

MINISTÉRIO DO TRABALHO

FUNDACENTRO

Fundação Jorge Duprat e Figueiredo de Segurança e

Medicina do Trabalho

**VIOLÊNCIAS DURANTE O
PROCESSO DE ADOECIMENTO
PELO TRABALHO**

São Paulo/SP

2017

VIOLÊNCIAS DURANTE O PROCESSO DE ADOECIMENTO PELO TRABALHO

Daniela Sanches Tavares¹

Cristiane Queiroz Barbeiro Lima²

Juliana Andrade Oliveira³

Maria Teresa Bruni Daldon⁴

Myrian Matsuo⁵

¹ Psicóloga, Tecnologista pleno, Serviço de Ergonomia/CST- Fundacentro

² Química, Ergonomista, Tecnologista sênior, Serviço de Ergonomia/ CST - Fundacentro

³ Socióloga, Tecnologista pleno, Serviço de Psicologia e Sociologia do Trabalho/CST - Fundacentro

⁴ Terapeuta ocupacional, técnica aposentada – CEREST Freguesia do Ó

⁵ Socióloga, Pesquisadora do CERJ- Fundacentro

Colaborações e agradecimentos:

Dalton Tria Cusciano (CST)

Edith Selligman-Silva (Médica psiquiatra, professora aposentada)

Eduardo Algranti (Fundacentro – CTN/CST/SMe)

Elayne de Fátima Maçãira (Fundacentro – CTN/CST/SMe)

Elizabeth Coeli Mendonça (Fundacentro – CTN/CST/SEr)

Floriscena Maria Medeiros (Assistente social aposentada)

Kátia Santos Dias de Castro (CEREST - Freguesia do Ó)

Marco Antonio Bussacos (Fundacentro – CTN/CST/SEE)

Maria Maeno (Fundacentro – CTN/CST/SMe)

Tarsila Baptista Ponce (Fundacentro – CTN/CRH)

Yamara Bragatto de Oliveira (CRST – Freguesia do Ó)

Agradecemos ainda à instituição parceira neste estudo:

Cerest - Freguesia do Ó (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Freguesia do Ó - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo)

APRESENTAÇÃO

Este relatório técnico apresenta resultados de pesquisa vinculada às propostas anuais: 48.01.035 - As formas de gestão e organização do trabalho e suas relações com as violências e o assédio moral no trabalho (2012); 48.01.044 - Adoecimento pelo trabalho e suas relações com as violências e o assédio moral (2013, 2014 e 2015). A presente pesquisa foi vinculada ao Programa Organização do Trabalho e Adoecimento, da Fundacentro e contou com a colaboração institucional do CEREST Freguesia do Ó.

RESUMO

O processo de adoecimento pelo trabalho, que engloba diagnóstico, afastamento, tentativas de retorno e indefinição do status trabalhista e previdenciário do trabalhador, acarreta grande vulnerabilidade psicológica, social e econômica. São comuns relatos de situações de violência durante este processo, sofridas pelo trabalhador doente e incapacitado para trabalhar. Nesta pesquisa buscou-se identificar, analisar e descrever formas de violência impostas a trabalhadores adoecidos pelo trabalho, bem como situações, mecanismos e contextos propiciadores dessa violência, buscando uma leitura compreensiva dos fenômenos analisados. Utilizou-se análise qualitativa de entrevistas semi-estruturadas de trabalhadores atendidos no ambulatório de doenças respiratórias da Fundacentro e do Cerest Freguesia do Ó (São Paulo). As violências revelaram-se tanto no ambiente de trabalho quanto no órgão segurador e na consulta médica e puderam ser agrupadas em três eixos: 1) suspeitar e desqualificar o trabalhador, com a intenção de negar a doença ou descaracterizar a relação com o trabalho; 2) colocar impedimentos ao exercício de direitos trabalhistas e previdenciários, sobretudo através de normas infralegais que ferem leis e a Constituição Federal; e 3) impor maus tratos, agressões verbais e assédio moral ao trabalhador que tenta exercer seus direitos. Tal descrição deve ser analisada tendo como pano de fundo as medidas que vem sendo tomadas pelo Estado, que vem abandonando seu papel de mediador de forças, compensador de desigualdades e protetor de direitos fundamentais. Sob o argumento genérico da contenção de gastos e aumento de eficiência, tem-se produzido catástrofes individuais, levando à negação de direitos de trabalhadores alijados de sua capacidade de trabalho e à negação do amparo social de incumbência da Previdência Social e do Estado.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1. AMBULATÓRIO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DA FUNDACENTRO.....	9
1.2. CEREST – FREGUESIA DO Ó.....	10
2. TRABALHO, ADOECIMENTO E A PREVIDÊNCIA SOCIAL	12
3. VIOLÊNCIAS CONTRA O TRABALHADOR	17
4. METODOLOGIA	23
5. RESULTADOS	27
5.1. TRAJETÓRIAS DE VIDA, TRABALHO E ADOECIMENTO	27
5.1.1. Macedo	27
5.1.2. Sofia	33
5.1.3. Jorge	36
5.1.4. Carlos	43
5.1.5. anderson	44
5.1.6. Antonio	49
5.1.7. Alice	51
5.2. BREVE ANÁLISE DAS TRAJETÓRIAS DE VIDA APÓS O ADOECIMENTO	55
5.3. A VIOLÊNCIA E SEUS IMPACTOS.....	61
5.3.1. A suspeita, o descrédito e a desqualificação	63
5.3.2. Colocar obstáculos ou impedir o exercício de direitos trabalhistas e previdenciários	66
5.3.3. Impor maus-tratos, fazer agressões verbais, ofender, assediar moralmente	70
5.4. Impactos sociais e econômicos na vida do trabalhador afastado	72
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

Apesar disso, o tema do adoecimento pelo trabalho é tão precariamente discutido em nossa sociedade que ele quase sempre vem à tona em forma de problema individual, apenas no momento em que o ato de trabalhar é prejudicado pela incapacidade laboral e alterações no desempenho, por fim, interrompido, com o afastamento. As características adoecedoras do trabalho passam despercebidas, o sofrimento com os sintomas e as limitações decorrentes são sufocadas e não são decodificadas pelos aparelhos de proteção social do Estado. Os processos de afastamentos e retorno ao trabalho acontecem, na maioria das vezes, focados na readaptação dos trabalhadores ao meio ambiente de trabalho, sem que tenham sido desencadeadas ações de combate às condições e situações que geraram o adoecimento. Para muitos, o quadro vai se cronificando, até sobrevir a incapacidade permanente.

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

Esta vulnerabilização do trabalhador é tão significativa que ações de intervenção terapêutico-pedagógicas voltadas ao fortalecimento, amparo e esclarecimento aos trabalhadores afastados merecerem destaque e encontram-se descritos na literatura

nacional sobre práticas em saúde do trabalhador (SATO e cols, 1994; CHIESA e cols, 2002; HOEFEL e cols, 2004; MERLO e cols, 2001; PAPARELLI, 2011). Infelizmente, estas ações ainda não foram incorporadas pelas redes de atenção à saúde e muitos serviços especializados estão deixando de desenvolvê-las, dada à falta de incentivo às práticas de assistência em saúde do trabalhador.

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

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

Este quadro motivou a demanda do trabalho do estudo aqui relatado, por parte do ambulatório de doenças respiratórias relacionadas ao trabalho da Fundacentro (Fundação Jorge Duprat e Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho) do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Posteriormente, passaram a compor a população de estudo também alguns trabalhadores encaminhados pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Freguesia do Ó, do município de São Paulo, cujos profissionais de saúde identificavam quadro semelhante ao descrito acima na população atendida por eles, e ainda pela Confederação Nacional dos Trabalhadores no Comércio e Serviços, cujos representantes, ao tomarem conhecimento do estudo, manifestaram terem percebido a mesma problemática entre trabalhadores de sua categoria.

Em 2010, uma perícia multidisciplinar que subsidiou uma Ação Civil Pública proposta pelo Ministério Público do Trabalho, Procuradoria Regional do Trabalho de São Paulo, face uma instituição bancária, já havia apontado situações de assédio moral organizacional contra trabalhadores adoecidos pelo trabalho, fortalecendo a percepção de que o tema merecia maior atenção. Esta perícia foi posteriormente relatada em 2014, após a prolação da sentença (LIMA e cols, 2014). Interessante destacar que na condução desta perícia identificou-se que as testemunhas, agentes importantes em processos judiciais, também são afetadas de alguma forma por assistirem situações de violências vividas por outros, chegando a se afastarem do trabalho em decorrência de

assistir determinada situação de violência psicológica vivida por outro (LIMA e cols, 2014).

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

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

1.1. AMBULATÓRIO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DA FUNDACENTRO

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

Normalmente, os trabalhadores são encaminhados para o ambulatório da Fundacentro em busca de uma análise especializada a respeito do nexo causal entre a doença respiratória e o trabalho. É comum que o paciente chegue ao ambulatório sem Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) emitida e ainda em exercício de trabalho.

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

Nesse ambulatório os pacientes são acompanhados por longos períodos, alguns por mais de dez anos. É frequente que os médicos da Fundacentro entrem em contato com a empresa, tentando sensibilizar seus agentes para a situação do trabalhador ou mesmo orientem o trabalhador a solicitar ao INSS a reconsideração da alta ou que seja dada nova entrada, conforme o caso. Este tipo de atendimento acaba sendo não só uma orientação quanto a seus direitos como também um suporte psicossocial, na medida em que reafirma e reforça a condição de cidadão, do trabalhador adoecido, incapacitado para o trabalho que vem encontrando dificuldades em fazer valer seus direitos trabalhistas e previdenciários.

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

1.2. CEREST – FREGUESIA DO Ó

Os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, foram criados em 1989. Inicialmente com cinco unidades, divididas entre as zonas da cidade: Norte (Freguesia do Ó), Centro-oeste (Lapa), Sudeste (Mooca), Sul (Santo Amaro) e Centro (Sé). Atualmente está em fase implantação mais um Cerest na Zona Leste de SP.

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

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

Contava, no momento em que essa pesquisa teve início, com uma equipe multiprofissional formada por: 6 médicos do trabalho; 1 pneumologista; 5 assistentes

sociais; 4 enfermeiros; 2 fonoaudiólogas; 2 fisioterapeutas; 1 psicóloga; 1 terapeuta ocupacional; equipe de apoio administrativo; auxiliares de enfermagem e de farmácia. No momento a terapeuta ocupacional, uma das fisioterapeutas e uma das enfermeiras se aposentaram e não foram substituídas.

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

Esta rede é composta por cerca de 178 centros estaduais e regionais de referência em saúde do trabalhador (Cerest) e por uma rede sentinela de 1.000 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade responsáveis por diagnosticar os acidentes e doenças relacionados ao trabalho e por registrá-los no sistema de informação de agravos de notificação (Sinan-net).

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

2. TRABALHO, ADOECIMENTO E A PREVIDÊNCIA SOCIAL

A lei 8213/91 que dispõe sobre a organização da Seguridade Social no Brasil, a define como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social. Cabe à Previdência Social assegurar aos seus segurados, mediante contribuição dos mesmos, meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, idade avançada, tempo de serviço, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente dentre outros.

Ao se afastar temporariamente e totalmente do trabalho, o contribuinte da Previdência Social, passa a gozar de um dos benefícios previstos na legislação previdenciária: o auxílio-doença⁶. Para receber tal renda, chamada pela lei de “benefício”, o trabalhador e a empresa contribuem mensalmente à Previdência⁷.

A responsabilidade pelo pagamento recai sobre o Ministério do Trabalho e da Previdência Social, mais especificamente, a Secretaria Especial da Previdência Social, por meio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a quem cabe garantir uma

⁶ De acordo com a Lei 8.213/1991 que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, artigo 60, o auxílio-doença será devido ao segurado empregado a contar do décimo sexto dia do afastamento da atividade, e, no caso dos demais segurados, a contar da data do início da incapacidade e enquanto ele permanecer incapaz. Durante a redação deste relatório, houve a edição da Medida Provisória 664 de 2014, que modificou isto, passando a contar do trigésimo primeiro dia de afastamento e não mais décimo sexto. Porém, a lei 13.135/15 de 17/06/2015, resultado da conversão da MP não ratificou tal mudança, voltando à regra anterior de que o auxílio-doença é devido a partir do décimo sexto dia de afastamento. O artigo 61, da Lei 8.213 de 24 de julho de 1991 define que o auxílio-doença, inclusive o decorrente de acidente do trabalho, consiste numa renda mensal correspondente a 91% (noventa e um por cento) do salário-de-benefício. O salário-de-benefício é definido, no inciso II, artigo 29, da Lei 8.213/91, como a média aritmética simples dos maiores salários-de-contribuição correspondentes a oitenta por cento de todo o período contributivo; porém, segundo artigo 1º, parágrafo 10º, da Lei 13.135/2015, não poderá exceder a média aritmética simples dos últimos 12 (doze) salários-de-contribuição, inclusive em caso de remuneração variável, ou, se não alcançado o número de 12 (doze), a média aritmética simples dos salários-de-contribuição existentes.

⁷ No caso de segurados empregados.

renda mensal aos trabalhadores contribuintes quando eles não estão em condições de trabalhar por diversos motivos pré-definidos em lei⁸ (maternidade, doença comum, doença ou acidente do trabalho, etc).

No caso de a doença ou o acidente ocorrerem em função do trabalho, o benefício é denominado auxílio-doença acidentário e é pago mensalmente enquanto perdurar a incapacidade, acarretando ainda algumas garantias adicionais em termos de direitos, tais como o depósito da parcela do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) pelo empregador (artigo 15, parágrafo 5º, Lei 8.036/90 e artigo 28, inciso III do Decreto 99.684/90) e a estabilidade do vínculo empregatício após retorno ao trabalho, pelo período de 12 meses (artigo 118, Lei 8.213/91).

A contribuição ao sistema previdenciário é obrigatória para seus segurados⁹, especialmente para aqueles com vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), justamente por ser a Previdência um aparato estatal voltado a diluir o ônus que recairia sobre os indivíduos isolados em caso de adoecimento, entre outros imprevistos. Esta medida tem um papel de amparo ao indivíduo atingido, no sentido de garantir sua subsistência, mas também de organizar e manter um estado de equilíbrio e harmonia mínimos à sociedade, na medida em que o desamparo individual ou de algumas classes refletiria, de alguma forma, em toda a sociedade. Além de que tal desamparo significaria grande injustiça, para aqueles que ocupam funções que implicam alto padrão de desgaste da saúde e cujo trabalho tem uma função dentro da sociedade. De fato, a necessidade de acionar o auxílio da Previdência em caso de doença do trabalho significa quase sempre pertencimento a classes sociais em situação de desvantagem social dentro do mercado de trabalho formal. A posição da pessoa na sociedade e o modo de sua inserção no mercado de trabalho determinam fortemente as condições de trabalho a serem enfrentadas, bem como o grau de suscetibilidade a acidentes ou adoecimentos causados pelo trabalho. Para ilustrar, é importante citar que dentre os beneficiários no ano de 2012 (trabalhadores que precisaram utilizar-se do direito de receber alguma prestação da Previdência Social), 60% deles receberam prestações de valor igual ou inferior a 1 salário mínimo 10. Dentre os benefícios

⁸ O Art. 201 da Constituição Federal e art. 18 da lei 8.213/91 definem, respectivamente, os eventos cobertos e as espécies de prestações previdenciárias.

⁹ Lei 8212/91, artigo 11, parágrafo único, alínea c e artigo 12, inciso I.

¹⁰ Importante lembrar que somente benefícios que não substituem o salário ou rendimento mensal (como o auxílio-acidente e o salário família) podem ter valor inferior a 1 salário mínimo. No caso

auxílio-doença comum e auxílio-doença acidentário concedidos em 2012, 81,6% correspondiam a valores de até 2 salários mínimos¹¹.

Cabe salientar que os trabalhadores informais ou com vínculos precarizados, como aqueles contratados via terceirização, pela precarização do vínculo de trabalho, se encontram totalmente excluídos ou bastante prejudicados na possibilidade de exercício de seus dos direitos previdenciários. Mesmo quando há o vínculo empregatício, no caso dos terceirizados, conseguir afastar-se, ainda que por incapacidade temporária, é muito difícil. Estes trabalhadores acabam demitidos antes, pois falta a estes trabalhadores suporte para que façam valer seus direitos. É conhecido também que as condições de trabalho de setores cuja mão de obra é terceirizada são mais precárias.

O afastamento com concessão de benefício temporário, assim como suas prorrogações são concedidos mediante perícia médica, até que esta considere o trabalho apto para o retorno ao trabalho.

Em tese, enquanto houver a incapacidade para o trabalho, o trabalhador mantém-se afastado. Deveria se tratar, portanto, de decisão pautada no estado de saúde e na viabilidade de aquele trabalhador voltar a exercer seu trabalho sem ter o quadro da doença agravado. Verificado o restabelecimento da saúde, antes de encaminhar o trabalhador ao retorno ao trabalho, a perícia do INSS deveria checar a permanência ou não das condições de trabalho adoecedoras. Em caso afirmativo, deveria se desencadear a intervenção da vigilância em saúde do trabalhador no local de trabalho adoecedor, para que sejam evitados agravamentos e mesmo novos casos. Porém, a comunicação e ação integrada entre esses órgãos estatais não fazem parte do cotidiano, contribuindo significativamente para uma atuação insuficiente de intervenção para melhorias das condições de trabalho, quando não inexistentes.¹²

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

do auxílio-doença comum ou acidentário, quando a aplicação da alíquota de 91% ao salário de benefício, resultar em valor inferior a um salário mínimo, ocorre a equiparação ao mínimo.

¹¹ Fonte: Anuários Estatísticos da Previdência Social – AEPS, disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/>.

¹² Para um debate mais aprofundado a respeito das dificuldades atuais no retorno ao trabalho e na reabilitação profissional, recomendamos consultar o portal “Políticas Públicas em SST, no seguinte endereço: <http://www.fundacentro.gov.br/politica-publicas-em-sst/apresentacao>

sedimentadas as limitações e o nível de incapacidade, numa interpretação da lei (artigo 89, Lei 8213/91) que acaba por ser contraproducente à prevenção de doenças e incapacidades e à função de proteção à saúde a ser levada a cabo pelo Estado (FUNDACENTRO, 2013). Apesar de voltada a dar certa garantia ao trabalho digno e a preservação da saúde¹³, a reabilitação profissional tem tido resultados insatisfatórios.

Percebe-se que as diretrizes legais sobre reabilitação profissional estão voltadas ao acidentado trabalho: sedimentada a incapacidade, procede-se a reinserção em atividade que lhe seja compatível. Em geral, a equipe da reabilitação profissional do INSS investiga sua história profissional, a fim de encontrar habilidades que possam ser utilizadas em nova função. Descreve as limitações físicas do trabalhador, indicações genéricas e superficiais das contraindicações no exercício laboral, como por exemplo, a citação dos movimentos que a pessoa não é capaz de fazer. Ao aplicar esta lógica ao adoecido pelo trabalho, surgem muitas dificuldades. O olhar apenas para limitações físicas decorrentes do quadro nosológico não é suficiente para uma reinserção efetiva e segura ao trabalhador, pois não contempla, por exemplo, os aspectos relacionados a ritmo de trabalho e pressões diversas abusivas, que vão estar presentes em outros postos e que estão na trama complexa de causalidade das doenças do trabalho de maior incidência hoje (como as musculoesqueléticas). Sabe-se que muitas das modificações necessárias implicariam em mudanças no próprio processo de trabalho e na organização do trabalho, alterando os ritmos e pressões cada vez mais extenuantes. Assim, na prática, torna-se muito difícil encontrar outro posto de trabalho. As visitas e inspeções ao local de trabalho para tal fim praticamente não ocorrem ou são raras. Tem lugar, assim uma cronificação da doença, pela não intervenção no ambiente de trabalho a tempo de evitá-la. Esta abordagem da reabilitação profissional para o trabalhador já sequelado, que não é mais capaz de voltar a reinserir-se na mesma função, além de acarretar agravamento do quadro de saúde, traz limitações ao processo de reabilitação profissional, deixando de agir no início do processo, momento no qual haveria maiores chances de recuperação total da saúde, com a mudança das condições e características do trabalho danosas (FUNDACENTRO, 2013). Por isso, boa parte dos processos de reabilitação tem ficado sem um desfecho satisfatório. Os relatos vão exemplificar esta problemática.

¹³ Interessante salientar que o Decreto 3048/99, em seus artigos 138 e 337, parágrafo 2º, impõe um cuidado às equipes de reabilitação profissional que acompanham o trabalhador na sua reinserção, para que não se agrave o quadro da doença.

Estas deficiências na atuação do Estado acabam por contribuir de forma acentuada para o aumento da cronificação das doenças e das sequelas, intensificando a incapacidade para o trabalho (COSTA-BLACK, 2013)¹⁴ e atingem a credibilidade e confiança no Estado de direito e em seu papel regulador.

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

¹⁴ Para compreender melhor a ideia de prevenção da incapacidade para o trabalho, consultar o texto citado Reabilitação profissional & prevenção da incapacidade laboral: Uma síntese de textos que apresentam conceitos essenciais para um diálogo ético e científico aprofundado. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/politica-publicas-em-sst/bibliografia>

3. VIOLÊNCIAS CONTRA O TRABALHADOR

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

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

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

Minayo (1994), num esforço de ampliar a discussão sobre os determinantes da violência, classifica-os em três grandes tipos: violência estrutural, violência de resistência e violência de delinquência. A violência estrutural é aquela proveniente das estruturas organizadas e institucionalizadas numa determinada sociedade e que têm um papel determinante na violência do comportamento, que aparece nas relações interpessoais. Trata-se da violência pela negação de direitos, vulnerabilizando grupos, classes, nações e indivíduos. Quase sempre é uma violência naturalizada, aceita como inevitável, é reiteradamente confirmada no cotidiano, muitas vezes não sendo reconhecida como violência (MINAYO, 1994).

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

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

Esta classificação acabou por ter um cunho muito mais compreensivo e elucidador de determinantes da violência, do que de organizador de fenômenos de uma mesma espécie em categorias e tem sido resgatada por outros autores para abordar a violência relacionada ao trabalho (OLIVEIRA e NUNES, 2008). Importa aqui destacar que as condutas consideradas violentas devem ser analisadas tendo como pano de fundo o contexto estrutural, ou seja, as estruturas organizadas e institucionalizadas que formatam as relações sociais. Minayo nos auxilia tirando o véu daquilo que é instituído e, portanto, dotado de um discurso de legalidade, legitimação e racionalidade, evidenciando que, muitas vezes, a própria estrutura/contexto é, por si, violenta.

Levando em conta a reflexão acima, passamos a analisar a definição apresentada no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da OMS (2002):

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

A relação que frequentemente se estabelece entre violência psicológica e poder presente na definição acima levam a uma limitação conceitual, tratada por Schraiber e cols (2006) e salientada também por Soboll (2008). Schraiber e cols (2006) tecem a seguinte crítica, ao comentar o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002):

... o Relatório pouco esclarece o próprio conceito de poder, confundindo-o com o de violência, muitas vezes levando à crença de que a violência seja parte inexorável do poder. Reitera-se inadvertidamente, desse modo, a inevitabilidade da violência que se quer recusar. Outra confusão possível é, ao revés, inviabilizar a concepção de poder como relações não violentas, obscurecendo igualmente o papel da responsabilidade social intrínseca a essas ações de poder (SCHRAIBER e cols, 2006, p. 114).

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

Amplia-se a crítica a este qualificativo. O uso do termo “intencional” pode conduzir a uma leitura individualizante, frequentemente ligando violência à ambição, à

vontade do agente em causar uma lesão, um prejuízo. O uso do qualificativo “intencional” dá origem a um viés de análise e enquadra a violência como algo que surge da vontade de uma pessoa de lesar a outra ou de obter algo a partir de um comportamento violento. Este viés prejudica uma compreensão mais ampla do fenômeno e exclui alguns eventos do campo de análise dos estudos sobre violência. Estariam excluídas da definição de violência àquelas condutas que não necessariamente partem da intenção de uma pessoa, ainda que não sejam acidentais e que sejam intermediadas por uma pessoa e que gerem como resultado o dano psíquico, a morte etc. Esta definição, portanto, não contempla uma série de eventos violentos, por não se poder localizar a intenção de um agente, como por exemplo: a negação de direitos ligados à sobrevivência e à integridade física e psicológica; agressões perpetradas por agentes do próprio Estado contra classes marginalizadas no exercício da função pública; entre outros impedimentos mais sutis. Esses exemplos citados integram-se à categoria “violência estrutural”, da classificação de Minayo.

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

Neste mesmo sentido, Schraiber e cols (2006, p. 113), ao tratar da violência, afirmam que: “Não bastará para seu controle apenas apelos aos sentidos de responsabilidade ética e social dos indivíduos”.

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

Outras análises que focalizam a dimensão estrutural da violência relacionada ao trabalho são trazidas por Soboll (2008), Heloani, Barreto e Freitas (2008), ao problematizarem o evento do assédio moral no trabalho. Estes autores trazem ao foco elementos estruturais do ambiente de trabalho como determinantes ou mesmo, em alguns casos, fonte do assédio moral. Essa abordagem pondera que os comportamentos individuais não ocorrem num “vácuo social”. Eles são moldados pelas injunções

presentes no ambiente de trabalho, que, por sua vez, correspondem às políticas de gestão e à forma de organização do trabalho. Os agentes da violência estão submetidos a forças que conformam seus objetivos e os pressionam para a necessidade de cumprir metas organizacionais e de controlar o comportamento do trabalhador, sempre na direção de maior produtividade.

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

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

Destacamos ainda o conceito de violência no trabalho, de Warshaw (2011), também citado por Soboll (2008): “Todas as formas de comportamento, agressivo ou abusivo, que possam causar dano físico ou psicológico ou desconforto em suas vítimas, sejam estas alvos intencionais ou envolvidos impessoais ou acidentais”.

Segundo esta definição, a intencionalidade não é um requisito para se caracterizar a violência no trabalho.

O objetivo do assédio organizacional não seria atingir uma pessoa em especial, mas sim controlar todo o grupo indiscriminadamente (SOBOL, 2008).

As condutas caracterizadas como assédio moral ocorreriam dentro de uma prerrogativa, a partir de papéis organizacionais e encontram respaldo em questões ou aspirações organizacionais (FREITAS, HELOANI, BARRETO, 2008).

A gestão, ao impor, por exemplo, metas impossíveis, coloca o trabalhador numa posição indigna, o que, por si só, é uma violência, uma conduta assediadora que parte da estrutura organizacional, sendo tão somente mediada por pessoas.

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

...um conjunto de comportamentos que ofendem e humilham, uma vez que são constituídos de atos ou processos agressivos, os quais transgridem as

regras que garantem a harmonia e o convívio social no contexto de trabalho, em determinada cultura.

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

A Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho, em publicação dedicada ao tema das violências no trabalho (EU-OSHA, 2011), ao discorrer sobre “os fatores de risco ou antecedentes da violência relacionada ao trabalho” levanta dentre as causas: “problemas na concepção do trabalho (ex.: conflito de papéis), liderança ou gestão incompetente”¹⁵. Apresenta características individuais, como gênero, idade e etnia, destacando que os estudos têm apresentado resultados contraditórios quanto ao gênero. Isto nos sugere a limitação do enfoque de características individuais tanto para explicar quanto para prevenir o assédio moral. Também elenca traços de personalidade, com base em alguns estudos que têm tentado chegar a um perfil psicológico da vítima e do agressor. Salienta que o papel da personalidade na determinação do assédio é controvertido e cita clássico autor do tema para quem a personalidade é um dado irrelevante no processo de vitimização (LEYMAN, citado por EU-OSHA, 2011). Traz resultados de estudos que destacam algumas características de personalidade como ansiedade, baixa autoestima, desconfiança, submissão. No entanto, tais características podem surgir em decorrência do processo de assédio moral. Por exemplo, mostrar-se submisso pode ser uma das respostas a um contexto de constante ataque psicológico. Além disso, ao colocar traços de personalidade como fatores predisponentes, adota-se uma visão por demais estática e determinista de um fenômeno tão complexo como é a inter-relação entre vida psíquica e meio em que se vive. A personalidade recebe influências e influencia continuamente o contexto em que se vive inclusive o do trabalho, que é uma das principais atividades humanas, seja pela sua centralidade, seja por consumir a maior parte do tempo diário. Não há como desconsiderar a dinamicidade dos processos psíquicos e a interdeterminação indivíduo-ambiente.

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

Entendemos que muito mais determinante do que características de personalidade, são os contextos que propiciam o surgimento de situações objetivas que

¹⁵ Tradução livre das autoras

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

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

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

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

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

4. METODOLOGIA

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

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

Os entrevistados eram segurados do INSS e com vínculo de trabalho regido pela CLT. Foram encaminhados trabalhadores pelo Ambulatório de Doenças Respiratórias relacionadas ao Trabalho da Fundacentro, pelo Ambulatório do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Freguesia do Ó - SP (Prefeitura Municipal de São Paulo) e ainda pela Confederação Nacional de Trabalhadores no Comércio e Serviços, que apresentaram em seus relatos indícios de situações de violência vivenciadas no processo de adoecimento, durante o período de afastamento, ou no retorno ao trabalho após afastamento; seja na empresa, no INSS, no serviço de saúde ou em outro contexto. Procurou-se incluir: - trabalhadores vítimas de acidente de trabalho típico ou de doença relacionada ao trabalho; aqueles que passaram por tentativas de retorno ao trabalho (por intermédio da reabilitação profissional do INSS ou não); e os afastados do trabalho por períodos de tempo variáveis e número de afastamentos variáveis.

Tal seleção de entrevistados foi feita pelos profissionais de saúde dos referidos ambulatórios (dois médicos, uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional). Os selecionados foram informados sobre o projeto de pesquisa e convidados a participar. Foi solicitada a autorização do paciente para fornecer seu número de telefone a um dos pesquisadores da equipe do projeto de pesquisa. O pesquisador entrou em contato, fornecendo maiores informações e reforçando o convite para participar da pesquisa. Marcou-se um horário e local para o encontro (casa do paciente ou Fundacentro, à escolha do entrevistado). No local e dia marcado, foi apresentado e assinado o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e feita a entrevista. Em alguns casos, foram feitas mais de uma entrevista com o mesmo trabalhador, para complementar informação.

O número de entrevistados não foi definido previamente, mas sim, respeitando critérios qualitativos e buscando garantir que as diversidades fossem representadas, possibilitando a apreensão das diferenças e das experiências e expressões que se pretendia conhecer com a pesquisa. (MINAYO, 1998; DUARTE, 2002).

Ao todo, foram entrevistados 15 trabalhadores. Foi possível aprofundar tais entrevistas em 7 casos, de acordo com a disponibilidade e interesse dos entrevistados, por meio de novas entrevistas com maior detalhamento e riqueza dos relatos. As entrevistas tiveram entre 1 e 2 horas de duração. A finalização do trabalho de campo levou em conta o critério de saturação dos conteúdos das entrevistas.

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

O roteiro de entrevista abordou os seguintes tópicos: 1) Dados pessoais (data nascimento, estado civil, filhos, com quem mora, composição da renda familiar); 2) História ocupacional (empresas em que trabalhou, funções exercidas, tempo de trabalho, tipo de vínculo jurídico, condições de trabalho); 3) História da doença (primeiros sintomas; atendimentos e serviços de saúde que utilizou desde o surgimento dos sintomas e os que utiliza hoje; reconhecimento da relação com o trabalho; visão e posição da empresa, do chefe e dos colegas quanto à doença; trajetória até o afastamento; relacionamento com a empresa, com chefe e com colegas a partir do adoecimento; papel desempenhado por cada serviço de saúde utilizado nesta trajetória (serviço de saúde e segurança do trabalho – SST – da empresa, serviço de saúde do sindicato, serviço de saúde vinculado a plano de saúde da empresa; pronto-socorro de hospitais; serviços de saúde de atenção básica e ambulatorial do SUS, CEREST, outros serviços públicos especializados); 4) Sobre o afastamento (data do primeiro afastamento; sequência de altas, pedidos de reconsideração de alta, retornos ao trabalho e novos afastamentos; tipo de benefício concedido; tentativas de readaptação; qualidade dos atendimentos pelos peritos, pelos profissionais da reabilitação profissional; relacionamento com estes profissionais; descrição dos procedimentos de reabilitação profissional; 5) Situação atual (se está empregado ou não, afastado ou trabalhando; com ou sem sintomas; em tratamento etc); 6) Medicamentos (custo mensal,

custeio/fornecimento); 7) Outros gastos relacionados ao adoecimento/afastamento; 8) Ações judiciais (tipo de ação, réu, pedido, data da petição, fase do processo, resultado).

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

Quanto à situação de entrevista, destaca-se aqui como algo a buscar o que Bourdieu (1999, p. 695) denominou escuta ativa e metódica [aquela que].

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

O método de análise foi baseado na Análise de Conteúdo, a qual, na definição de Bardin (2011), é um método, qualitativo e empírico que se propõe a analisar diferentes linguagens: escritas, orais, imagens e gestos, abarcando um conjunto de técnicas de análise das comunicações, baseando-se na inferência ou dedução e respeitando critérios específicos. Como enfatiza o nome do método, trata-se de uma análise voltada para a explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo. Em suma, nas palavras da autora, “a Análise de Conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (BARDIN, 2011, p. 50). Assim, “o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (por classificação, por exemplo)” (BARDIN, 2011, p.44).

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

A seguir, apresentamos os resumos dos casos estudados. Cada relato foi redigido pela dupla que entrevistou o trabalhador.

Os nomes dos entrevistados são fictícios e algumas informações pessoais foram trocadas, com o fim de manter seu anonimato, o sigilo e sua privacidade. Também foram modificados alguns dados de identificação pessoal e do vínculo de trabalho, como região e ramo de atuação da empresa, a fim de resguardar os entrevistados. As falas, quando reproduzidas, foram colocadas em *itálico*.

5. RESULTADOS

5.1. TRAJETÓRIAS DE VIDA, TRABALHO E ADOECIMENTO

5.1.1. MACEDO

Macedo, 56 anos, começou como eletricista e, mais tarde, adquiriu a formação de técnico eletrônico, tendo, porém, exercido esta última função por pouco tempo, quando sobreveio o adoecimento. Pode-se dizer que é portador de uma consistente trajetória profissional no mercado de trabalho de sua área, tendo exercido a função de eletricista de manutenção em 4 indústrias de diferentes ramos industriais, totalizando 29 anos de trabalho, sendo que, em uma delas, permaneceu por 17 anos, tendo saído em razão de mudança da empresa para outro município. Durante o tempo que trabalhou nesta empresa, fez um curso técnico em eletrônica. Ingressou, então, na empresa com a qual tem vínculo atualmente, como técnico eletrônico de manutenção.

É casado, mora com a esposa e dois filhos jovens adultos, um recém-formado e outra universitária. Relatou na entrevista que buscou, junto com a esposa, formar os filhos e propiciar condições para que pudessem cursar uma faculdade, já que acreditava na importância da educação.

Ressaltou constantemente que cumpria com seus deveres “trabalhando e pagando impostos e que contribuía para o INSS. Quem trabalha tem direitos”.

Apesar de nos dizer ter desacreditado da afirmação acima, seu discurso permanece ancorado na ideia do trabalho que gera direitos. Estas eram as regras do jogo, no início de sua vida profissional.

Ele nunca havia se afastado do trabalho, de 1974 até 2009, por doença ou acidente de trabalho. Porém, na última empresa, onde exerceu a função de técnico eletrônico da manutenção, por apenas 1 ano, teve que afastar-se do trabalho por motivos de saúde.

Após pouco tempo do ingresso nesta empresa, passou a sentir “falta de ar”, tendo que ir constantemente, de 2 a 3 vezes por semana, ao médico da empresa e, às vezes, ao pronto-socorro, para tomar medicação e inalação. Nunca havia tido tal sintoma, o qual, no começo, após uma inalação, sumia. Pela rápida remissão do

sintoma, demorou a se perguntar como aquilo havia surgido. Com o passar dos dias, semanas e meses, o sintoma foi se intensificando e se tornando renitente.

Como técnico eletrônico da manutenção, acompanhava o processo de fabricação para observar o funcionamento das máquinas. Para isto, ficava, boa parte do tempo, junto a elas. Assim, tinha contato diário com um produto químico, sobre o qual recai a hipótese médica de ser a causa da asma adquirida por Sr. Macedo. Esta hipótese tem como fundamento o fato de este produto ser reconhecido como um dos principais causadores das asma ocupacionais, segundo relato de médicos especialistas.

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

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

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

Por causa da asma, o médico do trabalho já havia lhe dito que ele precisava se afastar do trabalho, mas o Sr. Macedo resistia. Porém, ao tomar conhecimento de que a empresa contratara novo funcionário para exercer a mesma função que ele exercia, passou a pensar que a empresa preparava-se para demiti-lo. Ela, que vinha negando o reconhecimento do problema nas condições de trabalho, estava tomando providências que denotavam intenção de demiti-lo. A demissão, naquele momento, seria um evento trágico na vida de Sr. Macedo, pois, doente e aos 56 anos, dificilmente arranjaría outro emprego numa indústria.

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

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

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

Faz tratamento medicamentoso orientado por médico pneumologista do convênio, recebe acompanhamento do médico pneumologista de um ambulatório público especializado em doenças ocupacionais. Além disso, para conseguir o fornecimento dos medicamentos pelo Estado, precisa fazer acompanhamento médico no Hospital das Clínicas. Jamais conseguiria custear estes medicamentos com o valor recebido pelo INSS e ele não poderia fazer nenhum tipo de atividade remunerada, por imposição legal.

Para obter os medicamentos do SUS, precisa comprovar a doença, tendo, por isso, que se submeter a novos exames a cada 3 ou 6 meses (RX e prova de função pulmonar). Pois, se fosse pagar por eles, teria que desembolsar 400 reais por mês.

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

Toda perícia médica é vivida com sofrimento. Dias antes e depois dela, o Sr. Macedo sofre. Não há diálogo com o perito, que apenas examina documentos, laudos

médicos e pede para que ele aguarde do lado de fora do consultório. Por três vezes, teve o benefício negado, pediu reconsideração da alta e conseguiu resposta positiva.

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

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

Falta pouco tempo para completar o tempo de contribuição necessário para a aposentadoria por tempo de serviço, mas Sr. Macedo não sabe exatamente o quanto, pois está preso em um labirinto burocrático. Segundo o artigo 60, inciso III, do Decreto 3048/99 e ainda artigo 55, inciso II da Lei 8213/91, o tempo em auxílio-doença só conta como tempo de contribuição, se intercalado por períodos de atividade. Devido a esta regra, o técnico que o atendeu disse-lhe que somente poderiam fazer a contagem de seu tempo de contribuição depois que ele voltasse ao trabalho.¹⁶ Isto colocou o Sr. Macedo numa situação de indefinição, até que retornasse ao trabalho. Porém, o senhor Macedo encontrava-se impossibilitado de voltar ao trabalho nas mesmas condições de trabalho existentes na empresa à qual está vinculado. Este era o parecer médico. E a sua percepção também. Nisto parece concordar a perícia médica, que o encaminhou para o serviço de reabilitação profissional do INSS.

Foi feita uma tentativa de retorno ao trabalho, porém em outra função, mas mesmo assim Sr. Macedo passou mal, pois o produto dissemina-se por toda a planta da fábrica e, uma vez desencadeada a asma, a convivência com o agente irritante é muito difícil. Diante disto, a empresa recusou a tentativa. O médico perito, ao receber Sr.

¹⁶ Não foi encontrado nenhum ato normativo que respalde esta conduta de não fazer a contagem de tempo enquanto a pessoa está afastada por doença do trabalho, uma vez que, ainda que o tempo de afastamento somente se efetive no momento do retorno, poderia ter sido feita uma simulação.

Macedo de volta, deu-lhe alta. Macedo entrou com pedido de reconsideração. E retomou a condição de afastado.

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

Como vou conseguir outro emprego, depois de passar 3 anos no INSS? É como pegar um ex-detento!

Caso consiga comprovar que trabalhou em condições perigosas numa outra empresa (exposição à eletricidade, já que era eletricitista), terá direito à aposentadoria especial, cujo valor mensal é de 100% do salário de benefício, sem aplicação do fator previdenciário. A penúltima empresa em que trabalhou não pagava o adicional de periculosidade e havia omitido informações no PPP e, por isso, ele não tinha como comprovar a periculosidade para fins de aposentadoria especial. Disse que já foi reconhecida tal condição (o trabalho perigoso – por lidar com eletricidade) na Justiça, de forma coletiva, por ação movida pelo sindicato, mas cada um dos trabalhadores teria que mover ação individual para requerer a sua aposentadoria especial. Já se tiver que se aposentar por tempo de contribuição, será aplicado o fator previdenciário¹⁷, reduzindo o valor da aposentadoria. Como administrativamente, não consegue uma resposta, Sr. Macedo ingressou com dois processos judiciais, um solicitando aposentadoria especial e

¹⁷ Durante a redação deste relatório, foi editada a Medida Provisória 676/2015, que se converteu na Lei 13.183/15, introduzindo o artigo 29-C na Lei 8213/91, tornando possível ao segurado optar pela não incidência do fator previdenciário, na hipótese de o total resultante da soma de sua idade e de seu tempo de contribuição, incluídas as frações, na data de requerimento da aposentadoria, for igual ou superior a noventa e cinco pontos, se homem, observando o tempo mínimo de contribuição de trinta e cinco anos.

outro, aposentadoria por invalidez. De nenhum dos dois tem resposta ainda. No INSS, não consegue nenhum parecer formal sobre sua situação quanto a aposentadoria.

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

Segundo parecer médico, não há cura para seu problema. Sr. Macedo sente também que não houve nenhuma melhora. Apenas sente alívio quando usa o remédio.

Em casa, consegue fazer algumas poucas atividades, como lavar louça. Passar pano no chão já não consegue. Então, para passar o tempo, quando não está em sua peregrinação atrás de laudos médicos, medicamentos, consultas, hospitais, procura estudar, rever e atualizar-se sobre o que aprendeu no curso técnico de eletrônica.

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

Para a empresa onde trabalhava, não pode retornar, pois estaria novamente exposto ao produto que agrava a asma desencadeada no trabalho. Está afastado, não pode desenvolver nenhuma atividade remunerada. Porém, com capacidade limitada para o trabalho, idade próxima a aposentadoria, Sr. Macedo não sabe o que fazer. Tampouco a instituição de seguridade social sabe. Em meio a tantas regras, portarias, decretos, normativas internas, leis, códigos, a única solução sugerida pela equipe de orientação profissional foi Sr. Macedo arcar sozinho com o risco social gerado pelo adoecimento pelo trabalho. Foi este o aconselhamento que recebeu na reabilitação: volte ao trabalho, peça demissão e arrume outro emprego compatível com seu estado de saúde. Descrito este impasse, a percepção de injustiça salta aos olhos. Sr. Macedo considera a crença em Deus e o trabalho religioso na igreja como algo que o ajuda a tolerar a injustiça de que é vítima.

Fica muito inconformado em ter que ir a justiça para requerer sua aposentadoria.

5.1.2. SOFIA

Sofia, 34 anos, iniciou sua vida profissional como recepcionista num consultório, onde trabalhou por 5 meses, era menor de idade e não tinha registro. Depois, trabalhou por 8 anos numa metalúrgica. O seu terceiro emprego foi numa pequena indústria de plásticos, que realiza uma parte do processo produtivo de um grande laboratório químico. Lá trabalhou por cerca de 1 ano, até adquirir asma ocupacional. Nesta indústria, sua função era de operadora de máquina injetora. Após alguns meses de trabalho, Sofia passou a apresentar sintomas respiratórios, dentre eles, crises de falta de ar que muitas vezes, a levavam ao pronto-socorro. Afastou-se em maio de 2008, após um ano de trabalho.

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

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

Ficou internada por 15 dias. Como não estava em condições de retornar, a empresa encaminhou-a para afastamento. Foi afastada por doença comum, em maio de 2008. E começou a fazer tratamento medicamentoso com Dr. V, o qual, mesmo quando tomou conhecimento de que ela havia sido afastada por doença comum, e que a origem ocupacional da doença tinha sido ignorada, não tomou nenhuma providência. No entanto, em documentos internos do hospital, provavelmente seu prontuário, na época de sua internação, ela pôde saber que ele registrou sua percepção de que era doença do trabalho. Isto porque uma enfermeira comentou: *Seu caso é ocupacional, né.* E Sofia perguntou: *como você sabe?* Ela respondeu que o médico tinha colocado isto no prontuário. Por isso, quando foi afastada, achou que estava tudo documentado e que a

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

Aí, eu corri atrás, fui ao sindicato, mas não tinha médico do trabalho. O presidente do sindicato conversou comigo e verificou o laudo e o CID e concluiu que o CID consta como ocupacional, no ramo da empresa em questão. E me encaminhou para um CEREST. O médico do CEREST emitiu a CAT, mas a empresa não deu resposta. Fui encaminhada pelo médico do sindicato para a Fundacentro, em 2010. E da Fundacentro encaminharam para o Hospital das Clínicas (HC).

Disse que não estava satisfeita com o acompanhamento do plano de saúde e passou a se tratar no HC.

Sofia é portadora de asma ocupacional, causada por isocianato de metila, agente presente na indústria de plástico.

Embora tenha apresentado posteriormente vários laudos médicos atestando a natureza ocupacional da doença, inclusive de ambulatórios especializados e tenha feito pedidos de reconhecimento da natureza ocupacional, o INSS nunca modificou seu benefício para acidentário. Segundo diagnóstico médico, o isocianato de metila é o principal causador das asma ocupacionais, sendo, portanto, de conhecimento esperado de peritos que atuam na interface saúde/trabalho.

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

A fala da perita soou como uma acusação de que Sofia estaria mentindo, causando em Sofia reações de retraimento, porém, ao mesmo tempo de revolta. Revolta que não tinha lugar para ser externalizada, uma vez que a médica perita era vista como uma autoridade. Sofia sentiu-se inconformada ao saber que a médica que havia

colocado sob suspeita a natureza ocupacional de sua doença no pulmão, não era pneumologista.

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

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

Neste momento, a perita, apenas respondeu que ela estava tendo a chance de se tratar em bons lugares, a Fundacentro e o HC. Porém, não transformou seu benefício para auxílio-doença acidentário, ou seja, não reconheceu a natureza ocupacional da doença.

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

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

Seu quadro de saúde é considerado pelos especialistas que a assistem, incompatível com o trabalho nas condições existentes na empresa.

Sofia encontrava-se, na ocasião da entrevista, na véspera de uma perícia. Estava muito angustiada, pois o resultado da última perícia havia sido uma negativa não documentada do reconhecimento da natureza ocupacional de sua doença, apesar de todas as evidências existentes. Portadora de um quadro crônico de asma, vinculada a uma empresa que tem no seu processo produtivo a origem e agravamento desta mesma doença (no caso dela, a presença de um produto, reconhecido pela literatura científica como um dos principais desencadeantes de asma e pela legislação como um agente irritante) e sem o vínculo da doença com o trabalho reconhecido, Sofia está prestes a perder também o emprego e voltar ao mercado de trabalho, com sequelas e nenhum tipo de garantia, amparo estatal à sua sobrevivência ou mesmo reparação material pela perda da saúde. Até a época da entrevista, as condições de trabalho permaneciam as mesmas na empresa, segundo Sofia.

O INSS tentou encaminhá-la para o retorno ao trabalho, seja por alta e encerramento do benefício, seja por meio da reabilitação profissional.

Na reabilitação profissional, a profissional responsável pelo seu caso tentou encontrar um curso que pudesse fornecer à Sofia a retomada de sua vida produtiva, porém suas limitações provenientes da falta de ar pelo quadro grave de asma,

impossibilitavam seu deslocamento diário e mesmo o enfrentamento de atividades diárias.

Assim, na ocasião da entrevista, acabara de sair de uma tentativa infrutífera de reabilitação profissional e ia comparecer à perícia que decidiria o rumo daquela situação. Estava com muito medo.

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

Sofia relata ter ficado muito abalada emocionalmente:

Fiquei muito triste depois que fiquei doente. Andava pela rua chorando. Cheguei a pagar 300 reais por mês de tratamento que me falavam pra fazer.

Tive uma crise uma vez na frente da minha casa, gritava... Eu queria que eles pagassem pelo que me fizeram. Fiquei várias vezes internada. Eu era uma pessoa que mal ia em médico!

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

Na época da entrevista movia ação judicial face ao INSS para reconhecer a natureza ocupacional e conversão de benefício de B31 (auxílio-doença comum) para B91 (auxílio-doença acidentário).

5.1.3. JORGE

Jorge, 35 anos, é casado há 10 anos. Tem uma filha de cinco anos e um menino três meses. Iniciou sua vida laboral aos 16 anos em uma pequena empresa de fabricação de telas de alambrado (arame). Trabalhava na área de produção que ficava nos fundos

da loja onde as telas eram comercializadas. Desligou-se após 3 anos de trabalho. Passou por um breve período desempregado e depois começou a trabalhar na linha de produção de uma empresa de grande porte, no ramo de produção de peças de plástico para carros. Trabalhava na prensa moldando peças de polietileno. Permaneceu nessa atividade por aproximadamente dois anos, até que a empresa entrou em falência. Então, com aproximadamente 23 anos, começou a trabalhar com um parente, em atividade da construção civil. Permaneceu nessa atividade por aproximadamente dois anos e meio. Com o falecimento do parente, Jorge parou de exercer esta atividade.

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

Por volta de 1 ano após o início nessa atividade, passou a apresentar eventualmente alguns sintomas respiratórios, percebendo um cansaço fora do normal. Em geral, acordava bem, mas a noite o mal estar se intensificava e tinha que tomar algum tipo de medicamento. Nesta época, Jorge não relacionava este seu mal-estar com o trabalho; pensava que poderia ser uma consequência das variações climáticas de São Paulo, da poluição atmosférica ou somente uma decorrência do cansaço cotidiano.

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

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

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

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

Mas em sua opinião, não é preciso um acidente como o dele para adoecer desta forma. Sabe de um colega seu que trabalhou lá sete anos, que não manipulava o forno aberto, mas que está com a mesma doença que ele.

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

Das palavras de Jorge sobre seu cotidiano de trabalho na empresa, formamos uma cena de trabalho repleta de agressões psicológicas. Os patrões nunca foram cordiais. Como disse Jorge, “*não são patrões que conversam civilizadamente*”. O chefe tratava os funcionários aos gritos. Não havia diálogo no local de trabalho e nem era prática comum explicar procedimentos. O que havia era pressão para que o trabalho fosse realizado em pouco tempo.

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

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

Lá eles não mandam embora, é difícil. Eles querem que você peça a conta. (...) Tinha um baixinho [líder] que era terrível. Era cada palavrão... às vezes eu saía mais cedo para ir ao médico. No dia seguinte esse cara ia na máquina [no posto de trabalho]

e [me] xingava, a ponto de um dia eu quase querer agredir ele. (...) Mas não é xingo assim não, é coisa que ofende a moral mesmo! Eles ficavam jogando piadinhas, fazendo brincadeiras, coisas assim que... diante do grau de dificuldade que eu estava passando... quem me entendia mesmo era só a minha esposa. Tinha dias que eu chegava em casa parecendo que eu ia morrer.

Não eram somente as consequências físicas do acidente que debilitavam Jorge. Conforme relatado acima, não havia nenhuma compreensão dos padrões de que Jorge passava por grandes dificuldades e de que precisava de ajuda. Jorge era visto como um problema do qual a empresa usava táticas de assédio moral (como os xingamentos constantes e sem motivo aparente) para se livrar. Aos poucos, Jorge perdia a vontade de ir ao trabalho, e até mesmo “*de se levantar da cama*”.

Após o acidente, a empresa separou a área de fundição em um galpão à parte e comprou equipamentos de proteção individual (EPI), já que antes ninguém usava. Nas estimativas de Jorge, trabalhavam cerca de 10 pessoas na fundição, e 15 na usinagem. Porém, nada fez no sentido de fornecer suporte e cuidados médicos a Jorge, por mais evidente que fosse seu sofrimento físico e psicológico. Tampouco pouparam Jorge dos descontos em seu salário em decorrência de suas faltas ou saídas, por mais que fossem justificadas por atestados médicos. Jorge explicava seu problema e suas constantes idas ao hospital, pedia para não ser descontado, mas nada era feito. Até o dia em que ele decidiu ficar em silêncio e aceitar que a empresa descontasse do seu salário as horas em que ele havia comparecido ao médico.

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

O primeiro afastamento do trabalho, pelo INSS, foi em 2004 por três meses, após o que, o perito deu alta. Sem condições de trabalhar, Jorge recorreu, obtendo mais

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

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

Contraditoriamente, em conversa com Jorge, nenhum dos patrões reconheceu que ele estava doente. Faziam piadas e brincavam com a situação. Jorge contou na última entrevista que não se importava mais com isso, mas que já havia sofrido bastante com estas atitudes. Era como se duvidassem dele e o acusassem, pois, se ele não estivesse doente, por que agiria como tal? Relatou que a médica que o atende no ambulatório da Fundacentro, explicou a ele a origem do seu problema e tomou as medidas que cabiam, relatando o problema ao INSS, emitindo laudos, aconselhando-o e fazendo com que Jorge se sentisse apoiado.

Após a tentativa infrutífera de readaptação, conseguiu mais dois anos de afastamento sem a necessidade de perícias periódicas (de 2010 a 2012). Após este período, foi encaminhado novamente à Reabilitação Profissional, não obtendo sucesso, mais uma vez, na tentativa de retorno, pelo agravamento dos sintomas, principalmente a falta de ar.

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

Em suma, à época da entrevista, Jorge estava sem trabalhar desde julho de 2004, tendo recebido auxílio auxílio-doença acidentário apenas entre 2006 e 2012. Havia passado pela reabilitação profissional, mas não pôde concluí-la porque os cursos oferecidos o expunham ao contato com agentes que intensificavam seus sintomas. Da mesma forma, o retorno ao trabalho era impossível, tendo em vista a presença do agente irritante no ambiente de trabalho. Retornou à perícia, recebeu alta e teve a reconsideração do seu pedido de auxílio acidentário negada, ocasião em que lhe deram alta e exigiram-lhe nova CAT. Após meses sem receber nenhum tipo de benefício, entrou com ação judicial contra o INSS, que, à época de nossa última entrevista, continuava sem lhe pagar. Ou seja, Jorge estava sem benefício, ainda em tratamento médico e sem nenhum outro tipo de renda. Sua saúde debilitada não lhe permitia sequer pensar em pedir demissão da empresa e buscar outro emprego, o que o faria perder a chance de lutar pelo seu devido auxílio-doença acidentário.

Segundo ele, soube em sua última visita ao INSS, que seu nome estava bloqueado para receber pagamentos, devido à ação judicial que moveu contra a instituição. Em outubro de 2014, o Serviço de Medicina da Fundacentro forneceu-lhe um encaminhamento para a Defensoria Pública, para que esta o ajudasse a obter do INSS a concessão do benefício, uma vez que não seria possível o seu retorno ao trabalho.

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

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

A situação sócio-econômica de Jorge e sua família mudou drasticamente após o acidente de trabalho. O casal considerava estar em um momento de ascensão econômica, pois tinham dado entrada em um apartamento havia um ano e conseguiam pagar com folga o financiamento. Saíam aos finais de semana para passear na cidade com os filhos. Após o acidente, com os gastos médicos e suspensão do benefício, não

conseguiram pagar as prestações do financiamento e foram aconselhados pelo atendimento da Defensoria Pública do Estado de São Paulo a devolver o imóvel, antes que fossem despejados¹⁸. A prestação do apartamento mais o condomínio totalizavam R\$ 800,00, em 2012.

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

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

Segundo lhe explicaram, a asma ocupacional, não tem cura, mas precisa ser tratada com remédios para que o paciente continue a ter autonomia física. Os remédios são de uso contínuo e de alto preço, principalmente para quem está sem nenhum tipo de renda¹⁹. Jorge também não possuía plano de saúde particular. A empresa nunca ofereceu assistência médica, desde os tempos em que ainda trabalhava. O SUS disponibiliza farmácias em unidades básicas de saúde, que devem oferecer os remédios gratuitamente. Mas tanto nestas quanto no Hospital das Clínicas, raramente Jorge

¹⁸ Cabe salientar que, para casos de incapacidade permanente para o trabalho, o SFH – Sistema Financeiro Habitacional- prevê um seguro que quita a parte do valor correspondente à proporção da contribuição da renda da pessoa inválida para o financiamento. O seguro objetiva liquidar ou diminuir a dívida em casos de morte ou aposentadoria por invalidez permanente, total ou parcial, decorrente de acidente ou doença, que o torna incapaz para exercer seu trabalho ou qualquer outra atividade laborativa. No caso de Jorge não foi possível utilizar este seguro porque sua incapacidade não é considerada permanente e não está aposentado.

¹⁹ Jorge utiliza todos os dias e sempre as seguintes medicações: Aerolin spray, Atrovent gotas, Berotec gotas, Alenia e Avamys. Nas quantidades em que precisa, o custo total dos remédios é de 367 por mês (valores de 23 de fevereiro de 2015). Aerolin spray 2 inalações 4 x dia; Atrovent 30 gotas 4 x dia; Berotec 6 gotas 4 x dias; Alenia 12/400 60 doses; Avamys 60 doses

conseguia a quantidade necessária dos medicamentos que necessita, tendo que voltar várias vezes.

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

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

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

5.1.4. CARLOS

Carlos, 22 anos, solteiro, ajudante geral em fábrica de móveis, encontrava-se, à época da entrevista, afastado do trabalho há aproximadamente 6 meses, recebendo auxílio-doença.

Sua primeira experiência profissional foi aos 17 anos, como menor aprendiz, executando tarefas de auxiliar administrativo e mensageiro numa pequena empresa de produtos odontológicos. Permaneceu neste emprego por 3 anos, ao fim dos quais a empresa faliu.

Após um mês de desemprego, Carlos ingressou numa fábrica de móveis, como ajudante geral. Sua função inicial era a colagem de espuma. Após poucos meses, passou para outra função: o enchimento de almofadas. Perto de seu posto de trabalho se utilizava um produto impermeabilizante, sobre o qual recaiu a hipótese mais provável

de ser o causador de seu problema de saúde. Passou a sentir falta de ar cada vez mais frequente e intensa. Logo, Carlos, que corria e jogava vôlei, parou de praticar esportes.

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

Após 7 meses de trabalho, foi internado com grave crise de falta de ar. Um dos médicos disse que ele estava com “ar fora dos pulmões”.

Afastou-se ainda sem um diagnóstico preciso e sem reconhecimento da natureza ocupacional, embora os médicos suspeitassem que o quadro pudesse estar relacionado ao produto impermeabilizante utilizado na fábrica e, por isso, o encaminharam à Fundacentro para uma avaliação. O caso era descrito pelos médicos como atípico. Fez duas cirurgias e, na época da entrevista, encontrava-se em recuperação da cirurgia. Relatou que não sentia mais nada, mas os médicos orientaram a evitar atividade física.

Os médicos da Fundacentro diagnosticaram seu quadro como pneumonia química por exposição a polímeros, de origem ocupacional.

Porém, os donos da empresa procuraram relacionar a doença a outras questões, inclusive criando e disseminando uma versão de que Carlos usava drogas e estas seriam a causa do adoecimento. Um parente de Carlos, que trabalhava na mesma empresa, ouviu tais versões, mas tinha medo de perder o emprego, então não tocava no assunto e não rebatia as histórias que iam se disseminando.

5.1.5. ANDERSON

Anderson, 41 anos, começou a trabalhar aos 15 anos em um depósito de vasilhames, onde permaneceu de 1986 a 1988. Em 1988, passou a trabalhar para outra empresa também de vasilhames, do mesmo dono da anterior. Permaneceu nesta firma até 1995, ano em que passou a ser empregado de outra empresa, também do mesmo dono, até 1997. Ou seja, dos 15 aos 26 anos, apesar de constar em sua carteira de trabalho ter trabalhado em 3 empresas diferentes, todas pertenciam ao mesmo dono. Em todas elas, Anderson ocupava a função de ajudante geral, exercendo a mesma atividade: carregava e descarregava caminhão de engradados de vasilhames de cerveja e refrigerante vazios. Geralmente ficava dentro do caminhão, pegava o engradado e

colocava na beira do caminhão para outros pegarem. A jornada de trabalho era bastante longa. Havia dias em que entrava às 7:30 e saía somente às 22:00 ou 23:00.

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

Neste mesmo ano, ingressou numa indústria de alimentos, que processa amendoins e produz salgadinhos, barrinhas de cereais. Ela fornece amendoim para grandes empresas. Sua primeira função foi na embalagem de amendoim granulado. Chegava até ele, pela esteira, um saco de 1 kg de amendoim dentro de uma caixa. Sua função era segurar a caixa pelas laterais e batê-la numa mesa, sacudindo-a, para que o amendoim “abaixasse” e ficasse o mais compactado possível, dentro da caixa, para que depois fosse iniciado processo de embalagem a vácuo. Diz que exerceu esta função por cerca de 5 anos. Porém, durante estes mesmos 5 anos, desempenhava outras atividades também, como faxina, carga e descarga de caminhão. Quando houve fiscalização na empresa, a mesma pediu que os funcionários assinassem declaração de recebimento de EPI retroativo à entrada na firma, sendo que eles não haviam usado até então. Fizeram exame de audição em todos. Como foi detectada perda auditiva, Anderson foi afastado desta função, pois, para exercê-la, ficava perto de máquinas que faziam muito ruído. No entanto, como havia operado o ouvido por causa de um tumor, por duas vezes, a origem ocupacional da perda auditiva ficou mais difícil de ser comprovada e foi negada pela empresa. Passou a operar uma máquina grajadeira, na fabricação de amendoim japonês. Ele colocava 50 kg de amendoim, 30 kg de farinha de trigo, 12 l de xarope e “cola” (emulsificante), a mais ou menos 30° C. A máquina ia girando e ele, com uma luva, colocava a mão dentro da máquina, para mexer esta mistura, rodando o braço no sentido contrário ao que roda a máquina, para descolar a mistura das laterais e para desfazer as bolotas que formavam com os amendoins grudados. Ficou 2 anos nesta atividade. Foi nesta fase que se intensificaram as dores nos braços, ombros, pescoço, enfim, toda região cervical. Por causa do ruído e de sua perda auditiva que foi detectada, foi transferido para a fabricação de barrinhas de cereais. As barrinhas chegavam numa bandeja. Ele tinha que pegar as barrinhas e alimentar duas esteiras que as levavam para serem embaladas. Eram 100 barras por minuto. Ao longo do tempo, o empregador modificou e ampliou seu ramo de atuação, mas Anderson permaneceu sendo empregado até 2005.

Considera que a atividade desenvolvida na produção das barrinhas, pelo esforço repetitivo, intensificou seu problema de saúde musculoesquelético.

Segundo Anderson, cerca de meses antes de se afastar pela primeira vez (em 2005), sentia muita dor. Uma vez, o braço travou e ele teve que ir ao Pronto-Socorro. O médico deu 5 dias de licença. Neste hospital, o atestado médico é feito na própria receita. Anderson foi informado de que era norma do hospital. Porém, o RH da empresa não queria aceitar o atestado dessa forma, teria que estar separado da receita. Depois de ir cerca de cinco vezes ao hospital solicitar outro atestado, o que não conseguiu, a empresa aceitou tal como estava.

Uma outra vez, teve novamente forte crise de dor e foi atendido no Pronto-Socorro. De lá, foi encaminhado a um Cerest. Então, no final de 2005, foi afastado do trabalho, a pedido da médica do Cerest por doença relacionada ao trabalho, passando a receber o benefício B-91. Porém, o afastamento foi por cerca de 2 meses somente. Após o vencimento deste prazo, teve que pedir reconsideração, a qual foi negada. Entrando com novo pedido de afastamento, foi concedido, porém, desta vez, como doença comum (B-31). O médico do Cerest pediu conversão do benefício em B-91, mas não foi atendido.

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

Entre janeiro e junho de 2008, Anderson não recebeu nenhuma parcela de benefício previdenciário.

Como recebeu alta, teve que retornar ao trabalho em 25/03/2008, sendo colocado na função de porteiro. Ficou cinco dias nesta função. Porém, a função era inadequada à

sua condição de saúde: o portão era muito pesado e tinha que abri-lo todo momento; a dor piorou e voltou a ser afastado. Num determinado momento, o dono da empresa, que não sabia que Anderson tinha retornado e estava nesta função, ao vê-lo, começou a xingar, disse que o INSS tinha que aposentá-lo etc. Anderson deu nova entrada em afastamento e, desta vez, recebeu B-91 (auxílio-doença acidentário) novamente.

Porém, após cerca de 2 ou 3 meses, recebeu alta novamente. Ao dar nova entrada, passou a receber novamente B-31 (auxílio-doença comum), descaracterizando-se, novamente, a relação do adoecimento com o trabalho.

Entre 2005 e 2008, tratou-se com profissionais de um CEREST e do Hospital das Clínicas. No plano de saúde, chegou a fazer cerca de 100 sessões de fisioterapia, mas, como este era mantido pela empresa e sua relação com a mesma foi se deteriorando, perdeu a confiança e parou de utilizar os serviços vinculados ao plano de saúde.

Em 2009, operou o ombro, sem obter melhora. Foi indicada nova cirurgia, mas o médico que o assistia aconselhou-o a não operar.

Em 2010, houve outra tentativa de reabilitação. Foi encaminhada carta para a empresa contendo as restrições e solicitando função compatível. A empresa alegou que não havia posto compatível com tais restrições. A técnica da reabilitação concluiu que ele não tinha condições de voltar ao trabalho e mandou-o para perícia, sugerindo aposentadoria. Porém, o perito deu alta novamente.

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

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

A partir de abril de 2011 e até o momento da última entrevista, em 2013, não recebeu mais nem benefício nem salário, apenas cesta básica da empresa.

Em conversas com representantes da empresa (dono ou funcionário de RH), Anderson sentia-se hostilizado diretamente e de forma mais velada também.

Anderson relatou que sofreu maus tratos constantes na empresa, antes e depois do afastamento e que possui alguns relatos de situações vivenciadas na empresa, escritas por ele mesmo.

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

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

Em outra ocasião, queimou a mão ao misturar glicose a 100° C com flocos de arroz. Ficou chorando com a mão na água por 40 minutos. Saiu às 6 horas, foi ao hospital a pé. O gerente falou que ele era burro. No outro dia, compareceu com a mão enfaixada e apresentou atestado de 5 dias.

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

Quando vai ao INSS, sente-se desprezado e não acolhido, às vezes até recebido com palavras de desconfiança do que ele apresenta e relata.

Solteiro, mora com a mãe, que trabalha como empregada doméstica. Estudou por 4 anos, mas escreve com limitações.

Na época das entrevistas, tomava vários remédios: *tramol*, *paracetamol*, *ampricitilina*, *diazepan*; passava por diversos profissionais de saúde: médicos, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional; era assistido no Cerest e no Hospital das Clínicas, onde ia uma vez por mês para retirar medicação, além de uma consulta anual.

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

Moveu ação face ao INSS para concessão de aposentadoria por invalidez, mas o pedido foi indeferido. Foi realizada perícia em 09/2009. Em acórdão de 08/2010, foi

confirmado o indeferimento do pedido. A justificativa foi que não se trata de caso de concessão de aposentadoria por invalidez, mas somente auxílio-acidente. Mas como não foi feito tal pedido alternativo pelo advogado, o juiz disse que não poderia deferi-lo. Estava em andamento também ação trabalhista. Nas audiências que ocorreram, não conseguiu olhar para as pessoas da empresa. Sentia-se com raiva e humilhado.

5.1.6. ANTONIO

Baiano de Chique Chique, Sr. Antonio com 51 anos, é casado e tem 3 filhos (15, 14 e 11 anos). Começou a trabalhar com 9 anos na roça e veio para São Paulo com 26 anos. Com grau de instrução até a 4ª série do ensino fundamental, sempre trabalhou com transporte: foi ajudante de motorista, fazia carga e descarga de caminhão.

A esposa trabalhava como diarista (14 anos em casa de família) e recentemente havia arrumado um emprego como auxiliar de limpeza em uma rede de lanchonetes do tipo *fast food*. Recebia em torno de R\$ 750,00 por mês. Completava o orçamento com a renda mínima (R\$ 200,00).

Sr. Antonio exercia a função de ajudante de motorista quando ocorreu o acidente no trabalho. Estava na empresa transportadora havia 3 meses.

A CAT cadastrada em 22/09/2005 registrava queda de pessoa com diferença de nível, causada por dispositivo de transporte/embreagem de fricção atingindo o joelho (CID 10: S800 - Contusão do joelho). Foi atendido no Hospital do Pari sem internação, com afastamento por 30 dias. Embora o atestado do hospital tenha dado apenas 7 dias.

Entrou com solicitação de auxílio-doença acidentário (B91), em 22 de setembro de 2005, e permaneceu afastado por 2 anos e meio.

Em março de 2008, apresentou relatório médico com o diagnóstico CID X: M 232 (alteração de sinal de aspecto degenerativo difuso do menisco lateral com lesão radial na porção interna da transição corpo /corno posterior); M235 (Rotura completa do ligamento cruzado anterior) e M222 (Condropatia incipiente da patela e da tróclea femural). Apesar disso, o INSS o considerou “apto ao trabalho com restrições de movimentos para exercer as funções”.

A partir desta data, ocorreram sucessivos retornos ao trabalho e afastamentos, recebendo ora auxílio-doença acidentário, ora auxílio-doença comum.

A empresa alegava, por diversas vezes, não ter onde recolocá-lo. Em 2008, fez uma declaração ao INSS afirmando que não havia outra função para o segurado, pois se tratava de uma transportadora, existindo apenas como atividade a carga e descarga de caminhão. A empresa afirmava que havia reaberto 4 vezes a CAT e concedia uma cesta básica por mês.

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

Em agosto de 2012, o advogado da empresa propôs pagar o salário referente ao período em que Sr. Antonio não recebeu o auxílio do INSS, por ter tido seu pedido indeferido. Foram 3 meses. Pediram a ele que fosse assinar o ponto todo dia, mesmo não conseguindo trabalhar. Propôs também negociar o período de estabilidade e a sua demissão.

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

O acordo foi o pagamento do período de estabilidade desde o último dia trabalhado, 4 de março de 2012 mais 40% do Fundo de garantia, férias e o direito ao seguro-desemprego.

Sr. Antonio chegou a ir ao MTE e pediu que fizessem os cálculos, mas negociou sua demissão por um valor menor.

Em fevereiro de 2006, o Sr. Antonio havia entrado com pedido de exame de Ressonância Magnética, que foi realizado somente 2 anos depois, em 4 de fevereiro de 2008. Somente em 2010 conseguiu passar por especialista que solicitou cirurgia. Durante os processos no INSS, em 2012, houve novamente uma solicitação de exame por ressonância magnética, que foi marcado para maio de 2013 e que foi adiado porque a máquina do hospital estava quebrada.

No Cerest, sentia-se bem atendido. O serviço do médico emitiam os laudos que ele necessitava para apresentar ao INSS. Mas não teve terapia de apoio social.

Não tinha plano de saúde e, por diversas vezes, quando não conseguia atendimento na rede pública a tempo, teve que pagar consulta com médicos particulares para que estes o examinassem e emitissem laudos e atestados para levar ao INSS.

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

5.1.7. ALICE

Alice é natural do Piauí, tem o ensino médio completo, tendo trabalhado como operadora de caixa por 20 anos. Estava há 12 anos na mesma empresa, na qual relatou ter adquirido tendinite (LER/DORT) nos ombros, nos dedos e nos pulsos, nos últimos sete anos. Há nove anos participava da diretoria do sindicato de sua categoria.

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

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

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

O primeiro diagnóstico foi de tendinite (LER/DORT) nos pulsos e nas mãos.

Passou a se afastar do trabalho pelo menos duas vezes por ano. Inicialmente, passava por médico do SUS. Recebia atestados médicos de 10 ou 12 dias e ficava de repouso, utilizando medicamentos. O quadro foi se agravando e o número de dias para tratamento foi aumentando até que foi necessário se afastar por mais de 15 dias, sendo necessário entrar com pedido de auxílio-doença ao INSS.

Quando procurava o SUS, ficava até três meses para conseguir marcar uma consulta e mais três meses fazendo fisioterapia para alguma melhora. Devido a essa limitação, optou por utilizar o plano de saúde particular, fornecido pelo sindicato com parceria de 50% pago pela empresa.

Três anos depois do primeiro afastamento pelo INSS, foi afastada por 45 dias e mais 45 dias, de acordo com o pedido do médico do convênio que havia sido de 90 dias.

Precisou novamente da perícia do INSS por mais duas vezes, a terceira diz ter sido a pior. O médico que a atendia pediu noventa dias de repouso e o médico perito do INSS concedeu um mês e quatro dias. Retornou ao seu médico que solicitou mais 120 dias. Voltou ao INSS depois do primeiro mês e quatro dias, conforme concessão, e o perito do INSS concedeu o benefício por mais um mês e cinco dias.

Alice contou que, por várias vezes, as licenças ficavam quebradas por conta dos 4 ou 5 dias dentro de um mês e que ficava meses para acertar o pagamento destes dias. Hora pela empresa, hora pelo INSS.

Muitas vezes, recebia alta sem ter concluído a fisioterapia, pelo fato de o médico perito não acatar a quantidade de dias de afastamento solicitada pelo médico assistente. Como ela precisava concluir o tratamento, acabou levando 16 dias de falta no trabalho.

Eu peguei 16 dias de falta. Então, primeiro o INSS não me liberou todos os dias que o médico do convênio me recomendou, daí quando eu volto para empresa, recebo 16 dias de falta e, ainda tive minhas férias reduzidas.

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

Você passa a vida inteira pagando o INSS, aí você adoece ou se acidenta no trabalho (o meu problema foi um acidente de trabalho), e fica nessa situação.

Você fica indignada, se sente lá pra baixo, porque além do dinheiro ser pouco demais, você ainda tem que aguentar aquela humilhação, de ter que ouvir na empresa que você não está apto ao trabalho.

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

Entretanto, o tempo foi passando e não indicaram outra função para ela.

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

Em um dos retornos ao trabalho, a empresa ameaçou tirar os 10% que pagava, além do salário mínimo estabelecido aos comerciários²⁰, por ter que tirá-la do caixa. Um mês depois, a empresa resolveu pagar porque observou que ela tinha sido bastante produtiva. Entretanto, trabalhou pegando peso submeteu-se a esforços demasiados e foi obrigada a afastar-se novamente.

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

No período compreendido entre uma alta dada pela perícia do INSS e o deferimento de um pedido de reconsideração dessa alta, sentia-se obrigada a voltar para o trabalho, ainda que doente, porque não tinha garantias de que a perícia ia conceder e considerar todos os dias desse período em que tinha aguardado a decisão do pedido de reconsideração.

Afirmou que, durante as perícias, os médicos peritos *não olhavam para sua cara*. Faziam alguns testes de movimentos físicos, não falavam a respeito do que percebiam e solicitavam que aguardasse na sala de espera. Sentia-se muito mal.

²⁰ O valor do salário mínimo estabelecido para sua categoria em 2014 foi de cerca de R\$ 750,00.

Quando eu fui a segunda vez dar entrada na consulta, vi uma perita médica usando uma máscara. Aí eu estranhei e perguntei na recepção: a médica está trabalhando doente? Responderam que não, que ela estava trabalhando assim para se proteger. Ela não falava com ninguém. Ela parecia estar com nojo do trabalhador. Se ela tem nojo do trabalhador, o lugar dela não é aqui. Por que ela vai trabalhar de máscara? Ela tem nojo das pessoas que vão falar com ela, quer dizer o ar das pessoas... Ela está com nojo! - eu pensei. Tomara que ela não vá me atender, porque se ela for, eu vou perguntar porque ela está com a máscara.

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

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

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

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

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

Mesmo colegas do sindicato não reconheciam a existência da doença e da dor, sendo frequente que pedissem a ela que carregasse pilhas de informes para distribuição,

e que ajudasse no transporte de caixas. A LER/DORT é uma doença invisível, concluiu ela.

Na época da última entrevista, encontrava-se participando das atividades do sindicato e trabalhando sem uma função específica. Relatou que ainda sentia muita dor e, quando não aguentava, tomava medicação. Tinha muitos gastos com medicação e precisava da ajuda dos filhos para os afazeres domésticos, inclusive para abrir as tampas dos remédios de que fazia uso.

5.2. BREVE ANÁLISE DAS TRAJÉTORIAS DE VIDA APÓS O ADOECIMENTO

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

O trabalhador acometido por doença do trabalho passa por um processo demorado de descoberta e reconhecimento da origem.

A primeira dificuldade relaciona-se à obtenção do diagnóstico e assistência adequada. O trabalhador demora a conseguir o apoio social e a assistência profissional que lhe proporcione as condições mínimas para o primeiro enfrentamento: o diagnóstico e o possível afastamento. Na maioria dos casos, consegue um diagnóstico adequado e esclarecimento somente em serviços especializados de órgãos públicos²¹, com o quadro da doença bastante avançado, sendo que, muitas vezes, o afastamento ocorre sem que haja ainda um diagnóstico correto.

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

No início, eu achava que era do coração, nem imaginava que era do pulmão. E continuei trabalhando. E foi agredindo as pequenas vias respiratórias. Teve situação de

²¹ Ex.: CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SUS), Fundacentro (MTE), Hospital das Clínicas.

eu estar trabalhando, começar a passar mal e quase desmaiar. Hoje, tenho que usar medicamento contínuo. Mexeu com meu psicológico. Fiquei doida. Eu não aceitava que estava doente por causa do trabalho. Não queria tomar remédio. Fiz vários exames pra verificar se era mesmo do trabalho, fiz exame até pra Lupus! Tanto que passei na psicóloga. Ficava pensando: se eu não tivesse vindo trabalhar aqui, eu não estava assim... Eu conversei com os médicos, pedi pra me operar, pra fazer qualquer coisa, porque eu quero ficar boa. Eles falaram: olha não tem jeito, vc vai ter que tomar remédio até o fim da vida. Triste, né? Aí, eu vou fazer o quê? Tenho que tomar os remédios.

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

Fiz todos os exames de alergia, não deu nada, eu não tenho alergia. Fiz teste pra saber a etiologia da asma. No meu caso, não sou alérgica a nada. Fiz prova de função pulmonar, ... vários exames.

É do trabalho! Eu entrei lá boa. Eu fico me perguntando: Será que meu pulmão estava tão fraco assim pra agravar desse jeito? E agravou. (...)...Mexeu com meu psicológico. Fiquei doida. Eu não aceitava que estava doente por causa do trabalho. Não queria tomar remédio. Tanto que passei na psicóloga. Ficava pensando: se eu não tivesse vindo trabalhar aqui, eu não estava assim...

Pela demora do diagnóstico correto, o trabalhador permanece em atividade por meses, às vezes anos, convivendo com os sintomas da doença e períodos de afastamentos. Nesse processo, são várias as idas a médicos e pronto-socorro. No caso dos trabalhadores com asma ocupacional, os relatos apontam que, com as crises de falta de ar durante o expediente, a produtividade cai e a relação de trabalho com a empresa, com a chefia e com os colegas vai se degradando. Os colegas e a chefia não entendem as constantes ausências que acabam por sobrecarregar os colegas ou, no mínimo, lhes causar transtornos; o trabalhador adoentado, por sua vez, passa a se sentir em débito com eles, ao mesmo tempo em que se ressentido por estes não compreenderem seu problema e não se solidarizarem com ele, que ficou doente justamente por causa do trabalho. Além disso, no plano simbólico, à medida que a relação da doença com o

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

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

Quase sempre, o desenvolvimento de uma doença do trabalho ocorre silenciosamente e as empresas eludem, de várias formas, o reconhecimento do vínculo da doença com o trabalho, como exemplificam as histórias dos entrevistados.

Os processos de violência e assédio podem já se iniciar nesta fase, a depender de cada caso. Os entrevistados sentiram um estranhamento em suas relações sociais no local de trabalho, a partir dos primeiros sintomas, intensificando-se com o desenvolvimento do quadro e com o afastamento.

Após enfrentar o clima de hostilidade dentro da empresa, vem talvez o elemento mais penoso, que é ser desacreditado pelos órgãos de saúde e previdência, os mesmos que deveriam protegê-lo, tratá-lo e ampará-lo.

A indignação e a sensação de desamparo são frequentes. A partir do momento em que a doença se configura como incapacitante para o trabalho, a assistência à saúde comumente utilizada (plano de saúde e médico da empresa) passa a não dar uma resposta satisfatória ao trabalhador adoecido.

Para o afastamento e no decorrer dele, o trabalhador precisa apresentar laudos ao INSS. Alguns profissionais de saúde demonstram resistência em emitir laudos que

atestem relação da doença com o trabalho, seja pelo desconhecimento das condições reais de trabalho, pela formação deficiente dos profissionais de saúde para reconhecer os determinantes sociais da saúde no contexto de trabalho, seja pelo preconceito e desconfiança em relação ao paciente. Não se pode esquecer também da natural resistência dos profissionais de saúde e segurança do trabalho, empregados da empresa, em reconhecer o vínculo da doença com o trabalho, pela simples relação de subordinação que se compõe entre estes e o empregador e pelo fato de que reconhecer a relação com o trabalho implica na assunção de que há problemas referentes à sua área de atuação na empresa a serem resolvidos.

A relação médico-paciente se modifica quando a doença decorre do trabalho. O trabalhador afastado precisa solicitar de seu médico assistente vários laudos e pareceres a serem apresentados à perícia do INSS e ao médico do trabalho da empresa. O médico que assiste o paciente sofre constrangimentos indiretos, ao ter seu laudo desconsiderado ou mesmo questionado pelo perito do INSS ou pelo médico do trabalho da empresa. Ao propor um tratamento, coloca-se um impasse. A atividade diária do paciente, se ainda trabalhando, prejudica ou inviabiliza a melhora do quadro. E quando em afastamento, o paciente, que está passando por um doloroso processo de aceitação da doença, de mudanças na vida diária, tem que lutar pelo seu direito de se manter afastado das condições de trabalho que o adoeceram, enfrentando as constantes idas e vindas a consultas médicas, exames, perícias, tratamentos, laudos. É um ciclo de retornos ao trabalho (nas mesmas condições adoecedoras) e afastamentos. Este processo envolve sentimentos de desamparo, humilhação, vergonha e rebaixamento de autoestima. Nem sempre o médico que o assiste, sobretudo em contexto de consultório, sem um trabalho de equipe voltado para as especificidades do problema, está preparado ou tem a estrutura necessária para dar apoio e continência ao sofrimento deste paciente.

O tratamento integral adequado ao adoecido pelo trabalho, que considere o problema como um todo e forneça o apoio mínimo necessário em todos os âmbitos do problema, só é encontrado em ambulatórios especializados da rede pública ou de serviços ligados a hospitais-escola. Até encontrar este serviço, o trabalhador enfrenta a resistência dos profissionais de saúde dos planos de saúde, do médico do trabalho, engenheiro e técnicos de segurança do trabalho. É frequente que o encaminhamento a um órgão especializado seja feito por médicos de pronto-socorro ou por médicos do sindicato. É bastante incomum que os profissionais de saúde e segurança do trabalho das empresas bem como os médicos conveniados façam este encaminhamento aos

ambulatórios especializados. Porém, segundo os relatos dos entrevistados, é somente nestes serviços públicos especializados em saúde do trabalhador que estas pessoas têm obtido as informações e o apoio profissional necessário. No caso dos entrevistados, a atenção integral, incluindo os esclarecimentos e apoio para enfrentamento dos caminhos labirínticos do afastamento só foi encontrada nos CERESTs e no ambulatório de órgãos públicos.

Passado este primeiro momento (diagnóstico e afastamento), sobrevém os desafios e consequências do afastamento.

Do ponto de vista da recuperação da saúde, pode ser bom afastar-se, mas significa também ruptura com o meio social e de amigos, quebra da identidade, perda financeira e ruptura com tudo o mais que a inserção no mercado de trabalho pode significar²².

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

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

Após sofrer acidente de trabalho, Sr. Antonio permaneceu afastado por cerca de 2 anos e meio, com percepção de auxílio-doença acidentário, portanto com o

²² Isto se considerarmos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal. No caso daqueles com vínculo informal ou ainda com vínculo precário, nos quais o empregador se desfaz mais facilmente do vínculo, o adoecimento com incapacidade para o trabalho pode resultar ainda na perda completa da renda.

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

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

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

O ponto extremo, ao qual muitos casos podem chegar, é o desamparo de ambos os lados, quando o trabalhador recebe alta do INSS, porém a empresa não lhe reconhece como apto a voltar ao trabalho. Então, iniciam-se sucessivos afastamentos e tentativas de retorno, entremeadas por períodos em que aguarda resposta a pedido de reconsideração da decisão pericial. É comum que fiquem por períodos variados numa situação indefinida quanto ao status trabalhista e previdenciário e sem receber nenhum tipo de renda. No quadro 8, traz-se um exemplo, a situação de Anderson, à época da entrevista, mas também vivenciaram esta situação Jorge e Sr. Macedo. O Sr. Antonio, acabou sucumbindo à pressão e aceitou acordo de demissão com a empresa. Longe de ser uma exceção, de tão comum, esta situação já recebeu uma denominação entre os profissionais de saúde e do direito: “limbo²³ jurídico”, que será tratado adiante.

²³ A palavra limbo é utilizada buscando expressar estado de indecisão, incerteza, indefinição, esquecimento. Há uma lacuna legal para estes casos. Tampouco as práticas institucionais têm

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

Dentre os entrevistados, somente Carlos não havia sido ainda encaminhado para a Reabilitação Profissional, dada a recentidade do adoecimento.

Este enfoque de reabilitação profissional, adotado hoje pelo INSS, coloca o trabalhador, praticamente sozinho, no centro de um conflito. Mostrou-se situação frequente nos relatos, a tentativa de reabilitação profissional infrutífera ser seguida de alta médica evidentemente indevida. Se não foi possível a reinserção sob os cuidados da equipe de reabilitação profissional do INSS, fica evidente que a alta é indevida, uma vez que o encaminhamento para a reabilitação profissional é a prova do reconhecimento de incompatibilidade do quadro de saúde coma função de origem.

Isto mostra que o foco da reabilitação profissional do INSS, tem sido encerrar mais um benefício e não tanto o de amparar um trabalhador no seu retorno ao trabalho.

Neste vai-e-vem, são inúmeras as violências sofridas pelo trabalhador, como passaremos a analisar.

5.3. A VIOLÊNCIA E SEUS IMPACTOS

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

construído soluções. Caem, estes casos, literalmente, numa zona de indefinição e esquecimento quanto ao seu status trabalhista e previdenciário.

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

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

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

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

A segunda categoria que emerge dos relatos é a negação dos direitos trabalhistas e previdenciários. Uma espécie de labirinto burocrático, cujas razões das decisões permanecem ocultas ao trabalhador, como se verá a seguir, acaba por se constituir num instrumento de negação de direitos.

Ambos os tipos acima são sistêmicas, ou seja, ocorrem tanto na empresa quanto no INSS e, às vezes, nos serviços de saúde. Tais ações não são geralmente atribuíveis unicamente a uma pessoa, embora seja possível delimitar e identificar ações de alguns agentes que dão concretude a esta forma de violência.

Já a terceira categoria identificada tem por característica ser um tipo de violência mediada por um agente, que impinge maus-tratos ou mesmo práticas de assédio moral aos trabalhadores adoecidos ou outras violências psicológicas. Esse agente pode ser um operador do setor de recursos humanos da empresa ou funcionário ou perito do sistema de concessão de benefícios ou ainda o chefe imediato ou colegas de trabalho ou mesmo um profissional de saúde da empresa. Fica bastante clara a natureza organizacional/institucional deste assédio, nos moldes descritos por Soboll (2008), uma vez que este agente está premido por injunções organizacionais. Um funcionário do setor de Recursos Humanos (RH) ou do serviço de Medicina do Trabalho de uma empresa, por exemplo, têm grande probabilidade de entrar em conflito com um trabalhador cuja doença tem seu nexo do trabalho negado pela empresa, independente de sua disposição ou intenção pessoal. A interação conflituosa ocorre, por exemplo, quando o trabalhador adoecido solicita documentos de seu

prontuário médico ou outro documento, como o PPP (perfil profissiográfico previdenciário), e o funcionário do RH ou do serviço médico tenha sido orientado a não entregar nenhum documento. Há relatos que ilustram tal situação no próprio item correspondente ao assunto. A depender dos recursos individuais de cada um, tal interação pode redundar em atitudes violentas psicologicamente. E a parte mais vulnerável é o trabalhador afastado.

5.3.1. A SUSPEITA, O DESCRÉDITO E A DESQUALIFICAÇÃO

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

Muitas vezes, o chefe e colegas colocam sob dúvida a real existência da doença, a despeito dos sintomas, muitas vezes notórios, como é o caso da asma, que envolve, falta de ar e desmaios. Outras vezes, os sintomas são invisíveis a olho nu, como nas LER/DORT. E o trabalhador recolhe-se, fica ensimesmado, evita reclamar, para evitar a dor maior de ser tido como mentiroso.

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

Quando o trabalhador já está doente, outra prática comum é atribuir o adoecimento ao fato de o trabalhador não ter usado o equipamento de proteção individual ou não tê-lo feito de forma adequada. O relato do Sr. Macedo nos traz um contraponto a este raciocínio simplista e falacioso, porém tão comum. Neste caso, ocorria justamente o contrário, como o uso da máscara era muito incômodo e prejudicava o andamento da atividade, era regra determinada pela chefia colocá-la somente na hora da aplicação do produto. Quando o Sr. Macedo, pela sensibilidade que desenvolveu em relação ao produto, começou a usá-la todo o tempo, provocou mal-estar entre colegas e chefia. Aquela prática tornou-o diferente dos demais. Diferente de um

jeito incômodo. Todos percebiam sua falta de ar; ele já representava, àquela altura, a evidência do risco e de que mais alguém poderia adoecer.

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

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

Apesar de o perito reconhecer que ela está sendo assistida por dois ambulatórios públicos especializados, o perito que a atendeu não aceitou os laudos emitidos por estas instituições públicas, que declararam, ambos, a natureza ocupacional de sua doença.

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

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

O momento de pegar o envelope com a decisão do perito é de grande angústia:

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

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

A outra coisa é que você não pode falar em dinheiro lá [na perícia], em valores de dinheiro. Por que se você falar, eles já falam assim: “sem chantagem emocional, Sr. Antonio!!...” Já me falaram isso umas 3 ou 4 vezes. Como se a gente pudesse viver sem dinheiro. Negar o benefício, eles podem, está na mão deles. Agora tratar a gente desse jeito???. Achar que a gente está pedindo esmola?! ...Isso aqui foi um acidente de trabalho. Se não tivesse acontecido isso, a minha casa não estava desse jeito aí [a entrevista foi realizada na casa do entrevistado]. Eu estava trabalhando e mantendo a minha família. Hoje eu não posso comprar nada.

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

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

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

Por outro lado, alguns relatam a importância do suporte que receberam de familiares. Jorge é um exemplo. Relata que recebeu um grande apoio da esposa. É ela inclusive que, quando necessário, vai até a empresa. Ela, além de trabalhar, reservou um tempo para acompanhar Jorge em consultas, exames. A sogra também compreende seu problema de saúde e procura auxiliar a família.

Sr. Macedo também descreve, além da família, a religião como uma fonte de força para enfrentar as dificuldades advindas do afastamento do trabalho.

A descaracterização pode ocorrer em qualquer etapa. Ou seja, ainda que tenha havido o reconhecimento da doença do trabalho, em algum momento, isto pode vir a ser descaracterizado. Apesar do quadro crônico de LER/DORT, Alice recebeu, em sua

última perícia, o parecer de que estava apta ao trabalho habitual e que a doença era inexistente:

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

O mesmo ocorreu com Anderson e Sr. Domingos. Após anos de afastamento, CAT emitida, posteriormente, ocorreu à descaracterização do reconhecimento da doença ou acidente do trabalho.

5.3.2. COLOCAR OBSTÁCULOS OU IMPEDIR O EXERCÍCIO DE DIREITOS TRABALHISTAS E PREVIDENCIÁRIOS

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

A exigência descabida feita pela empresa para considerar válido o atestado médico de Anderson são um exemplo. O atestado de 5 dias de afastamento tinha sido feito junto com a receita médica. A empresa exigiu que o atestado estivesse separado, o que indica a intenção de somente opor um obstáculo ao direito de se afastar do trabalho, já que tal ação não encontra nenhuma justificativa plausível. Anderson foi cinco vezes ao hospital solicitar outro atestado e, por cinco vezes, recebeu uma negativa. Este ir-e- vir do hospital em busca de algo sem o menor sentido foi vivido como uma humilhação para Anderson. Ao final, a empresa aceitou o atestado tal como estava, uma vez que não havia motivo plausível para recusá-lo.

As crises de asma fazem com que o trabalhador precise ir muitas vezes ao Pronto Socorro durante o expediente de trabalho. É o que aconteceu com Jorge, sr.

Macedo e Sofia. Jorge conta que, nestes atendimentos frequentes, os médicos do hospital davam-lhe inalações e injeções, e não solicitavam a emissão de CAT, apenas forneciam atestado. Da mesma forma, Sofia não teve a CAT emitida, embora em seu prontuário o médico tivesse anotado que se tratava de doença relacionada ao trabalho. A emissão da CAT é sempre evitada pelos médicos. É possível hipotetizar as razões: evitar ocupar o tempo com questionamentos sobre o trabalho e com o preenchimento propriamente dito da CAT; receio de sofrer pressões do setor jurídico da empresa; receio de ser desligado do convênio médico. Porém, as motivações para tal esquiva do dever médico mereceria um estudo mais aprofundado.

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

O relato de Sofia é bastante exemplificativo:

Fiquei muito triste depois que fiquei doente. Andava pela rua chorando. Cheguei a pagar 300 reais por mês de tratamento que me falavam pra fazer.

Tive uma crise uma vez na frente da minha casa, gritava... Eu queria que eles pagassem pelo que me fizeram. Fiquei várias vezes internada. Eu era uma pessoa que mal ia em médico!

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

Os relatos confirmam a queixa generalizada de que os peritos não atuam costumeiramente com diligência suficiente para a identificação da contribuição do trabalho nos adoecimentos que avaliam, atitude que mereceria estudo aprofundado, uma

vez que, ao Estado, em tese, interessaria tal diferenciação, dada a possibilidade de ressarcimento via ações regressivas.

Massoni (2012) salienta que as altas médicas indevidas negligenciam direitos básicos sociais garantidos constitucionalmente.

A alta médica de trabalhadores incapacitados para o retorno à função tem sido cada vez mais comum (MASSONI, 2012). O instituto da alta programada (Decreto nº 5.844, de 13 de julho de 2006), que permite ao perito conceder afastamento com alta pré-determinada, ignorando desdobramentos e desenvolvimentos que o quadro nosológico possa vir a apresentar, é um exemplo destas práticas.

Há decisões judiciais no sentido de considerar ofensivo ao princípio da razoabilidade a conduta de presumir recuperação da capacidade para o trabalho, sem que seja feita uma avaliação ao final do período (MASSONI, 2012)

O segurado fica numa espécie de labirinto burocrático, que lhe exige: familiaridade com a leitura de normatizações diversas, postura proativa, e mesmo certa capacidade de argumentação, desembaraço e senso de justiça.

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

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

Massoni (2012) aborda este tema e analisa a tendência de decisões judiciais nesta problemática, denominada Limbo Jurídico, situação na qual o trabalhador fica desamparado pela lei. E, como ele demonstra, as empresas também experimentam insegurança jurídica nesta temática. Porém, como são a parte forte na relação empregador-empregado, faz prevalecer seu interesse, como os relatos atestam.

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

Todas as tentativas de Reabilitação Profissional descritas pelos entrevistados foram infrutíferas e demonstraram procedimentos divorciados da realidade do segurado.

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

Anderson, após um longo período de afastamento por Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) e problemas na coluna cervical, foi encaminhado para a reabilitação profissional do INSS. Quando foi atendido, pela primeira vez, pelo técnico da RP, já foi encaminhado para a empresa, com uma carta onde constavam descrição de suas limitações físicas e solicitando posto de trabalho compatível com tais limitações. O quadro crônico de sua doença o impossibilitava de se expor aos esforços repetitivos, exposição ao calor, necessidade de posturas inadequadas e pressão por produção do último posto de trabalho. A empresa tentou alocá-lo na portaria, tendo porém que manusear um pesado portão várias vezes ao dia. Tal tentativa resultou infrutífera e ele foi re-encaminhado ao INSS, que prolongou por mais alguns anos o seu afastamento. Houve uma segunda tentativa do INSS em “reabilitá-lo”, de forma muito parecida com a primeira. Também não deu certo e ele voltou a ficar afastado por mais algum tempo. Após um certo tempo, o perito deu alta a ele, sob o argumento de que nada mais podia fazer por ele e que seu quadro de saúde, embora crônico, era estável. Ou seja, a tentativa de reabilitá-lo não deu certo, pois o seu quadro de saúde não era compatível com as condições de trabalho da empresa. No entanto, ele recebeu alta, para voltar ao mesmo posto de trabalho, mesmo tendo este histórico todo registrado no INSS. A empresa, por sua vez, não o aceitou para trabalhar, já que ele não se encontra em condições de trabalhar mesmo. Porém, não se pode esquecer que ele não se encontra em condições de trabalhar, justamente por ter adquirido uma doença causada pelo trabalho. É um labirinto burocrático sem sentido, no qual, os conceitos de aptidão ou inaptidão, capacidade ou incapacidade para o trabalho, limitações, doença tem aplicação apenas quando se harmonizam com os critérios burocráticos do órgão segurador. Se houvesse uma aplicação real destes

conceitos, o trabalhador não receberia alta do órgão segurador sem ter condições de trabalho. Esta incongruência foi identificada em todos os casos.

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

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

5.3.3. IMPOR MAUS-TRATOS, FAZER AGRESSÕES VERBAIS, OFENDER, ASSEDIAR MORALMENTE

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

Diferentemente das demais formas de violência, esta é passível de ser atribuída a uma pessoa. Porém, o agente da violência quase sempre tem pouca margem de manobra em suas decisões. Normalmente, os agentes da violência são chefes imediatos, donos de pequenas empresas, funcionários do setor de Recursos Humanos da empresa, peritos do INSS, orientadores profissionais da reabilitação profissional do INSS. O mau-trato parece ocorrer quando tal agente percebe-se sob pressão, entre o problema do trabalhador adoecido e as determinações da empresa ou do órgão segurador.

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

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

... eles ficavam jogando piadinhas, fazendo brincadeiras, coisas assim que... diante do grau de dificuldade que eu estava passando... quem me entendia mesmo era

só a minha esposa. Tinha dias que eu chegava em casa parecendo que eu ia morrer
(Jorge)

Em conversas com representantes da empresa (dono ou funcionário de RH), Anderson era hostilizado diretamente e de forma mais velada também.

As tentativas de retorno ao trabalho, em decorrência da dificuldade de voltar à mesma função sem agravar o quadro de saúde, também são situações que predispõem a violências diversas.

Em uma das vezes em que Anderson voltou ao trabalho, foi colocado no setor de portaria, atendendo telefone. Porém, ficou apenas um dia, pois o dono da empresa, ao tomar conhecimento, não permitiu que ele permanecesse e mandou-o ao médico. Assim que o dono da firma o viu, disse:

Caramba, você não melhora! Só piora! Você tem o quê, porra? Quem mandou você para cá [portaria]?

O trabalhador adoecido é visto como um problema do qual a empresa quer se livrar. Nestas tentativas, muitas vezes, as condutas descambam para a violência psicológica.

No caso de Jorge, aos poucos, ele foi perdendo a vontade de ir ao trabalho e até mesmo de levantar da cama.

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

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

O senhor Antonio, ao entrar na sala da perita, colocou sua pasta de documentos, laudos para poder abri-la.

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

Quando vai à empresa, a esposa de Jorge fala com a filha do dono (administrativa) e evita encontrar o dono da empresa, por causa do comportamento agressivo dele. Certa vez, ao encontrar Jorge, o dono da empresa disse:

Tomara que desta vez a gente se livre de você.

5.4. IMPACTOS SOCIAIS E ECONÔMICOS NA VIDA DO TRABALHADOR AFASTADO

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

No que se refere ao Brasil, no presente estudo qualitativo, é possível inferir que, apesar de, em alguns casos, o valor do benefício poder ter sido superior ao salário²⁴, quase sempre o afastamento do trabalho vem acompanhado de prejuízo financeiro, pelo não recebimento de valores decorrentes da suspensão do vínculo trabalhista (como o 13º salário, o auxílio-transporte, entre outros), pelo gasto significativo com medicamentos e transporte e pelas interrupções no recebimento do benefício previdenciário. Esta

²⁴ Este estudo foi feito antes da medida Provisória 664/2015 e conseqüente Lei 13.135/2015, a qual limitou a possibilidade de o valor do benefício ser maior do que o valor do salário, uma vez que determinou em seu artigo 1º, parágrafo 10º que o salário de benefício não poderá exceder a média aritmética simples dos últimos 12 (doze) salários-de-contribuição, inclusive em caso de remuneração variável, ou, se não alcançado o número de 12 (doze), a média aritmética simples dos salários-de-contribuição existentes (ver nota de rodapé nº 1).

inferência é reforçada a partir das consequências relatadas, como perda de bens, aumento do endividamento e interrupção de projetos de vida que demandem investimento financeiro, abordados a seguir.

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

Chama-se de interrupções quando, por exemplo, o INSS dá alta médica indevida e a empresa não considera o trabalhador apto e não aceita seu retorno ou mesmo o médico assistente recomenda não retornar. Então, o trabalhador solicita ao INSS a reconsideração da decisão pericial. Se aceita, recebe retroativamente os valores vencidos. Se negada, não recebe, restando ainda a chance de dar nova entrada. Porém, mesmo se aceita a nova entrada, não recebe retroativamente. Ou seja, há períodos em que trabalhador fica sem receber seus direitos.

Ademais, enquanto aguarda a decisão do INSS, tanto na reconsideração como na nova entrada (caso não tenha retornado ao trabalho), é comum que o trabalhador tenha precisado se endividar para manter o sustento da família.

Configura-se, tal postura, como uma negligência a um direito social básico, relativo a sobrevivência digna do trabalhador. Massoni (2012) categoriza a alta médica previdenciária de trabalhadores segurados sem condições para o trabalho como uma “delinquência social praticada pela autarquia previdenciária”.

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

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

Alguns entrevistados foram aconselhados a abandonar o emprego atual, cujas condições de trabalho são incompatíveis com seu quadro de saúde já prejudicado, e tentar outro emprego. No entanto, ao fazer isto, ele deixaria pra trás sua história e conquistas e arcaria sozinho com os ônus de um risco social, que é o adoecimento pelo trabalho. Um dos ônus seria o enfrentamento de práticas de seleção discriminatórias, as quais, embora ilegais, e cada vez mais sob a mira daqueles que protegem direitos fundamentais, ainda ocorrem. Estas seleções solicitam exames médicos diversos, excluindo das oportunidades de trabalho, as pessoas portadoras de alguma doença ou característica predisponente.²⁵

²⁵ Uma das características alvo de discriminação é a obesidade, o que tem sido denunciado pela mídia em várias ocasiões. (Folha de São Paulo, 17/05/14, Caderno Cotidiano, p.5; Folha de São Paulo, 04/04/02, caderno cotidiano, p. C7; Folha de São Paulo, 05/11/10, Caderno Cotidiano, p.C1). Outro exemplo: era feita exigência de exame papanicolau e colposcopia para que concursadas pudessem ser admitidas no serviço público paulista (<http://www.cut.org.br/noticias/governo-de-sp-discrimina-mulheres-concursadas-e-fere-privacidade-afirmam-especia-2a75/>)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

Dentro de um contexto de trabalho de cobrança e busca de aumento de produtividade, a violência se volta intensamente ao trabalhador que passa a produzir menos e a faltar por causa de uma doença. Da mesma forma, diante do órgão segurador, num contexto de “Estado-contentor-de-gastos”, o segurado que se afasta por doença do trabalho representa um gasto para o sistema previdenciário, geralmente em longo prazo, já que seu retorno ao trabalho é quase sempre mais difícil pela presença das condições adoecedoras e agravadoras da doença no próprio local de trabalho. Isto faz com que, naturalmente, sofra várias dificuldades para fazer valer seu direito de afastar-se recebendo um benefício, uma vez que o profissional que avalia e decide, ou seja, o

médico perito é pressionado por esta lógica de contenção de gastos. Além desta pressão, o trabalho do perito bem como dos demais servidores do INSS encontra-se pré-determinado de maneira significativa pelos sistemas operacionais informatizados (MEDEIROS, 2012).

Sendo o INSS autarquia federal responsável pela administração do regime previdenciário dos trabalhadores do setor privado, ou seja, pelo reconhecimento dos direitos, realização de perícias médicas e pagamentos de aposentadorias e outros benefícios previdenciários, os seus servidores são automaticamente os executores das medidas restritivas impostas para concessão desses benefícios, o que determina as suas especificidades no conjunto das transformações operadas no campo da Administração Pública e da Previdência Social. (MEDEIROS, 2012)

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

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

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

As ações de maus tratos, agressões verbais entre outras, contra o trabalhador adoecido ocorreram em situações onde se evidenciavam injunções organizacionais e/ou institucionais.

No INSS, na medida em que o trabalho dos servidores dentro destes sistemas operacionais restritivos entra em choque, frequentemente, com os direitos dos trabalhadores adoecidos, eles acabam entrando em conflito com estes últimos, o que caracteriza as violências por ele perpetradas como de natureza organizacional/institucional, embora moduladas por características individuais.

Este duplo golpe contra o trabalhador segurado que fica afastado do trabalho por incapacidade, atinge o equilíbrio psíquico da pessoa já adoecida e fragilizada pela incapacidade de trabalhar.

Assim, nem de longe tem se levado em consideração a já natural vulnerabilidade do trabalhador quando adoce, como bem nos lembra Seligmann-Silva (2001, p. 306):

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

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

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

Quando a incompatibilidade de seu quadro de saúde com as condições de trabalho realmente impedir qualquer tentativa de retorno, como é o caso de asma grave desencadeada por agente presente no ambiente de trabalho, o trabalhador e a empresa ficam numa situação indefinida, numa lacuna jurídica, para a qual há somente decisões judiciais a guiarem a tomada de posição de cada um destes agentes, o trabalhador e a empresa. É o chamado limbo jurídico ou limbo trabalhista previdenciário, que ameaça a sobrevivência digna do trabalhador. Porém, se trouxermos a esta discussão do limbo, a sabida negligência com a vigilância das condições de trabalho por parte do Estado, temos que esta situação é gerada justamente pela insuficiência das ações de punição e correção das condições lesivas de trabalho.

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

Para além do grau de gravidade do adoecimento e das violências psicológicas aqui relatadas, todo este processo (de adoecimento, afastamentos, retornos ao trabalho etc) se constitui como uma força poderosa a determinar o futuro das pessoas acometidas. As mudanças de vida relatadas, em alguns casos, são imensas. O sistema

previdenciário e as políticas de proteção social teriam como finalidade justamente evitar ou, ao menos, amenizar estas mudanças de cunho econômico e social (que podem chegar à ameaça do sustento familiar) trazidas pelo adoecimento pelo trabalho e pela incapacidade, total ou parcial, permanente ou temporária. Mas o que encontramos foram relatos de tragédias pessoais e familiares causadas pelo desprovisionamento econômico das famílias dos adoecidos e acidentados: trajetórias ocupacionais são interrompidas, as pessoas ficam sem a sua fonte de sustento, os planos e sonhos pessoais e familiares são suspensos ou cancelados. A depender da idade e fase da vida em que a doença e a incapacidade manifestam-se, chega a ser inviabilizada a solidificação de uma identidade social e profissional e traz profundas mudanças na família.

O trabalhador adoecido, impossibilitado de usar sua força de trabalho, apresenta um estado de grande vulnerabilidade social, e não tem sido devidamente amparado pelo Estado. A ausência estatal nesta relação empregado/empregador vulnerabiliza o trabalhador adoecido a condutas empresariais perversas (demissão de trabalhador que adoeceu pelo trabalho, táticas de pressão e violência psicológica para que o trabalhador adoecido e improdutivo peça demissão, táticas para excluir ou amenizar a responsabilização futura do empregador, que impedem exercício de direitos trabalhistas e previdenciários entre outras ações já descritas). Tendo em vista que o agente econômico, conceitualmente e de forma inevitável, visa o lucro, caberia ao Estado estabelecer seus limites e modular esta relação, no sentido de garantir o direito destes trabalhadores à manter sua saúde e integridade física e psicológica. A lesão a este direito atinge, inclusive, o interesse público, quando cria riscos à saúde pública ou consequências suportadas socialmente. Foram para isto delineadas as políticas e instituições de proteção social.

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

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

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

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

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

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

Destaca-se que tal parâmetro não é médico nem legal, podendo, inclusive, ferir direito fundamental de preservação à saúde do segurado. O texto não deixa claro se tal critério encontra-se incorporado no sistema operacional da concessão de benefícios e de que forma e qual o grau de discricionariedade que o sistema permite ao perito exercer. Porém, ele claramente suplanta critérios médicos e legais e demonstra que o sistema está concebido para conter ou abreviar a concessão do benefício.

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

Se, por um lado, do ponto de vista da gestão, pretende-se adequar o sistema no sentido da propagada contenção de gastos públicos, por outro, tal prática generalizada na previdência social tem produzido verdadeiras catástrofes individuais, levando à

negação de direitos de trabalhadores alijados de sua capacidade de trabalho e à negação do amparo social de incumbência da previdência social. A gravidade da ação é imensa, sobretudo quando se leva em conta que tal adoecimento e incapacidade para o trabalho decorrem, em parte, da insuficiência e debilidade das ações estatais na proteção à saúde do trabalhador, sob a égide da aplicação da lógica privada na gestão do Estado.

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

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

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

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

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Adriane Reis de – Assédio Moral Organizacional. In: Rev TST, Brasília, 73(2), abr-jun 2007.

ARAÚJO, Gustavo Ribeiro. Consequências sociais do acidente de trabalho experiências, narrativas e reestruturação da vida cotidiana de trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais graves em Salvador – Bahia. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. UFBA, 2008.

AMEILLE, J e cols. – Consequences of occupational asthma on employment and financial status: a follow-up study. In: **Eur Respir**, 1997; 10:55-58

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOURDIEU, P – Compreender. In: Bourdieu P (coord) – **A miséria do mundo**. 3ª edição. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Lei 8213/91, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25.07.1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm. Acesso em: 18.03.2016.

BRASIL. Lei 8212/91, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 25.07.1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm. Acesso em: 18/03/2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 05/10/1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 18/03/2016.

BRASIL. Lei 8036/90, de 11 de maio de 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 14/05/1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8036consol.htm. Acesso em: 18/03/2016.

BRASIL. Decreto nº 99.684, de 8 de novembro de 1990. Consolida as normas regulamentares do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 12/11/1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D99684.htm. Acesso em: 18/03/2016.

BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-Lei, n.º 5452, de 1 de maio de 1943. Diário Oficial da União, 09/08/1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm. Acesso em: 18/03/2016.

BRASIL. Medida Provisória 676, de 17 de junho de 2015. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 18/06/2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Mpv/mpv676.htm. Acesso em: 18/03/2016.

BRASIL. Lei 13.183, de 4 de novembro de 2015. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 05/11/2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13183.htm. Acesso em: 18/03/2016.

BRASIL. Lei 13.135, de 17 de junho de 2015. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 17/06/2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13135.htm. Acesso em: 18/03/2016.

BRITTEN, N – Qualitative interviews in health research. In: Pope C e Mays N – **Qualitative Research in Health Care**. London: BMJ Books, 2000. Disponível em: <http://www.bmjbooks.com>

Chiesa AM, Garbin ADC, Müller E, Lopes PS, Neves IR. As repercussões emocionais das LER/DORT no cotidiano do trabalhador: a invisibilidade ameaçadora. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 2002; 27:9-25.

COSTA-BLACK, KM - Reabilitação profissional & prevenção da incapacidade laboral: Uma síntese de textos que apresentam conceitos essenciais para um diálogo ético e científico aprofundado. Texto apresentado à FUNDACENTRO e recomendado aos participantes da 'Oficina sobre Programas de Reabilitação Profissional' a ser realizada em 17 de abril de 2013, São Paulo. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/Texto%201%20Costa-Black.pdf>

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

DEMBE, AE – The social consequences of occupational injuries and illnesses. In: **American Journal of Industrial Medicine**. 40: 403-417 (2001).

Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo, *Cadernos de Pesquisa*. 2002; março; 115:139-54.

European Agency for Safety and Health at Work - Workplace violence and harassment: a European picture, 2011. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC/view>. Acessado em: 06/07/2015.

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

FUNDACENTRO. Proposta de Diretrizes para uma Política de Reabilitação profissional. São Paulo: agosto, 2013. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/carcINSTITUI%C3%87%C3%83O%20RESPONS%C3%81VEL.pdf>

GASSERT, Thomas H; HOWARD, Hu; KELSEY, Karl T; CHRISTIANI, David C – Long-term health and employment outcomes of occupational asthma and their determinants. In: JOEM, 40(5), may 1998, p. 481-491.

HOEFEL, M.G. et al. Uma proposta em Saúde do Trabalhador com portadores de LER/DORT: Grupos de Ação Solidária. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2004, vol.7, pp. 31-39;

LANCMAN S.;DALDON, MTB; BARROS J; GONÇALVES,R; JARDIM,T; Processos de retorno e permanência no trabalho: elementos estruturantes para a construção de um modelo de ação. Paralelo15, Brasília, 135-157; 2013 In Simonelli, AP; Rodrigues, DS; Saúde e trabalho em debate - Velhas questões novas perspectivas. 504p.

LAVOIE, KL; JOSEPH, M e BACON, SL - Sofrimento psicológico e asma ocupacional. In: Curr Opin Allergy Immunol. 9:103 – 109, 2009.

LIMA, Cristiane Queiroz Barbeiro et al . Assédio moral e violências no trabalho: caracterização em perícia judicial. Relato de experiência no setor bancário. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo , v. 39, n. 129, June 2014. . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572014000100101&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0303-7657000050313>.

MACHADO, Jorge MH; GOMEZ, Carlos Minayo – Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. In: Cad Saúde Públ, Rio de Janeiro, 10(supl. 1): 74-87, 1994.

MASSONI, Túlio de Oliveira – Os desafios do trabalhador em face da (indevida) alta previdenciária. In: Revista Brasileira de Previdência – atuária, contabilidade e direito previdenciário. 1ª edição. Novembro de 2012. Disponível em: <http://revbprev.unifesp.br/index.php/edic/9-um/14-osdesafios>

MEDEIROS, FM - ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: Desconstrução neoliberal, mutações objetivas e subjetivas e suas particularidades em Juiz de Fora. Juiz de Fora: UFJF, 2012.

MELO, MPP e ASSUNÇÃO, AA – A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. In: PHYSIS - Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 13(2):105-127, 2003.

MERLO A.R.C. et al. Trabalho em Grupo com Portadores de LER/DORT: Relato de Experiência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2001, 14(1), pp.253-258.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. INSS – Manual de Perícia Médica da Previdência Social. Disponível em: <http://www.ieprev.com.br/userfiles/file/tabela%20de%20teto%20inss/manualdepericiasmedicasdoINSS.pdf>

MINAYO, MCS – A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. In: Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10(supl. 1): 07-18, 1994

MINAYO, MCS, *O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 5ªed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e SOUZA, Edinilsa Ramos de – É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. In: Ciência e Saúde Coletiva, 4(1): 7-32, 1999.

OLIVEIRA, Roberval Passos e NUNES, Mônica de Oliveira – Violência Relacionada ao Trabalho: uma proposta conceitual . In: Saúde Soc. 17(4): 22-34, 2008.

PAPARELLI, Renata – Grupos de enfrentamento do desgaste mental no trabalho: discutindo saúde mental do trabalhador no sindicato. In: Rev Bras Saúde Ocupacional, São Paulo, 36 (123), jan-jun 2011.

REBOUÇAS, Antonio José de Arruda – A aposentadoria especial e a desconstrução de direitos sociais, no regime geral da previdência social. In: Fundacentro – I Seminário

sobre aposentadoria especial como um instrumento de proteção à segurança e saúde do trabalhador – Conferências proferidas. São Paulo: Ministério do Trabalho e Emprego, 2010.

SANTOS Junior, Éber Assis dos; DIAS, Elizabeth Costa – Violência no Trabalho: uma revisão da literatura. In: Rev Bras Med Trab, Belo Horizonte: 2(1), p. 36-54, jan-mar, 2004.

SATO, L., ARAÚJO, M. D., UDIHARA, M. L., FRANCO, M. A. J., NICOTERA, F. N., DALDON, M. T.B. & SILVESTRE, M. P. (1993). Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 79(21), 49-62.

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

SCHRAIBER, Lilian Blima; d'OLIVEIRA, Ana Flávia P L; COUTO, Marcia Thereza – Violência e saúde: estudos científicos recentes. In; Rev Saúde Pública: 40(N Esp): 112-120, 2006.

SOBOL, LAP - Assédio moral/organizacional: Uma análise da organização do trabalho. São Paulo: Ed.Casa do Psicólogo, 2008.

TAKAHASHI, Mara Alice BC; Simonelli, AP; Sousa, HP; Mendes, RWB; Alvarenga, MVA - Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest–Piracicaba, SP. In: Rev Bras Saúde Ocup, São Paulo, 35(121): 100-111, 2010;

TAKAHASHI, MABC; Mendes, TT; Rodrigues, DS; Bravo, ES; Simonelli, AP - Agir articulado entre atenção, reabilitação e prevenção em saúde do trabalhador: a experiência do Cerest-Piracicaba. In: Revista de Estudos do Trabalho, ano V, n.9, 2011;

TOLDRÁ, Rosé Colom; DALDON, Maria Teresa Bruni; DOS SANTOS, Maria da Conceição; LANCMAN, Selma. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a

experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador–SP, Brasil. **Rev Bras Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010.

VIEIRA, Carlos Eduardo Carrusca; LIMA, Francisco de Paula Antunes; LIMA, Maria Elizabeth Antunes – E se o assédio não fosse moral? Perspectivas de análise de conflitos interpessoais em situações de trabalho. In: **Rev Bras Saúde Ocupacional**, São Paulo, 37(126): 256-268, 2012.

WARSHAW, LJ (1998) – Violence in the workplace. In: ILO/International Labour Organization (org.) Encyclopedia of occupational health and safety. Disponível em: <http://www.ilo.org/iloenc/part-vi/violence/item/786-violence-in-the-workplace>. Geneva: Ilo Publications. Acessado em: 06/07/2015.

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