daquele da função anterior e do trabalhador ganhar mais o auxílio-acidente, o acidentado encontra dificuldade em aceitar uma nova função não-qualificada que lhe possibilite pouco reconhecimento social e desenvolvimento profissional. Assim, a perda do status, em consequência da mudança de função, e a impossibilidade de promoção são aspectos importantes no processo de reabilitação profissional do acidentado. O serviço monótono, cansativo e

⁸ Ver tabela Tipo de Função no Capítulo 3 (Material e Método, item 3.2 As Experiências no Trabalho de Campo).

desestimulante tem relação com o conteúdo da tarefa, na medida em que o trabalho que lhe é destinado “qualquer um faz”, não requerendo muito empenho, inteligência ou criatividade. Ele passa a exercer, portanto, uma atividade vazia, insignificante e desprezível socialmente, o que atinge diretamente sua auto-estima e sua identidade. Antonio, acidentado de 32 anos, que teve parte da mão e dos dedos amputada em acidente com prensa em indústria metalúrgica, fez as seguintes afirmações:

“Eu sempre fui prensista. Na época do acidente eu era prensista senior. Prá mim eu queria ser prensista a vida toda. Trabalhava na prensa já uns 15 anos. Eu gosto é de trabalhar na máquina. Eu não posso mais fazer isso!! Hoje não tenho mais condição, perdi parte da mão. Estou trabalhando na portaria. Isso não é profissão como era o de prensista. Eu não tenho nenhuma chance de melhorar aqui. Como porteiro não posso receber promoção. O serviço de porteiro é fácil. Não tenho muito o que fazer aqui. Bom, é a única coisa que sobrou prá eu fazer... Quando eu vejo os caras da seção onde trabalhava passando na portaria me dá um aperto no coração. Eu queria mesmo é estar trabalhando lá”.

Quadro 2: Ocorrência de Promoção entre Acidentados Reabilitados, nos Estudos de 1990, 1992 E 1994.

Ocorrência ou não de promoção	% de casos		
	1990	1992	1994
Mérito	7,18	2,91	3,12
Sim Tempo de serviço	0,00	0,00	0,00
Não	92,82	97,09	96,88
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: Pesquisa de Fixação de Reabilitados no Emprego e seu Ajustamento no Trabalho - CRP/INSS-SP; 1990 (n= 308) e 1992 (n= 220)

Os dados de 1994 (n= 32) pertencem à presente pesquisa.

Apesar da existência da crise econômica, que atinge diretamente todos os trabalhadores e dificulta que os mesmos recebam promoção, encontraram-se alguns acidentados que foram promovidos. Percebeu-se acentuado decréscimo na porcentagem de trabalhadores promovidos por mérito, entre os anos de 1990 e 1992, e um pequeno aumento, no ano de 1994. Os dados de 1990 e 1992 foram obtidos em pesquisas sobre fixação de reabilitados no emprego e seu ajustamento no trabalho, realizadas pelo Serviço de Pesquisa de Mercado de Trabalho do CRP/INSS/São Paulo, após mais de um ano de retorno ao trabalho.

Porém se deve esclarecer que as empresas não desrespeitaram totalmente a prescrição do CRP/INSS, de que o acidentado não deveria mais trabalhar na prensa. Na verdade, os empregadores ou encarregados procuraram por máquinas que apresentassem mecanismos de funcionamento menos perigosos e complexos, para o trabalhador desempenhar sua atividade. Notou-se que, quando a função atual era mais próxima da anterior, tornava-se mais fácil a readaptação funcional do acidentado. O depoimento de encarregado imediato de indústria de plástico foi o seguinte:

“A gente costuma mudar de função em caso de acidente. Só que tem máquina que não tem perigo, é mais segura. O trabalhador não sente tanta diferença. Agora a gente respeita muito o que o CRP fala e a vontade também do trabalhador. Fazemos o possível de não colocarmos em risco a vida dele, de se acidentar de novo. Por isso procuramos uma máquina mais simples, fácil de mexer, com poucos comandos”.

Por outro lado, muitos acidentados foram recolocados em funções totalmente distintas das anteriores e descobriram uma nova carreira profissional. Percebeu-se que a idade e escolaridade dos acidentados

interferiram na mudança de trajetória profissional. Observou-se que os trabalhadores com idade mais avançada, tiveram menor dificuldade para a readaptação em funções como porteiro, embalador e ajudante de almoxarifado. Nesse caso, a reabilitação tem relação muito mais com o comportamento de acomodação e resignação. Os mais jovens têm maior resistência em se adaptar a novas funções consideradas menos estimulantes.

Os acidentados mais jovens planejavam melhorar o nível de escolaridade com o objetivo de conseguir funções nas quais não se exigisse força física e almejavam sair da área de produção e passar para funções administrativas, ou realizar acordo e abrir negócio próprio na área de serviços. Já os acidentados com idade mais avançada não pensavam em retornar aos estudos; a sua trajetória profissional era definida pela espera da aposentadoria, a realização de acordo e a sobrevivência por meio do subemprego.

O exemplo do Sr. João, que após trabalhar 18 anos sofreu amputação de 3 dedos da mão direita em acidente com prensa, era raríssimo. Pela experiência de trabalho na função e por conhecer todo o trabalho na firma..., João passou a trabalhar como chefe de Setor. A empresa e o encarregado de área valorizaram a experiência do trabalhador. Segundo o encarregado:

“João trabalha na empresa há 18 anos. Nunca tinha sofrido acidente antes. Deu azar e a prensa repicou na mão dele. Ele tem muito jeito para ensinar os mais novos. Tem paciência e gosta de colaborar com os outros. As pessoas pedem ajuda e o João ensina o que sabe. Agora ele está como Chefe de Seção. Ele é responsável por 20 trabalhadores. O CRP tinha indicado para ficar na embalagem ou almoxarifado. Ele não quis, achava o trabalho sem graça. Nós percebemos que era um desperdício deixar o homem com toda aquela experiência. Nós

colocamos como Chefe pois ele tem jeito para orientar o pessoal e colocar ordem na turma. Todo mundo respeita o João aqui dentro”.

A experiência de João demonstra a importância de se conhecer o processo de trabalho na empresa. Assim, pudemos verificar a existência de empresas que valorizavam o conhecimento adquirido pelos trabalhadores e, que, em vez da discriminação, investiam na promoção dos mesmos.

Um outro ponto fundamental dizia respeito à escolaridade dos acidentados. Como já citado anteriormente, 51,1% dos acidentados possuíam o primeiro grau incompleto e 25,% o primeiro grau completo. Notou-se que a maioria dos acidentados tinha poucas opções de função, em razão do baixo nível de escolaridade. Pela formação escolar, o trabalhador ficava limitado à área produtiva e não tinha condição de desenvolver serviços administrativos. Assim, um caminho para os trabalhadores era melhorar o nível de escolaridade a fim de mudar para uma função, na empresa, em que pudessem receber um salário maior e que não exigisse esforço físico. Os próprios acidentados referiram que preferiam “trabalhar com a cabeça do que com as mãos”. Pode-se perceber a busca de ascensão profissional e social de alguns acidentados nos seguintes comentários:

“Eu era prensista e agora trabalho de vigia no estacionamento. Estudei até o segundo ano do colegial, quero voltar a estudar e no futuro vou trabalhar em alguma coisa que use mais a cabeça. As minhas mãos não prestam prá mais nada!!... Ainda bem que posso escrever. É difícil, demora. Ainda quero trabalhar na administração na empresa”. (depoimento de acidentado de indústria metalúrgica, Osvaldo, 29 anos, que perdeu 3 dedos da mão direita e da mão esquerda);

“Eu era mecânico e perdi a perna num acidente de trabalho...Hoje trabalho no escritório, no Setor de Compras. Tenho até o segundo colegial. Fiz curso de informática. Agora, trabalho só no computador e não preciso me locomover muito. Quero voltar a estudar, terminar o colegial e cursar Computação na faculdade” (depoimento de acidentado de empresa de transporte, Alberto, 22 anos);

“Eu trabalhava na embalagem. Não gostei de lá. Convenci o meu patrão de que eu poderia trabalhar na portaria principal...Hoje recepciono as pessoas. Ninguém comenta de que eu não tenho mão ou uso uma prótese. Acho que eles nem reparam, se reparam não dão importância. No início tinha medo, agora não tenho mais... Eu gosto de lidar com o público... Estudei o colegial. Ainda quero fazer o curso de Direito, prá poder ajudar as pessoas que ficaram como eu” (depoimento de acidentada de empresa metalúrgica, Rosana, 29 anos, que perdeu a mão esquerda) .

Nesta pesquisa, todos os acidentados que tornaram a trabalhar na prensa, isto é, não mudaram de função, mesmo com a contra-indicação do CRP/INSS, eram jovens, possuíam o primeiro grau incompleto e não pretendiam voltar a estudar. O trabalho como prensista era a única maneira deles possuírem um status dentro da empresa e de terem a perspectiva de ser promovidos. Por outro lado, todos os trabalhadores que mudaram de função e tinham como objetivo uma nova carreira profissional eram jovens, possuíam, no mínimo, o primeiro grau completo e desejavam melhorar o nível de escolaridade. Assim, pudemos constatar que, em relação às duas variáveis, idade e nível de escolaridade, a última deva ser a mais importante para a reabilitação.

A ascensão profissional pôde ser analisada pelo depoimento de um trabalhador que sofreu acidente há 17 anos. Sergio foi entrevistado por acaso, pois foi encontrado durante o trabalho de campo desta pesquisa, em uma das indústrias de papel.

“Eu tinha 23 anos quando sofri acidente. Perdi a mão esquerda numa centrífuga. ...Depois disso, fui trabalhar de mensageiro no escritório da empresa. Voltei a estudar e cheguei até o nível superior. O pessoal do trabalho foi quem mais me incentivou. Eu saía um pouco mais cedo por causa da escola, na época de prova eles deixavam eu estudar nas horas de folga.... Sou formado em Ciências Contábeis. Hoje sou contador dessa firma. Não tive problema algum prá ser admitido aqui. Teve lugares que o pessoal ficava com medo, mas nunca me recusaram por causa de ter perdido a mão. Eu penso que não. Acho que isso aconteceu porquê o meu trabalho é no escritório. Eu teria muita dificuldade de conseguir emprego na produção, por exemplo...”

O desenvolvimento profissional e o nível de escolaridade do acidentado podem ser considerados algumas das soluções para o problema do retorno ao trabalho e da mudança de função. Em primeiro lugar, é necessário contar com o interesse e apoio dos empresários. As empresas devem oferecer condições para que os trabalhadores possam freqüentar cursos e treinamentos.

Em relação à adaptação à função e reabilitação nas pequenas, médias e grandes empresas, notou-se que a maioria dos acidentados das grandes empresas estão adaptados às funções e, portanto, reabilitados (75%). Ao contrário, nas pequenas empresas, a maioria do acidentados não estão adaptados à função e, por isso, não estão reabilitados (63,7%).

Como se comentou no início deste item (Empresa tipo A), nota-se que, nas grandes empresas, os acidentados possuem SESMT ou Departamento Social, que costuma acompanhá-los em seu retorno ao trabalho. Além disso, os sindicatos e a fiscalização costumam visitar essas empresas com maior frequência. As empresas têm antecedentes de casos de trabalhadores acidentados que foram reabilitados, possuindo informações e conhecimentos a esse respeito. A baixa produtividade de um acidentado pode ser compensada por um número maior de trabalhadores, e isso minimiza os conflitos nas relações sociais. Nas pequenas empresas, além de não se encontrarem as condições anteriormente descritas, espera-se que exista menor variedade de funções, o que limita as possibilidades de mudança de função.

Tipo de empresa B

Nas empresas do Tipo B, nas quais, ao contrário do que acontece naquelas do Tipo A, não existe um acompanhamento constante e uma investigação minuciosa sobre qual a função que o acidentado pode realmente exercer, segundo a sua capacidade física residual, é grande o risco de o trabalhador retornar a uma atividade perigosa e sofrer um outro acidente. Sabe-se que sua condição física não é mais a mesma em razão da amputação, fratura ou esmagamento sofridos. Por exemplo, apesar de conhecer a máquina e a tarefa, seu corpo não responde aos estímulos da mesma forma que fazia antes. Além disso, não se podem esquecer, também, as péssimas condições de segurança das máquinas, que são antigas e obsoletas. Algumas empresas não estão atentas à necessidade de treinamento adequado para o acidentado, que não se iguala aos outros trabalhadores.

Ao aprofundar-se a investigação, percebe-se a existência de pressão, muitas vezes explícita, da parte de algumas empresas para que os acidentados trabalhem nas máquinas/prensas do mesmo tipo em que se acidentaram, logo que retornam ao trabalho (t2), contrariando a recomendação do CRP/INSS, pois isso significa aumentar a produção e não ser necessário contratar outro prensista. Segundo o depoimento de um encarregado de indústria metalúrgica, fica clara essa preocupação:

“Não são necessários dois porteiros, mais gente no Setor de Embalagem. Agora precisamos de mais prensistas. É melhor quando o trabalhador consegue trabalhar na prensa novamente”.

A pressão é evidente quando se percebe que o ajudante, imbuído de “boa vontade” e dizendo querer ajudar a acidentada perder o trauma de trabalhar na prensa, força-a, mesmo sem condição física, a desempenhar sua função na máquina. O depoimento do encarregado imediato da indústria de plástico foi o seguinte:

“Tentamos tirar o medo dela mas ela dizia que o CRP(INSS) disse prá não mais trabalhar na máquina(prensa). O CRP não sabe de nada...não conhecem nada, ficam colocando essas coisas na cabeça da moça”.

Já o depoimento de Odete, 27 anos, trabalhadora de indústria de material plástico, sobre o fato de o encarregado forçá-la a trabalhar na prensa, foi o seguinte:

“O encarregado novo disse que eu tinha que perder esse medo, que não fazia bem prá mim. Ele de cara me forçou a trabalhar na máquina, sabendo que eu não posso trabalhar lá. Ele dizia que o CRP tinha dito

prá ele prá eu trabalhar na máquina. Fiquei desconfiada e liguei pro CRP escondido. Falei com a assistente social e ela mandou uma carta pra ele dizendo que eu não deveria trabalhar mais na máquina. Não adiantou. Olha, o CRP teve que ir até a empresa falar pessoalmente com o encarregado. Só assim ele se mancou e parou de me forçar”.

Algumas empresas, além de não respeitarem as prescrições do CRP e da Perícia Médica do INSS, que avaliam o grau de capacidade física do acidentado para o trabalho e a função que o trabalhador deve desenvolver após o retorno à empresa, desconfiam constantemente da limitação real da capacidade física do acidentado. De acordo com essa perspectiva, a readaptação funcional não ocorre de maneira adequada, conforme a capacidade física do trabalhador e as possibilidades de função existentes na empresa. Assim, ao trabalhador resta permanecer em funções prejudiciais à sua saúde, aceitar o que é oferecido, mesmo que tenha de ficar “encostado num canto”.

Os acidentados costumam ser transferidos para determinadas seções, como embalagem, portaria, etc., pois logo se imagina que sejam locais, na empresa onde se encontram funções compatíveis com a limitação de capacidade física do trabalhador. Dessa maneira, essas seções acabam possuindo uma representação negativa. E algumas empresas se dizem preocupadas com o fato de que as Seções de Embalagem estejam em vias de ser automatizadas, o que diminuirá os lugares para os trabalhadores acidentados. A nosso ver, quando se alimenta essa idéia, está-se acreditando que é impossível a reabilitação. O encarregado de Seção de Embalagem, de indústria metalúrgica, comentou o seguinte:

“A empresa tem um “pepino” pra resolver. Veja bem, se todo mundo que tiver um problema for transferido para a Seção de Embalagem,

como é que fica? Não vai ter fim,né!? Eu enfrento um problemão. Não sei o que fazer. Na seção tem pessoal com doença, acidentado...Daqui a pouco não vai sobrar trabalhador, aquilo vai virar uma clínica. Existe o problema de falta, baixa produtividade. Só que eu sou cobrado igual aos outros encarregados. Quando falam da Seção de Embalagem, a turma já sabe que é lugar de “encostar” os funcionários que tem problema de saúde. Eles falam: Coloca na Embalagem e tudo bem! Deixa lá !!”

O uso do acidentado, por algumas empresas, como um exemplo a não ser seguido, reafirma a culpa do trabalhador pelo acidente. Assim, os problemas na organização do trabalho e os conflitos nas relações sociais não são questionados. Observou-se que alguns trabalhadores foram transferidos para certas seções mais pela sua condição de acidentado do trabalho do que para de fato executar alguma tarefa. A função do acidentado era servir de exemplo aos demais trabalhadores da empresa. O depoimento do engenheiro de segurança, de indústria metalúrgica, demonstra essa preocupação:

“Nós colocamos o Antonio para trabalhar no almoxarifado por que o serviço é leve e também para ele servir de exemplo aos outros trabalhadores. Antonio faz entrega das luvas, máscaras, botas , óculos de proteção, protetor de ouvido e ferramentas aos trabalhadores da produção. O almoxarifado fica dentro da empresa e perto das máquinas. Toda vez que um trabalhador for pegar algum equipamento no almoxarifado, ele vai ver que Antonio perdeu a mão, vai sentir a importância de se usar o equipamento de segurança e vai tomar cuidado prá também não sofrer acidente e ficar defeituoso como Antonio”.

Da mesma maneira, um responsável pelo Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho de uma empresa metalúrgica comentou o seguinte:

“José Amparo veio trabalhar comigo, pois achei interessante ele servir de exemplo para os demais trabalhadores. Hoje em dia ele participa da equipe do SESMT. Ajuda a dar as palestras, organiza o material... Quando eu dou alguma palestra sobre acidente de trabalho, os cuidados que o trabalhador precisa ter, José Amparo estando presente já serve de exemplo para as pessoas perceberem o perigo...”.

A empresa é uma instituição que possui espaços demarcados não só em relação às diferentes etapas que compõem o processo de produção, mas também em função do lugar que cada trabalhador deve ocupar. Para algumas empresas, o acidentado amputado não deve ficar em lugares visíveis e onde o contato com o público seja maior. A área de produção costuma estar localizada no espaço dos fundos da empresa, ao contrário do escritório, que fica no da frente. Na maioria dos casos, os acidentados permanecem em locais situados na área de produção. A baixa escolaridade do trabalhador dificulta sua transferência para funções no escritório. Além disso, existe o preconceito relativo à idéia de que o acidentado mutilado não se deva expor ao público. Observou-se esse problema no depoimento de acidentada de indústria de plásticos que perdeu os quatro dedos da mão direita em uma máquina injetora:

“Fui trabalhar no escritório, pois tenho o 1º ano do curso colegial. Estava dando certo, eu ficava na conferência, mas não sei o que aconteceu. O gerente não quis que eu ficasse lá mais. Ele disse que não pegava bem prá firma eu aparecer para o público, as pessoas iriam reparar na minha mão e acabariam perguntando o que tinha acontecido...”

Nesse caso, o fato de ser um acidentado já representa um estigma em virtude da dificuldade na realização da tarefa e baixa produtividade. Quanto ao fato de ser acidentado mutilado, significa um duplo preconceito. A mutilação causa reação de repugnância, rejeição e afastamento, quando exposta ao público.

Assim, em algumas empresas onde não há o interesse pela reabilitação, aos acidentados mutilados resta permanecer “encostados” em algum lugar, ou sofrer a violência de serem forçados a trabalhar em funções inadequadas à limitação da capacidade física, ou ser usados como exemplos a não serem seguidos, ou, ainda, ser impedidos de crescerem profissionalmente em razão da discriminação social.

No nível de organização, pode-se perceber que é necessário um sistema de relações sociais que facilite o processo de readaptação funcional e integração social dos acidentados, logo após o seu retorno à empresa. A participação dos empregadores, dos encarregados imediatos e dos próprios acidentados é importante para se encontrar a função mais adequada, que não coloque em risco a vida do trabalhador. Além disso, o acompanhamento durante o período de experiência e o investimento e incentivo para o crescimento profissional são fundamentais.

Como os relacionamentos sociais, no nível de organização, são condição necessária, mas não suficiente, para a reabilitação, analisaremos em seguida os níveis de comando e recompensa.

4.2 NÍVEL DE COMANDO

No nível de comando, segundo DWYER, “destacam-se duas relações sociais distintas: desintegração do grupo de trabalho e autoritarismo. Os trabalhadores podem ser chamados a executar tarefas cujo êxito dependa da integração, coordenação e qualidade de comunicação entre eles. Nessa situação, qualquer problema de comunicação pode criar dificuldades. A grande preocupação é que isso abale a cooperação necessária para operar com segurança... Quando os trabalhadores são levados, por medo de punição, a executar tarefas que julgam perigosas, os acidentes que daí decorrem são atribuídos à relação social de autoritarismo. A principal força para se combater o autoritarismo é um movimento sindical forte”⁹.

Neste estudo, percebeu-se que o nível de comando ou o controle no local de trabalho tem relação com a possibilidade de o trabalhador influenciar no processo de mudança de função; regular a carga de trabalho; realizar pausas durante o desenvolvimento da tarefa; diminuir o ritmo e a intensidade de trabalho, ou mesmo faltar sem ter medo de qualquer punição, quando estiver sentindo dores ou mal-estar. Além disso, está relacionado com o fato de o chefe imediato procurar entender e orientar o trabalhador em situações de dificuldade em realizar a tarefa. O trabalho em equipe é privilegiado mais que a competição entre seus membros. A cooperação e solidariedade dos colegas são fundamentais para a readaptação social e funcional. Os sindicatos estão presentes nas empresas e colaboram no combate ao autoritarismo.

Percebeu-se que o tipo de relacionamento social no trabalho permite ou não o ajustamento do acidentado. Segundo DODIER, “a doença é um desvio quando não existe a possibilidade de ajustamento da carga e ritmo de trabalho

⁹ DWYER, Tom (1994) p.18 e DWYER, Tom (1991) p.110-114.

à capacidade física do trabalhador”¹⁰. Da mesma maneira, o trabalhador mutilado é considerado um indivíduo desviante quando não existe um meio de se adequar a carga de trabalho à sua limitação física.

Assim, nas interações sociais onde havia um controle contínuo sobre a atividade, notou-se maior dificuldade de ajustamento dos acidentados. Nesses casos, percebeu-se que os trabalhadores tinham pouca ou nenhuma autonomia para modificar as condições e a organização do trabalho. Por outro lado, nas interações sociais em que o acidentado possuía maior autonomia para controlar a carga, o ritmo e a intensidade do trabalho, observou-se que ocorria melhor adaptação ao trabalho.

Na pesquisa desenvolvida pelo CRP/INSS-São Paulo, em 1983, também é observado que o absenteísmo e a baixa produtividade, entre outros problemas, são os principais motivos para os empresários não aceitarem a mão-de-obra acidentada do trabalho. Dessa maneira, pudemos perceber a importância de se discutirem os relacionamentos sociais no nível de comando, na situação de faltas e de produtividade no trabalho, no processo de reabilitação. Antes, porém, discutimos sobre o papel da organização dos trabalhadores no combate ao autoritarismo, no processo de reabilitação profissional dos acidentados.

4.2.1 A ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES

Nas empresas pesquisadas, a atuação das CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho) na readaptação funcional dos acidentados é quase inexistente. Quando isso ocorre, a participação dos cipeiros é espontânea. Considera-se importante que os estatutos da CIPA voltem sua atenção também para a reabilitação profissional. Apenas em empresas de

¹⁰ DODIER, Nicolas. Social uses of illness at workplace: sick leave and moral evaluation. *Soc.Sci.Med.*, 1985, Vol. 20, n. 2, p.12. Consultar também os artigos do mesmo autor, La maladie et le lieu de travail. *R. Franç. Sociol.*, XXIV, 1983, 255-270 e Corps fragiles - La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail. *R. Franç. Sociol.*, XXVII, 1986, 603-628.

grande e médio porte, onde as CIPAS são mais atuantes, os cipeiros procuram acompanhar o trabalhador. Entretanto não existe atividade específica nessa área. Pôde-se notar a presença da CIPA neste estudo apenas em 2 empresas.

Constatou-se que a readaptação funcional é um problema circunstancial na empresa, que diz respeito muito mais a cada acidentado do que a todos os trabalhadores, assim, sua responsabilidade cabe à parte administrativa, ao Serviço Social ou Departamento Pessoal. A visão de reabilitação profissional é assistencial e não se refere às questões de saúde e segurança no trabalho. Apenas nas grandes empresas, que possuem SESMTs pôde-se perceber essa orientação.

A mobilização dos trabalhadores no tocante à reabilitação profissional acontece mais num contexto informal, das relações de amizade e de solidariedade do que no âmbito da reivindicação política. Dessa maneira, percebeu-se que a mobilização social e “fraternal” é tão importante quanto a mobilização política no mundo do trabalho.

Por outro lado, notou-se que nas empresas cuja a presença do Sindicato é mais constante, os trabalhadores têm participação sindical, sua reinserção profissional é mais segura, apesar de o processo não ser tranqüilo.

Nesta pesquisa, 34,4% dos acidentados são sindicalizados. Entre os trabalhadores sindicalizados, 36,3% possuem participação ativa nos sindicatos. Qualquer trabalhador sindicalizado, atuante ou não, que recorre à instituição para pedir ajuda em casos conflitantes passa a ser discriminado pela empresa. O acidentado decide tomar essa medida quando o relacionamento com a direção está insuportável. O sindicato tem várias funções, nessa situação, entre as quais: a) representar o trabalhador, quando necessário, a fim de reintegrá-lo

profissionalmente; b) informar o acidentado sobre seus direitos trabalhistas e previdenciários e c) defender o trabalhador perante a empresa.

A presença do sindicato pode tornar mais tensa ainda as relações no cotidiano do trabalho em razão das pressões, perseguições e, revanches contra o trabalhador. Contudo a omissão e a resignação podem ser caminhos mais penosos. O fato de o acidentado contar com respaldo fora da empresa propicia-lhe ter seus direitos respeitados, entre eles o de não trabalhar em funções inadequadas à sua incapacidade física.

A reabilitação profissional dos acidentados é um dos pontos nas reivindicações dos sindicatos de metalúrgicos. Referiu-se a essa categoria profissional visto que a maioria dos entrevistados deste estudo são trabalhadores metalúrgicos. Existe uma cláusula na convenção coletiva¹¹ referente à readaptação funcional e ao direito à estabilidade. Na região de Osasco, houve ocasião em que os acidentados deixaram de ser encaminhados ao CRP/INSS, mesmo em caso de necessidade. Eles foram reintegrados à empresa sem ter passado pelo programa. Ocorrem casos em que o médico do Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco teve de realizar a reabilitação do trabalhador, o que não faz parte de seu trabalho, segundo o depoimento de um diretor sindical. Após ordem judicial contra médicos e peritos do INSS, os acidentados passaram a ser encaminhados ao CRP/INSS em maior número. Assim, a reabilitação profissional ganhou evidência na sociedade, mediante o empenho e a luta dos trabalhadores com os sindicatos. A participação dos sindicatos também pôde ser vista, nas situações em que a empresa dificultou o retorno do trabalhador.

¹¹ Convenção Coletiva entre os Sindicatos dos Trabalhadores na Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de São Paulo, de Osasco e de Guarulhos e a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo, 13/11/90 (cláusula 73).

Nesses casos, o representante sindical responsável pela área procurou contatar os técnicos do CRP/INSS com o fito de se inteirar sobre a condição do acidentado.

Depreende-se a importância da iniciativa da sociedade em reivindicar a reabilitação profissional. Às vezes, os trabalhadores que vivem as dificuldades do dia-a-dia de trabalho são mais conscientes da necessidade da reabilitação do que os próprios especialistas no assunto. Em contrapartida, o Estado, por meio das suas instituições como a Perícia Médica e o CRP/INSS, nem sempre consegue atender a essa solicitação¹². O distanciamento entre a Perícia Médica, CRP/INSS e a sociedade faz com que as instituições percam o sentido de sua existência.

O acompanhamento do sindicato nos casos de readaptação funcional é realizado de maneira informal. Após o desligamento do programa de reabilitação profissional e a alta concedida pela Perícia Médica, o acidentado é aconselhado pelo sindicato a deixar cópia da carta encaminhada pelo CRP/INSS, explicando o grau de comprometimento físico e a mudança de função, por exemplo, na instituição. O trabalhador realiza o estágio na empresa e quando ocorre algum problema na reintegração ou readaptação funcional, o sindicato dialoga com a empresa. Quando há necessidade vai acompanhado de membros da Delegacia Regional do Trabalho, que têm por função fiscalizar e conversar com o empregador ou representante da empresa sobre a situação do acidentado. Quando o diálogo não é suficiente e inexistente a possibilidade de negociação, optam pelas vias legais.

¹² Estes problemas já foram comentados no Capítulo 2 (Construção do Processo de Institucionalização da Reabilitação Profissional no Brasil; no item 2.3 A Visão De Alguns Técnicos do CRP/INSS/São Paulo Sobre a Reabilitação Profissional).

Havia todo empenho para que o trabalhador fosse reintegrado e reabilitado na empresa. A posição do Sindicato é pelo direito ao trabalho. O processo somente é aberto como último recurso, quando não existe mais possibilidade de negociação. Neste estudo, 34,37% dos acidentados eram sindicalizados. Desses trabalhadores apenas 45,4% entraram com processo ou pretendiam processar a empresa por responsabilidade civil. Em relação aos acidentados não sindicalizados, 65,6% dos entrevistados, 38,1% entraram ou pretendem entrar com processo contra a empresa.

Assim, percebeu-se que existe uma diferença quanto ao fato de os acidentados serem ou não sindicalizados e entrarem ou não com processo contra o empregador. Pode-se supor, dessa maneira, que os trabalhadores sindicalizados estão mais a par de seus direitos, o que não significa que os sindicatos incitem o trabalhador a ficar contra a empresa. Ao contrário, notou-se que a instituição serve para apoiar o trabalhador na conquista por seus direitos, seja de emprego, reabilitação profissional, benefícios, indenização, seja de saúde e segurança no trabalho.

Por outro lado, no estudo de STRUFFALDI¹³ percebeu-se que apesar de a minoria dos entrevistados serem sindicalizados, os trabalhadores acidentados demonstraram conhecer seus direitos previdenciários como, por exemplo, o direito à estabilidade de 12 meses no emprego (96,2%); indenização da empresa (96,2%) e indenização do INSS (89,5%). Essa informação costuma ser transmitida sobretudo pelos próprios colegas de trabalho, entre eles os acidentados do trabalho. Dessa forma, as informações sobre seus direitos não depende da participação sindical.

¹³ STRUFFALDI, Maria Cristina Blanco (1994). Reabilitação Profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados. São Paulo, S.P., 1994, *op. cit.*, p.53.

Destaca-se que este estudo não pretende generalizar a atuação referente à readaptação funcional para todas as entidades sindicais de categorias. Acredita-se que a participação dos Sindicatos na luta pela melhoria das condições de saúde e trabalho nas empresas não deve ocorrer em todas as associações sindicais nem da mesma maneira.

Observa-se a seguinte relação entre o grau de controle nos relacionamentos sociais, no nível de comando, pelos trabalhadores, e a reabilitação:

Tabela 16: Relação entre o Grau de Controle nos Relacionamentos Sociais, no Nível de Comando, pelos Trabalhadores, e a Reabilitação:

Reabilitação	Comando		Total
	+	-	
+	15	4	19
-	0	13	13
Total	15	17	32

(Qui-Quadrado = 19,32 $p < 0,001$)

Valendo-se da análise dos dados pôde-se encontrar dois tipos de controle nos relacionamentos sociais no nível de comando nas empresas que possibilitam ou não a reabilitação, que são os seguintes:

Na empresa do tipo A, os acidentados podem influenciar no processo de mudança de função; regulam a carga de trabalho; realizam pausas durante o desenvolvimento da tarefa; diminuem o ritmo e a intensidade de trabalho ou faltam quando necessário e os atestados médicos são aceitos. Além disso, o chefe imediato procura entender e orientar o trabalhador quando surge

dificuldade em realizar a tarefa. A direção da empresa e a chefia empenhavam-se em encontrar soluções que contribuíssem para o crescimento profissional do trabalhador nos casos de conflitos. O trabalho em equipe é privilegiado, existe cooperação e solidariedade dos colegas. O acidentado possui uma avaliação moral positiva perante a empresa e os demais trabalhadores. Os sindicatos pressionam as empresas a reintegrar mediante acordos coletivos e apoiam os trabalhadores acidentados em situações de conflito.

Na empresa do tipo B, os acidentados não podiam influenciar no processo de mudança de função. Eram discriminados por não produzirem e não manterem o mesmo ritmo e intensidade de trabalho que os demais, não podiam realizar pausas durante a execução da tarefa, mesmo quando necessário. Os empregadores ou encarregados imediatos acreditavam que os acidentados simulavam dores e mal-estar para não trabalhar. A empresa não aceita os atestados médicos, e as faltas por motivo de doença são descontadas. Não havia cooperação e solidariedade entre os colegas de trabalho. Os sindicatos eram totalmente ausentes e não apoiavam os trabalhadores quando havia necessidade.

Convém ressaltar que essas tipologias estão presentes nos seguintes subitens: 4.2.2 Tipos de controle em relação às faltas dos acidentados do trabalho e 4.2.3 Tipos de controle em relação à produtividade dos acidentados do trabalho.

4.2.2 OS TIPOS DE CONTROLE EM RELAÇÃO ÀS FALTAS DOS ACIDENTADOS DO TRABALHO

A empresa do tipo A

Nas empresas cuja capacidade real de trabalho do acidentado é respeitada, as faltas relativas a doença e mal-estar são justificadas e aceitas sem qualquer conflito. Nesse caso, não existe ambigüidade na identidade do acidentado, ele não é visto como vítima ou vilão, e sim como uma pessoa que apresenta limitação física. São aceitas as diferenças individuais entre os trabalhadores.

Quando havia interação social do tipo não-autoritário entre o acidentado e o encarregado ou empregador, os problemas de comportamento do trabalhador em relação às faltas eram amenizados. Depoimento de encarregado de seção da indústria de bebidas, 28 anos:

“Agora, a firma está pagando um tratamento para Fernando parar de beber. Ele tem que sair alguns dias da semana. A empresa não desconta nada de seu salário”.

Algumas empresas eram intransigentes em relação às faltas, no depoimento do encarregado de seção de indústria metalúrgica, Roberto, 27 anos, há função há 3 anos na função, fica evidente a aceitação das faltas dos trabalhadores quando estes apresentam boa avaliação moral. O encarregado diz o seguinte:

“José não é de faltar ao serviço e de chegar atrasado, quando precisa sair eu deixo. Além disso, a empresa aceita até quatro atestados médicos por mês”.

Da mesma maneira, pôde-se perceber a aceitação de falta pela empresa, no depoimento de José Vitor, acidentado que perdeu a perna em acidente com bobinas, em indústria metalúrgica, que diz:

“O encarregado da seção que eu estou trabalhando agora, não fica controlando o que eu faço, se eu tenho que faltar eu falto. Eu só preciso cumprir o meu trabalho, que é tranquilo. Depois do acidente fiquei com pressão alta. É tudo por causa do nervoso que passei. Às vezes fico em casa deitado o dia todo e não vou trabalhar. Depois eu dou um jeito, falo com o serviço médico, com o encarregado...Não sou mais o mesmo de antes. Hoje faço poucas coisas. Sou controlador de planilha...” (no dia da entrevista José Vitor, 42 anos, que sofreu amputação da perna direita em acidente com bobinas de aço, havia faltado ao trabalho e alegou estar com a pressão alta)”.

A cooperação existente na equipe de trabalho e a compreensão e o empenho por parte do encarregado imediato em colaborar na reabilitação possibilitam aos acidentados faltar ao serviço em caso de necessidade sem sofrer posterior represália.

Destaca-se que nas empresas em que prevalecia um tipo de relacionamento social não-autoritário, além de existir determinado padrão de reabilitação, isto é, o empregador tinha interesse no retorno do acidentado, tinha interesse em encontrar uma função adequada à sua capacidade física, permitia que controlasse a sua carga de trabalho e as faltas, etc., encontrou-se também certa avaliação moral que influiu nos relacionamentos entre os empresários, encarregados imediatos, colegas e trabalhador.

A avaliação moral resulta dos mecanismos de controle social que se refere às normas e regras formais e informais existentes no dia-a-dia no ambiente de trabalho. Quando o acidentado do trabalho apresenta avaliação moral positiva e é reconhecido pela direção, proprietários, encarregados imediatos e colegas da empresa a reabilitação profissional foi bem-sucedida.

Um aspecto importante é que a avaliação moral do acidentado depende da sua revolta ou obediência ao trabalhador. A disciplina, a submissão, o “bom comportamento” e o “fazer o jogo” eram critérios para a aceitação por parte da empresa. O trabalhador, para ser aceito em princípio não pode reivindicar seus direitos. O encarregado comenta:

“José sempre foi bom trabalhador, nunca deu trabalho, chega na hora, não falta, não entra em bagunça (greve na empresa), fica na dele e produz bem. Ele sempre vai ter lugar aqui na firma. Não tem problema. Hoje não faz a mesma coisa de antes, tem mais dificuldade, é mais devagar prá fazer as coisas. Porém, ele não perturba, não reclama e faz o serviço dele direitinho.”

Observou-se que alguns encarregados reconheciam que o trabalhador produzia bem e até melhorou após o acidente, apesar de apresentar dificuldade na realização de algumas tarefas. Na verdade, esse trabalhador costuma ser mais obediente e, disciplinado. Teme ficar desempregado, pois sabe que dificilmente conseguirá outro emprego. Preocupa-se em produzir mais e melhor e sente que tem menos direito do que os outros trabalhadores.

Havia o mecanismo da compensação física em que o acidentado procurava superar sua própria limitação. Assim, percebeu-se a deliberação em voltar a trabalhar na prensa, o que denotava estar correspondendo à expectativa da empresa de realizar a tarefa, mesmo havendo a contra- indicação

do CRP/INSS e de querer produzir mais que os colegas considerados “normais”, isto é, os não-acidentados.

O trabalhador que reivindica seus direitos de receber indenização, ser respeitado e se recusar a trabalhar em funções perigosas era considerado um incômodo, “um problema” para a empresa. O acidentado passava a ter uma avaliação moral negativa e era excluído no mundo do trabalho. Portanto, os maiores conflitos entre empresa e trabalhador não se verificam quando o acidentado recusava-se a realizar as tarefas do dia-a-dia, e sim quando processa a empresa por responsabilidade civil e requer indenização pelos danos causados ou quando existe processo por responsabilidade penal, isto é, o empregador é passível de ser condenado à prisão caso seja comprovada a existência de dolo ou culpa.

Pode-se dizer que os acidentados recorrem ao processo por responsabilidade civil “para amenizar, restaurando por meio do benefício de indenização, a condição mínima de sobrevivência e de dignidade da família, o que lhe dá uma tênue esperança de reorganização de sua vida”¹⁴. Por outro lado, destaca-se que “o direito do trabalhador à indenização é sempre muito mais elevado do que o capital oferta como justo. Na fixação da reparação financeira, jamais se recuperarão as partes do corpo mutiladas ...”.

Os conflitos em razão de faltas, baixa produtividade, necessidade de se ausentar do trabalho e dificuldade de adaptação na função são variáveis consideradas controláveis pela empresa apesar de interferir no processo de reabilitação. O confronto, nesse caso, ocorre frequentemente porém de forma menos violenta. As diferenças e atritos são diluídos nos demais problemas no dia-a-dia. Em algumas empresas, o acidentado nunca é esquecido, as atenções voltam-se para ele, está sempre sendo julgado, avaliado, vigiado e em algumas

¹⁴ HIRANO et alli (1990) p.139 e 144.

situações é até punido. Ele nunca pode ser ele mesmo, é comparado para ser melhor ou pior do que os outros. A maior punição é a sua exclusão através da disciplina e das normas existentes no mundo do trabalho.

O fato de o trabalhador recorrer à justiça para reivindicar indenização pelo acidente do trabalho faz com que os conflitos passem dos limites, ultrapassem os muros da empresa e tornem-se públicos. Todos os empresários entrevistados foram unânimes em considerar inadmissível os trabalhadores recorrerem a ação judicial contra a empresa. Esse fato significa quebra de confiança entre trabalhador e empregador, e intensifica os confrontos e perseguições contra o trabalhador.

Obediência e disciplina também estavam presentes entre acidentados que não demonstraram revolta contra a empresa e a reabilitação. Entre os acidentados, 17 revoltaram-se explicitamente contra a empresa, e manifestavam-na de diversas maneiras: nas discussões entre encarregados e empregadores, nas brigas, nas recusas em fazer o que a empresa pedia, na falta de diálogo, nas ausências sem comunicação, etc. Observou-se que 4 acidentados reabilitaram-se apesar de se revoltarem contra a empresa. Nesse caso, o conflito restringiu-se a relação entre acidentado e empregador. O encarregado imediato e os colegas de trabalho foram os mediadores na reabilitação.

Até o momento da entrevista, 23,5% dos acidentados já haviam entrado com processo contra a empresa pedindo indenização. Os demais trabalhadores dividiam-se da seguinte maneira: a) os que preferiam continuar trabalhando na empresa e não pensavam em pedir indenização, pois preocupavam-se mais com a garantia do trabalho e em razão dos valores morais, na medida em que a empresa presta auxílio financeiro à família durante o período de afastamento

do trabalho (50%); b) os que não tinham definição quanto a processar ou não a empresa, visto que temiam as consequências do desemprego (16,93%) e c) os que já estavam consultando advogados e sindicatos com a intenção de processar a empresa (9,57%).

Nesta pesquisa, todos os empresários eram de opinião que a empresa não deveria indenizar o acidentado. Alegaram que o Estado deveria indenizar o trabalhador pelos danos causados pelo acidente, tendo em vista que contribuem com impostos e taxas.

O intuito de colocar a questão da construção da avaliação moral dá-se tendo em vista a reflexão sobre até que ponto os direitos dos acidentados colaboram ou não na sua reabilitação. Não se pode priorizar apenas o discurso, deve-se atentar para a situação do trabalhador quando reivindica seus direitos à empresa. Para se garantir que o acidentado possa trabalhar deve haver preocupação também no que respeita a mudança na estrutura do sistema de indenização.

A empresa do tipo B

Em algumas empresas, o absenteísmo é considerado desvio em relação às normas e regulamentos da empresa. Em alguns depoimentos o acidentado do trabalho é tido como vítima e vilão, não possui papéis definidos na sociedade e seu *status* é marcado pela ambigüidade. Assim, esses rótulos são resultados do estigma e preconceito por parte dos empregadores, supervisores e colegas de trabalho. Dessa maneira, o sujeito não é avaliado por sua capacidade real de trabalho, mas segundo o parâmetro de trabalhador ideal.

O número de faltas é considerado um critério de adaptação ao trabalho. Em algumas empresas existe um controle contínuo da parte dos encarregados ou empregadores e a autonomia do trabalhador de controlar o ritmo é menor. Assim, mesmo a carga de trabalho sendo mínima percebe-se que o número de faltas é maior. Os motivos das faltas referidos pelos acidentados, muitas vezes, estão relacionados mais com a insatisfação no trabalho do que com as seqüelas físicas e psíquicas em si. A insatisfação está ligada aos conflitos nas relações sociais na empresa, que costumam ser agravados após o acidente de trabalho.

“Antes do acidente era de fazer a cabeça das pessoas, ficava sempre reclamando. Agora faz “corpo mole” por causa da estabilidade. É uma respondona e vive me desacatando. Ela falta demais. Por qualquer coisa já diz que não vem trabalhar. Acaba criando problemas com outros trabalhadores. Porque só ela pode faltar e os outros não? Ela tem a cara de pau de passar aqui na frente no meio do expediente e depois fala que estava doente...”(depoimento de empresária sobre Berenice, 26 anos, acidentada que teve a mão esquerda esmagada em máquina de fabricar sacos de papel em indústria metalúrgica).

A versão de Berenice revela outra visão da situação:

“Eu não me sinto bem trabalhando lá(na empresa). Eu falo que não consigo produzir mas eles não acreditam em mim. Acham que eu estou mentindo quando eu digo que a mão está doendo. A patroa tem raiva de mim. Acha que sofri acidente de propósito. Fico sozinha lá dentro. Os outros funcionários não falam comigo... têm medo de ficarem marcados. Não gosto de ir lá. Eu falto prá fazer outras coisas...Ah, outro dia eu fui ao médico com minha mãe...”¹⁵.

¹⁵ Depoimento de Berenice. A acidentada sente vergonha em admitir que falta ao trabalho sem estar doente. Porém, assume que não tem motivação para ir à empresa, por causa dos conflitos existentes na interação social. Disse estar tranqüila enquanto durar a estabilidade, após esse período não saberá o que fazer.

Nesse caso, além do controle autoritário existe a desintegração da equipe de trabalho. A empregadora coloca os demais funcionários contra a acidentada e os persegue quando tentam se aproximar da trabalhadora. Existe o isolamento social que impossibilita a reabilitação. A discriminação contra Berenice ocorreu pelo fato de ela ser acidentada do trabalho, não apresentar capacidade funcional igual aos demais, não estava relacionada a processo contra a empresa. O destino da trabalhadora está marcado. A preocupação em relação à demissão após o término da estabilidade e a falta de perspectiva preenchem o dia-a-dia de trabalho, em vez de propiciar realização profissional.

Mesmo com diagnóstico médico fornecido pelo CRP e pelos peritos do INSS, que indica o grau de redução da capacidade física, a empresa não aceitava facilmente as dificuldades do acidentado para realizar as tarefas. Havia desconfiança no trabalhador de que estivesse simulando, ele é considerado “corpo mole” quando não consegue manter o mesmo ritmo de trabalho e produtividade de seus colegas e quando precisa se ausentar por não estar se sentindo bem. Acredita-se que o acidentado se aproveita do direito à estabilidade, ou mesmo da condição de acidentado para não realizar a tarefa adequadamente, segundo relatou um encarregado:

“O Raimundo é preguiçoso, reclama por qualquer dorzinha. Não quer fazer nada. Nunca foi de pegar no pesado. Depois do acidente as coisas pioraram. Ele enrola, arranja desculpas prá não fazer nada. É devagar mesmo.....”.

Assim, havia suspeita de que o acidentado se prevalecia da condição de mutilado e das garantias obtidas pela legislação acidentária. Em nenhum momento, questionou-se o tipo de interação social e os conflitos existentes na empresa. Ao acidentado insatisfeito só resta calar, assegurar-se quando,

possível, daquilo que lhe garante a lei, outra alternativa seria pedir demissão ou fazer acordo. Os encarregados reclamavam que trabalhadores sem a garantia de estabilidade achavam-se no direito de faltar ao trabalho, o que gerava desavenças no ambiente de trabalho.

Abaixo depoimento de acidentada e do encarregado da seção à qual a trabalhadora fazia parte. Pode-se considerar que a reabilitação da acidentada foi difícil em razão do autoritarismo existente na empresa.

“Tenho faltado por causa do machucado na mão(no coto). A firma não gosta e me chamam a atenção. Puxa, como eu posso trabalhar desse jeito. Olha o outro encarregado era legal. Ele sempre abonava as faltas, dava um jeito. Esse só quer ferrar a gente! Disse que eu era de ficar enrolando e estava abusando, dava trabalho...”(Odete, 27 anos, trabalhadora de indústria metalúrgica que teve a mão direita amputada em prensa injetora de plástico).

“ Olha, a Odete antes do acidente já era um problema prá empresa. Depois do acidente ela só piorou. Ela é boazinha, relaciona bem com tudo mundo, é simpática, só que nunca está satisfeita com o trabalho dela. Ela já passou por vários lugares aqui dentro. Sempre reclama de alguma coisa. Já era de faltar antes do acidente. Depois do acidente e com o nascimento do filho começou a faltar mais ainda”. (Depoimento de Alexandre, encarregado da seção onde trabalhava Odete).

Diferentemente da posição de Roberto, encarregado de seção da empresa de José, percebeu-se que Alexandre não estava numa situação funcional voltada para a reabilitação.

Nas empresas em que prevalecia o autoritarismo, constatou-se a existência de avaliação negativa dos acidentados. Do proprietário da empresa ao colega da seção todos comentavam acerca do acidentado mutilado. Ele passava a ser assunto nas conversas entre seus pares e superiores. O acidentado era visto como uma não-pessoa, a própria mutilação, o pedaço do corpo que foi amputado. Ele não era considerado na totalidade de seu ser e se transformou no que não possuía mais, no que estava faltando. Os hábitos de vida do trabalhador anteriores ao acidente (participação em reuniões sindicais, greves) não eram bem aceitos pela empresa e viriam a influenciar no conceito que o empregador fazia a seu respeito.

Assim, a incapacidade física pode ser motivo de conflito nas interações sociais e também pretexto para acusações contra o trabalhador por problemas anteriores ao acidente de trabalho. Falhas menores ou enganos incidentais são logo interpretados como expressão direta do atributo diferencial em relação aos demais sujeitos; isto é, a mutilação. Por exemplo, atrasos, faltas, discriminação racial, atividade política, etc. logo, os motivos reais das acusações nunca serão mencionados¹⁶.

Nesta pesquisa, apesar de raros esses tipos de comentários pelas empresas que avaliavam negativamente, considera-se importante destacar alguns exemplos visto que, por meio deles, pode-se perceber fatores importantes presentes na construção da imagem do acidentado.

Depoimento de encarregado de indústria metalúrgica sobre Sandra, acidentada de 33 anos, que perdeu os 4 dedos da mão direita em acidente na prensa:

¹⁶ DODIER, Nicolas (1985). Social uses of illness at workplace: sick leave and moral evaluation, *Soc. Sci. Med.*, *op. cit.*, p. 127.

“Os trabalhadores acidentados não querem mais produzir, não têm boa vontade. Sandra vai ao banheiro toda a hora, sempre está cansada. Ela ficou acomodada. Antes do acidente até que produzia... Agora faz “corpo mole” por causa da estabilidade”.

O conflito referente a discriminação racial e às faltas de uma acidentada está presente no discurso de uma empregadora, 56 anos, de fábrica de papel.:

“A funcionária sempre faltou muito e isto piorou após o acidente. ...Ela é quietinha, boazinha, mas não sei não... Ela nunca conseguiu produzir bem, nunca recebeu um ganho a mais por produção...É lerda, devagar demais! Depois do acidente não produz quase nada. Sente dificuldade e logo falta. Acho que ela tem algum problema na cabeça. Teve dificuldade de aprender o trabalho dela, não entende o que a gente fala. Uma coisa tão fácil! ... Gente dessa raça(negra) tem dificuldade prá entender sobre o trabalho, respeitar horário, fazer a coisa certa....É por isso que ela sofreu o acidente”.

Percebeu-se, ainda, um certo incômodo por parte dos encarregados e empregadores em razão da participação política dos acidentados:

Destaca-se um ponto fundamental que é o fato de o trabalhador acidentado não ser passivo e não aceitar necessariamente avaliações dos empregadores, encarregados e colegas de trabalho. Para DODIER, “o trabalhador doente reage aos julgamentos e expectativas e às acusações implícitas. O resultado é um equilíbrio precário na interação social que temporariamente determina os limites”¹⁷.

¹⁷ DODIER, Nicolas (1985) p. 126.

Os depoimentos de dois acidentados sindicalizados, militantes políticos que mencionaram a perseguição que sofriam na empresa e como reagiam à discriminação sociopolítica serão mostrados a seguir:

“O meu encarregado me persegue. Eu não posso trabalhar na máquina injetora com essa mão defeituosa. Ele cobra produção e tudo. Ele fica dizendo que eu não quero trabalhar só por causa do acidente. No fundo ele tem raiva de mim. Eu sou sindicalizado e várias vezes chamei o Sindicato de São Bernardo prá fiscalizar a empresa junto com a Delegacia do Trabalho. Eles desconfiam de mim. Eu fico na minha lá dentro. Se tiver outro problema eu chamo o pessoal de novo. Depois que o Sindicato foi lá as coisas melhoraram”.

“Eles ficam com raiva de mim. Eu sou sindicalizada. Sempre que o Sindicato aparece aqui eu sou uma das que paro de trabalhar e vou prá porta da empresa para ouvir eles falarem. O encarregado fica de marcação quando a gente faz isso. Agora, depois do acidente é pior. Qualquer coisa eles implicam. Reclamam de que eu não tenho produção e ainda paro prá fazer bagunça com o pessoal do Sindicato. Eu não quero saber. É o meu direito”.

Os próprios colegas de trabalho, muitas vezes ironizam os acidentados. Acusam-nos de se utilizarem da mutilação para “ganhos secundários”, como pretexto para não cumprirem as normas de trabalho. Os depoimentos de encarregados imediatos revelam essa desconfiança:

“Ah, hoje ela não está trabalhando. Prá variar deve estar com dor nas mãos. Quem sabe amanhã ela já está melhor. É sempre assim...”(depoimento de encarregado em indústria de plásticos).

“José Vitor vive com problema com a mulher em casa. Ele é ciumento e desconfia da mulher dele. Os colegas da firma procuram brincar com ele, dão conselhos... Depois que perdeu a perna o problema aumentou. Ficou deprimido, revoltado. Ele tem pena dele mesmo. Ele falta bastante! Não tem mais vontade de trabalhar. Sempre está doente ...tem pressão alta, gastrite...às vezes a prótese machuca a perna. Hoje mesmo ele faltou. Prá mim, José Vitor quer ficar em casa vigiando a mulher dele” (depoimento de encarregado de indústria metalúrgica).

Uma outra situação em que o acidentado é usado como pretexto é nas brincadeiras dos colegas e encarregados. Pode-se perceber insinuações de suspeitas em relação ao comportamento do acidentado.

Da mesma maneira notou-se ambigüidade no depoimento dos encarregados e empregadores, por considerarem que o acidentado deve ser aposentado, o Estado deve arcar com o sustento do trabalhador e de sua família, etc. Em contrapartida referiam-se ao acidentado como alguém que se aproveita da situação. Existe, assim, a manipulação da identidade do acidentado do trabalho.

“Eu gostaria que o INSS aposentasse ele... A gente paga pro INSS eles não querem aposentar o homem que perdeu a mão inteira e não pode fazer mais nada...O INSS deveria pagar um benefício decente, indenizar decentemente este homem...O CRP fala prá ele não trabalhar com máquina só que aqui só tem trabalho com máquina. Antes do acidente era um trabalhador ideal, agora não produz mais nada....Quando ele fica cansado, ele pára de trabalhar e eu não posso dizer nada. Fico mal na frente de outros trabalhadores. Deixo ele bem solto prá se adaptar por si próprio. Ele faz papel de vítima, de coitado

e acusa a empresa. Olha eu conheço gente muito pior, sem mão e tudo e trabalha na roça, em máquina e não reclama. Perder uma mão não é nada.” (depoimento de empregador de fábrica de material plástico).

É consenso entre os empregadores que o acidentado faz “corpo mole”, quer ganhar sem trabalhar, é aproveitador, porém, na realidade isso não se verifica. Neste estudo nenhum entrevistado mencionou querer se aposentar para não mais trabalhar, com exceção daqueles cujo o grau de redução da capacidade física foi máximo. Entre os acidentados, 34,37% gostariam de se aposentar por invalidez, pois acreditavam que a oportunidade de reconstruir a vida profissional seria mínima, portanto, pretendiam reconstruí-la abrindo o próprio negócio ou realizando serviços ocasionais. O que impulsiona os acidentados a buscar novas alternativas é a vontade de ser útil e de ter controle sobre a própria vida.

4.2.3 OS TIPOS DE CONTROLE EM RELAÇÃO À PRODUTIVIDADE DOS ACIDENTADOS DO TRABALHO

O tipo de empresa A

A mudança de função é indicada nos casos em que os acidentados não têm condições de exercer a mesma atividade que executavam antes do acidente. Os problemas relacionam-se à limitação da capacidade física para controlar a máquina, corresponder à produtividade, ao ritmo e à intensidade de trabalho exigida pela empresa. Neste estudo, porém pode-se perceber que não é suficiente para a reabilitação o controle dos acidentados nos relacionamentos sociais apenas no nível de organização. É necessário analisar se existe ou não cobrança da produtividade dos acidentados superior a sua capacidade física em outras funções. Nessa perspectiva, é importante verificar-se o gerenciamento nos relacionamentos sociais no nível de comando.

O equilíbrio na interação social depende do período de ajustamento e de adaptação a carga de trabalho, quando se verifica a limitação real da capacidade física e de adaptação social do acidentado com os demais membros na empresa. Os depoimentos de trabalhadores em processo de ajustamento quanto à produtividade demonstram que eles sofreram uma certa redução em suas habilidades o que os levou a se adequarem às novas condições:

“Eu organizo o serviço. Agora está tudo bem. Eu estou aumentando a produção...me acostumando mais com o trabalho” (depoimento de João Batista, 44 anos, trabalhador de indústria metalúrgica, sofreu esmagamento da mão direita em prensa).

O ajustamento também depende da percepção do acidentado sobre a redução da capacidade física, o que significa mudança que interferirá no desenvolvimento das atividades no dia-a-dia, na interação social com os colegas e leva a uma relação de dependência, etc. Segundo DODIER, “o entendimento sobre os eventos biológicos, a incapacidade física, ocorre mediante a comparação das experiências de trabalho passadas com as presentes”¹⁸.

“ Antes do acidente eu tinha mais agilidade. Era prensista senior. Hoje não tenho mais força na mão direita. (O acidentado perdeu três dedos da mão direita). Eu só sei usar a mão direita. Estou aprendendo a usar a esquerda também....Outro dia eu abusei, e quis embalar as placas de metal com muita pressa. E acabei cansando e machucando a mão. Tive que parar. O encarregado solicitou a outro funcionário que continuasse o serviço. Agora estou tomando mais cuidado, vou mais devagar. Quando estou cansado paro prá descansar. Dependendo do serviço peço ajuda” (depoimento de Carlos, 25 anos, acidentado de indústria metalúrgica).

¹⁸ DODIER, Nicolas (1985) p. 126.

Portanto, notou-se que o ajustamento à carga de trabalho dependia da negociação das regras e normas construídas na interação social no mundo do trabalho. O sucesso da adaptação depende muito da integração da equipe de trabalho, que está relacionada com um tipo de controle nos relacionamentos sociais no nível de organização.

Fica evidente que o equilíbrio no período de ajustamento não é resultado de consenso, mas, de constante negociação entre trabalhador acidentado e empregador ou encarregado a respeito das regras e normas existentes no trabalho. Além disso, o período de equilíbrio é temporário passa por constantes alterações e conflitos. O equilíbrio quando existe é instável pode durar somente o período de estabilidade ou permanecer por longo período.

Em algumas categorias profissionais (metalúrgicos, trabalhadores de prensas injetoras, por exemplo) os trabalhadores conquistaram o direito à estabilidade permanente mediante os acordos coletivos. Nesse caso, por meio do acordo, o acidentado adquiri garantia de emprego até a aposentadoria. O empregador deve manter o acidentado no emprego, até como forma de reparação, punição.

Considera-se que o período de estabilidade é importante para a adaptação no trabalho e revisão da carreira profissional dos acidentados, além de ser vantajoso no aspecto econômico. Embora essa questão não seja aprofundada neste estudo, convém destacar as conseqüências da estabilidade dos acidentados para as pequenas empresas. Alguns empresários reclamavam que tinham poucos funcionários e não tinham condições de contratar outro para exercer a função do acidentado. Nesse caso, o próprio empregador ou outros membros da família passavam a desempenhar a função antes realizada pelo acidentado, o que caracterizava uma situação crítica para a empresa.

Havia, por um lado, a pressão pelo aumento da produtividade, do ritmo e a imposição das normas sociais na empresa. Ademais, deparou-se com a limitação da capacidade física do trabalhador, o que significa um problema biológico. Considerou-se, que a adaptação da carga de trabalho à condição física do acidentado correspondia ao ajustamento ideal, no qual as limitações da capacidade física eram respeitadas.

Para que se atinja essa adaptação, faz-se necessário o empenho e interesse de várias partes envolvidas no processo de reabilitação na empresa, isto é, a participação dos empregadores, encarregados imediatos e colegas de seção. A aceitação social do acidentado e a cooperação da equipe fazem com que o trabalhador não se sinta estigmatizado. Nesta pesquisa, 98% dos trabalhadores entrevistados discordaram da proposta de separar os acidentados dos demais funcionários, transferindo-as para oficinas abrigadas ou para setores cuja produtividade não represente preocupação. Essa medida somente aumenta a discriminação. A aceitação deve ocorrer por meio da convivência e do enfrentamento dos conflitos nos relacionamentos sociais do dia-a-dia, buscando sempre a mudança da mentalidade e do comportamento de ambas as partes.

Em algumas empresas onde prevalecia a interação social não-autoritária, em que há entendimento entre o acidentado, o encarregado e os colegas, o papel do encarregado imediato ou do proprietário é importante como mediador dos conflitos. Cabia a eles buscar entendimento entre a equipe de trabalho. O argumento utilizado normalmente se dá com base nos princípios de solidariedade, de ajuda ao próximo e da compreensão. Nesse caso, a avaliação moral positiva do acidentado é importante para que haja cooperação no grupo de trabalho.

“O pessoal me dá a maior força. Quando preciso carregar algum saco para pôr sobre a bancada, o pessoal logo diz para manear. Eles carregam os pacotes mais pesados e colocam sobre a bancada prá mim. Não consigo mais amarrar os sacos, então uma outra pessoa faz isso prá mim. Ando muito nervoso, alterado. Tenho muita revolta dentro de mim. O que me segura a cabeça é a amizade dos colegas”. (depoimento de Everton, 30 anos, ajudante geral em indústria de papel , teve o braço direito amputado em acidente em elevador de carga)

“Gosto da empresa, dos colegas de trabalho que me ajudam quando preciso pegar peças pesadas. “(depoimento de José, 29 anos, trabalhador de indústria metalúrgica, perdeu metade da mão direita em acidente com prensa).

“Claro, ele tem dificuldade devido ao acidente. `As vezes falta material na mesa de trabalho (bancada) e o líder da área pede para um rapaz colocar o material. José acha melhor porque pode produzir mais se colocarem as peças na mesa. Ele tem dificuldade de cortar arame, carregar peso, varrer o chão. Tudo bem, os outros fazem isso. O trabalho é dividido na equipe, tem cooperação um com outro... Percebo a necessidade que ele tem de provar que pode fazer. José não é de faltar ao serviço e de chegar atrasado....” (depoimento de encarregado de seção de indústria metalúrgica, 27 anos).

O tipo de empresa B

Em algumas empresas, onde prevalece os relacionamentos sociais do tipo autoritário, empregadores ou encarregados imediatos reclamam da dificuldade dos acidentados em se adaptar ao ritmo, à carga de trabalho e em

atingir o nível de produtividade exigido pelas empresas. Observou-se, ainda, desintegração da equipe de trabalho, uma vez que cada trabalhador atribui ao outro a responsabilidade pela baixa produtividade. O depoimento de Manoel, encarregado imediato de uma empresa de grande porte sobre os supervisores de área (trabalhadores que hierarquicamente estão acima dos encarregados imediatos e abaixo dos engenheiros de produção) é o seguinte:

“A principal reclamação dos supervisores para com o acidentado reabilitado é a produtividade. Eles são pressionados para que cada seção produza um tanto de peças por dia, ou que a Seção de embalagem prepare certa quantidade de material prá ser entregue.... depois vêm pressionar os encarregados. Cada um pressiona o outro”.

Observa-se, aqui, a desintegração da equipe de trabalho, tomando-se por base os conflitos nos relacionamentos sociais no controle da carga de trabalho. Essa visão pôde ser confirmada pelas pesquisas realizadas pelo CRP/INSS/São Paulo. Assim, o problema da produtividade refletiu diretamente na fixação e no ajustamento dos acidentados nas empresas. Nos estudos percebe-se que, em 1990, 54,22% dos acidentados permaneceram trabalhando na empresa a qual estavam vinculados após 15 meses do retorno ao trabalho. Por outro lado, em 1992, apenas 46,80% dos acidentados conseguiram permanecer trabalhando na empresa após o mesmo período. Nota-se que os acidentados, não obstante a crise econômica e a dificuldade de encontrar emprego no mercado de trabalho, acabavam desligando-se das empresas ou foram demitidos ilegalmente, ou sejam eram demitidos durante o período de estabilidade. A pressão quanto à produtividade, com certeza, provoca conflitos nos relacionamentos sociais e faz com que o “cabo de força” entre os patrões e acidentados acabe arrebatando do lado dos trabalhadores.

As faltas e a diminuição da produtividade do acidentado acarretam aumento da carga de trabalho aos demais colegas e obrigam a empresa a reorganizar a distribuição de tarefas. Em algumas empresas, essa é uma das causas da existência de conflito na interação social entre o acidentado, o empregador, o encarregado e os colegas de trabalho. Essa questão está presente nos depoimentos de encarregado e acidentado:

“Não tenho ânimo pro trabalho. Às vezes tem caixa pesada prá carregar e quando a gente pede ajuda eles até fazem mas não gostam. Acham ruim, reclamam com o encarregado depois. Falam que estão trabalhando mais e recebendo a mesma coisa” (depoimento de Antonio, 37 anos, trabalhador de indústria metalúrgica, sofreu amputação da mão direita em acidente com prensa).

Pode-se perceber os mecanismos que levam à exclusão do acidentado pelo depoimento de encarregado de seção de embalagem de indústria metalúrgica onde Antonio trabalha.

“Uma seção com pessoas acidentadas e não acidentadas juntas tem diferença gritante. Os trabalhadores que não sofreram acidente reclamam que trabalham mais do que os acidentados e ganham a mesma coisa. É complicado trabalhar com essa gente (acidentados), mas é mais complicado não aceitar este pessoal na seção. A gente é forçado a receber essas transferências de outras seções. Não é bom comprar briga com os supervisores de área. Prá mim é muito complicado trabalhar com o acidentado do trabalho, acho que deveriam ser aposentados, fazer acordo, ou trabalhar em oficinas só para pessoas acidentadas”.

Os acidentados quando retornam ao trabalho recebem o último salário integral vigente à época do acidente. Existe uma lei que permite que o empregador apenas complemente o salário em cima do auxílio-acidente¹⁹ que corresponde a 30%, 40% e 60%. O Artigo 152 diz o seguinte: “o segurado reabilitado poderá ter remuneração menor do que a da época do acidente, desde que compensada pelo valor do auxílio-acidente”. Ressalta-se neste estudo que a maioria das empresas não complementam os salários dos trabalhadores. Assim, os acidentados recebem o valor do salário integral mais o auxílio-acidente. Em julho de 1996, a Lei 8213 da Previdência Social sofreu alterações e modificou os benefícios de 30%, 40% e 60% para 50% para todos tipos de acidentes de trabalho. Esse percentual é sobre o valor do auxílio-doença²⁰.

O cálculo do auxílio-doença é referido no Artigo 150 que diz o seguinte: “... o salário-de-benefício do benefício de prestação continuada decorrente do acidente de trabalho, respeita o percentual respectivo, será calculado com base na média aritmética simples:

I - dos 36 maiores salários-de-contribuição apurados em período não-superior a 48 meses imediatamente anteriores ao do acidente, se o segurado contar, nele, mais de 36 contribuições; ou

¹⁹ Auxílio-acidente é um direito do segurado acidentado que, após cessar o auxílio-doença acidentário por alta médica, apresentar seqüela incapacitante para o trabalho. É vitalício, pago ao trabalhador a partir do dia seguinte ao da cessação do auxílio-doença acidentário. É um benefício acumulável quando o segurado retorna ao trabalho ou é aposentado. Em caso de sofrer outro acidente do trabalho o segurado tem direito a novo auxílio-acidente (Os dados foram obtidos na Tese de Maria Cristina Blanco Struffaldi. Reabilitação Profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados. São Paulo, S.P., 1994, *op. cit.*, Anexo 1).

²⁰ Auxílio-doença acidentário: é um benefício temporário, substituidor dos salários, de pagamento continuado, reeditável, devido ao segurado que sofreu acidente do trabalho e ficou incapaz para o seu trabalho por período superior a 15 dias. O salário dos primeiros quinze dias após o acidente é pago pelo empregador. O trabalhador acidentado que teve direito ao auxílio-doença acidentário, após a alta médica tem estabilidade de emprego por 12 meses (Os dados foram obtidos na Tese de Maria Cristina Blanco Struffaldi. Reabilitação Profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados. São Paulo, S.P., 1994, *op. cit.*, Anexo 1).

II - dos salários-de-contribuição compreendidos nos 36 meses imediatamente anteriores ao do acidente ou no período de que trata o inciso I, conforme mais vantajoso, se o segurado contar com 36 ou menos contribuições nesse período.

Todos os 36 salários-de-contribuição computados no cálculo de benefício são submetidos a uma correção salarial mês a mês, segundo a tabela de correção monetária fornecida pelo Ministério. Após a correção apura-se a média aritmética simples, sobre a qual aplica-se o percentual de 91%²¹.

Segundo um agente administrativo de um Posto de Benefícios do INSS, na correção monetária existe uma perda salarial de mais ou menos 20%. Sendo assim, supondo que a média dos 36 salários-de-contribuição é no valor de R\$ 240,00. Com a perda salarial temos o valor de R\$ 192,00. Aplicando o percentual de 91% sobre o valor de R\$ 192,00, temos o valor do benefício de auxílio-doença que é de R\$ 174,72. Nesse caso o valor do auxílio-acidente é de R\$ 87,36.

Na medida em que os acidentados chegam a ganhar o salário contribuição integral e o auxílio-acidente, isto é, em alguns casos, no total, até mais que os demais trabalhadores, não apresentam a mesma produção, e muitas vezes necessitam contar com a ajuda dos colegas, instala-se um clima de insatisfação entre os membros da equipe. Os trabalhadores não acidentados sentem-se injustiçados.

Nessa perspectiva, não se aceitam diferenças quanto à capacidade física entre os trabalhadores. As diferenças biológicas são desconsideradas e o que importa é o corpo produtivo, submisso e alienado ao trabalho. O corpo

²¹ Essas informações são obtidas no Plano de Benefícios da Previdência Social (Lei, n. 8.213, de 24 de julho de 1991, e Decreto n. 611, de 21 de julho de 1992).

transforma-se desse modo em instrumento de trabalho, executor passivo : corpo soldado²². Assim, é glorificado o homem-máquina, o homem-robô, o operário padrão, aquele que produz até o corpo adoecer ou ficar em pedaços. O acidentado mutilado possui um corpo improdutivo, é desviante da norma, sendo assim não há lugar para ele no mundo do trabalho, deve ser excluído, ou mesmo escondido em algum lugar distante . Não deve se expor aos olhos da sociedade, visto ser um objeto que incomoda, acaba expondo nossas próprias incapacidades, limitações físicas e medo.

A avaliação moral negativa pela empresa influencia o ajustamento social do acidentado à carga de trabalho, como se pode perceber no depoimento de empregadora de indústria de papel que é o seguinte:

“Berenice trabalha em uma máquina de fabricar guardanapo. É um trabalho simples. Não exige esforço algum, só atenção. É só tirar o guardanapo da esteira e colocar na caixa. A gente deixa ela `a vontade. Diminuímos bastante a quota de produção. Só que Berenice é lenta e costuma deixar as coisas pro dia seguinte. Ela nunca consegue terminar o que tem prá fazer no dia. Ela já se acostumou com isso. Qualquer coisa fala que está no período de estabilidade e ninguém pode mexer com ela...”.

4.3 NÍVEL DE RECOMPENSA

No nível de recompensa, segundo DWYER, os acidentes são produzidos “por meio de fatores como incentivos financeiros, excesso de carga horária , e incapacidade de trabalhadores malnutridos de executar tarefas com segurança....Quando submtidos à relação de trabalho extra, as pessoas

²² DEJOURS, Christophe. *A locucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré, 1987.

trabalham um número maior de horas do que é seguro, trabalham além de suas capacidades físicas e, em consequência, se acidentam”²³.

Neste estudo sobre reabilitação pode-se dizer que a empresa reabilita trabalhadores nesse nível quando possui uma política de auxílio financeiro ao acidentado do trabalho e a sua família, para ajudar na sua recuperação e garantir seu sustento. Esse nível é o canal entre o mundo do trabalho e a família. Os trabalhadores demoram para receber as parcelas do auxílio-doença pago pelo INSS durante o período do afastamento do trabalho. Nesse contexto, precisam contar com a ajuda, nem sempre regular, de parentes, vizinhos, sindicatos, amigos instituição filantrópica e religiosa. Alguns contam com o apoio das esposas que já trabalhavam anteriormente e daquelas que passaram a trabalhar apenas após o acidente de trabalho. As contribuições são fundamentais, porém nem sempre suprem todas as necessidades.

Essas questões serão abordadas no subitem 5.1 Estratégias de Sobrevivência dos Acidentados e seus Familiares, no qual pode-se perceber o desespero da esposa quando falta comida dentro de casa e o filho mais velho, ainda uma criança, precisa trabalhar fora para ajudar a pagar as despesas. Além dos gastos com as necessidades básicas, o acidentado necessita tratamento médico, cirurgia, fisioterapia, comprar remédios, prótese, etc. Portanto, o trabalhador precisa contar com o respaldo da empresa.

As empresas possuem mais condições de arcar com os gastos, e uma vez que auxiliam a família, estão colaborando indiretamente com a reabilitação do acidentado. Com certeza, o trabalhador podia vir a ter um período de recuperação mais tranquilo, ao constatar que o acidente de trabalho teve consequências mínimas na sua família.

²³ DWYER, Tom (1994) p.17

Além, da assistência financeira, material, percebe-se que o apoio moral, afetivo e a solidariedade são fundamentais no processo de reabilitação do trabalhador. O acompanhamento contínuo por meio das visitas domiciliares do empregador e/ou funcionários (assistente social, psicólogos, médicos, enfermeiros, chefe do Departamento Pessoal, Departamento de Recursos Humanos, encarregado imediato, colegas de trabalho, etc.) faz com que os acidentados sintam que pertencem a um grupo social e não se sintam isolados e excluídos. O fato de um representante da empresa acompanhar o acidentado às consultas no CRP/INSS significa participar do processo de reabilitação. O interesse real no retorno do trabalhador pelo empregador se revela quando ele se empenha em garantir seu lugar na empresa.

O trabalhador poderá ser readaptado em funções que lhe possibilitem promoção, status, ou crescimento profissional, o que contribui para a reabilitação e está relacionado com o nível de recompensa. Neste estudo, discute-se essa questão no nível de organização visto que encontra-se relação entre o ajustamento na função e a possibilidade de crescimento profissional, status e promoção.

Em relação ao interesse no retorno do acidentado à empresa, pode-se dizer que encontram-se dois tipos de empregadores: a) empregadores que querem o retorno do acidentado ao trabalho e b) empregadores que não querem seu retorno e aceitam-no apenas por causa da exigência da legislação previdenciária. Esses tipos são discutidos abaixo nos exemplos de empresas (tipo A e tipo B).

Observa-se a seguinte relação entre o grau de controle nos relacionamentos sociais no nível de recompensa pelos trabalhadores e a reabilitação.

Tabela 17: Relação entre o Grau de Controle nos Relacionamentos sociais no Nível de Recompensa pelos Trabalhadores e a Reabilitação.

Reabilitação	Nível de Recompensa		Total
	+	-	
+	13	6	19
-	3	10	13
Total	16	16	32

(Qui-Quadrado = 6,35 $p < 0,05$)

Tomando-se por base a análise dos dados pode-se encontrar dois tipos de controle nos relacionamentos sociais no nível de recompensa nas empresas que possibilitam ou não a reabilitação, que são os seguintes:

Na empresa do tipo A, os acidentados recebem auxílio financeiro e/ou material para cobrir os gastos com as necessidades básicas e para realizar tratamento médico cirúrgico, fisioterápico, comprar remédios, utilizar prótese, etc. Além, da assistência financeira, material, recebem apoio moral e afetivo e a solidariedade do empregados, encarregado imediato e colegas que são fundamentais no processo de reabilitação do trabalhador. Recebem um acompanhamento constante do representante da empresa, que ocorre pelas visitas domiciliares e idas ao CRP/INSS.

Na empresa do tipo B, os acidentados não recebem qualquer tipo de auxílio financeiro e/ou material para suprir os gastos acima referidos, tampouco apoio e solidariedade por parte dos colegas, visitas e acompanhamento ao CRP/INSS.

A empresa tipo A

Entre os entrevistados, 64,5% dos empregadores eram favoráveis ao retorno do acidentado ao trabalho e faziam parte do tipo “a”. Havia orientação racional para a aceitação desse trabalhador. O empregador sentia obrigação moral perante os demais trabalhadores, para não criar mais consternação que o próprio acidente havia criado e a fim de manter a boa imagem da empresa, o empresário deve se preocupar em assistir o trabalhador. A questão nem sempre é relacionada ao direito de reintegração profissional, o que já é legítimo, mas ao fato de o empregador estar prestando ajuda ou favor ao acidentado, ao reparar os danos causados pelo acidente de trabalho.

Em segundo lugar, havia orientação racional voltada para a recompensa financeira por parte da empresa. Neste estudo, percebeu-se que o acidentado, que executa funções compatíveis com a limitação da capacidade física, muitas vezes, o faz melhor do que o trabalhador não-acidentado. É considerado mais atencioso, perfeccionista, exigente consigo mesmo de certa forma, até mais produtivo, mais atento à qualidade do produto. Evidencia-se o temor pela demissão visto que o carimbo de acidentado na carteira de trabalho demonstra o estigma, o que dificultaria o seu acesso ao mercado de trabalho formal. Além disso, existe a hipótese de que sendo o acidentado considerado mão-de-obra barata, submete-se mais a trabalhar em condições perigosas e insalubres do que os outros trabalhadores temendo o desemprego. Nessa perspectiva, pode-se até pensar em vantagem em se ter acidentados na equipe de trabalho.

No estudo desenvolvido pelo CRP/INSS- São Paulo em 1983, os empresários consideravam que as vantagens de se trabalhar com trabalhadores reabilitados eram as seguintes: a) maior dedicação dada a dificuldade na obtenção de outro emprego; b) maior eficiência em determinadas funções; c) mais cuidado na prevenção de acidentes e d) mão-de-obra mais barata.

Em alguns poucos casos encontrou-se uma orientação afetiva nas ações dos empregadores. O fato de o próprio empresário ou algum membro da família possuir alguma experiência com acidentes de trabalho ou deficiência física ou mental permitiu-lhe ter outra visão do problema. Nesta pesquisa, entrevistaram-se 3 empregadores, inclusive de empresas de pequeno porte, que demonstraram interesse no retorno do acidentado ao trabalho pelos seguintes motivos: 1) o próprio empresário era acidentado do trabalho (perdeu 2 dedos da mão esquerda executando trabalho pesado em prensa) e 2) o empresário tinha um filho tetraplégico em virtude de acidente automobilístico.

No caso “1”, o empresário era ex-metalúrgico, hoje possui seu próprio negócio. Ele sentiu muitas dificuldades no trabalho após o acidente. O que mais o impressionou foi o fato de as pessoas não imaginarem o que tem que passar o acidentado mutilado, sua própria experiência de vida, por ser acidentado, colaborou na compreensão dos trabalhadores. Consegue distinguir o uso, o proveito da incapacidade física e da limitação real para realizar a tarefa. No geral, considera que a produtividade dos acidentados não é menor do que a dos demais trabalhadores. Acredita-se que perdem na quantidade mas superam na qualidade da produção e no comportamento, visto que costumam ser mais disciplinados e obedientes, quando não se revoltam contra a empresa.

No caso “2”, o empresário referiu-se ao acidente de carro sofrido por seu filho e o quanto as seqüelas físicas e emocionais transformaram a vida da família. A partir daí surgiu a preocupação para com os acidentados e suas famílias. Esse empregador interessava-se em qualificar a mão-de-obra acidentada. A pequena empresa, mesmo sem muitos recursos, incentivava os seus empregados para que estudassem e realizassem cursos, facilitava-lhe o horário de trabalho, arcava com as despesas da matrícula e material escolar, e

preocupava-se em encontrar escolas próximas ao local de trabalho. Antevia a possibilidade de o acidentado exercer outra função na área administrativa ou quando se desligar da empresa, estar mais preparado para enfrentar o mercado de trabalho. Atualmente, em seu escritório, trabalha um rapaz, ex- motoqueiro, que acidentou-se em outra firma, fez curso básico de computação e é escriturário.

Entre os trabalhadores reabilitados desta pesquisa, encontraram-se empresas que custearam todo tratamento médico e fisioterapêutico do acidentado além de comprarem a prótese. Muitas vezes a reabilitação física é prejudicada em razão do longo período de espera para receber a prótese do INSS. Entre os trabalhadores entrevistados, 15,62% receberam próteses da empresa. A maioria das próteses eram dos membros inferiores (botas e pernas mecânicas), sendo uma delas importada.

Portanto, a nível de recompensa, é desejável, ante a irresponsabilidade do Estado em não cumprir seu papel, que os empresários arcem, com a responsabilidade pelo acidente de trabalho, e isso significa cobrir qualquer gastos com a recuperação física, psicológica e emocional do acidentado, além de assistir a família, que tem papel fundamental no processo de reabilitação.

A empresa tipo B

Quando a empresa se recusa a colaborar financeiramente, percebe-se que é mais difícil a reabilitação do acidentado. Ele terá que contar com apoio incerto e sofrerá com a desestruturação familiar. Cita-se o caso de um acidentado de 25 anos que teve o braço amputado e cuja empresa recusou-se em socorrer devidamente, o que ocasionou a perda definitiva do membro. Após o acidente, o rapaz foi levado a um hospital da rede pública, foi realizada

a cirurgia sem as mínimas precauções, a implantação não foi bem-sucedida e o braço, amputado. O empresário recusa-se pagar um cirurgião e hospital particulares por acreditar que isso não lhe cabe, portanto, acusou o INSS de irresponsabilidade.

Um outro exemplo é o caso de um acidentado que teve três dedos da mão amputados. Após a cirurgia de implantação, os ferimentos infeccionaram e o acidentado necessitou nova cirurgia. Na época, o serviço de saúde entrou em greve e o trabalhador ficou sem atendimento. A empresa recusou-se a custear nova cirurgia e o acidentado acabou perdendo os dedos.

Neste estudo, 35,5% dos empregadores enquadravam-se no tipo “b”. Consideravam que o acidentado deve aposentar-se e que o INSS precisa arcar com as responsabilidades decorrentes do acidente de trabalho, uma vez que pagam a Previdência Social enquanto instituição seguradora. Para esses empregadores, o direito do acidentado de ser reintegrado à empresa denota punição e descaso por parte do Estado. A empresa não costuma assimilar esta medida, como forma de aprendizado, e não busca melhorar as condições e a organização de trabalho para que não ocorram novos acidentes.

A atitude mais comumente verificada é a aceitação do trabalhador de volta, em virtude da imposição legal e posteriormente encontrar uma solução. A merecida atenção não é dada à reabilitação profissional. Nesse caso, o acidentado é considerado peça de sucata, um “cidadão de segunda classe”, que pode ficar “encostado” ou “jogado de um lado para o outro” (COHN *et alli*; 1985). Num primeiro momento, o problema é considerado como de menor importância. Ao longo do tempo por não saberem lidar com o acidentado, como agir nas situações de conflitos, como lidar com as diferenças em relação aos demais trabalhadores, resta apenas a atitude perversa da perseguição e retaliação.

O empresário reclama do trabalhador que entra com processo na justiça requerendo indenização, da fiscalização que interditou e multou a empresa, do Estado que não aposenta o acidentado, etc. Por outro lado, o trabalhador denuncia as injustiças sofridas no ambiente de trabalho, a falta de consideração da parte do empregador, após anos de dedicação à empresa, a incompreensão do encarregado imediato e o isolamento da parte dos colegas que o discriminam ou se omitem para não se envolver na briga.

A pressão é tão grande que o acidentado não vê outra saída a não ser aceitar acordo proposto pela empresa, abrindo mão da estabilidade e do emprego que lhe oferece um mínimo de garantia. A insatisfação de um empregador, dono de uma indústria de material plástico, de pequeno porte, pôde ser vista neste depoimento:

“ Eu gostaria que o INSS aposentasse ele, pois ele não vai mais poder trabalhar com a máquina injetora. A gente paga pro INSS e eles não querem aposentar o homem que perdeu a mão inteira e não pode fazer mais nada. Ele é registrado e tudo. ...O INSS deveria pagar um benefício decente, indenizar decentemente este homem. .. Este caso tem me dado a maior dor de cabeça”²⁴.

Entre os acidentados que conseguem se reabilitar independente do interesse demonstrado pelo empregador pelo seu retorno ao trabalho, percebeu-se que o fator fundamental para a readaptação funcional e social relacionava-se com o interesse e apoio dos encarregados e chefias imediatas. Já os acidentados que não foram reabilitados, apesar do interesse por parte da

²⁴ A entrevista com o Sr. Manoel foi realizada no dia 30/08/94. Na empresa trabalhavam, além de quatro funcionários, a esposa e o filho do proprietário. O acidentado não quis fazer acordo e preferiu permanecer no trabalho, aproveitando-se da lei da estabilidade. Sr. Manoel preferia mandá-lo embora, visto que não apresentava condições físicas de trabalhar na prensa. Ele gostaria de contratar outro prensista e como essa alternativa era inviável, os seus familiares auxiliavam-no na produção.

empresa pelo seu retorno ao trabalho, almejavam construir uma nova carreira profissional, por não se adaptarem às funções oferecidas pela empresa e por considerarem merecer mais privilégios que os demais trabalhadores por serem acidentados e não terem interesse em se fixar no emprego.

Numa análise mais profunda, percebeu-se que o desejo de ter outra profissão e o desinteresse em permanecer na empresa eram consequência da identificação com as experiências negativas vividas por outros colegas acidentados. A falta de perspectiva de crescimento profissional, a discriminação por parte de encarregados ou colegas, os conflitos nas relações sociais com a empresa faziam com que os trabalhadores reagissem preventivamente e dificultassem a reabilitação. Assim, observou-se a importância da assistência contínua prestada desde o início do afastamento, para que o trabalhador não se sentisse como mais uma vítima de acidente do trabalho.

4.4 NÍVEL DE INDIVÍDUO-MEMBRO

O nível de indivíduo-membro desenvolvido por DWYER não depende do sistema de relações sociais e pode ser compreendido em 3 dimensões: a psicológica; a cognitiva e a fisiológica. A autonomia do indivíduo-membro pode ser definida como algo desejável e indesejável ao empregador. Existe a tentativa de controle do comportamento a nível individual por meio dos selecionadores, da disciplina, da recompensa e rotina de trabalho, que são técnicas de gerenciamento²⁵.

Neste estudo, o nível de indivíduo-membro está relacionado, em primeiro lugar, com as motivações do acidentado em se reabilitar. Em segundo, com a elaboração do trauma, a maneira de se relacionar com a mutilação (mecanismos de aceitação ou negação), de manipular a tensão nas interações sociais (técnicas de acobertamento e encobrimento). E, em terceiro lugar, com

²⁵ DWYER (1991) P.146

os recursos cognitivos que possibilitam a compreensão da experiência de vida; aprender uma nova profissão ou desempenhar uma outra função de maior complexidade e, em quarto lugar, com o grau de limitação da capacidade física decorrente da gravidade do acidente. Esse aspecto relaciona-se com a seqüela física proveniente do acidente(esmagamento; fratura; amputação de membro superior ou inferior).

As variáveis de escolaridade e idade influenciam no processo de reabilitação e pertencem ao nível de indivíduo- membro. Neste estudo, contudo esses aspectos são discutidos no nível de organização, na medida em que estão relacionados com a readaptação funcional do trabalhador, no que se refere a mudança de função e a perspectiva de crescimento profissional.

Destaca-se que não se aplicou qualquer teste de avaliação psicológica, cognitiva ou fisiológica. Os dados levantados foram referidos pelos acidentados nas entrevistas qualitativas. De certa maneira, os aspectos psicológicos, cognitivos e fisiológicos dos acidentados foram discutidos no decorrer do texto em diferentes momentos , na discussão sobre a mudança de função, cuidado com a saúde, questão de genero, etc. Nesta análise sobre o acidentado do trabalho, aprofundou-se mais a dimensão psicológica e a manipulação da tensão nas interações face a face.

Convém ressaltar que tanto o estado psicológico, a capacidade cognitiva e mesmo o grau de capacidade física são considerados variáveis dependentes. Observa-se que, apesar de importantes, os aspectos cognitivos, psicológicos e fisiológicos não impedem necessariamente que a reabilitação seja bem-sucedida. Neste estudo, pudemos constatar que não foi encontrada qualquer relação significativa entre os tipos de amputação e a reabilitação, por exemplo, na verdade, os relacionamentos sociais no nível da empresa e da família

demonstram maior influência na reabilitação dos acidentados, contudo, apesar de serem variáveis dependentes, apresentam-se os dados sobre a manipulação da tensão nas interações sociais, pois acredita-se que a mudança na maneira de acobertar, encobrir e falar sobre a mutilação, antes e depois do retorno ao trabalho, permite visualizar a importância da empresa no processo de reabilitação.

O indivíduo visivelmente estigmatizado sente a interação angustiada e tensa em muitas situações sociais. As variáveis de encobrimento/acobertamento e falar sobre a mutilação e acidente de trabalho relacionam-se com as técnicas de manipulação de tensão descritas na teoria do estigma de Goffman.

O encobrimento significa a necessidade de esconder o defeito²⁶. O acobertamento relaciona-se às pessoas que estão prontas a admitir que têm o estigma (em muitos casos por ser conhecido ou imediatamente visível) e podem, não obstante, fazer grandes esforços para que ele não fique muito exposto. O objetivo do trabalhador é reduzir a tensão, ou seja, tornar mais fácil para si mesmo e para os outros a redução dissimulada ao estigma e manter um envolvimento espontâneo na interação²⁷.

Em contraposição ao encobrimento e acobertamento tem-se a revelação do estigma que também faz parte da carreira moral do indivíduo, isto é, as pessoas que têm estigma tendem a ter experiências semelhantes de aprendizagem relativas a sua condição e tendem a sofrer mudanças semelhantes na concepção do eu. Uma carreira moral é não só causa como efeito do compromisso com a seqüência semelhante de ajustamentos pessoais²⁸.

²⁶ GOFFMAN, Erving (1978). *Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., p. 113.

²⁷ GOFFMAN, Erving (1978) p. 113

²⁸ *Ibidem*, p. 41

Existe a busca de experiência de igualdade entre os acidentados e os não-acidentados. A aprendizagem do encobrimento e acobertamento constitui fase da socialização da pessoa estigmatizada e é ponto crítico na carreira moral. Segundo GOFFMAN, “os indivíduos que possuem defeito físico devem aprender a estrutura da interação para conhecer as linhas ao longo das quais devem reconstruir a sua vontade e desejar minimizar a exposição do estigma”²⁹.

Observa-se a seguinte relação entre o grau de controle nos relacionamentos sociais no nível de indivíduo-membro pelos trabalhadores e a reabilitação. As variáveis relacionadas a esse nível são as seguintes: acobertamento/encobrimento e falar sobre a mutilação ou acidente de trabalho.

a) Acobertamento/Encobrimento : o acidentado não acoberta ou encobre a mutilação nas interações face a face;

Tabela 18: Relação entre o Comportamento de Acobertar ou Encobrir dos Trabalhadores e a Reabilitação.

Reabilitação	Não Acobertamento/ Encobrimento		Total
	+	-	
+	14	5	19
-	2	11	13
Total	16	16	32

(Qui-Quadrado = 11,77 $p < 0,0001$)

b) Falar sobre a mutilação e o acidente do trabalho: o acidentado expressa-se por meio de palavras sobre o acidente de trabalho e a mutilação, fala sobre seus sentimentos e interpreta os fatos; admite a mutilação, fala sobre a percepção das dificuldades e limitações;

²⁹ Ibidem, p. 111

Tabela 19: Relação entre o Comportamento de Falar sobre a Mutilação ou o Acidente de Trabalho e a Reabilitação.

Reabilitação	Falar sobre a mutilação/AT		Total
	+	-	
+	11	8	19
-	2	11	13
Total	13	19	32

(Qui-Quadrado = 5,72 $p < 0,05$)

Com base na análise dos dados pôde-se encontrar dois tipos de controle nos relacionamentos sociais no nível de indivíduo-membro nas empresas que possibilitam ou não a reabilitação, que são os seguintes:

Na empresa do tipo A, os acidentados não escondiam a lesão e mencionavam sobre a mutilação e o acidente de trabalho, visto que recebiam todo o apoio afetivo e financeiro dos empregadores, encarregados imediatos e colegas de trabalho. Era efetuada a readaptação funcional adequada e havia incentivo para o desenvolvimento profissional. Além disso, o acidentado tinha controle sobre a carga de trabalho e as faltas.

Na empresa do tipo B, os acidentados não mostravam a lesão e nem falavam sobre a mutilação e o acidente de trabalho. Havia um clima de hostilidade na empresa e os trabalhadores não recebiam qualquer tipo de apoio afetivo e financeiro dos empregadores, encarregados imediatos e colegas de trabalho. A readaptação funcional não ocorria de maneira adequada e não existia qualquer possibilidade de crescimento profissional. Além disso, o acidentado não tinha controle sobre a carga de trabalho e as faltas.

A empresa tipo A

Neste estudo notou-se que os acidentados que não acobertam ou encobrem e falavam a cerca da mutilação do acidente do trabalho reabilitam-se com maior facilidade. A atitude de encobrir e acobertar apresentava modificação durante o processo de reabilitação. Percebeu-se que os trabalhadores costumam acobertar ou encobrir a mutilação logo após o acidente de trabalho. No momento da entrevista, muitos já não encobriam ou evitavam falar sobre o acidente de trabalho. Essas experiências fazem parte apenas da memória do trabalhador. A grande mudança de comportamento costuma ocorrer em particular quando retornam ao trabalho nas empresas que reabilitam.

Quadro 3: Distribuição dos Acidentados pelo Comportamento de Encobrir ou Acobertar nas Diversas Situações (T1,T2, T3)

Quantidade de Níveis de Acobertamento/ Encobrimento	Encobrimento/ Acobertamento			Total
	t1	t2	t3	
3	*	8	5	13
2	16	20	11	47
1	14	2	7	23
0	2	2	9	13
Total	32	32	32	

*No t1 temos apenas dois níveis que são o espaço da família e rua

t1 - 2 meses após o acidente de trabalho

Níveis: casa e rua

t2 - Momento de retorno ao trabalho

Níveis: casa, rua e empresa

t3 - 5 a 7 meses após o retorno ao trabalho

Níveis: casa, rua e empresa

Pode-se observar que existe mudança com relação a acobertamento e encobrimento nos t1, t2 e t3. No t2, 20 acidentados encobrem ou acobertam em dois níveis; isto é, na rua e empresa. Esse número diminui quando se passa para t3, onde encontramos 11 trabalhadores. Após 5 a 7 meses de retorno ao trabalho nota-se que 9 acidentados passam a não acobertar ou encobrir nos três níveis(casa, rua, empresa) e 7 realizam apenas em um nível. Pode-se concluir que, com o passar do tempo e num contato maior com o público, o acidentado deixa de recorrer a esse mecanismo de manipular a tensão e de aparentar “normalidade”, acobertando seu defeito físico.

Há a separação entre os mundos do trabalho e da rua. O espaço do trabalho apesar de ser legalmente privado é socialmente público ,diferentemente da família que é privado. Na família espera-se encontrar intimidade e apoio e afetividade. Nota-se que existe um padrão de comportamento quanto ao acobertamento e ao encobrimento das seqüelas dos acidentes nos dois ambientes. A mutilação pode chocar os membros da família, porém ao longo do tempo passa a fazer parte da rotina familiar. Por outro lado, o espaço da rua é desconhecido, poucos aventuram-se em se expor. Na empresa, considera-se que, por haver maior aceitação social e maior familiaridade, o trabalhador não se incomoda em revelar a mutilação. Depoimento de Vanilson, 25 anos, acidentado da indústria metalúrgica, que sofreu fratura e perda de 2 dedos da mão direita:

“Quando eu estou trabalhando eu não uso a prótese. Ela atrapalha. Aqui todo mundo sabe que eu perdi o braço. Não tenho que esconder de ninguém . Agora, quando eu saio daqui eu coloco o braço de borracha. Não serve prá nada mas pelo menos não “choca” as pessoas. Todo

mundo fica olhando, pelo “canto do olho” , fazem pergunta, dão indireta...Eu costumo falar sobre o que aconteceu, foi um acidente... “.

A reabilitação dos acidentados relaciona-se com a utilização do acobertamento e encobrimento nos diferentes níveis. Tendo como referência o período de 5 a 7 meses após o retorno ao trabalho (t3) percebe-se que o número de acidentados reabilitados é maior quanto menor for a quantidade de níveis de acobertamento e encobrimento, o que indica a superação de problemas emocionais e psíquicos e que o acidentado passou a conviver com a sua diferença orgânica. O trabalhador passa a aceitar o seu déficit físico como um dado, convivendo com ele, necessitando, portanto, administrá-lo.

Quadro 4: Distribuição dos Acidentados Reabilitados pela Quantidade de Níveis de Acobertamento e Encobrimento

QUANTIDADE DE NÍVEIS DE ACOBERTAMENTO/ ENCOBRIMENTO	ACIDENTADOS REABILITADOS
3	2
2	3
1	5
0	8
TOTAL	18

Neste estudo aponta-se que as empresas interessadas no retorno do trabalhador numa função readaptada apresentam o maior número de acidentados que não utilizam os mecanismos de acobertamento e encobrimento. Essa associação está diretamente relacionada com a própria reabilitação dos acidentados, como pude-se ver na tabela apresentada logo no início deste subitem. Essas empresas aceitam com mais normalidade os acidentados que

não necessitam utilizar-se do mecanismo de dissimulação, o que indica que superaram a diferença físico-orgânica e estão aptos a voltar ao trabalho.

Pôde-se observar a relação entre o empenho da empresa estar interessada ou não na reabilitação e a prática de acobertamento e encobrimento dos acidentados.

Tabela 20: Relação entre o Empenho da Empresa estar Interessada ou Não na Reabilitação e a Prática de Acobertamento e Encobrimento dos Acidentados.

Empresa interessada na Reabilitação	Não Acobertamento/ Encobrimento		Total
	+	-	
+	13	3	16
-	3	13	16
Total	16	16	32

(Qui-Quadrado = 12,50 $p < 0,001$)

O estudo constatou que na empresa havia a prática do controle social da conduta do trabalhador. É nela que o acidentado torna-se exposto de uma forma mais pública, com maior intensidade no sentido racional. Desta maneira, a empresa deveria ter um papel de informar e educar os demais trabalhadores para que aprendam a lidar com a situação e possam colaborar racionalmente na reabilitação profissional do acidentado. O depoimento de Edilson, 30 anos, que perdeu o braço esquerdo em acidente de trabalho na indústria de papel é o seguinte:

“Os colegas, agora, quase não comentam sobre o que aconteceu. No início perguntavam como tinha sido o acidente. Eu explicava que tinha perdido o braço com a queda do elevador de carga. Eu não gostava de falar sobre o assunto. Fiquei 1 ano e 8 meses afastado do trabalho.

Voltei há três meses para a empresa. Ainda estou me adaptando. Está sendo difícil. Não gosto de usar o braço mecânico durante o trabalho. Ele atrapalha. O pessoal me dá a maior força. Falam prá eu não usar aquilo(prótese)”.

A empresa tipo B

Os acidentados que acobertavam ou encobriam a mutilação modificam seu comportamento com a aproximação dos colegas. Eles desenvolviam estratégias para esconder a falta de algum membro, procurando controlar a impressão que poderia causar pois esperavam que os outros não percebessem a sua deficiência. Por exemplo, permaneciam com a mão no bolso , evitavam gesticular, cruzavam os braços, encostavam-se na parede, não trocavam a roupa na presença dos colegas, não usavam roupas que pudessem expor o membro amputado, etc.

Em algumas empresas, os empregadores dizem sentir-se incomodados com a mutilação no dia-a-dia de trabalho. Aquilo significava que tinha um “pepino”, “uma dor de cabeça” para resolver, principalmente, quando os acidentados abrem processo contra a empresa. Da mesma maneira, a acidentada não pôde trabalhar no escritório por causa da falta da mão. No contato com o público, alguém poderá perguntar o que ocorreu. Para alguns empregadores, a mutilação deve mesmo permanecer escondida no bolso do uniforme e é proibido comentar sobre o assunto pois, na verdade, é considerada uma denúncia da incompetência da direção no gerenciamento dos relacionamentos sociais.

As ocasiões em que precisavam cumprimentar alguém produziam situações difíceis e constrangedoras aos acidentados. Na maioria dos casos, procuravam estender a mão perfeita ou mesmo, preferiam dar “tapinhas” nas costas. Evitavam que as pessoas tivessem contato com a prótese ou com a mão defeituosa, mesmo nas relações afetivas e amorosas, como se constatou na pesquisa. Pode-se dizer que 90% das famílias incentivavam os acidentados a revelar a mutilação no ambiente familiar. É nelas que eles inicialmente deixam de acobertar e, encobrir o defeito físico. Essa familiaridade com a mutilação, porém, não evita o menosprezo e a repulsa. O depoimento de Osvaldo, 28 anos, que perdeu parte da mão com acidente na prensa injetora de plástico revela que:

“Em casa eu não posso andar sem a faixa de gaze na mão, nem para dormir . A minha mulher tem horror, aflição de ver a minha mão. Eu não posso usar prótese porque o jeito como a mão ficou não cabe a prótese. Quando ando na rua eu coloco a mão no bolso da calça, dentro da camisa, evito mostrar. As pessoas sempre acabam perguntando, ficam olhando no ônibus....Não gosto de cumprimentar as pessoas. Quando elas estendem a mão procuro dar a outra mão. Elas percebem e tudo bem. Eu já cheguei a falar que a minha mão direita estava machucada...Ela estava toda enfaixada”.

O depoimento da metalúrgica, Rosa, 29 anos, demonstra a preocupação em esconder a mão diante dos familiares e na empresa:

“Eu não tiro a minha prótese nem para dormir. Só tiro para tomar banho. Não deixo ninguém ver que perdi a mão... Como sou morena e a prótese é quase da minha cor não dá nem para perceber. No trabalho o pessoal nem percebe que a minha mão é uma prótese. Eu peço prá

pintar as unhas da prótese também, coloco anel, pulseira...Só uso roupa com manga comprida, mesmo no calor....Quando vou ao baile deixo a mão sempre debaixo da mesa, coloco a bolsa em cima, escondo no bolso do vestido...”.

Pode-se afirmar que a maioria das empresas tem preconceito contra portadores de deficiência psíquica e física. Na verdade, não importa a sua capacidade real de trabalho. Existe a preocupação com a imagem corporal que agride as pessoas. A utilização de cadeiras de roda, muletas, próteses e andadores cria impacto negativo no público. O problema do acobertamento e posterior revelação da deficiência ficou evidente no processo de recolocação funcional de mão-de-obra reabilitada:

“... Outro dia nós conseguimos um emprego para um senhor que perdeu a perna em um acidente e usa perna mecânica. Ele anda normalmente. Só que na empresa, ele não disse que não tinha uma perna. A função que ele iria exercer não precisaria usar as pernas. Ele iria trabalhar a maior parte do tempo sentado. Só que após preencher a ficha, passar pela entrevista, ele teve que subir uma escada para ir embora. Na hora, o encarregado de pessoal percebeu que ele balançava o corpo para subir cada degrau. Ele perguntou o que ele tinha. Quando ele falou o encarregado já disse que ele dificilmente seria aceito pela empresa por causa da deficiência”.

Assim, ao se analisar o gerenciamento dos relacionamentos sociais pelos trabalhadores nos diferentes níveis percebe-se que a reabilitação é possível quando há um sistema de relação social que facilita a readaptação funcional e o desenvolvimento profissional (nível de organização). Além disso, é necessário que os sindicatos forcem as empresas a reintegrar, mediante acordos coletivos,

e que estejam presentes para defender os acidentados (nível de comando). O apoio dos empregadores, encarregados imediatos e colegas é fundamental no processo. Por outro lado, caso o acidentado abra processo contra a empresa e venha requerer indenização, haverá quebra de confiança no relacionamento. O trabalhador será perseguido e muito provavelmente esconderá e deixará de falar sobre a mutilação, prejudicando, assim, o processo.

5

**A CONSTRUÇÃO
ANALÍTICA DO
PROCESSO DE
REABILITAÇÃO
PROFISSIONAL DOS
ACIDENTADOS DO
TRABALHO
RELACIONADO COM
A FAMÍLIA**

As variáveis relativas à família não tiveram associação estatística significativa. Mediante uma análise qualitativa, percebeu-se que algumas variáveis foram importantes no processo de reabilitação. A família consiste “no grupo social básico que praticamente define a sobrevivência do indivíduo, pois é formada por pessoas que, além de compartilharem o local de moradia, são solidárias na satisfação de uma série de necessidades básicas, tanto no que se refere à saúde, à alimentação e à educação, quanto à inserção de seus membros no mercado de trabalho”¹. O estudo de GERHARDT² sobre a carreira de portadores de insuficiência renal considerou as seguintes variáveis: classe social; idade em que iniciou o tratamento; tipo de tratamento e estratégia de sobrevivência (ocupação da esposa e do doente crônico). Na análise sobre a família seguiu-se o modelo desenvolvido por GERHARDT, contudo introduziram-se algumas modificações referentes às variáveis, em virtude das diferenças existentes na carreira dos acidentados.

Para se construir analiticamente o processo de reabilitação profissional relacionado à família consideraram-se as seguintes variáveis:

4.1) Financeiro/ Renda. Esta variável estava associada à classe social do acidentado, nos aspectos econômicos. Nesse sentido levou-se em consideração o fato de o acidentado ter ou não contado com ajuda financeira da esposa e/ou de familiares, da empresa, de amigos ou de instituição filantrópica. Essa questão será discutida no subitem 5.1 (Estratégias de Sobrevivência dos Acidentados e Seus Familiares).

¹ TROYANO, Annez Andraus *et alii*. Pesquisa de condições de vida na região metropolitana de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, 5(2): 96-102, abril/junho, 1991, p.97.

² GERHARDT, Uta. Patient careers in end-stage renal failure. *Soc. Sci. Med.*, vol. 30, n° 11, pp. 1211-1224, 1990 e GERHARDT, Uta & KIRCHGÄSSLER, Klaus. Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences Sociales et Santé*, vol.V, n°1, février, 1987.

4.2) Cuidado com a Saúde. Observou-se se a esposa, os filhos, pais, irmãos, parentes, amigos e pessoal da empresa ajudaram a cuidar da saúde do trabalhador, visto que, recém saído do hospital, o acidentado viria a requerer cuidados intensivos com o ferimento e demais intercorrências, ou seja, com as doenças que surgem em consequência do acidente de trabalho (depressão, alcoolismo, tentativa de suicídio, etc.). Além disso, o reabilitando necessitava de ajuda na manutenção da higiene pessoal. Questão essa que será abordada no subitem 5.2 (O Cuidado com a Saúde dos Acidentados).

4.3) Gênero. Levou-se em consideração a condição das mulheres mutiladas que fizeram parte da amostra. Constatou-se que elas costumam ser abandonadas após o acidente de trabalho em maior proporção que os homens mutilados. Elas necessitavam lutar pela própria sobrevivência e a dos filhos. Tanto os homens quanto as mulheres foram objeto de discriminação, na maioria das vezes, houve mudança nos papéis familiares. Essa questão será abordada no subitem 5.3 (A Mutilação e a Questão de Gênero).

4.4) Filhos/Dependentes. Os filhos dos acidentados mutilados sofriam discriminação nos vários círculos de sociabilidade. Muitas vezes eram obrigados a trabalhar para ajudar financeiramente a família, o que prejudicaria seus estudos (ocupação dos filhos). Além disso, eles colaboravam no cuidado da saúde dos acidentados. Essa questão será discutida no subitem 5.4 (Os Filhos dos Acidentados).

5.1 ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA DOS ACIDENTADOS E SEUS FAMILIARES

Na análise da reabilitação profissional foi atribuído um peso específico à variável econômica e como ela interfere no processo de readaptação do acidentado na família e no trabalho. No período de afastamento do trabalho, o acidentado recebia o auxílio doença-acidentário da Previdência Social, o que

significa o não recebimento integral do salário contribuição sobre o qual é calculado o recolhimento compulsório para o sistema previdenciário. Essa situação do acidentado e de sua família, implicava redução nos seus rendimentos. Em virtude da morosidade no atendimento do INSS, as primeiras parcelas do benefício costumavam atrasar. Sabe-se que 59,4% dos acidentados esperavam 4 meses para receber a primeira parcela do auxílio-doença acidentário.

Quadro 5: Distribuição dos Acidentados Segundo Tempo Para Receber a 1 Parcela do Auxílio-Doença.

Indicador	Meses	N.A.	%
Tempo para receber a 1ª parcela do auxílio-doença	3	4	12,5
	4	19	59,4
	5	8	25,0
	6	1	3,1
Total	-	32	100,0

Dependendo da categoria profissional e das convenções coletivas, as empresas complementavam o rendimento mensal durante os primeiros meses (4 meses). Sabe-se, no entanto, que nem todas as empresas respeitavam o acordo realizado por meio dos sindicatos de categoria. Percebeu-se que entre todos os acidentados entrevistados, 62,5% receberam o salário integral da empresa até o pagamento da primeira parcela do auxílio-doença acidentário pelo INSS. Por outro lado, 37,8% dos acidentados entrevistados tiveram seus salários complementados durante todo o período de recebimento do auxílio-doença acidentário.

Da mesma maneira, 70% dos acidentados foram obrigados a esperar no mínimo seis meses para receber a primeira parcela da indenização oferecida pelo INSS na forma de auxílio-acidente. O valor do auxílio-acidente dependia do grau da redução da capacidade física do acidentado, da necessidade de mudança para função de menor complexidade ou não, e é estipulado quando o trabalhador é desligado do programa de reabilitação profissional para ser

reintegrado 'a empresa. No momento, o percentual para o cálculo do auxílio-acidente é de 50% para todos os graus de redução da capacidade física³.

A diminuição do rendimento mensal interferia diretamente na qualidade de vida do acidentado e da família. Neste estudo, o valor do auxílio-doença acidentário correspondia a 92% do salário-contribuição. Assim, a condição profissional dos membros da família do acidentado era importante no processo de reabilitação. Além da situação financeira em si, deve-se notar a mudança nos papéis familiares depois do acidente do trabalho. Por exemplo, a participação da esposa e demais membros na complementação do orçamento passa a ser fundamental. Neste caso, todavia, o acidentado passava da posição de provedor, chefe de família, para a de dependente, o que causava “a ruptura do equilíbrio familiar antes mantido pela figura do chefe de família na integridade de sua capacidade de trabalho, (que) se desarticula pela mudança dos papéis convencionalmente exercidos por cada um de seus membros...Essa situação requer a busca de um novo código hierárquico”⁴.

A situação financeira interferia nos relacionamentos sociais e no projeto de vida dos acidentados e demais membros da família. O problema é analisado por COHN *et alli*, que dizem o seguinte: “O acidente de trabalho ao reduzir de forma irremediável o nível de renda familiar assume uma contundência maior na medida em que lesa não só o trabalhador, mas toda sua família. Se para o trabalhador o acidente implica a ruptura de um projeto profissional, para os demais membros familiares pode vir a significar a inviabilidade de um projeto de vida...”⁵.

³ As indicações para o cálculo do auxílio-doença e auxílio-acidente são apresentadas no capítulo 4 (A Construção Analítica do Processo de Reabilitação Profissional dos Acidentados do Trabalho Relacionado com a Empresa).

⁴ COHN, Amélia *et alli* (1985). *Acidentes do Trabalho - uma forma de violência*. São Paulo: CEDEC/Brasiliense, p. 68.

⁵ COHN, Amélia *et alli* (1985) p. 68

HIRATA & HUMPHREY⁶ destacam que “os estudos sobre “estratégias familiares de sobrevivência”, no Brasil e na América Latina, se têm o mérito de pensar conjuntamente atividade econômica e família, não consideram o peso das estruturas familiares no tipo de oportunidade oferecidas pelo mercado de trabalho e nas modalidades de experiência profissional de cada membro da família. Também não se preocupam em apreender a incidência das atividades econômicas desses membros sobre as correlações de força no interior da família⁷.

Observaram-se diferentes estruturas de famílias dos acidentados. Os aspectos socioeconômicos determinaram a construção das tipologias. Acredita-se que a integração social e a participação financeira da empresa, esposas, familiares, amigos, etc. sejam fundamentais para a reabilitação dos acidentados mutilados. Quando não existe o respaldo financeiro, o acidentado é forçado a voltar o mais rápido possível para o trabalho. Assim, o trabalhador corre o risco de sofrer regressão no processo de reabilitação ou, até mesmo, um segundo acidente.

As tipologias discutidas por GERHARDT⁸ não abrangem totalmente as estruturas de famílias encontradas no presente estudo. A autora levou em consideração o modelo de família nuclear, constituída de marido, esposa e filhos. Além dessas famílias nucleares, perfeitamente constituídas, encontraram-se membros não-consangüíneos que moram sob o mesmo teto e dividiam as tarefas e as despesas.

⁶ HIRATA, Helena & HUMPHREY, John. Estruturas familiares e sistema produtivo: famílias operárias na crise. *Tempo Social: Rev. Sociol. USP, São Paulo* 4(1-2): 111-131, 1992.

⁷ HIRATA, Helena & HUMPHREY, John (1992) p. 112 e 113

⁸ GERHARDT, Uta. Patient careers in end-stage renal failure. *Soc. Sci. Med.*, vol. 30, nº 11, pp. 1211-1224, 1990 e GERHARDT, Uta & KIRCHGÄSSLER, Klaus. Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences Sociales et Santé*, vol. V, nº1, février, 1987.

Convém ressaltar o fato de a pesquisa ter constatado a existência de famílias extensas nas quais as despesas e tarefas eram divididas entre membros que moravam na mesma casa e quintal, rua e bairro, em especial após o acidente de trabalho. A noção de família, nesse caso, extrapola os espaços físicos da casa⁹. O acidentado recebia ajuda financeira e material de vizinhos, amigos e entidades filantrópicas. Havia uma rede de solidariedade social, institucionalizada ou não, de ajuda espontânea na família e na comunidade. Esse fato se verifica na própria ausência dos órgãos competentes do governo em ocasiões nas quais se observa ser necessário assistência.

Pretende-se analisar estas mudanças na estrutura familiar, referentes aos papéis exercidos pelo chefe de família, esposa provedora, filho provedor, filho dependente, etc. Apesar das limitações, procurou-se utilizar as tipologias levantadas por GERHARDT¹⁰ e acrescentaram-se outras com a finalidade de abarcar as várias situações das famílias de acidentados.

Encontraram-se neste estudo vários tipos de estruturas familiares que configuravam perfis de carreiras diferenciadas.

Encontrou-se três estruturas básicas de famílias que podem ser subdivididas em cinco tipos de carreiras profissionais de acidentados e suas esposas, e acidentados solteiros, no período de afastamento do trabalho.

(A) Um dos padrões referia-se a estrutura de família centrada no homem. Nessa estrutura familiar, o marido ou pai continuava desempenhando o papel de provedor, mesmo estando afastado do trabalho. Por outro lado, encontraram-se casos em que tanto o acidentado como a esposa não executavam qualquer

⁹ BRUSCHINI, Cristina e RIDENTE, Sandra. Família, Casa e Trabalho. *Cad. Pesq.*, São Paulo, nº 88, p.30-36, fev. 1994.

¹⁰ GERHARDT, Uta (1990) Patient careers in end-stage renal failure. *Soc. Sci. Med.*, Vol.30, nº 11, pp. 1211-1224 e GERHARDT, Uta & KIRCHGÄSSLER, Klaus. Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences Sociales et Santé*, vol.V, nº1, février, 1987, *op.cit.*

atividade remunerada. Com base neste padrão, foram observados vários tipos de carreiras, nas quais notaram-se diferentes papéis de esposas e maridos, que eram os seguintes:

1) No **tipo de família nuclear** de estrutura familiar, a única fonte de renda familiar provenha do marido. O dinheiro para os gastos na família dependia apenas do trabalho do acidentado. Ele realizava “bicos”, trabalhos temporários, enquanto a esposa continuava no papel de dona de casa, no período entre o acidente e o retorno à empresa. O trabalhador era a única fonte de renda familiar, sendo a esposa e os filhos dependentes.

2) No **tipo de família desativada temporariamente**, a esposa e o marido não trabalhavam, nem mesmo em atividade sem vínculo empregatício (“bicos”). Essas famílias viviam a expensas de benefícios previdenciários, poupança e/ou de ajuda de familiares, da empresa, de instituições filantrópicas, da vizinhança, etc. Os trabalhadores solteiros, com e sem filhos, também enquadravam-se nesse tipo de família após o acidente de trabalho.

(B) Constatou-se ainda a existência de padrões de família centrada na mulher, isto é, a mulher tinha participação ativa no sustento da família ou era a única provedora.

3) No **tipo de carreira dupla** (*dual career*) os acidentados e suas esposas desenvolviam atividades econômicas, em período integral, no momento de afastamento do trabalho.

4) No **tipo centrado na esposa** (*wife-centred*), a esposa do acidentado era provedora do lar enquanto o marido cuidava da casa e dos filhos.

C) Havia casos de acidentados solteiros e separados dos quais levantou-se o seguinte tipo:

5) No **tipo independente**: os acidentados moravam com familiares ou amigos e dividiam as despesas da casa.

Ao contrário de GERHARDT¹¹, neste estudo não se encontrou a carreira do **tipo desempregados** (*unemployed*). Levantou-se, no entanto, o tipo desativados temporariamente; isto é, os acidentados que não realizavam qualquer atividade econômica e mantinham vínculo empregatício com a empresa de origem durante o afastamento do trabalho.

GERHARDT¹² entrevistou apenas portadores de doença crônica casados. Nesta pesquisa, além dos acidentados casados, também foram escolhidos casos de acidentados solteiros e separados. Entre os acidentados casados todos tinham filhos. Na amostra dos solteiros e separados, encontrou-se acidentados com filhos (25%) e sem filhos (75%). A preocupação era observar o papel dos filhos e dependentes na vida social e econômica dos acidentados.

5.1.1 ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA DOS ACIDENTADOS E SEUS FAMILIARES APÓS O ACIDENTE DE TRABALHO

Mediante o desenvolvimento dos mecanismos de sobrevivência pôde-se perceber as mudanças nas estruturas familiares. Em primeiro lugar, serão analisadas as mudanças que ocorreram antes e após o acidente de trabalho, como podemos verificar na tabela abaixo:

¹¹ GERHARDT, Uta. (1990 e 1987), *op. cit.*

¹² GERHARDT, Uta. (1990 e 1987), *op. cit.*

Quadro 6: Distribuição dos Acidentados pelos Tipos de Famílias nas diversas situações (antes e após o acidente de trabalho).

Tipos de Famílias	Antes do AT (T1)	Após o Acidente de Trabalho (T2)				
		Nuclear	Desativados Temporariamente	Dupla Carreira	Centrado na Esposa	Independentes
Nuclear	16		7	1	8	
Desativados Temporariamente						
Dupla Carreira	4	1*		1	2	
Centrado na Esposa						
Independentes	12		12			
Total	32	1	19	2	10	

* O caso é de uma acidentada do trabalho

Essa tabela visualiza os tipos de famílias em dois momentos, isto é, na situação anterior ao acidente (T1) e na situação após o acidente (T2). Assim, entre os 32 acidentados percebeu-se que 8 pertenciam ao tipo de família nuclear antes do acidente, e passaram a pertencer ao tipo de família centrado na esposa depois do acidente de trabalho. Percebeu-se que a participação financeira da esposa no orçamento da família apresentava frequência significativa após o acidente de trabalho. Assim, a mulher insere-se no mercado de trabalho, principalmente o informal, em virtude da pressão econômica.

Entre as 12 esposas que trabalhavam fora de casa, no período após o acidente de trabalho, 70% realizavam “bicos”(vendiam doce na porta da escola, lavavam roupa, trabalhavam com costura, faziam doces e bolos, trabalhavam de faxineira, vendiam bijouteria, empregada doméstica, etc.) e 30% possuíam registro na carteira profissional. Das esposas que trabalhavam no período de afastamento do acidentado, 30% desempenhavam tripla jornada de trabalho. Além de dois empregos, durante o dia e à noite, ainda tinham que cuidar da casa, dos filhos e do marido.

O depoimento de Márcia, esposa de Carlos que teve a mão amputada foi o seguinte:

“Olha, nós passamos fome, faltou comida em casa. Fome! Tive até que pedir prá vizinhança pagar um butijão de gás. Meus três filhos sentiram a barriga vazia... O dinheiro do INSS (auxílio doença acidentário) demorou um tempão. Uma vizinha deu uma cesta de alimentação. ..Sou faxineira de uma empresa. Cuidava da casa. À noite ainda passava e lavava roupa prá fora. Eu conseguia um trocado a mais com isso. Segurei tudo sozinha... Só eu sei como eu passei com o dinheiro acabando... Ainda bem que eu trabalho. Não sei o que seria da nossa vida se eu não tivesse este emprego “. (Durante o período de afastamento, Carlos permaneceu o tempo todo em casa. Tem depressão e não pode fazer nada. Os filhos cuidam do pai enquanto Marcia trabalha. O empregador não ajudava financeiramente e, além disso, pressionava o acidentado e sua família para que deixassem o espaço ocupado para residir situado nos fundos da empresa.

Já a esposa de Jairo, Aparecida, que perdeu 3 dedos em acidente com prensa, comentou o seguinte:

“Eu sempre trabalhei como diarista. Dei duro a vida inteira.... Saía todos os dias às 6 horas pra trabalhar. Sou faxineira. Deixava tudo preparado. Quando Jairo ficou afastado do trabalho ele ficava em casa cuidando das crianças... Dentro de casa, no início, quebrava as louças quando ia lavar(por causa da falta dos dedos nas mãos), agora já pegou o jeito... Fiquei muito preocupada com o fato de Jairo não poder mais trabalhar depois do acidente.... A gente vive nesta casa que é alugada. Eu ficava pensando como a gente iria pagar tudo, o aluguel, a luz, a

água. Tive de arrumar outro serviço à noite. Fiz faxina em empresa. Foi tudo muito sofrido. O dinheiro da Caixa(INSS) é pouco. Resolvi lavar e passar roupa em casa. Os irmãos de Jairo ajudaram com dinheiro e apoio emocional. A dona desta casa deixou a gente dois meses sem pagar o aluguel.... Ele ficava nervoso quando via as contas pra pagar chegando em casa. Eu falava pra não esquentar a cabeça que daria pra pagar tudo. Minha irmã também chegou a ajudar. O meu trabalho foi importante pois o dinheiro do INSS não pagava os remédios dele”.

Pôde-se observar que a rede de ajuda mútua e a solidariedade de vários grupos sociais são fundamentais como apoio financeiro, material e afetivo para a família dos acidentados. A ajuda não se limita à família nuclear mas principalmente à família extensiva ou ampliada, vizinhança e comunidade. Jairo, a esposa e os filhos ficaram sem pagar o aluguel dois meses. Moram em um pequeno cômodo composto de quarto e cozinha, no fundo de um quintal. A proprietária da casa alegou que, apesar de precisar do dinheiro do aluguel, visto vive de pensão do marido, não considerava justo, naquela situação, colocar os seus inquilinos na rua.

Muitos acidentados invertiam seus papéis com as esposas e passavam a executar as atividades do lar. Enquanto as esposas arcavam com as despesas da casa, os acidentados cuidavam dos filhos, lavavam, passavam, cozinhavam, etc.. A limitação da capacidade física interferia na realização de alguns afazeres domésticos e no cuidado consigo próprio. Os acidentados desenvolveram estratégias para superar essas dificuldades, como, lavar a louça sem derrubar os pratos por causa da amputação dos dedos ou de parte da mão; carregar objetos pesados, abotoar a camisa, fechar o zíper da calça, calçar o sapato, etc.

Enquanto Márcia e Aparecida trabalhavam fora de casa antes do acidente de trabalho, tinham carteira de trabalho registrada, a trajetória de Bete foi diferente. Ela nunca havia trabalhado e durante 20 anos seu marido, João, foi o único provedor na família. A idade avançada, falta de experiência profissional, qualificação ou a perda da identidade profissional por estar afastada há muito tempo do mercado de trabalho eram fatores limitantes para as esposas dos acidentados entrarem no mercado de trabalho formal. As barreiras muitas vezes eram criadas no espaço familiar, no nível da relação do casal, por meio dos questionamentos sobre a importância real do trabalho da mulher. Assim, só restava partir para o subemprego e realizar “bicos”, isto é, um trabalho temporário que permitisse o retorno para cuidar do lar a qualquer momento. O depoimento de Bete dizia o seguinte:

“Após o acidente de trabalho aconteceram muitas coisas...Tive que vender roupas, bijouterias, pratas nos prédios da COHAB Patriarca onde a gente morava antes. A firma ajudou bastante não posso reclamar de nada. O que o INSS pagou(auxílio doença) foi uma vergonha só dava prá pagar o pão e o leite. Entrei em desespero e chorava sem parar. Pagava as prestações da COHAB (Tiradentes) e sobravam Cr\$ 5,00 prá casa do seguro. João tomava conta da casa quando eu saía prá vender . A gente tem 5 filhos , todos menores de idade. Quando eu era mais jovem eu queria trabalhar e ele dizia que meu lugar era em casa cuidando dos filhos e da casa. Agora ele até quer que eu trabalhe fora, ajude em casa. Só que eu não quero mais. O que eu vou conseguir com esta idade e sem experiência alguma?”.

O auxílio financeiro e material da empresa neste período também é fundamental. Alguns empregadores consideravam objetivo alcançado, tendo pago os gastos com cirurgia , medicamentos e hospital. Outros, como obrigação

moral, procuravam prover a família do acidentado durante todo período de afastamento. Era comum as esposas visitarem regularmente a firma para buscar dinheiro e cesta alimentação. Como forma de solidariedade, nos primeiros meses após o acidente, os colegas de trabalho prontificavam-se em passar uma lista de contribuição (“vaquinha”). O sustento ficava por conta da família nuclear e extensiva e da empresa. Depoimento de um empregador, dono de uma pequena empresa de material plástico:

“Eu ajudo a minha funcionária porque eu acho que é uma obrigação minha. Ela perdeu a mão trabalhando na minha empresa. ...A obrigação é moral...eu sinto que o que aconteceu prejudicou a vida dela, eu quero ajudar o máximo, fazer o que eu posso...”.

Na mudança de papéis entre o acidentado e a esposa, ficava clara a existência de conflitos na relação do casal. Era explícita a insatisfação dos acidentados por serem sustentados por suas esposas. Mesmo arcando com todas as despesas financeiras da casa, algumas esposas pareciam mais incomodadas do que tranqüilas com a situação. Reafirmavam constantemente que o “cabeça”, o chefe da família era o acidentado, mesmo que não estivesse trabalhando e arcando com as despesas da casa. A crise financeira refletia diretamente na dinâmica do casal e a inversão de papéis provocava desentendimentos e brigas freqüentes. Notou-se o preconceito contra o homem que permanecia em casa sem trabalhar, “parado”, mesmo na condição de acidentado.

Segundo COHN *et alli*, “o acidentado possui uma identidade indefinida que reflete na rearticulação da estrutura familiar. Por um lado, é fisicamente mutilado, profissionalmente indefinido, não é aposentado e nem um trabalhador efetivo. O processo de reabilitação é marcado pela incerteza do futuro

profissional e pela transitoriedade da fonte de subsistência; a interrupção do auxílio pode representar aposentadoria quanto o desemprego”¹³. Essa situação de indefinição é caracterizada pela tensão.

O acidentado, em virtude da incapacidade física passava a depender totalmente, desde cuidado com a saúde até financeiramente, de outras pessoas, por um longo período até a sua completa reabilitação. A relação de dependência significava a perda do auto-controle e da autonomia. A situação de privação da liberdade era permeada por conflitos que interferiam na interação social, seja no espaço da família seja na comunidade. Nos depoimentos de algumas esposas pôde-se perceber o seguinte:

“Eu tenho medo de tomar muito a frente das coisas pois o Cícero pode se sentir diminuído. Ele sempre tomou a frente de tudo. Agora eu tenho que lutar pelo que é nosso, dos meus filhos... Eu sempre trabalhei fora mas agora o dinheiro que entra nessa casa é só o meu. Sei como o Cícero fica preocupado com as contas prá pagar no final do mês. Ele sente se mal, quando me vê nesse sufoco, fica revoltado...Ele se acha um inútil”.

“Depois do acidente, Manoel começou a implicar muito com meu trabalho. Sou técnica de laboratório de uma indústria de medicamentos. Ele se sentia por baixo pois estava sem trabalhar. Ficava reclamando pelos cantos da casa. Eu colocava todo o dinheiro em casa. Manoel discutia por qualquer coisa. Dava briga. Sempre ficava nervoso. Aí ele resolveu vender aquela “muamba” do Paraguai na rua. Ele fazia encomenda pro nosso vizinho e depois vendia na rua. A situação melhorou com isso”.

¹³ COHN, Amélia *et alii* (1985) p. 70

Na entrevista de Manoel foi comentado o seguinte:

“Nunca me senti bem não... É desagradável você depender dos outros. Eu sempre coloquei todo o dinheiro em casa. O dinheiro da mulher é mais prá ela mesmo, alguma emergência com as crianças. Nunca foi mesmo necessário. A gente senti assim com o orgulho ferido. Eu nunca me conformei em depender da minha mulher. Por isso fui prá rua vender bolsas, guarda-chuvas, brinquedos...A mulher quando começa pôr todo o dinheiro em casa quer mandar na gente, coloca a mão na cintura....”.

A pesquisa demonstrou que havia uma tendência de as esposas dos trabalhadores acidentados tornarem-se provedoras. Por outro lado, encontraram-se 7 acidentados que tinham uma família do tipo nuclear antes do acidente de trabalho e depois passaram a pertencer a família do tipo temporariamente desativados como provedores.

É significativo o número de acidentados e esposas que não trabalhavam no período de afastamento. Não concordamos totalmente com a idéia de que a incidência da crise financeira no contexto doméstico variava conforme o salário dos trabalhadores. Nesse caso, o número significativo de esposas que eram inativas antes e depois do acidente estava entre os acidentados que recebiam salários de maior valor. Nesta pesquisa, encontrou-se algumas esposas que eram inativas antes e depois do acidente mesmo com o acidentado recebendo um salário de menor valor. Assim, havia a hipótese de que a participação da esposa no mercado de trabalho era definida muito mais pelo aspecto social do papel da mulher na família do que financeiro.

Neste caso era preciso contar apenas com o auxílio financeiro dos parentes, dos amigos de trabalho, da empresa e de instituições de caridade. A estrutura da organização familiar passa a ser basicamente do tipo extensivo ou ampliado. A situação tornava-se tensa visto que havia consciência e temor de que um dia a ajuda pudesse acabar. O peso da responsabilidade sobre o acidentado era maior. Ele é pressionado a retornar o mais rápido possível ao trabalho sem estar plenamente reabilitado.

O preconceito contra a esposa que trabalha fora e torna-se provedora é reafirmado nesse caso. Assim, tanto o acidentado quanto a esposa permaneciam sem exercer qualquer atividade remunerada, até mesmo no mercado informal. Apesar da dificuldade financeira, os acidentados diziam preferir as “suas mulheres” dentro de casa, cuidando dos filhos, dos afazeres domésticos e deles próprios. As esposas até manifestaram o desejo de poder ganhar algum dinheiro, ajudar nos gastos da família, mas colocavam como empecilho o problema da idade, falta de experiência, a proibição por parte do marido, a existência de filhos com pouca idade, etc. Na verdade, percebeu-se a aceitação do papel tradicional da esposa, dona de casa e mãe de família.

Nos depoimentos de várias esposas pudemos perceber o auxílio da família, dos colegas de trabalho e da comunidade:

“Uma mulher conhecida nossa da Igreja conseguiu umas fichas prá ganhar cesta de alimentação em uma instituição de caridade. Os colegas de trabalho passaram uma lista na firma e deram o dinheiro prá gente. Fizeram isso várias vezes. Tive de pedir emprestado o dinheiro da firma várias vezes prá comprar os remédios. A gente acabou nem pagando. Eles disseram prá deixar como estava. A minha família que mora aqui do lado, na favela mesmo, deu uma força moral... Por

pressão da falta de dinheiro ele até voltou prá empresa antes de terminar o prazo de afastamento.”

“A família de Osvaldo mora neste mesmo quintal. Essa casa a mãe de Osvaldo mandou construir. O irmão dele correu atrás de todos os papéis na época do acidente. Ele não trabalhou em nada e só ficava em casa. Eu nunca trabalhei fora. Só antes de casar. Ele nunca quis que eu trabalhasse fora. Eu sempre cuidei da casa, dos filhos, Sempre foi muito ciumento. A falta de dinheiro repercutiu em casa. O dinheiro do INSS atrasou 4 meses para pagarem pela primeira vez. Os irmãos dele que ajudaram com dinheiro prá comprar roupa das crianças, alimentação, remédio, pagar água, luz... Depois do acidente era necessário trabalhar fora, mas alguém precisava cuidar das crianças, da casa e dele. O pessoal da seção passou lista e comprou mantimentos para dois meses”.

Observou-se apenas um caso em que o acidentado, pertencia ao tipo tradicional antes do acidente e, depois, passou para o tipo dupla carreira. Nesse caso, a esposa tinha sido apenas dona de casa até o momento do acidente. Com constatação da dificuldade financeira e sem poder contar com a ajuda dos parentes, amigos e pessoal da empresa, Lourdes começou a vender produtos de limpeza na feira. No início, enquanto o trabalhador se restabelecia, contou com a companhia do segundo filho. Quando o marido não mais se achava no período crítico, decidiu convidá-lo para trabalharem juntos. Apesar da limitação física, Francisco auxiliava a esposa a vender os produtos. Essa atividade contribuiu para que o acidentado consumisse menos bebida alcóolica e saísse da depressão. O negócio está dando certo e hoje possuem uma pequena loja de produtos de limpeza na varanda da casa. Pretendem ampliar as vendas,

e o trabalhador pensa em dedicar-se exclusivamente a esse trabalho no futuro. O depoimento de Lourdes é o seguinte:

“Eu começo a vender produtos de limpeza que preparo em casa, e quando o negócio melhora passo a comprar os produtos nas empresas para revender. Pego a varanda da frente da casa e transformo em uma lojinha. Francisco não gosta disso e diz que não é o tipo de homem que depende de mulher. Então eu coloco ele prá trabalhar comigo. Ele começa a levar os produtos na feira e dá certo. A gente pega o carrinho de feira, enche de produtos e cobre as feiras do bairro. Eu deixo as crianças maiores cuidando das menores. Nós temos 4 filhos e só a minha filha mais velha está trabalhando”.

Um aspecto considerado interessante foi o fato de que na estratégia de sobrevivência ocorria mudança na carreira profissional do acidentado, no sentido de desenvolver atividades em conjunto com a esposa e principalmente utilizar o espaço doméstico para iniciar algum comércio. Assim, a casa deixa de ser um local restrito para as relações familiares. Suas portas são abertas para o público e a moradia torna-se um espaço de relações econômicas. No presente estudo, notou-se que os acidentados começavam a vender produtos de limpeza, desenhar moldes para a esposa costurar, fazer e vender doces e salgados, costurar roupas, etc.

Apenas 4 acidentados pertenciam ao tipo de dupla carreira antes do acidente. Entre esses casos, 2 acidentados passaram para o tipo centrado na esposa; 1 acidentado permanecia no tipo de dupla carreira e 1 acidentada passou para o tipo tradicional. Nesse caso, a acidentada não trabalhava durante o afastamento e o marido arcava com todos os gastos financeiros. Os 12 acidentados solteiros ou separados, com e sem filhos, passavam do tipo independente para o tipo desocupado.

Os acidentados solteiros viviam basicamente da ajuda financeira e material dos parentes e amigos. O pessoal da empresa costumava contribuir, mais no início do afastamento do trabalho, por meio de lista que circulava entre os colegas. Dos entrevistados solteiros nenhum precisava trabalhar após o acidente. O fato de não terem filhos residindo no mesmo teto, como se verificou entre a maioria dos solteiros e separados neste estudo, minimizava a responsabilidade de ter de voltar a trabalhar logo ou conseguir uma outra fonte de renda. A situação fazia com que os acidentados viessem a depender da família ou de amigos. Depoimento de Luciano:

“Eu divido a casa com um amigo. Quando sofri o acidente tive que pedir ajuda de um irmão que mora em São Bernardo. Passei algumas semanas na casa dele. Ele e a mulher cuidaram de mim. ...Depois voltei prá casa... O meu amigo ajudou a cuidar também. O dinheiro, o meu irmão deu. Minha mãe e irmã também mandaram dinheiro do Norte. A empresa ajudou com remédio e fisioterapia. Os colegas passaram lista... A casa onde moro é alugada. O meu colega pagou o aluguel sozinho durante um tempo... Não trabalhei... A mão demorou prá ficar boa...”.

Entre os acidentados solteiros havia a rearticulação da estrutura familiar mesmo que mínima. Os trabalhadores que antes do acidente eram independentes ou tinham o papel de provedores da família passavam a depender totalmente de familiares ou amigos. Embora a situação não implicasse alteração de papéis, a condição de acidentado comprometia, com certeza, o desenvolvimento normal de seu projeto de vida, o que não significava o fim de sua carreira profissional.

Entre os acidentados solteiros, alguns eram migrantes que vieram a São Paulo em busca da realização de um projeto de vida. Eles moravam em pensão, em alojamentos nos canteiros de obra, nos fundos da firma, etc. Quando não dividiam o espaço com um colega ou parente, eram obrigados a enfrentar a invalidez por acidente em absoluta solidão.

DIAGRAMA 1 - Tipos de famílias antes e após o acidente de trabalho

Tipos de famílias antes do acidente de trabalho (T1)

tipo nuclear 1,2,5,6,9,14,15,16,17,20,21,23,26,28, 30,32	tipo dupla carreira 4,22,27,31
tipo independentes 3,7,8,10,11,12,13,18,19,24,25,29	tipo centrada na esposa n/a

Tipos de famílias depois do acidente de trabalho (T2)

tipo nuclear 31	tipo dupla carreira 20,22
tipo desativados temporariamente (c) 1,6,9,17,23,28,32 (s) 3,7,8,10,11,12,13,18,19,24,25,29	tipo centrada na esposa 2,4,5,14,15,16,21,26,27,30

* (c) acidentados casados

* (s) acidentados solteiros (inclusos os separados e os que estão namorando)

5.1.2 ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA DOS ACIDENTADOS E SEUS FAMILIARES APÓS O RETORNO AO TRABALHO

Após o retorno ao trabalho do acidentado, ocorre a transformação na estrutura da organização familiar, como se pode notar no quadro abaixo:

Quadro 7: Distribuição dos Acidentados pelos Tipos de Famílias nas Diversas Situações (após o acidente e após o retorno ao trabalho).

Tipos de Famílias	Após o AT (T2)	Após o Retorno ao Trabalho (T3)				
		Nuclear	Desativados Temporariamente	Dupla Carreira	Centrado na Esposa	Independentes
Nuclear	1			1		
Desativados Temporariamente	19	7				12
Dupla Carreira	2			2		
Centrado na Esposa	10	4		6		
Independentes						
Total	32	11		9		12

Esta tabela apresenta as famílias dos acidentados em dois momentos, isto é, na situação após o acidente (T2) e na situação após o retorno ao trabalho (T3). Para se entender a situação dessas famílias nos três momentos (T1, T2, T3) apresentamos a seguinte tabela:

Quadro 8: Distribuição dos Acidentados pelos Tipos de Famílias nas Diversas Situações (T1,T2,T3).

Tipos de famílias	Situações da família		
	T1	T2	T3
Nuclear	16	1	11
Desativados Temporariamente		19	
Dupla Carreira	4	2	9
Centrado na Esposa		10	
Independentes	12		12
Total	32	32	32

T1 - Situação antes do acidente de trabalho

T2 - Situação após o acidente de trabalho

T3 - Situação após o retorno ao trabalho

Assim, na carreira do acidentado observou-se que as famílias do tipo nuclear distribuem-se do seguinte modo: antes do acidente de trabalho encontramos 16 famílias; após o acidente 1 família e após o retorno ao trabalho 11 famílias.

Por outro lado, a distribuição das famílias tipo dupla carreira apresenta-se desse modo: 4 famílias antes do acidente de trabalho; 2 famílias após acidente e 9 após o retorno ao trabalho.

Enquanto a família do tipo nuclear diminui proporcionalmente durante a trajetória, nota-se um aumento no número de famílias do tipo dupla carreira.

Encontra-se por conseguinte, esposas que não obstante a dificuldade financeira e a satisfação pessoal páram de trabalhar fora quando os maridos retornam à empresa. Elas retornam às atividades do lar como se esse fosse seu único lugar. Algumas esposas resignam-se. Como diz ARACKCY

RODRIGUES, “as mulheres se sentem periféricas em relação ao mundo, não participam de sua feitura e não se responsabilizam pelos seus resultados. A mulher vê sua história acontecer fora dela, geralmente construída por alguém”¹⁴.

Já outras esposas recusam esse papel e preferem continuar trabalhando fora de casa, mesmo contrariando o marido, visto que encontram maior liberdade, sentem-se mais valorizadas, realizadas pessoalmente, evitam o desgaste ocasionado pelas tarefas da casa e os cuidados com filhos, sentem-se seguras obtendo o próprio dinheiro para auxiliar no orçamento da família. Essa experiência do trabalho, entretanto, é vivida com ambigüidades e conflitos, na medida em que a experiência familiar muitas vezes é tida como opressiva, assim, dessa maneira, tendem a valorizar a experiência do trabalho como experiência pela qual constroem a noção de autonomia, associada à idéia do “saber se virar” e “cuidar de si”¹⁵.

Por outro lado, encontraram-se acidentados que passavam a apoiar a iniciativa da esposa de trabalhar fora. Embora preconceituosos preocupavam-se com a segurança financeira da família e com o futuro dos filhos. A experiência vivenciada pelo acidente de trabalho propicia ao trabalhador o aprendizado do que representa para ele ter de arcar sozinho com todas as despesas. A atividade profissional da esposa proporciona um ganho a mais que se reverte em melhor qualidade de vida.

“Antes do acidente eu ficava em casa. Cuidava da casa, cozinhava. Cuidava da minha filha... Depois do acidente eu tive de trabalhar, pois o dinheiro do auxílio era pouco e a firma quase que não ajudou em nada. Eu fui trabalhar de empregada doméstica na casa de uma senhora

¹⁴ RODRIGUES, Arackcy Martins (1978). *Operário, operária: estudo exploratório sobre o operariado industrial da Grande São Paulo*. São Paulo: Símbolo, 144p.

¹⁵ LOBO, Elizabeth Souza (1989). *Trabalhadoras e trabalhadores: o dia-a-dia das representações*. (mimeo). Vide também o artigo da mesma autora, *Experiências de mulheres, destinos de gênero*. *Tempo Social*, Rev. Sociol., USP, 1(1), São Paulo, 1989.

conhecida da gente. Ela mora na rua de cima, perto de casa. Graças ao meu trabalho a gente pode ficar bem em casa. Hoje se eu quisesse dava até para deixar o emprego. Eu não quero parar de trabalhar pois é um dinheirinho a mais que entra. É segurança. ... O trabalho de casa, ficar dia inteiro em casa é muito cansativo, não tem valor. Agora, minha filha fica na creche da prefeitura o dia todo”.

Observou-se que os 12 acidentados solteiros com e sem filhos, do tipo desocupados após o acidente, passam para o tipo independente.

“Moro com meus pais e uma irmã. Durante o tempo de afastamento eu não fiz nada. Não tinha condições. Ficava o dia todo em casa. Meu pai e minha irmã colocavam todo o dinheiro em casa. Minha mãe fez doce e bolo prá fora por algum tempo. Agora eu voltei a ajudar em casa. Parte do meu dinheiro vai prá despesas de casa”.

DIAGRAMA 2 - Tipos de famílias após o retorno ao trabalho acidentados casados acidentados solteiros

acidentados casados

tipo nuclear 1,2,6,9,14,15,17,23,26,28,32	tipo dupla carreira 4,5,16,20,21,22,27,30,31
tipo desativado temporariamente n/a	tipo centrada na esposa n/a

acidentados solteiros

tipo independentes 3,7,8,10,11,12,13,18,19,24,25,29

5.2 O CUIDADO COM A SAÚDE DO ACIDENTADO

No caso do acidentado os cuidados com a saúde , após a alta médica, eram realizados pela esposa, filhos ou parentes. Nesta pesquisa encontraram-se casos em que o pessoal da empresa teve de ajudar a cuidar do trabalhador pelo fato de não ter família em São Paulo. Logo, a dependência da família, da comunidade e muitas vezes da empresa é quase total, diferentemente dos casos de doenças crônicas em que os cuidados ficavam divididos com profissionais de saúde nos hospitais.

Notou-se que as esposas mesmo trabalhando fora de casa cuidavam dos acidentados realizando curativos, dando banho, vestindo, calçando, alimentando, etc. Essas atividades geravam sobrecarga às esposas, que não deixam de cuidar dos filhos e dos afazeres domésticos. Quando possível as esposas procuravam auxílio de parentes e amigos. Os depoimentos de duas esposas esclarecem o problema enfrentado:

“Eu mesma fazia curativo e cuidava dele.. No começo eu tinha que ajudar a colocar a roupa nele, dava banho, colocava os sapatos, etc. Hoje em dia ele já se vira bem. A única coisa que ainda não consegue é abotoar a manga da camisa...”.

“Eu tinha ajudar dar banho, e o curativo o meu irmão fazia pois eu não tinha coragem de olhar o ferimento. Quando não tinha ninguém prá fazer o curativo ele ia até o Hospital onde fez a cirurgia. Dava comida na boca, remédio, colocava o calçado, ajudava a fechar o zíper da calça, abotoar a camisa, ajudava dar banho, lavar a cabeça...”.

Um dos aspectos que mais ressaltaram foram problemas de saúde referidos pelos acidentados. O cuidado com a saúde dos trabalhadores não se limitava ao ferimento decorrente de amputação ou esmagamento, incluía

também as demais seqüelas do acidente de trabalho. Os problemas de saúde dos trabalhadores não demonstraram um quadro tranqüilo, como se pode notar na tabela abaixo:

Tabela 21: Distribuição dos acidentados segundo variáveis dos problemas de saúde no período de afastamento do trabalho

Variável		Número(N) Respostas*	%
Problemas de Saúde	Depressão	22	68,8
	Alcoolismo	7	21,9
	Impotência Sexual	5	15,6
	Tentativa de Suicídio	4	12,5
	Total	32	100,0

* R.M.= Respostas Múltiplas

Esta tabela apresenta respostas múltiplas de problemas de saúde referidos pelos entrevistados (esposa ou acidentado). O acidente do trabalho acentua o problema de saúde existente ou colabora para o seu surgimento. Em 13,2% das respostas dadas pôde-se perceber que a tensão emocional transferia-se para a esfera da vida sexual do casal. As esposas referiam-se à impotência sexual dos acidentados, que pode vir a ocorrer durante um certo período, no momento de crise, ou por longo período de tempo. Os depoimentos de duas esposas diziam o seguinte:

“Ele pedia ajuda prá ouvi-lo à noite e eu mesmo cansada por causa do trabalho, ficava ouvindo ele, fazia companhia. O acidente interferiu demais na nossa vida de casal. Severino teve um período que ficou impotente, agora já voltou ao normal....”.

“Depois do acidente ele nunca mais foi o mesmo. Vive deprimido. a nossa vida de casal está péssima. Durante o tempo em que ficou em

casa não queria fazer nada. Ficou impotente, não tinha ereção. Estamos 19 anos casados e nunca tinha acontecido isto antes. O acidente acabou com a gente”.

Observou-se a ocorrência de violência na família. A agressão física contra a esposa e os filhos acentuou-se após o acidente de trabalho. O alcoolismo costumava agravar essa situação. Os depoimentos de duas esposas dizem respeito a agressão física e ao consumo exagerado de álcool pelos acidentados:

“ Quando completou um ano após o acidente , ele teve uma crise nervosa e quebrou todas as janelas da casa. O meu irmão teve que acalmar ele. Ele tomou umas e outras. Eu fui segurar e acabei levando um soco na cara. Severino nunca foi de fazer isso. Só que depois do acidente ele quer beber e perde o controle”.

“Na época em que ficou afastado do trabalho, começou a beber mais do que o normal. Quando bebia ficava violento e a gente não podia dizer nada. Outro dia tive de dormir fora de casa uma noite pois ele me bateu, eu fiquei roxa....O acidente mexeu com a cabeça dele”.

A depressão somada ao consumo de álcool mais a própria impotência ante a situação faziam com que o acidentado tentasse o suicídio, buscando a morte como a única saída. Entre os entrevistados, 12,5% tentaram o suicídio, por meio da ingestão de comprimidos, utilização de objetos cortantes ou perfurantes ou armas de fogo. As entrevistas, no entanto, demonstraram claramente a existência de uma porcentagem bem maior daqueles que, em algum momento, tinham pensamentos mórbidos. Considera-se que o isolamento social, a falta de perspectiva profissional e o encarceramento no próprio corpo não deixavam de significar a morte lenta.

Perante os problemas de saúde, as esposas e os parentes em seus depoimentos, muitas vezes, pareciam estar divididos em relação aos sentimentos de raiva, angústia, ódio, pena e compaixão. Era difícil a aceitação social da diferença bem como o próprio acidentado assimilar a sua nova condição.

Tabela 22: Distribuição dos acidentados segundo prática de religião em diferentes situações (T1,T2,T3).

Prática de religião	Situações dos acidentados		
	T1	T2	T3
sim	5 (15,6)	9 (28,1)	7 (21,9)
não	27 (84,4)	23 (71,9)	25 (78,1)
Total	32 (100)	32 (100)	32 (100)

T1 - Situação antes do acidente de trabalho

T2 - Situação após o acidente de trabalho

T3 - Situação após o retorno ao trabalho

Parte dos acidentados e suas famílias procuravam na religião um meio de solucionar seus problemas pessoais ou de tentar aliviar suas angústias e seus temores em relação ao futuro. A religião possui as seguintes funções: a) orientação espiritual; b) apoio psicológico e emocional; c) contribuição com material e dinheiro e d) integração social. Nesta tabela pode-se observar que 15,6% dos acidentados entrevistados praticavam alguma religião antes do acidente e 28,1% após. Essa porcentagem diminui quando os acidentados retornam ao trabalho. Havia a hipótese de que o acidentado quando retornava à empresa e apresenta uma reabilitação bem-sucedida acomodava-se e não via mais sentido em praticar a religião.

A esposa de Gilson comentou que a família passou a frequentar mais ainda a Igreja após o acidente de trabalho. Uma vez por semana recebiam uma cesta básica e participavam de reuniões de aconselhamento de casais, coordenadas pelo pastor e contavam com o apoio de outros casais e amigos.

O acidente de trabalho representa a ruptura na trajetória de vida do acidentado e da família. É considerado como “uma forma de violência”. Os trabalhadores, contudo, referem-se a este fato como a possibilidade de repensar os valores, os vínculos familiares, o trabalho, os projetos de vida, etc. O período de reabilitação é crítico e permeado de intensas mudanças. Notou-se, então, ser fundamental a existência do acompanhamento psicológico ao acidentado e orientação familiar por um longo período, mesmo após o desligamento do programa de reabilitação profissional.

A importância do apoio psicológico e assistencial é observada quando o acidentado refere-se ao CRP/INSS. No programa de reabilitação profissional não foram destacados os aspectos da qualificação profissional, do retorno ao trabalho, ou seja, a reinserção profissional em si. Desta maneira, os acidentados consideravam a instituição como o espaço no qual poderiam extravasar as suas angústias, medos, sofrimentos e compreender sua experiência de vida.

Entre os acidentados 90,6% diziam, sem qualquer interferência por parte da pesquisadora, que o trabalho desenvolvido pelo CRP/INSS é importante. No estudo de STRUFFALDI¹⁶, 84,8% dos acidentados entrevistados consideravam o atendimento do CRP/INSS/ São Paulo entre bom e ótimo. Neste estudo, 87,5% acharam o atendimento de boa qualidade, apesar de, muitas vezes, não verem sentido em passar pelo programa de reabilitação. Tinham uma visão parcial e consideravam que a instituição servia

¹⁶ STRUFFALDI, Maria Cristina Blanco (1994). Reabilitação profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados. São Paulo, S.P.....op. cit., p.84

para “conversar sobre como está passando depois do acidente”; “se dá prá voltar para o trabalho logo ou não”; “fazer exercício para as mãos”, etc.

Havia a hipótese de que o desconhecimento acerca do programa de reabilitação profissional ocorria em virtude da falta de informação prestada pela Perícia Médica no momento do encaminhamento para o CRP/INSS. Pode-se, encontrar maiores detalhes sobre esse problema nos estudos de STRUFFALDI¹⁷.

Sem querer desprezar o objetivo do CRP/INSS de habilitar e reabilitar profissionalmente os acidentados, havia a hipótese de que é importante esse espaço institucional visto que também serve de canal de expressão do sofrimento psíquico dos indivíduos e de elaboração das experiências vividas num momento crítico. A questão do CRP/INSS é melhor analisada no capítulo 2 (Construção do Processo de Institucionalização da Reabilitação Profissional no Brasil).

5.3 A QUESTÃO DE GÊNERO E A MUTILAÇÃO

A mutilação na mulher apresenta-se socialmente de forma diversa do homem. Para o homem a falta de um membro relacionava-se ao acidente de trabalho. Eram colocados em prova os aspectos de virilidade, força, produtividade e potência. Assim, as pessoas costumavam perguntar: “é acidente de trabalho?”. No caso de mulheres mutiladas, os comentários eram pejorativos “Puxa, coitada!! Ela não tem mão!”, “o rosto dela , o corpo é bonito, mas aquela mãozinha de boneca é de perder o tesão!”. O preconceito atingia os atributos físico da mulher. A beleza, um dos aspectos fundamentais da vaidade feminina, é destruída.

¹⁷ STRUFFALDI, Maria Cristina Blanco. Reabilitação profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados. São Paulo, S.P.,...*op. cit.*,1994, Ibidem, Conhecimento, opinião e conduta de médicos-peritos acidentados face à programação do Centro de Reabilitação Profissional do INPS, do município de São Paulo, op. cit., 1987.

Quando se nasce com deficiência física, a identidade social é construída a partir da deformidade. A imagem corporal do indivíduo não se modifica ao longo da vida. No caso do acidentado do trabalho, contudo, a mutilação na fase de vida adulta faz com que ocorra a (re)construção da identidade social. É necessário (re)aprender a (con)viver com a mutilação. O processo é permeado por mudanças abruptas e repentinas no nível das relações sociais na família, no trabalho, com amigos e pessoas estranhas. O processo de reconstrução da identidade não se verifica consensualmente, mas mediante os conflitos entre os diversos atores sociais.

É consenso que os homens mutilados devam enfrentar os espaços públicos e privado e tentar novos caminhos profissionais. No caso das mulheres mutiladas, verificaram-se divergências de opiniões a esse respeito. Na bibliografia não é raro se deparar com a idéia de que as mulheres mutiladas devam ficar confinadas ao espaço privado. Elas devem permanecer escondidas dentro de casa, parar de estudar e se trabalham, devem ficar isoladas. Sonhar em ter um companheiro, se casar e ter filhos não lhes é permitido. Espera-se dessas mulheres uma conduta assexuada e passam a ser dignas de compaixão¹⁸.

O problema da condição feminina e a mutilação é retratado de maneira direta e tocante no livro de COHN *et alli* quando os autores referem-se às conseqüências do acidente de trabalho em uma trabalhadora: “como não nos sentirmos agredidos por essa realidade e não nos sentirmos responsáveis pela situação da moça de 20 anos que, tinha três dedos da mão direita decepados, (e) não quer ficar noiva por não ter onde colocar a aliança?”¹⁹.

¹⁸ PAULA, Ana Rita de. *Corpo e deficiência: Espaço do desejo: reflexões sob(re) a perspectiva feminina*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, 1993, 181p. Dissertação de Mestrado para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

¹⁹ COHN, Amélia et alli (1985). *Acidentes do Trabalho - uma forma de violência*. São Paulo: CEDEC/Brasiliense, p. 57.

A opção dessas mulheres pela maternidade é questionada até mesmo por profissionais de saúde. Relaciona-se à dificuldade para cuidar da criança em razão da incapacidade física, com o problema financeiro, com as limitações dos planos para o futuro, etc. Nada que justifique a falta de segurança do bebê e a impossibilidade de ter uma gestação normal.

Não é aceitável socialmente que uma acidentada mutilada tenha um filho. Esse preconceito foi vivido por Odete que teve uma das mãos amputada. Logo após o acidente descobriu que estava grávida. Os médicos tentaram convencê-la a fazer aborto e diziam que não tinha as mínimas condições físicas para cuidar de alguém. Apesar de abandonada pelo noivo, e da oposição da família, a trabalhadora teve o filho, que considera ser o principal incentivo a sua reabilitação. A vontade de recuperar-se o mais rápido possível, poder voltar a trabalhar, tinha relação com o desejo de participar da educação e dos cuidados com a criança.

A própria empresa criticou a decisão da acidentada e pouco colaborou durante sua gestação. Somente a assistente social, por iniciativa própria, decidiu auxiliar na compra de parte do enxoval e realizou visitas semanais à acidentada, levando remédios e mantimentos. Atualmente, Odete conta com o apoio e a aceitação da família residente no Ceará. Divide um comôdo situado nos fundos e conta com a ajuda de uma irmã. Segundo Odete, a única diferença em relação às outras mães é de que necessita muito mais do auxílio de outras pessoas, é mais dependente para cuidar do filho.

As reações ante as provocações e comentários sobre a mutilação são diferentes entre o homem e a mulher. Pôde-se perceber nesta pesquisa que os acidentados eram incentivados no sentido de reagir demonstrando indignação às observações, dizendo: “olha, eu perdi a mão trabalhando. Eu não estava

fazendo algazarra na rua. Eu sou trabalhador.... Eu não sou vagabundo”. Havia cumplicidade e apoio entre os iguais, os colegas que já haviam sofrido acidente não se recusam a ensinar a se sair de situações delicadas e constrangedoras. Pedro, um acidentado que perdeu 3 dedos da mão esquerda, aprendeu muito com os companheiros do Sindicato. Eles não cansavam de dizer: “Voce não deve esconder a mão! Não sinta vergonha! Voce perdeu a mão trabalhando! A culpa não é sua não. É do seu patrão!”.

Em relação às acidentadas mutiladas, porém, espera-se que permanecessem escondidas. Deveriam sentir-se envergonhadas e culpadas pelo o que lhes acontece. Não deveriam sentir-se dignas de ser admiradas e cortejadas. Qualquer aproximação deveria ser vista como ameaça. Dessa maneira, as mulheres não compreendiam como alguém pudesse se interessar afetiva e sexualmente por elas. Regina diz o seguinte quando um homem tenta se aproximar: “Eu olho para o lado. Acho sempre que ele está olhando para outra pessoa, menos eu. Costumo desconversar quando chegam perto de mim. Não me abro. Não digo nada!”. Havia o retraimento, isto é, o indivíduo estigmatizado respondia antecipadamente de forma defensiva, que era a que prevalecia nas interações sociais mistas²⁰.

No campo amoroso, os acidentados, em particular os mais jovens também explicitam o medo da rejeição e não só as acidentadas. Costumavam ficar isolados e evitavam aproximar-se das parceiras. O assunto: namoradas, casamento, filhos era evitado. Preferiam calar-se quando a questão era construir uma família. Não se sentiam capacitados para sustentar esposa e filhos. Wagner, rapaz de 19 anos, que adora bailes e rock pesado disse o seguinte: “Quem vai me querer desse jeito. É só olhar que não tenho uma perna que as moças saem

²⁰ GOFFMAN, Erving (1978). *Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., p.26.

correndo. Não tenho condições de sustentar uma família. Agora, penso em fazer outras coisas”.

Por outro lado, apesar do retraimento e do medo, as acidentadas revelaram indiretamente o desejo de encontrar alguém ao comentar sobre os deficientes físicos famosos casados, que namoram e têm vida social normal. Odete disse o seguinte:

“Viu só , apareceu na televisão uma modelo que sofreu acidente de carro e anda de cadeira de rodas. Ela desfila de cadeira e tudo. ..Já posou prá Revista Playboy...Tem namorado bonitão... Se ela conseguiu quem sabe eu também encontro alguém que me aceite assim”.

Entre os trabalhadores casados, que viviam maritalmente antes do acidente de trabalho, nenhum havia se separado até o momento da entrevista, não obstante as dificuldades financeiras, afetivas e os conflitos existentes. Entre as acidentadas o quadro era diferente. Das 4 acidentadas entrevistadas, 3 foram abandonadas pelos namorados e noivo. Rosa desmanchou o noivado, pois o noivo não aceitava se casar com uma “mulher aleijada”. Odete, perdeu a mão em uma prensa, tem um filho de 1 ano e meio e é mãe solteira disse o seguinte:

“Depois que sofri o acidente, o pai do meu menino me abandonou, a gente só namorava, mas ele tava sempre junto de mim. Disse que não queria uma mulher defeituosa, “aleijada”. Hoje ele se casou com uma moça bem novinha, bonita e tem um filho com ela”.

Acredita-se que o acidente do trabalho em si não seja a causa das separações entre os casais. Nesse caso, o evento funciona como um detonador de uma crise existente anteriormente que podemos relacionar com o machismo

e a relação de dominação do homem sobre a mulher. Apesar do período após o acidente ser crítico, a hipótese de que as dificuldades acarretadas pelo acidente de trabalho levam a uma desintegração familiar se verifica em raríssimos casos (2) em nosso estudo. A instabilidade das famílias dos acidentados em termos financeiros é acompanhada até pela estabilidade familiar, em alguns casos. O momento crítico pode ser visto como uma oportunidade de consolidação dos laços familiares.

5.4 OS FILHOS DOS ACIDENTADOS DO TRABALHO

Um aspecto importante da reabilitação dos acidentados é o papel dos filhos e dos dependentes. O acidente repercute nas atividades do dia-a-dia. No contexto da crise financeira, as crianças necessitavam participar da estratégia de sobrevivência da família. Neste estudo, encontrou-se jovens de 8 a 18 anos que desenvolviam uma atividade profissional ou realizam “bicos” para auxiliar nas despesas da casa durante o período de afastamento do trabalho. A própria idade e a falta de experiência dificultavam para que conseguissem um emprego registrado. Nos casos dos rapazes, a maioria e a necessidade de cumprir o serviço militar impediam-nos de conseguir emprego de maior remuneração, assim passavam a exercer atividades instáveis.

Os acidentados e os conjuges reclamavam que o trabalho comprometia o rendimento escolar dos jovens. Entre os filhos, 75,4% freqüentavam cursos de primeiro e segundo graus. Nesta pesquisa, 15,2% tiveram de ajudar financeiramente em casa. Os resultados verificados as notas escolares abaixo da média e, em alguns casos, a reprovação do aluno. Entre os filhos que trabalham, 40% eram reprovados. Após o retorno do acidentado ao trabalho notou-se que a situação tendia a se equilibrar, e que apenas a metade continua trabalhando. Ressalta-se que o trabalho precoce dos filhos poderia significar

a impossibilidade de realização de projeto que valoriza o estudo como caminho para uma vida futura melhor.

Os acidentados sentiam-se responsáveis pela situação e culpavam-se por prejudicar a vida dos filhos. A preocupação interferia no processo de reabilitação na medida em que desejam voltar ao trabalho, mesmo antes de estarem plenamente recuperados. A insatisfação de João pelo fato de o filho mais velho ter de trabalhar está presente no seguinte depoimento:

“O meu filho mais velho de 16 anos está trabalhando num bar durante o dia e estuda à noite. Ele está ajudando com dinheiro em casa. As outras crianças ainda são pequenas e só estudam. Ao todo são 5 filhos. O mais velho vai bem na escola, é estudioso. Dá pena de perceber que ele chega em casa cansado do trabalho e tem que ir prá escola. Não sei até quando vai aguentar”.

Os conflitos nas relações sociais não se restringem aos acidentados, mas também atingem as pessoas com as quais possuem algum vínculo de parentesco ou convivem. Os filhos, as esposas, os maridos, os irmãos etc., também acabavam sendo alvo de observações nem sempre positivas. A sociedade mais ampla considera o trabalhador mutilado e seus parentes como uma só pessoa.

Sendo assim, nota-se que algumas crianças são vítimas da discriminação por parte dos colegas da escola que denominam seus pais de “aleijado”, “mãozinha”, “perninha”, “manquinho”, etc. Os filhos dos acidentados sofrem com o preconceito existente na interação social e recusam-se a freqüentar os ambientes nos quais possam vir a ser motivo de deboche, comentários maldosos e gozações. O depoimento de Maria, esposa de Severino, revela as conseqüências do acidente do trabalho sobre os filhos :

“O meu filho mais velho teve de trabalhar como empregado doméstico em casa de família. Ele lavava a louça, limpava a casa e trazia o dinheiro prá casa. Ele só tem 11 anos... O acidente deixou as crianças perturbadas. Elas perderam o ano na escola. Não queriam mais estudar, pois os meninos chamavam o pai deles de “aleijado”. As crianças andam revoltadas. Quando a gente sai na rua eles ficam com medo dos moleques xingarem...”.

Algumas crianças também se utilizam do mecanismo de manipulação da tensão de isolamento e retraimento. Permanecem em casa juntamente com o acidentado em virtude de se envergonharem dos comentários a respeito de seus pais ou mães. Passavam a se comportar como se fossem filhos de leprosos ou criminosos. Além disso, também são alvo de compaixão. Na escola mediante a dificuldade financeira da família ganham material escolar da direção, uniforme e sobras da merenda que são levadas para casa. A dificuldade em aceitar a diferença faz com que sejam mais ainda discriminadas pelos colegas. Considera-se que toda forma de ajuda é válida, é preciso ter cuidado, no entanto para que a privacidade da criança e de sua família não seja invadida. Uma vez que o acidentado retorna ao trabalho, passa a não mais se isolar, as crianças também mudam seu comportamento passando a aceitar qualquer observação acerca do acidentado com naturalidade.

Além das dificuldades inerentes à interação social no espaço da rua e da escola, os filhos menores principalmente podem vir apresentar rejeição em relação aos acidentados. Algumas esposas comentaram que as crianças, no início, tinham medo do pai pelo fato de ter um membro do corpo amputado. A imagem paterna transformava-se em personagens monstruosos e fantasmagóricos e ganhavam um significado negativo. O fator tempo juntamente

com o apoio dos familiares colaboravam para que o temor diminuísse ou desaparecesse.

Os filhos maiores também desempenhavam papel importante nos cuidados com a saúde dos acidentados, durante o período de afastamento do trabalho. Enquanto um dos pais trabalhava, os filhos que permaneciam em casa realizavam os afazeres domésticos, e ainda auxiliavam os acidentados na execução das atividades diárias, como vestir a roupa, calçar o sapato, pentear o cabelo, carregar objetos pesados e até mesmo para andar de ônibus pela cidade, por causa da segurança”. Os acidentados reclamavam da dificuldade de se utilizarem os transportes públicos, visto serem inadequados aos portadores de deficiência física. Depoimento de Maria, esposa de Cícero:

“Eles (os filhos) que levavam Cícero até o CRP de ônibus... Ele não sabe ler direito. Tem medo de cair no ônibus. Não consegue segurar direito e carregar nada... Ele gostava de ir ao CRP, as crianças acompanhavam o pai prá tudo quanto é lado. Ajudavam a cuidar do pai em casa enquanto eu trabalhava..”.

O período após o acidente de trabalho é crítico para o trabalhador e sua família. Ressalta-se a repercussão do acidente nas crianças e nos jovens na medida em que possuem menos maturidade emocional para suportar as mudanças e os conflitos relacionados à situação. Considera-se importante, no entanto, que ofereça-se orientação psicológica também aos filhos dos acidentados mutilados. A escola tem papel fundamental nesse caso, não só com relação ao apoio pedagógico mas principalmente ao apoio afetivo e psicológico. Além disso, o INSS deve acrescentar no auxílio doença um valor que possa atender os filhos dos segurados, até determinada idade, para que os mesmos não tenham que trabalhar.

Observa-se, assim, que na ausência das instituições formais que atendam o acidentado do trabalho e sua família, torna-se fundamental a solidariedade dos parentes, amigos, entidades filantrópicas e principalmente da empresa que tem condições de auxiliar tratamento médico, cirúrgico, compra de medicamentos e próteses com uma quantia maior em dinheiro.

A família, além de ajudar financeiramente, é imprescindível nos cuidados com a saúde do acidentado. Sendo a recuperação da saúde realizada no espaço doméstico e não no hospitalar, a atenção solicitada pelo trabalhador é intensa.

O aspecto econômico é atingido quando o acidentado não pode exercer sua profissão. A participação financeira da esposa propicia que a reabilitação ocorra com maior tranqüilidade. Como já se mencionou anteriormente, a inserção das mulheres e filhos no mercado de trabalho sofre o peso das estruturas e relações familiares.

Pode-se levantar 2 tipos ideais de família: a) a família agregada, na qual existe a integração entre seus membros, a atitude de ajuda mútua, de cuidado com o outro na qual prevalecem os valores morais, sociais e afetivos e b) a família desagradada, na qual prevalece a falta de integração e solidariedade entre os membros, os conflitos não são solucionados, a tensão é constante e o acidentado não conta com apoio afetivo e financeiro.

Neste estudo apenas dois acidentados enquadravam-se no tipo b) de família. Nesses casos e quando os trabalhadores residiam distante da família, a empresa, além de auxiliar financeiramente, encarregava-se de cuidar da saúde do acidentado e/ou oferecer o apoio afetivo e moral e dar orientação.

Ao lado da família, observou-se a importância da igreja no processo de reabilitação dos acidentados, em relação ao apoio moral, aos filhos, a ajuda financeira e nos cuidados com saúde.

Um aspecto importante observado neste estudo foi o fato de a crise decorrente do acidente também poder significar um momento de reformulação dos projetos de vida, da carreira profissional e de fortalecimento dos laços familiares.

6

CONCLUSÃO

Em contraposição à visão médica, que considera os tipos de lesão como fatores básicos que impedem o processo de reabilitação; à visão psicológica, que delega ao indivíduo a responsabilidade pelo sucesso da readaptação; à visão economicista, que se preocupa com os ganhos financeiros das seguradoras com o retorno do acidentado ao trabalho; e à visão sociológica tradicional, que se interessa apenas pelos aspectos ideológicos do problema, trabalhou-se neste estudo com a hipótese de que os relacionamentos sociais a nível da empresa e da família são fundamentais para o processo de reabilitação do acidentado do trabalho.

O estudo demonstra analiticamente que os processos de sociabilidade empreendidos pelos atores sociais nas empresas possuem associação mais significativa com a reabilitação do que os que ocorrem nas demais instituições. Por esse motivo, considerou-se o espaço do trabalho como referência central no processo de reabilitação profissional do acidentado do trabalho .

Nas empresas onde há um sistema organizado de articulação da sociabilidade, orientado para a produção racional, o acidentado recebe um acompanhamento constante do empregador ou dos demais atores fabris, quer em forma de auxílios financeiros e materiais, favorecendo a sobrevivência da família, quer em forma de apoio moral e emocional, e a reabilitação é bem-sucedida. Além disso, no momento de retorno ao trabalho, é importante o papel exercido pelo encarregado imediato no desenvolvimento programado das atividades do dia-a-dia, visando à integração socioprofissional. Assim, quando existe um relativo controle do trabalhador na sua readaptação funcional e na dosagem da sua carga de trabalho, no que se refere à abstinência e produtividade, o processo de reabilitação apresenta resultados positivos.

Ao contrário, quando prevalece nas empresas um sistema de relação social que privilegia a estratégia do conflito, o trabalhador em fase de reabilitação é visto como força de trabalho a ser excluída, é discriminado pela sua condição e a readaptação não é colocada como meta. Portanto, ao acidentado, neste sistema, resta permanecer praticamente sem fazer nada, trabalhando em funções inadequadas enquanto durar o período de estabilidade legal para a sua capacidade física, ou, então, ir embora da empresa.

Ademais, a análise compreensiva demonstra que a avaliação moral do acidentado, ou seja, se o comportamento do trabalhador é adequado ou não às normas da empresa, interfere na forma de participação da empresa no processo de reabilitação. Quando esta avaliação é positiva o investimento da empresa no retorno ao trabalho é maior em relação ao apoio financeiro, moral e afetivo.

No que se refere à readaptação funcional, o tamanho da empresa é uma variável a ser considerada, havendo maior probabilidade de readaptação funcional nas grandes empresas, pela variedade de funções. No entanto, mais do que a dimensão da empresa, o gerenciamento do sistema de relações sociais pelos acidentados é decisivo no processo de reabilitação.

Outro aspecto importante que interfere na readaptação funcional é o nível de escolaridade, além da qualificação profissional dos acidentados. Por conseguinte, nas empresas onde há um incentivo à formação profissional, por meio de treinamento contínuo e realização de cursos, a probabilidade de os trabalhadores serem recolocados em alguma função é bem maior, notadamente na área administrativa, que não exige força física, mas apenas trabalho de supervisão.

A participação efetiva dos sindicatos de categorias profissionais, por intermédio das convenções coletivas e da organização dos trabalhadores nos locais de trabalho, colabora para a reintegração profissional e a permanência do acidentado na empresa.

Segundo a avaliação qualitativa realizada, algumas modalidades de relação social na família e na comunidade de vizinhança também são importantes para a reabilitação profissional. A ajuda financeira e afetiva da esposa, dos filhos, dos parentes, dos amigos, das entidades filantrópicas e da igreja colaboram para que os acidentados tenham uma recuperação adequada e possam retomar e desenvolver a sua carreira profissional. A mudança de *status* do trabalhador, provocada pelo acidente do trabalho, repercute nas relações sociais familiares, principalmente com a esposa e os filhos. Os conflitos tornam-se constantes, interferindo no processo de reabilitação e no moral do trabalhador.

As instituições de reabilitação são fundamentais para o processo de readaptação profissional e social do acidentado. Dessa maneira, acredita-se que as instituições devam atuar o mais próximo possível das empresas. A readaptação funcional no espaço de trabalho e a readaptação social na família necessitam da orientação e do acompanhamento constantes de agentes sociais especializados. Deve-se ainda ressaltar que a ação dos técnicos colabora na (re)construção das identidades do acidentado, o que, com certeza, favorece sua reabilitação.

Considera-se necessário realizar mudanças no sistema de reabilitação profissional, como também no sistema de indenização. A legislação deve proteger o trabalhador, porém convém refletir sobre em que condições o acidentado permanece na empresa quando reivindica os seus direitos de

indenização. Outrossim, deve-se pensar em uma saída para o problema de falta de funções em algumas empresas. Dessa maneira, pode-se considerar importante a criação de um banco de dados com vagas formalmente possíveis para trabalhadores reabilitados. Assim, o trabalhador poderá ser reintegrado em outra empresa com que não tenha vínculo empregatício. Essa medida favorecerá, também, acidentados que estejam desempregados.

Pode-se afirmar que existem quatro esferas em que se processa a reabilitação: 1) esfera do acidentado do trabalho; 2) esfera dos locais de trabalho; 3) esfera da família, dos CRP e dos Núcleos/INSS, da igreja, das entidades filantrópicas, da saúde, dos sindicatos e da legislação (lei da estabilidade no trabalho e da readaptação profissional de deficientes físicos, etc.), na qual se privilegiam as relações de interesses baseadas em informações racionalmente orientadas; e 4) esfera da cultura e, portanto, dos valores, dos interesses e das informações.

As instituições jurídicas, empresariais, familiares, sindicais, filantrópicas, religiosas e de saúde podem difundir informações sobre o significado e a importância da reabilitação dos acidentados do trabalho. Essas informações acabarão forçando a reavaliação dos interesses de alguns empregadores, provocando a transformação de valores que repercutam no sistema de trabalho e no próprio sistema de valores do acidentado. Dessa maneira, é importante a existência de um sistema de informação e de educação nas diferentes instituições. As mudanças de atitudes e valores que ocorrem na sociedade podem ser resultantes de múltiplos acontecimentos, entre os quais se incluem vários casos de reabilitação bem-sucedidos, de reabilitação de portadores de deficiência e de acidentados do trabalho. As histórias de vida de pessoas famosas mutiladas servem de referência para os grupos sociais. Sabe-se que alguns empregadores desconhecem informações sobre os processos de

reabilitação, e resultados positivos, funcionando como exemplos, favorecem a mudança de imagem dos deficientes.

Segundo DWYER¹, com as mudanças sociais, a construção da identidade ocorre sobre novas bases. Assim, os acidentados, em vez de possuírem uma identidade deteriorada, estigmatizada, podem ter uma imagem de sucessos progressivos. Ressalte-se que, apesar da importância da legislação, a proteção legal excessiva pode levar o trabalhador a ser ainda mais discriminado. Ele pode ser considerado um aproveitador ou um privilegiado. Observa-se que a questão não possui apenas caráter jurídico, mas social. Outro ponto relevante, nos relacionamentos sociais, é a aceitação da diferença. Além disso, ressalte-se que as transformações são também observadas com base na definição dos papéis dos empregadores, encarregados, colegas de trabalho, membros da família e amigos, a qual se reflete nas suas ações.

Da mesma maneira, GERHARDT² demonstra teórica e empiricamente, contrariando GOFFMAN³, que a doença crônica não consiste necessariamente em desvio e não deve ser compreendida apenas pela experiência da discriminação e do estigma, tanto no trabalho como em outros espaços. Os portadores de deficiências podem levar uma vida familiar e profissional, em alguns aspectos, próxima ao padrão normal. Desse modo, a dicotomia entre o desvio e a normalidade deixa de ser válida. O próprio progresso da medicina moderna contribui para a qualidade de vida dos doentes. Na pesquisa que se acabou de apresentar, pôde-se perceber que alguns acidentados levam uma vida normal, mesmo que existam conflitos no processo de ajustamento, e que suas ações são menos orientadas pela discriminação ou pelo sentimento de

¹ DWYER, Tom (1991). *Life and death at work: industrial accidents as a case of socially produced error*, *op. cit.*, p. 305.

² GERHARDT, Uta (1990). Patient carriers in end-stage renal failure. *Soc. Sci. Med.*, vol. 30, n 11, p. 1221.

³ GOFFMAN, Erving (1978) *Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Ed..

perda do que muitos possam imaginar. Conforme essa perspectiva, a vivência com a mutilação pode não estar separada da normalidade e a sua convivência pode ser administrada na esfera das relações sociais que fazem parte da vida em sociedade.

Assim, as análises macroestruturais com enfoque socioeconômico nem sempre levam em consideração as múltiplas experiências daqueles que são acidentados e mutilados.

O progressivo processo de racionalização e a modernização crescente não deixam de trazer benefícios à sociedade. Entretanto percebeu-se que nem sempre o desenvolvimento caminha junto com a preservação da dignidade humana. A crise existente nada mais é que a falta de integração social do homem. Cabe, portanto, à Sociologia também buscar caminhos para uma vida possível, e à Política, chamar os que prejudicaram os trabalhadores a aceitarem as suas responsabilidades no processo de reabilitação profissional.

7

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Lauro Barros de. Pronto atendimento de acidentados de mão: considerações gerais, normas de atendimento. IMESP, São Paulo, 1993, 109p.
- AMARAL, Lígia Assumpção. Pensar a diferença/ deficiência. Brasília, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, 1994.
- _____. Integração social e suas barreiras: representações culturais do corpo mutilado. Rev. Ter. Ocup., USP, 2(4): 188-195, 1991.
- ARIÈS, Philippe. Les attitudes devant les "handicapés". IN: MANDROW, Robert. Histoire sociale, sensibilités collectives et mentalités. Presses Universitaires de France, 1985.
- _____. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1978, 279 p.
- BATISTA, Maria do Carmo. O acidentado do trabalho por queimaduras na região de Ribeirão Preto - S.P. : questão do atendimento institucional e das condições de retorno ao trabalho. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Serviço Social, 1992, 118p., Dissertação de Mestrado em Serviço Social.
- BARROS, Denise Dias - Habilitar. Reabilitar...O rei está nu? Rev. Ter. Ocup., São Paulo, v.2, n. 2/3, p. 100-104, 1991.
- BERGER, Peter L. & LUCKMANN, Thomas. A construção social da realidade. Tratado de Sociologia do Conhecimento. Petrópolis: Ed. Vozes, 1974, 247p.
- BITTAR, Olímpio J. N. V. Retorno ao trabalho após revascularização do miocárdio. Rev. Saúde Pública, 27(3): 195-203, 1993.
- BOLTANSKI, Luc. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984, 191p.(Biblioteca de Saúde e Sociedade: v. número 5).
- BRUSCHINI, Cristina & RIDENTE, Sandra. Família, Casa e Trabalho. Cad. Pesq. São Paulo, n.88, fev. 1994, p.30-36.

- CAMPOS, José Luiz Dias & CAMPOS, Adelina Bitelli Dias. Acidentes do Trabalho: prevenção e reparação. São Paulo: Ltr, 1991.
- COHN, Amélia *et alli*. Acidentes do Trabalho - uma forma de violência. São Paulo: CEDEC/ Brasiliense, 1985.
- CONRAD, Peter. Qualitative research on chronic illness: A commentary on method and conceptual development. Soc. Sci. Med., vol.30, n.11, 1990, pp. 1257-1263.
- CORNES, Paul. The Vocational Rehabilitation Index: a guide to accident victims' requirements for return-to-work assistance. Int. Disabil. Studies, vol.12, 1990, pp.32-36.
- COSTA, Marcia Regina da. As vítimas do capital: os acidentados do trabalho. Rio de Janeiro: Achiamé, 1981.
- COUTINHO, Cláudia Fagundes. A proteção trabalhista ao portador de deficiência física. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Direito, 1992, 210p. Dissertação de Mestrado em Direito.
- DAVEY, Christine; CORNES, Paul and AITKEN, Cairns. Evaluating a rehabilitation co-ordinator service for personal injury claimants. International Journal of Rehabilitation Research, 16, 1993, pp.49-53.
- DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez - Oboré, 1987.
- DODIER, Nicolas. Corps fragiles - La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail. R. Franç. Sociol., XXVII, 1986, pp.603-628.
- _____. Social uses of illness at workplace: sick leave and moral evaluation. Soc. Sci. Med., Vol. 20, n. 2, 1985, pp. 123-128.
- _____. La maladie et le lieu de travail. R. Franç. Sociol., XXIV, 1983, pp.255-270.
- DWYER, Tom. Uma concepção sociológica dos acidentes do trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, Fundacentro/MTb, N. 81, Vol. 22, jan./ fev./ março, 1994, p. 15-19.

- _____. Life and death at work: industrial accidents as a case of socially produced error. New York: Plenum, 1991.
- _____. Acidentes do trabalho. Em busca de uma nova abordagem. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, 29(2) 19-31, abril/junho, 1989.
- FERREIRA, Iráydes Moésia. Reabilitação profissional e serviço social. São Paulo: Cortez, 1985, 96p.
- FERREIRA, Leda Leal et alli. Análise coletiva do trabalho entre funcionários de um centro de reabilitação profissional da Previdência Social, em São Paulo. São Paulo, FUNDACENTRO/ MTb, Coodenadoria de Ergonomia, junho, 1995, relatório datilografado, 18p.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira S.A., 1985.
- FRANCHI, Liette (coord.). A reabilitação profissional como processo multidisciplinar. Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais (ISOP) e Fundação Getúlio Vargas - Instituto de Documentação. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1982, 93p.
- GARCÍA, Juan César. Medicina e Sociedade: As correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, Everardo Duarte (org.) - Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Ed., 1983.
- GARCIA, Maria Enilce Teixeira. As vítimas da produção e dos serviços - um estudo do mundo metalúrgico. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Serviço Social, 1989, 196p. Dissertação de Mestrado em Serviço Social.
- GERHARDT, Uta. Qualitative research on chronic illness: The issue and the story. *Soc. Sci. Med.* 30, Number 11, pp. 1149-1159, 1990.
- _____. Patient carrers in end-stage renal failure. *Soc. Sci. Med.*, vol. 30, n.11, pp. 1211 - 1224, 1990.
- _____. & KIRCHGÄSSLER, Klaus. Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences Sociales et Santé*, vol. V, n.1, février, 1987.
- _____. Coping and social action: theoretical reconstruction of the life-event approach. *Sociology of Health and Illness*, vol.1, n.2, 1979.

GOFFMAN, Erving. Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1978.

_____. A representação do eu na vida cotidiana. Petrópolis: Vozes, 1985, 236p.

_____. The interaction order. American Sociological Review, 1983, vol. 48 (February: 1-17).

GOLDENSON, R. M. Disability and rehabilitation handbook. McGraw-Hill, 1978, New York.

GREENWOOD, Reed *et alli*. Employer concerns regarding workers with disabilities and the business - rehabilitation partnership: the PWI practitioners' perspective. Journal of Rehabilitation, jan./febr./march, 1991, pp.21-25.

_____. Employer perspective on employeer rehabilitation partnerships. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 19(1), pp. 3-7.

HABERMAS, Jürgen. Mudança estrutural da esfera pública - Investigação quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984, 397p.

HERTZ, Robert. A preeminência da mão direita : Um estudo sobre a polaridade religiosa. Religião e Sociedade, número 6, pp. 99-128, novembro de 1980.

HIRANO, Sedi *et alli*. A cidadania do trabalhador acidentado: (re)conhecimento do direito aos direitos sociais. Tempo Social; Revista Sociol. USP, São Paulo 2(1): 127-150, 1990.

HIRATA, Helena & HUMPHREY, John. Estruturas familiares e sistema produtivo: famílias operárias na crise. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, São Paulo 4(1-2): 111-131, 1992.

KARSCH, Ursula M. Simon. O Serviço Social na era dos serviços. São Paulo: Cortez Ed., 1989 ,183p.

LOBO, Elizabeth Souza. Trabalhadoras e trabalhadores: o dia-a-dia das representações.(mimeo.), 1989.

_____. Experiências de mulheres, destinos de gênero. Tempo Social, Rev. Sociol., USP, 1(1), São Paulo, 1989.

MARSHALL, T.H. Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1967, Biblioteca de Ciências Sociais.

MARTINEZ, W. N. Lei Básica da Previdência Social, Lei nº 8.212 de 24.07.91, Lei nº 8213 de 24.07.91, Dec. nº 89.312/84 (CLPS). São Paulo: Ltr, 1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza & SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? Cad. Saúde Públ., Rio de janeiro, 9(3): 239-262, jul/set, 1993.

_____. O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, janeiro, 1992.

MONTALI, Lilia. Família e trabalho na conjuntura recessiva. São Paulo em Perspectiva, 5(1): 72-84, janeiro/março, 1991.

MURPHY, Robert F. *et alli*. Physical disability and social liminality: a study in the rituals of adversity. Soc. Sci. Med., vol. 26, Número 2, pp. 235-242, 1988.

NUNES, Everardo Duarte (org.). Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Ed., 1983.

OLIVER, Fátima Corrêa. O problema da incapacidade e da deficiência. Rev. Ter. Ocup., Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 2, n. 2/3, pp.66-77, 1991.

_____. A atuação à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde, no município de São Paulo: uma questão de cidadania. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1990, 143p., Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

OMS. Prevenção da incapacidade e reabilitação dos deficientes. Relatório da comissão da Organização Mundial da Saúde de peritos da prevenção da incapacidade e da reabilitação dos deficientes. Série de relatórios técnicos 668. Genebra, 1986.

PARSONS, Talcott. The sick role and the role of the physician reconsidered. The Milbank Memorial Fund. Quarterly, vol 53, number 3, Summer, p. 257-278, 1975.

_____. O sistema das sociedades modernas. São Paulo: Pioneira Ed., 1974, 189p.

_____. Sociedades - Perspectivas Evolutivas e Comparativas. São Paulo: Pioneira Ed., 1969, p.191.

_____. El sistema social. Editorial Revista de Occidente S.A., Madrid (Espanã), 1966 (Tradução para o espanhol da versão original da obra The Social System, Ed. Free Press, New York, 1951).

_____. & FOX, Renée. Illness, therapy and the modern urban american family. The Journal of Social Issues, vol. VIII, number 4, p. 31-44, 1952.

_____. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. American Journal of Orthopsychiatry - A Journal of Human Behavior, vol. XXI, number 3, p. 452-461, july, 1951.

PAULA, ANA RITA DE. Corpo e deficiência: espaço do desejo: reflexões sob(re) a perspectiva feminina. São Paulo, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Dissertação de Mestrado, 1993, 181p.

PINTO, Vitor Gomes. Acidentes de Trabalho no Brasil sob o ponto de vista da Segurança e da Saúde. Documento final de consultoria à Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, Ministério do Trabalho, SSST/MTb, Projeto PNUD BRA-91/013, Brasília, dezembro, 1994. Dactilografado, 35p.

RODRIGUES, Arackcy Martins. Operário, operária: estudo exploratório sobre o operariado industrial da Grande São Paulo. São Paulo: Símbolo, 1978, 144p.

RODRIGUES, Marina Soares. O acidente de trabalho: um enfoque psicológico. São Paulo, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, 1984, 80p. Dissertação de Mestrado em Psicologia.

ROCHA, Eucenir Fredini. Corpo deficiente: um desvio da norma? Rev. Ter.

Ocup., Universidade de São Paulo, 2(4): 182-187, 1991.

SALEM, Tania. Entrevistando famílias : Notas sobre o trabalho de campo. IN: NUNES, Edson de Oliveira (org.). A Aventura Sociológica - Objetividade, Paixão, Improviso e Método na Pesquisa Social. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1978, pp. 47-64.

SCHMIDT, Regina Célia. Trabalhador ou peça descartável da engrenagem? Estudo monográfico sobre o acidente no trabalho em São Bernardo do Campo. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Serviço Social, 1986. Dissertação de Mestrado em Serviço Social.

SCHNEIDER, Joseph W. & CONRAD, Peter. Medical and sociological typologies: the case of epilepsy. Soc. Sci. Med., Vol. 15A, pp. 211-219, 1981.

SCHUTZ, Alfred. Fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1979.

_____. The phenomenology of the social world. Evanston, Northwestern University Press (Cap. 5 - Some basic problems of interpretative sociology), 1967, pp. 215-250.

SOARES, Léa Beatriz Teixeira. Terapia ocupacional - Lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: HUCITEC Ed., 1991, 217p.

STRUFFALDI, Maria Cristina Blanco. Reabilitação profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados. São Paulo, S.P., 1994. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1994, 98p. Tese de Doutorado em Saúde Pública.

_____. Conhecimento, opinião e conduta de médicos-peritos acidentados face à programação do Centro de Reabilitação Profissional do INPS, do município de São Paulo. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1987, 116p. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

SUIKKANEN, Asko. Labour market conditions and the rehabilitation process. International Journal of Rehabilitation Research, 16, pp. 33-38, 1990.

- TELLES, Joel Leon & POLLACK, Mark Harris. Feeling sick: The experience and legitimation of illness. Soc. Sci. Med., vol. 15A, pp. 243-251, 1981.
- TROYANO, Annez Andraus *et alli*. Pesquisa de condições de vida na região metropolitana de São Paulo. São Paulo em Perspectiva, 5(2): 96-102, abril/junho, 1991.
- VASH, Carolyn L. Enfrentando a deficiência - A manifestação, a psicologia e a reabilitação. São Paulo: Pioneira Ed. e EDUSP, 1981, 277p.
- VIEIRA, Walber Pinto. Fisiatria na patologia osteoligamentar inflamatória degenerativa. INPS e MPAS - I Semana Nacional de Reabilitação Profissional, de 8 a 13/08/77, pp. 45-50.
- WEBER, Max. Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília/DF: Ed. Univers. de Brasília, 1991 (Capítulo I - Conceitos Sociológicos Fundamentais, pp. 3-35).
- _____. A ética protestante e o espírito do capitalismo. São Paulo: Ed. Pioneira, 1985.
- _____. A "objetividade" do conhecimento nas ciências sociais. IN: COHN, Gabriel (org. da coletânea) - Max Weber: Sociologia. São Paulo: Ática, 1979 (Grandes Cientistas Sociais, número 13).
- _____. Ensaio de sociologia. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1974.
- WEFFORT, Francisco Corrêa. A cidadania dos trabalhadores. IN: LAMOUNIER, Bolivar *et alli* (org.) - Direito, Cidadania e Participação. São Paulo: T. A. Queiroz, 1981, pp. 139-150.

8

ANEXOS

8.1 Anexo 1

Neste anexo são apresentados os principais dados sobre os acidentados do trabalho desta pesquisa. Apesar de se realizar estudo de caso qualitativo procurou-se quantificar algumas informações levantadas, para efeito de encontrar a adequação causal, mediante a qual se reafirma a adequação significativa.

O quadro contém os dados dos trinta e dois acidentados entrevistados. São apresentadas as respostas de quarenta e três questões.

Quadro 1: Informações Gerais dos Acidentados do Trabalho da Pesquisa

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	R	M	32	1 inc.	C	C	7	5 1/2	---	F	Q	Q	AMS	N	N	S
2	R	M	35	1 inc.	C	C	3	2 1/2	1 1/2	A	Q	Q	AMI	N	N	S
3	R	M	22	1 comp.	S	S	0	3	---	A	Q	Q	AMS	N	N	S
4	R	M	38	1 inc.	C	C	2	2	4	A	Q	Q	AMS	S	S	S
5	R	M	34	1 comp.	C	C	3	3	2	C	Q	NQ	AMS	N	N	S
6	R	M	28	2 comp.	C	C	2	2	---	C	Q	NQ	AMS	N	N	S
7	R	F	29	2 comp.	N	S	0	1 1/2	---	A	NQ	NQ	AMS	N	N	N
8	R	M	30	1 comp.	S	S	0	1 1/2	---	A	Q	NQ	AMS	N	N	S
9	R	M	38	1 inc.	C	C	3	6 1/2	---	C	Q	Q	EMS	N	S	S
10	R	M	21	2 inc.	S	S	0	4 1/2	---	P	Q	Q	AMI	N	N	S
11	R	M	26	1 inc.	N	N	0	2	---	E	SQ	NQ	AMI	S	S	S
12	R	M	41	1 comp.	Se	Se	1	6 1/2	---	P	Q	SQ	AMS	N	N	S
13	R	M	41	1 comp.	Se	Se	1	2	---	C	Q	SQ	AMS	S	S	S
14	R	M	38	1 inc.	C	C	6	1 1/2	---	F	Q	Q	EMS	N	N	S
15	R	M	44	1 inc.	C	C	5	5	1 1/2	P	Q	SC	AMS	N	N	N
16	R	M	38	1 inc.	C	C	5	2	2	C	Q	Q	AMI	N	N	S
17	R	M	45	1 inc.	C	C	4	2 1/2	---	C	Q	NQ	AMS	N	N	S
18	R	M	27	1 inc.	N	N	0	2	---	A	SQ	SQ	AMS	N	N	S
19	NR	F	28	1 inc.	N	S	0	1 1/2	---	A	SQ	NQ	EMS	N	N	N
20	NR	M	47	1 inc.	C	C	5	2	2	P	Q	NQ	AMS	N	N	N
21	NR	M	27	2 inc.	C	C	2	4	2	C	Q	SQ	EMS	N	N	N
22	NR	M	41	1 comp.	C	C	3	4	3	A	Q	NQ	FMS	N	N	N
23	NR	M	28	2 inc.	C	C	1	2 1/2	---	C	Q	NQ	AMS	N	N	N
24	NR	M	22	1 inc.	N	S	0	1 1/2	---	C	SQ	SQ	AMS	N	N	N
25	NR	M	30	2 inc.	S	S	0	1 1/2	---	P	Q	NQ	AMS	N	N	S
26	NR	M	33	1 inc.	C	C	2	2	---	F	Q	Q	EMS	N	N	N
27	NR	M	38	1 inc.	C	C	3	1	2	E	Q	NQ	AMS	N	N	N
28	NR	M	45	1 inc.	C	C	2	4	---	C	Q	SQ	AMI	N	N	N
29	NR	F	26	2 inc.	N	S	1	2 1/2	---	A	Q	NQ	AMS	N	N	N
30	NR	M	28	1 inc.	C	C	1	3	1	A	Q	NQ	AMS	N	N	N
31	NR	F	29	1 comp.	C	C	2	2 1/2	2	A	Q	NQ	AMS	N	N	N
32	NR	M	27	1 comp.	C	C	1	2 1/2	---	F	Q	SQ	AMS	N	N	S

Quadro 2: Informações Gerais dos Acidentados do Trabalho da Pesquisa

	1	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1	R	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S
2	R	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N
3	R	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	N	N	N
4	R	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N	S
5	R	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S
6	R	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	N	N	N
7	R	N	N	N	S	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S
8	R	N	N	S	S	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S
9	R	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	S	S	N	N	N
10	R	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N	N
11	R	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N	N
12	R	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N	N
13	R	N	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S
14	R	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	N	N	S	S	N	N	N
15	R	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	S	S	N	S	S
16	R	N	N	N	S	S	S	N	S	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	S
17	R	N	N	N	S	S	S	N	S	S	S	N	N	N	S	S	N	N	N	N
18	R	N	N	N	N	S	S	N	S	S	S	N	S	N	S	S	N	N	N	N
19	NR	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
20	NR	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N
21	NR	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
22	NR	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N
23	NR	N	N	S	N	N	S	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N
24	NR	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	N	S	N	N	S	N	N	S	S
25	NR	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N
26	NR	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N
27	NR	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	N	S
28	NR	N	N	N	N	N	N	S	N	N	S	N	S	S	N	N	S	N	N	N
29	NR	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	S	N	N	N	N	S	S
30	NR	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	S	S	N	N	S	N	S	N	S
31	NR	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S	S	S	N	N	S	N	S	S	S
32	NR	N	N	S	N	N	S	N	N	N	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N

1 inc. = Primeiro Grau Incompleto

1 comp. = Primeiro Grau Completo

2 inc. = Segundo Grau Incompleto

2 comp. = Segundo Grau Completo

5 - Estado Civil (no momento do acidente de trabalho)

C = Casado

S = Solteiro

N = Noivo ou Namorando

Se = Separado

6 - Estado Civil (no momento da entrevista)

C = Casado

S = Solteiro

N = Noivo ou Namorando

Se = Separado

7 - Número de Filhos

8 - Renda do acidentado do trabalho (em salário mínimo/ 1 SM = R\$ 120,00) no momento da entrevista.

9 - Renda do conjugê do acidentado do trabalho (em salário mínimo/ 1 SM = R\$ 120,00) no momento da entrevista.

10 - Moradia

A = Casa Alugada

C = Cedida

P = Própria

F = Favela

E = Empresa ou Alojamento da Construção

11 - Tipo de Função (no momento do acidente de trabalho)

Q = Qualificada

NQ = Não - qualificada

SQ = Semiquificada

SC = Supervisão e Controle

12 - Tipo de Função (no momento da entrevista)

Q = Qualificada

NQ = Não - qualificada

SQ = Semiquificada

SC = Supervisão e Controle

13 - Local da Seqüela Física

AMS = Amputação do Membro Superior

AMI = Amputação do Membro Inferior

FMS = Fratura do Membro Superior

EMS = Esmagamento do Membro Superior

14 - Acobertamento/ Encobrimento da Mutilação pelo Acidentado.

As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se à seguinte questão:

- Voce não escondeu (encobrir ou acobertar) a mutilação logo após o acidente de trabalho (tempo 1) ?

-
- 15 - Acobertamento/ Encobrimento da Mutilação pelo Acidentado.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se à seguinte questão:
- Voce não escondeu (encobrir ou acobertar) a mutilação quando retornou ao trabalho/empresa (tempo 2) ?
- 16 - Acobertamento/ Encobrimento da Mutilação pelo Acidentado.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- Voce não esconde (encobrir ou acobertar) a mutilação no momento (5 ou 7 meses após o retorno ao trabalho, tempo 3) ?
- 17 - Falar sobre o acidente de trabalho e a mutilação.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- Voce falava sobre o acidente de trabalho ou a mutilação espontaneamente logo após o acidente? (tempo 1)
- 18 - Falar sobre o acidente de trabalho e a mutilação.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- Voce falava sobre o acidente de trabalho ou a mutilação espontaneamente quando retornou ao trabalho? (tempo 2)
- 19 - Falar sobre o acidente de trabalho e a mutilação.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- Voce fala sobre o acidente de trabalho ou a mutilação espontaneamente (5 ou 7 meses após o retorno ao trabalho/ tempo 3) ?

Observação: Os itens 14 a 19 foram agrupados no nível do acidentado do trabalho ou nível do indivíduo-membro.

- 20 - Avaliação Moral do Acidentado do Trabalho realizada pelos representantes da empresa.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se à seguinte questão:
- A avaliação moral dos acidentados elaborada pelos representantes da empresa era positiva (S) ou negativa (N), antes do acidente de trabalho?
- 21 - Avaliação Moral do Acidentado do Trabalho realizada pelos representantes da empresa.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- A avaliação moral dos acidentados pelos representantes da empresa era positiva (S) ou negativa (N), após o acidente de trabalho?
- 22 - Interesse do acidentado em retornar ao trabalho.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- Você (acidentado do trabalho) tinha interesse em retornar à empresa depois de ter-se desligado do programa de reabilitação profissional?
- 23 - Interesse da empresa pelo retorno do acidentado do trabalho.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- Você (representante da empresa) tinha interesse de retorno do acidentado à empresa após ser desligado do programa de reabilitação profissional?

- 24 - Nível de comando : os trabalhadores unem-se para aumentar seu controle sobre o local de trabalho e recusam-se a trabalhar com equipamentos inseguros. Além disso, os trabalhadores manifestam um alto grau de solidariedade e existe um nível de organização entre os trabalhadores (DWYER; 1991, P. 110 - 114). O trabalhador tem controle sobre a carga de trabalho (produtividade e faltas).
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se à seguinte questão:
- O acidentado pode controlar a carga de trabalho, a produtividade, as faltas e se recusar a trabalhar com equipamentos inseguros?

Observação: Na análise dos dados, os itens 20 e 21 sobre a avaliação moral dos acidentados antes e depois do acidente, os itens 26 sobre a cooperação entre os trabalhadores e o item 27 sobre a organização sindical foram agrupados no nível de comando.

- 25 - Nível Organizacional : existe um consenso na fábrica que não há treinamento suficiente e há falta de qualificação dos trabalhadores para desempenharem a função (DWYER; 1991, p. 129 - 135).
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- O acidentado está treinado suficientemente, está apto para desempenhar a função?
- 26 - Cooperação
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- Existe cooperação entre o acidentado e os colegas de trabalho?

27 - Organização dos trabalhadores (sindicato)

As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:

- O acidentado do trabalho participa de alguma entidade sindical ou o sindicato da categoria está sempre presente na empresa?

28 e 29 - Nível de Recompensa : a empresa prestou auxílio financeiro e/ ou no cuidado com a saúde do acidentado do trabalho (levá-lo às sessões de fisioterapia e/ou para realizar curativos com o carro da empresa; comprar prótese; remédios, alimentos, realizar visitas semanais à família do trabalhador; ajudar o trabalhador no seu autocuidado, etc.).

As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:

- A empresa auxiliou financeiramente (item 28) e/ou no cuidado com a saúde do acidentado do trabalho (item 29)?

Observação: O Nível de Recompensa foi dividido em dois itens, 28 e 29, visto que pretendia-se demonstrar que a ajuda financeira das empresas (item 28) tinha um valor maior que o auxílio no cuidado com a saúde do acidentado do trabalho (item 29).

Na análise dos dados, os itens 28, 29, 22 (sobre o interesse dos acidentados em retornar ao trabalho), 23 (sobre o interesse da empresa pelo retorno do acidentado a empresa) foram agrupados no nível de recompensa, 30(sobre revolta do acidentado do trabalho contra a empresa/retaliação e 31(sobre o processo contra a empresa pedindo indenização?).

- 30 - Revolta do acidentado do trabalho contra a empresa/ retaliação
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- Você (acidentado do trabalho) nunca demonstrou algum comportamento de revolta contra a empresa?
- 31 - Processo contra a empresa pedindo indenização pelo acidente de trabalho.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- Você (acidentado do trabalho) não abriu ou *não pretende* abrir com processo contra a empresa e requerer indenização ?
- 32 - EMPRESA - A empresa no geral contribuiu para a reabilitação do acidentado do trabalho.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- Considerando do item 20 ao 31, a empresa contribuiu para a reabilitação do acidentado do trabalho?
- 33 e 34 - O Nível de recompensa em relação à comunidade. Os amigos, a vizinhança , a igreja ajudaram materialmente, financeiramente e/ ou no cuidado da saúde do acidentado do trabalho.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- A empresa auxiliou financeiramente , materialmente (item 33) e/ ou no cuidado com a saúde do acidentado do trabalho (item 34)?
- 35 - COMUNIDADE - A comunidade no geral contribuiu para a reabilitação do acidentado do trabalho.
As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- Considerando os itens 33 e 34, a comunidade contribuiu para a reabilitação do acidentado do trabalho?

-
- 36 - Tipos de família antes do acidente de trabalho
- Códigos - tipo trad. = tradicional
- tipo deso. = desocupado
- tipo d.c. = dupla - carreira
- tipo espo. = centrado na esposa
- tipo ind. = independentes
- 37 - Tipos de família após o acidente de trabalho
- Códigos - idem item 36
- 38 - Tipos de família após o retorno ao trabalho
- Códigos - idem item 36
- 39 - Nível de recompensa em relação à família. A ajuda financeira ou material dos familiares (família extensiva) dos acidentados do trabalho.
- As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- A família contribuiu com auxílio financeiro ou material para o acidentado do trabalho?
- 40 - Cuidado da família (família nuclear e/ou extensiva) com a saúde do acidentado do trabalho.
- As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- A família cuidou da saúde do acidentado do trabalho?
- 41 - FAMÍLIA - A família no geral contribuiu para a reabilitação do acidentado do trabalho?
- As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:
- Considerando do item 36 ao 40, a família contribuiu para a reabilitação do acidentado do trabalho?

42 - RELIGIÃO - O trabalhador procurou conforto espiritual ou apoio na religião após o acidente de trabalho.

As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:

- Voce (acidentado do trabalho) encontrou conforto espiritual em alguma religião após o acidente de trabalho?

43 - CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL (CRP)/INSS - Avaliação realizada pelos acidentados do trabalho.

As respostas Sim (S) ou Não (N) referem-se a seguinte questão:

-Você considerou o atendimento do CRP importante para a sua reabilitação?

8.2 ANEXO 2

ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

Apesar de não se trabalhar com amostra aleatória realizou-se a associação entre variáveis para se perceber qual a variável que possui maior relação estatística com a reabilitação.

Assim, percebeu-se que as variáveis relacionadas aos níveis da empresa, como: comando, organização, recompensa e indivíduo-membro, apresentaram uma associação significativa com a reabilitação.

Em relação à empresa, as variáveis relacionadas ao **nível de organização**; isto é, adequação à função, nível de qualificação profissional e existência de treinamento foram as mais significativas. Em segundo lugar estavam as variáveis relacionadas ao **nível de comando**; isto é, a possibilidade de controle da carga de trabalho (produtividade e falta). Em terceiro lugar, as

variáveis relacionadas ao **nível de recompensa**; isto é, a ajuda da empresa material, financeiras, afetivas e moral ao acidentado do trabalho e em quarto lugar, as variáveis relacionadas ao **nível de indivíduo-membro**; isto é, falar sobre o acidente e a mutilação, e o acobertamento ou encobrimento da mutilação pelo trabalhador.

Abaixo apresentam-se as tabelas com as associações entre a variável empresa e os diversos níveis de relacionamentos sociais.

Nível de Organização

EMPRESA	ORGANIZAÇÃO		Total
	+	-	
+	13	0	13
-	3	16	19
Total	16	16	32

(Qui-Quadrado = 21,89 $p < 0,001$)

Nível de Comando

EMPRESA	COMANDO		Total
	+	-	
+	12	1	13
-	3	16	19
Total	15	17	32

(Qui-Quadrado = 18,15 $p < 0,001$)

Obs.: As variáveis referentes à cooperação entre os trabalhadores, à organização nos locais de trabalho e à avaliação moral do acidentado antes e depois do acidente estão agrupadas nesse nível.

ORGANIZAÇÃO	COMANDO		Total
	+	-	
+	14	2	16
-	1	15	16
Total	15	17	32

(Qui-Quadrado = 21,21 $p < 0,001$)

Percebeu-se uma associação significativa entre os níveis de organização e comando. Assim, pode-se inferir que quando o acidentado exerce uma função compatível com a mutilação e recebe treinamento adequado, tem controle sobre a carga de trabalho (faltas e produtividade) possui uma reabilitação bem-sucedida, o que reflete no desempenho da tarefa e na produção.

Nível de Recompensa

EMPRESA	Recompensa		Total
	+	-	
+	11	2	13
-	5	14	19
Total	16	16	32

(Qui-Quadrado = 10,49 $p < 0,001$)

Obs.: As variáveis referentes à empresa tem interesse pelo retorno do trabalhador, o acidentado tem interesse em voltar ao trabalho e a empresa colaborou com ajuda financeira, material, afetiva e moral foram agrupadas nesse nível.

COMANDO	Recompensa		Total
	+	-	
+	15	0	15
-	4	13	17
Total	19	13	32

(Qui-Quadrado = 19,32 $p < 0,001$)

Verifica-se que o nível de comando possui associação com o nível de recompensa. Pode-se inferir que quando a empresa tem interesse na volta do acidentado, oferece incentivos financeiros e materiais, apoio afetivo e moral durante o processo de reabilitação, conseqüentemente, o acidentado possui controle sobre a carga de trabalho (faltas e produtividade) e a própria organização nos locais de trabalho pode interferir na readaptação social e funcional.

ORGANIZAÇÃO	Recompensa		Total
	+	-	
+	11	5	16
-	5	11	16
Total	16	16	32

(Qui-Quadrado = 4,50 $p < 0,05$)

Da mesma maneira, se a empresa tem interesse na volta do acidentado, oferecendo apoio financeiro, afetivo e moral procurará readaptar o trabalhador em função compatível com a limitação da capacidade física.

Nível do Acidentado do Trabalho

EMPRESA	Acidentado do Trabalho		Total
	+	-	
+	11	2	13
-	5	14	19
Total	16	16	32

(Qui-Quadrado = 10,49 $p < 0,001$)

Obs.: As variáveis sobre falar do acidentado ou da mutilação, acobertamento ou encobrimento da mutilação foram agrupadas neste nível.

No espaço da família a única variável que teve uma associação significativa foi sobre o cuidado com a saúde do acidentado. A ajuda financeira apresentou um valor limite? Nessa perspectiva, o apoio financeiro e material da empresa é importante. As demais variáveis, como: falar sobre o acidente, acobertar e encobrir a mutilação e a religião não tiveram uma associação significativa.

FAMÍLIA	CUIDADO COM A SAÚDE		Total
	+	-	
+	26	1	27
-	1	4	5
Total	27	5	32

(Qui-Quadrado = 18,63 p<0,001)