

UBAJARA SILVEIRA RORIZ

**EDUCAÇÃO E SAÚDE EM MEIO LABORAL.
UM ESTUDO SOBRE A ESTRATÉGIA DE
SOBREVIVÊNCIA DE TRABALHADORES COM
DOENÇAS DO TRABALHO**

Orientadora: Rosa Serradas Duarte

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração
Instituto de Educação**

**Lisboa
2014**

UBAJARA SILVEIRA RORIZ

**EDUCAÇÃO E SAÚDE EM MEIO LABORAL.
UM ESTUDO SOBRE A ESTRATÉGIA DE
SOBREVIVÊNCIA DE TRABALHADORES COM
DOENÇAS DO TRABALHO**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação no Curso de Mestrado em Ciências da Educação, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, com o Despacho Reitoral N.º. 481/2016, com a seguinte composição de Júri:

Presidente:
Professor Doutor Óscar Conceição de Sousa
Arguente:
Professora Doutora Sandra Queiroz
Orientadora:
Professora Doutora Rosa Serradas

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração
Instituto de Educação

Lisboa
2014

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.

Minayo (2000)

À Maria Ruth, minha mãe (*in memoriam*).
Ninguém morre enquanto permanece vivo
no coração de alguém.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste texto só foi possível em virtude do apoio de diversas pessoas. Enumerarei algumas delas:

À H., M. A., D., J., S. e R., que trabalharam na Energisa e me abriram as portas de suas vidas para que fosse realizado este trabalho.

À professora Elza Ferreira Santos, pela atenção e informações cedidas.

À professora Jussileide Ramos Bomfim, pelo apoio e sugestões.

Ao professor Albert, pelo apoio dado e observações.

Ao professor Antônio Teodoro, pelo zelo que demonstrou com as leituras críticas e sugestões que me fizera ao longo da composição desta dissertação.

À professora Rosa Serradas Duarte, pelas douras observações que me permitiram obter o rumo adequado à elaboração deste trabalho.

Ao professor Óscar Sousa, pelas esclarecedoras ideias.

Ao Newton e à Nandjara, meus irmãos, pelo incentivo.

À Terezinha, pela companhia, compreensão e conversas que ajudam no processo de motivação.

RESUMO

Esta dissertação busca refletir acerca da educação em saúde em meio laboral, estudando a estratégia de sobrevivência de seis trabalhadores e ex-trabalhadores com doenças do trabalho, na Empresa de Distribuição de Energia Elétrica de Sergipe (ENERGISA), nos anos 90, do século XX, e nos primeiros anos do século XXI. Observou-se a dinâmica do mercado de trabalho e os mecanismos de exclusão e segregação existentes na sociedade, refletindo-se sobre a proposta de estratégia qualificante de Elenice M. Leite, socióloga, secretária adjunta de Formação e Desenvolvimento Profissional do Ministério do Trabalho. No cotidiano dos indivíduos ouvidos em entrevistas semiestruturadas, foi possível saber sobre suas rotinas profissionais, vida social e em família, um cotidiano que reflete questões atuais que extrapolam o universo educacional na esfera política, econômica e social. Através de suas vozes encontram-se ideias expostas na Teoria Geral de Piaget, na qual o estudioso explica que o conhecimento é um processo e não um estado, em seu ponto de vista biológico, ser inteligente é adaptar-se ao meio. Ocorre, de acordo com Piaget, a equilíbrio/adaptação – assimilação – acomodação e, em sua teoria de estádios (níveis qualitativos de adaptação), ele descreve as características dos mesmos. Enfim, a dissertação busca analisar as condições de reinserção dos trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho em Aracaju, Sergipe. Utilizou-se, para tanto, o estudo dos depoimentos de seis trabalhadores entrevistados por intermédio do Sindicato dos Eletricitários de Sergipe e do *Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida*, estabelecido pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho da União Européia, em 16 de dezembro de 2008. Teve-se como parâmetro para a realização da análise a viabilidade da proposta de estratégia qualificante.

Palavras-chave: Trabalho. Educação. Inclusão.

ABSTRACT

This paper aims to reflect on health education in the work environment, studying the survival strategy of six workers and former workers with occupational diseases, the Company Electricity Distribution Sergipe (ENERGISA), in the 90s of the twentieth century and in the early years of the twenty-first century. We observed the dynamics of the labor market and the mechanisms of exclusion and segregation existing in society are reflected on the proposed qualifying strategy Elenice M. Leite, a sociologist, Assistant Secretary of Education and Professional Development of the Ministry of Labour. Heard in daily life in semi-structured interviews, it was possible to know about their professional, social and family life, a daily that reflects current issues that go beyond the educational universe in political, economic and social sphere routines. Through their voices are ideas outlined in the General Theory of Piaget, in which the student explains that knowledge is a process, not a state, in its biological point of view, is to be intelligent to adapt to the environment. Occurs, according to Piaget, balancing / adjustment - assimilation - accommodation, and his theory of stages (qualitative levels of adaptation), he describes their characteristics. Finally, the dissertation seeks to analyze the conditions for reintegration of workers with Repetitive Strain Injury /Work Related Musculoskeletal Diseases in Aracaju, Sergipe. Was used for both the study of the depositions of six workers interviewed through the Electricity Workers' Union of Sergipe and Programme of Lifelong Learning, established by the European Parliament and the Council of the European Union, December 16, 2008. Had it as a parameter for the analysis and the feasibility of the proposed qualifying strategy.

Keywords: Job. Education. Inclusion.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social
APS	Agência da Previdência Social
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CELB	Companhia Energética de Borborema
CFLCL	Companhia Força e Luz Cataguases Leopoldina
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CNF	Companhia de Eletricidade de Nova Friburgo
DCNE	Diretrizes do Conselho nacional de Educação
INSS	Instituto Nacional de Serviço Social
LDB	Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LER/DORT	Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
RP	Reabilitação Profissional
SAELPA	Sociedade Anônima de Eletrificação da Paraíba
SESMT	Serviço de Saúde e Medicina do Trabalho

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1- MARCO TEÓRICO	15
1.1. TRABALHO E EDUCAÇÃO	16
1.2. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL	18
1.2.1. Consequências do novo modelo econômico para a saúde do trabalhador	24
1.2.1.1. Lesões por Esforços Repetitivos/LER	26
1.3. VIABILIDADE DA PROPOSTA DE ESTRATÉGIA QUALIFICANTE.....	29
1.4. REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	36
CAPÍTULO 2- METODOLOGIA DA PESQUISA	39
2.1. PROBLEMÁTICA	40
2.1.1. Questão de Partida	40
2.2. OBJETIVOS	40
2.2.1. Objetivo Geral.....	40
2.2.2. Objetivos Específicos	41
2.3. HIPÓTESE DE ESTUDO	41
2.4. CAMPO DE ANÁLISE.....	41
2.4.1. A Empresa.....	43
2.4.1.1. Contexto Histórico	44
2.5. TIPO DE PESQUISA.....	46
2.6. INSTRUMENTOS DE PESQUISA	48
2.7. A POPULAÇÃO E OS SUJEITOS DO ESTUDO	49
2.8. PROCEDIMENTOS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	49
CAPÍTULO 3- ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	50
CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICE	i
APÊNDICE 1- ROTEIRO DO INQUÉRITO POR ENTREVISTA	ii
ANEXO.....	iii
ANEXO A- TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS	iv

ÍNDICE DE QUADRO

Quadro 1- Caracterização dos pesquisados quanto à idade e função exercida na empresa.....	51
--	----

INTRODUÇÃO

Estatuto do Homem: Artigo I - “Fica decretado que agora vale a verdade. agora vale a vida, e de mãos dadas, marcharemos todos pela vida verdadeira.”.

(Thiago de Melo, Santiago do Chile, abril de 1964).

No Brasil dos anos 1950, 1960 e 1970, havia sinergia entre o investimento público, comandado pelas estatais, e o privado. Posteriormente, a estratégia de desenvolvimento, no âmbito da América Latina, com base no Consenso de Washington¹, em 1989, segundo Gonzaga Belluzzo (2009), passou a se apoiar em cinco supostos, a saber:

- (1) A estabilidade de preços criaria condições para o cálculo econômico de longo prazo, estimulado o investimento privado;
- (2) A abertura comercial (e a valorização cambial) impor disciplina competitiva aos produtores domésticos, forçando-os a realizar ganhos substanciais de produtividade;
- (3) As privatizações e o investimento estrangeiro removeriam gargalos de oferta na indústria e na infraestrutura, reduzindo custos e melhorando a eficiência;
- (4) A liberalização cambial, associada a previsibilidade quanto a evolução da taxa real de câmbio, atrairia ‘poupança externa’ em escala suficiente para complementar o esforço de investimento doméstico e para financiar o déficit em conta corrente;
- (5) O desbordamento da renda e da riqueza, promovido pelo dinamismo incitado pelos mercados e pela ação focalizada das políticas sociais, é a forma mais eficiente de reduzir a desigualdade e eliminar a pobreza.

Promove-se a privatização, mas, desde o pós-guerra, o gasto público é o componente fundamental às economias contemporâneas, tanto nos países desenvolvidos quanto nos emergentes. Assim, apesar das reformas liberalizantes, o gasto do Estado não diminuiu, uma vez que o volume elevado de investimento público em infraestrutura é crucial para a formação da taxa de crescimento. O neoliberalismo à brasileira dos anos 1990 deixou escapar a oportunidade oferecida pelas privatizações para criar grupos nacionais – privados e públicos – dotados de poder financeiro, com capacidade de competição dos mercados mundiais, comprometidos com as metas do desenvolvimento do país e com a geração de moeda forte. Porém, essa sinergia passou a ser uma das diretrizes da economia política do pré-sal (Belluzzo, 2009).

A descoberta de bilhões de barris de petróleo na denominada camada pré-sal, nas duzentas milhas do mar territorial do país, em poços de petróleo que vão do litoral do estado de São Paulo até o Espírito Santo, passando pelo Rio de Janeiro, deu ensejo ao envio pelo Governo Federal de quatro projetos do pré-sal para o Congresso Nacional: (1) criação do

¹ O Consenso de Washington faz parte do conjunto de reformas neoliberais que apesar de práticas distintas nos diferentes países, está centrado doutrinariamente na desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira e redução do tamanho e papel do Estado (Negrão, 1998, pp. 41-43).

Fundo Social; (2) criação da Petro-Sal, que irá gerir os recursos da União no setor; (3) definição do modelo de partilha de produção, que também trata dos royalties; (4) capitalização da Petrobrás.

Foi aprovado pelos deputados federais, no dia 11 de novembro de 2009, em regime de urgência urgentíssima, com a tramitação dos projetos na Câmara de Deputados. Dentre as propostas apreciadas, há a sugestão do deputado federal Simão Sessim, do Partido Progressista do Rio de Janeiro, para que o dinheiro dos ‘royalties’ seja aplicado, exclusivamente, em saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia e meio ambiente. Conforme se apreende, os temas educação, trabalho e desenvolvimento, não são novos na literatura educacional, podendo se localizar, pelo menos desde os anos 70, vasta produção a respeito, embora com diferentes ênfases ou enfoques. Mais recentemente, desde o início dos anos 90, podem-se destacar três eixos nesse debate, em torno dos quais se estrutura a maior parte dos ensaios. São eles, segundo Leite (1995):

- As mutações e novas configurações do trabalho na sociedade moderna;
- A constituição de um novo paradigma técnico-econômico, implicando reestruturação do setor produtivo e definição de novas trajetórias organizacionais;
- Papel da educação nesse processo não como um ‘capital humano’, mas como base do resgate da qualificação no processo de trabalho e na própria construção da cidadania.

Emerge, nesse processo, um novo perfil e novo conceito de qualificação profissional que vai além do simples domínio de habilidades motoras e disposição para cumprir ordens, incluindo também ampla formação geral e sólida base tecnológica. Não basta mais que o trabalhador saiba ‘fazer’, é preciso, de igual modo, ‘conhecer’ e, acima de tudo, ‘saber aprender’, considerando-se que o novo perfil valoriza traços como participação, iniciativa, raciocínio lógico e discernimento. Face à necessidade da empresa, do interesse do trabalhador e da própria sociedade, a educação para o trabalho não pode ser equacionada exclusivamente intramuros das empresas. É algo que interessa a toda a sociedade, inclusive como dimensão do resgate da cidadania no país (Leite, 1995).

A educação ao longo da vida laboral, inclusive com participação empresarial, pode ser considerada uma importante forma de prevenção em um ambiente de trabalho seguro, no sentido de evitar acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, possibilitando também uma melhor reintegração nas empresas em casos de infortúnios à saúde dos trabalhadores. Nesse

sentido, é fato que a crise da economia mundial, nos anos 70, provocou um debate acerca da emergência de um novo paradigma técnico-econômico, que implicou em profunda reestruturação das empresas e da própria sociedade.

Hoje, pode-se perceber mais facilmente que a questão foi além dos ‘choques do petróleo’, estando em curso, até o momento, um processo de transição que levou mudanças aos padrões monetários, tecnológicos e de competição no mercado, refletindo-se nos métodos de produção, na gestão e organização das empresas, nas relações de trabalho e nos perfis de qualificação. No início dos anos 80, o *marketing* das novas tecnologias prometia máquinas à prova do pior operador, capazes até de substituir mão de obra cara, escassa e/ou reivindicativa. Não deu certo. As máquinas só funcionaram bem quando entregues não aos piores, e sim aos melhores (Leite, 1995).

Essa nova trajetória, ou nova prática produtiva, é uma questão não apenas de liderança, mas, sobretudo, de sobrevivência, em face do novo contexto econômico e social que se desenha, no país, a partir dos anos 80. O novo perfil e o novo conceito de qualificação que emerge, indica a necessidade do trabalhador ir além do simples domínio de habilidades motoras e disposição para cumprir ordens, para incluir ampla formação geral e sólida base tecnológica. Por conseguinte, torna-se indispensável que o trabalhador saiba não somente fazer, mas é preciso conhecer e, acima de tudo, saber aprender (Leite, 1995).

Com base nesses pressupostos, o presente trabalho é resultado de reflexão e análise acerca da evolução e características sociais das Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), no quadro geral de acidentes e doenças do trabalho. No exercício da Medicina, em consultório, no período de fevereiro de 1992 a setembro de 2010, na Clínica São Marcos, em Aracaju, estabeleci contato com pacientes lesionados por LER/DORT. Desde o início, verifiquei que a expansão do número de doentes acarretava, pelos números ascendentes de benefícios pleiteados ou concedidos pela Previdência Social, fortes impactos no sistema de previdência pública, com a distribuição do ônus para o conjunto da sociedade.

A escolha do tema, portanto, decorre de minha experiência na referida Clínica, onde recebia pacientes com a patologia citada, notando o crescimento das LER/DORT entre as doenças do trabalho que, embora não sejam enfermidades recentes, vêm assumindo um caráter epidêmico, sendo algumas de suas patologias crônicas e recidivas, ou seja, de terapia difícil. Isso porque se renovam precocemente, quando da simples tomada dos movimentos

repetitivos, gerando uma incapacidade para a vida que não se resume apenas ao ambiente de trabalho.

A implementação da pesquisa sobre quais as condições de reinserção dos trabalhadores lesionados por LER/DORT no mercado de trabalho, se justifica porque observei que vários fatores contribuem para sua formação, mas sua determinação, em última instância, perpassa pela estrutura social, relacionando-se com as mudanças em curso na organização do trabalho e com as inovações tecnológicas peculiares à reestruturação produtiva. Desse modo, acreditei ser necessário investigar para responder a seguinte questão: Quais as condições de reinserção de trabalhadores lesionados por LER/DORT no mercado de trabalho, que podem ser proporcionadas pela educação? Esse é o meu compromisso para dissertação de mestrado.

Buscando a compreensão das determinações das LER/DORT no contexto da relação saúde-doença, como processo social resultante do desgaste do trabalho (Salim, 2003), a pesquisa foi realizada em Aracaju, Sergipe, durante os anos 90, do século XX, e primeiros anos do século XXI, quando se observou a dinâmica do mercado de trabalho e os mecanismos de exclusão e segregação que lhe são subjacentes. Tentou-se identificar, ao final, a viabilidade de uma proposta com estratégia qualificante de educação permanente, por meio de programas modulares que permitissem múltiplas entradas e saídas no processo escolar, como meio de reinserção de trabalhadores lesionados no mercado de trabalho.

A educação tem sido lembrada como a mais importante mediadora nas grandes transformações, devido, principalmente, ao avanço tecnológico, seja na produção econômica dos bens materiais, seja nas relações políticas da vida social e, também, na produção cultural. Há de se observar que a formação profissional é importante em países de escolarização precária como o Brasil, onde uma grande quantidade de adultos se encontra mal preparada e com poucas chances ou interesse em voltar à escola (Leite, 1995; Severino, 2000).

Tomando como cenário do meu objeto de estudo, as mudanças no mercado de trabalho, em Aracaju, a partir da década de 90, a pesquisa se concretizou mediante depoimentos e ideias de seis trabalhadores com LER/DORT, encontrados no Sindicato dos Eletricitários de Sergipe (Sinergia). Os sujeitos selecionados permitiram conhecer as relações de exclusão social e segregação ocupacional que são subjacentes a essa patologia, em meio às novas condições de organização do trabalho. Os resultados obtidos com a pesquisa poderão servir como apoio para outras pessoas igualmente interessadas no processo de elucidação científica das condições de reinserção, no mercado de trabalho, dos trabalhadores enfermos com LER/DORT.

Pretende-se, ainda, auxiliar os pesquisadores que estejam interessados na viabilidade de proposta qualificante de educação permanente, por meio de programas modulares de capacitação profissional. Não obstante, as estratégias de manejo propostas sobre a temática, devem ser vistas como diretrizes gerais e não como receitas prontas.

Posto isso, após esta breve introdução, eixo em torno do qual se revisita estudos para subsidiar a proposta em termos de objeto da pesquisa, problemática, metodologia de investigação e razões para a escolha do tema, a dissertação se desenvolve dentro da seguinte estruturação:

No Capítulo 1, sintetiza-se o enquadramento teórico realizado a partir de autores como Coimbra, Parada e Imaginário (2001), Ferreira (2002), Frigotto (2002), Leite (1995), dentre outros que enfocam a temática do trabalho e da educação, a qual é tratada, no presente estudo, no contexto da saúde e da formação profissional. Entendeu-se a necessidade de se abordar, ainda, as consequências do novo modelo econômico para a saúde do trabalho, de modo a conduzir o assunto para as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), bem como discutir a viabilidade de uma proposta integradora para qualificar os trabalhadores acometidos pela doença.

O Capítulo 2 é dedicado à investigação empírica, onde se apresentam as linhas do estudo, sobre a temática proposta. Quanto à tipificação metodológica foi selecionada uma pesquisa qualitativa, face à natureza e aos objetivos que nortearam o estudo relativo a múltiplos casos de trabalhadores, entre aposentados e afastados do trabalho em decorrência de histórico de LER/DORT.

O Capítulo 3 engloba a análise e discussão dos resultados obtidos, a partir das informações coletadas mediante inquérito por entrevista semiestruturada. A utilização desse instrumento de recolha de dados teve, como finalidade, reunir elementos para desenvolver uma leitura crítica sobre as percepções de trabalhadores acometidos de LER/DORT, relativas à sua reinserção no mercado de trabalho.

Nas Conclusões, apontam-se alguns aspectos que se consideram fundamentais, interligando os resultados do estudo com a revisão da literatura. Na reflexão global, baseada nos resultados obtidos no trabalho de investigação, conclui-se que existe a necessidade, por parte do Estado e das empresas, de aperfeiçoar, implantar e avaliar programas de estratégia qualificante, capazes de garantir o acesso e retorno ao trabalho desses trabalhadores.

CAPÍTULO 1- MARCO TEÓRICO

“Estatuto do Homem - Artigo II: Fica decretado que todos os dias da semana, inclusive as terças-feiras mais cinzentas, têm direito a converter-se em manhãs de domingo”.

(Thiago de Melo, Santiago do Chile, abril de 1964).

1.1. TRABALHO E EDUCAÇÃO

A necessidade de aquisição de novos conhecimentos guarda estreita relação com a própria sobrevivência do homem, enquanto profissional e cidadão, mesmo que muitos ainda não tenham esta consciência. Portanto, em uma sociedade globalizada, que não valoriza o homem como ser integral, mas o que ele pode produzir, os indivíduos tendem a ter dificuldades ou ficam atordoados com as rápidas mudanças de valores, razão pela qual se credita à educação a melhor saída para ascender ao mercado globalizado.

De acordo com Frigotto (2008), no plano socioeconômico, o capital centrado no monopólio crescente das novas tecnologias microeletrônicas associadas à informática, rompe com as fronteiras nacionais e globaliza-se de forma violenta e excludente, sem precedentes. Globaliza-se, sobretudo, o capital financeiro especulativo que dilapida os fundos públicos nacionais, particularmente das economias do hemisfério sul. Os juros mensais pagos equivalem aos juros anuais dos países centrais. Estruturam-se, de outra parte, blocos econômicos com poder assimétrico, redesenhando a geografia humana planetária.

A nova base científico-técnica assentada, sobretudo, na microeletrônica e incorporada ao processo produtivo, permite que as economias cresçam, aumentem a produtividade, diminuindo número de postos de trabalho. O desemprego estrutural deste fim de século demarca, não apenas o aumento do exército de reservas, mas, especialmente, o excedente de trabalhadores, ou seja, a não necessidade para produção de milhões de trabalhadores. A teoria do capital se apresentou, nos anos 70, como a teoria do desenvolvimento econômico, postulado a explicar, ao mesmo tempo, as desigualdades de desenvolvimento entre as nações e as desigualdades individuais. A fórmula seria simples: maior investimento social ou individual em educação significaria produtividade e, conseqüentemente, maior crescimento econômico e desenvolvimento em termos globais e ascensão social do ponto de vista individual (Frigotto, 2006).

Quando se fala em ‘educação para o trabalho’, ‘formação para o trabalho’, ‘educação-produção’, ‘trabalho como formador de caráter’ ou o ‘valor pedagógico do trabalho’, ‘princípio do conhecimento’, expressões muito em voga, de que trabalho e de que educação e conhecimento estão se falando? Sobre que relações sociais se efetivam essas práticas? Trata-se de trabalho enquanto relação social fundamental, manifestação de vida, isto é, atividades do homem na apropriação ‘ transformação do mundo, da realidade em si mesma,

ou do trabalho como ‘alienação da vida’, trabalho assalariado, mercadoria, força de trabalho? (Frigotto, 2002).

Se for verdade, de modo geral, que as décadas de 70 e 80 sinalizaram um avanço claro na construção teórica que permitiu uma crítica às bases do pensamento humanista tradicional e moderno, ao positivismo, ao funcionalismo e às visões estruturais-reprodutivas da educação, talvez não seja menos verdade que esta construção, que se funda numa perspectiva do materialismo histórico, é do domínio (relativo) de um reduzido quadro de intelectuais da área. Ou seja, a compreensão concreta da política educacional na sociedade de classes como uma prática contraditória, e, enquanto tal, se inscreve, na luta hegemônica entre as classes fundamentais, a fábrica, a escola e outras instituições educativas como aparelhos de hegemonia. Acerca disso, Frigotto (2002, pp. 19-20) continua desenvolvendo seu raciocínio da seguinte forma:

“[...] as questões aqui levantadas, que buscam delinear a problemática que envolve as propostas educativas entre trabalho e educação, nos indicam, fundamentalmente, que esta decorre de uma debilidade e insuficiência, ao mesmo tempo de direção teórica e de investigação crítica, o que não permite aprender as contradições, conflitos, especificidades, diferenças, em suma, adversidade histórica”.

Haja vista que a educação, numa sociedade cujo regime econômico é capitalista, tem sempre o viés da hegemonia da classe dominante, Jean Piaget, em sua Teoria Geral, focaliza o conhecimento de outra forma, segundo um ponto de vista biológico, qual seja: o conhecimento é um processo e o ser humano utiliza sua inteligência para adaptar-se ao meio. Em sua Teoria de Estágios, descreve com pertinência esse processo. Em outra vertente, Carleail (1994 citado por Leite, 1995, p. 7), escreveu:

“[...] a despeito de sua diversidade, ou talvez, por isso mesmo, trabalho ainda constitui uma realidade indissociável do cotidiano dos indivíduos, ‘trabalho é vida’, é uma das acepções fundamentais da categoria trabalho para a população. ‘Trabalhador’ ainda é uma identificação social de alto significado independente da forma e do conteúdo do trabalho”.

No mundo cada vez mais globalizado, mudanças na organização do trabalho não se reduzem mais a fatores internos às empresas, situando-se claramente na lógica das relações econômicas setoriais, nacionais e internacionais. No mundo da ‘fábrica global’, do trabalho e do trabalhador ‘coletivo’, educadores e pesquisadores veem-se hoje desafiados a construir um

quadro de análise que permita uma nova leitura do trabalho, em toda sua heterogeneidade e multidimensionalidade. Citando Fleury (1994), Leite (1995, p. 10) explica que:

“[...] empresas líderes e/ou inovadoras acabam definindo trajetórias potencialmente qualificantes, que demandam aprendizagem continua em dois níveis:
- da organização como um todo, entendida como capacidade de adaptação, mudança, nos produtos, processos, equipamentos, funções, formas de gestão;
- dos agentes produtivos, desafiados a aprender, desenvolver-se e renovar-se, por meio de mecanismos formais e não formais”.

Tudo isso exige um repensar da educação geral e para o trabalho, desde suas bases pedagógicas e conteúdos até seu modelo organizacional. Uma nova parceria se impõe entre os diferentes agentes sociais – governo, empresas, trabalhadores, não trabalhadores – de forma a beneficiar não apenas os trabalhadores de setores modernos, de ponta, mas toda sociedade (Leite, 1995).

1.2. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A prática da promoção da saúde e a prevenção de doenças vêm ganhando grande popularidade, impulsionadas pelo interesse crescente na qualidade de vida das pessoas, pela importância da minimização do sofrimento, da morbidade e mortalidade provocadas por doenças e acidentes, e, também, pela necessidade premente de controle e redução dos gastos com assistência médica, tanto em nível do setor público quanto privado de atenção à saúde (Ferreira, 2000).

Em termos históricos, através de um relatório publicado em 1974, um grupo de especialistas reunido pela *Health Canada*, estabeleceu as prioridades de ações visando melhorar o nível de saúde do povo canadense. A conclusão geral desse trabalho, que ficou conhecido como Relatório Lalonde, indica que as iniciativas no sentido de melhorar a qualidade do meio ambiente (incluindo o do trabalho), mudar hábitos e comportamentos de risco, aumentar o conhecimento sobre a biologia humana, teria um impacto mais efetivo no estado de saúde da população do que continuar investindo tempo e dinheiro apenas na qualidade e eficácia do sistema de assistência médica de um país (Ferreira, 2000).

Como evolução desse marco inicial do incentivo à promoção da saúde, multiplicaram-se estudos feitos nos mais variados países, os quais tinham por finalidade demonstrar, por exemplo: a importância sanitária da adoção de medidas de controle da

poluição ambiental e em locais de trabalho; da prevenção de acidentes em geral; vacinação; realização de exames de rastreamento de doenças; e, finalmente, o papel dos profissionais de saúde, como agentes catalisadores da mudança de estilos de vida prejudiciais para a saúde de seus clientes (Ferreira, 2000).

Para o autor, a abordagem preventiva mais ampla e efetiva pressupõe a saúde do trabalhador, vista, no seu conceito mais geral, como um estado de bem estar físico, psíquico e social adaptado às suas necessidades, em cada diferente momento de sua vida. Não basta, portanto, um diagnóstico precoce e preciso da doença se as medidas preventivas, para evitar a sua evolução, não são adotadas na prática, ou se o tratamento é inacessível ou, ainda, se as repercussões psicossociais ou laborativas desta prevenção, sobre o trabalhador, são catastróficas como, por exemplo, a perda do emprego, a discriminação social, a desestruturação familiar.

Segundo a Convenção nº 161, adotada na 71ª Conferência Internacional do Trabalho realizada em 1985, ratificada pelo Brasil em 1990, que trata especificamente da Regulação dos Serviços de Saúde no Trabalho, entre as funções dos serviços de saúde do trabalho estão, de acordo com Ferreira (2000), as seguintes:

- 1) Identificação dos riscos para a sociedade, presentes nos locais de trabalho;
- 2) Vigilância dos fatores ambientais e daqueles decorrentes das condições de trabalho que podem afetar a saúde dos trabalhadores, incluindo instalações sanitárias, cantinas, alojamentos, quando providos pelo empregador;
- 3) Assessoria no planejamento e organização do trabalho, desde a concepção dos locais de trabalho até escolha, manutenção das máquinas, equipamentos, substâncias e materiais utilizados;
- 4) Participação na elaboração de programas de melhoria das práticas de trabalho, testes e avaliação de novos equipamentos, no que se refere à saúde dos trabalhadores;
- 5) Assessoria em assuntos de saúde, segurança e higiene no trabalho, ergonomia e no que se refere aos equipamentos de proteção individual e coletiva;
- 6) Acompanhamento da saúde dos trabalhadores em relação com o trabalho;
- 7) Promover a adaptação do trabalho aos trabalhadores;
- 8) Contribuir para as medidas de readaptação profissional;
- 9) Colaborar na difusão da informação, formação e educação nas áreas de saúde, e higiene no trabalho, bem como na ergonomia;

- 10) Organizar serviços de primeiros socorros e emergência;
- 11) Participar da análise de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Os trabalhadores vivem, adoecem e morrem de acordo com a inserção que têm no processo produtivo.

Ainda, conforme Ferreira (2000), as ações de atenção à saúde dos trabalhadores podem ser sumarizadas em:

- a) A assistência aos trabalhadores, vítimas de acidentes do trabalho, doenças profissionais, ou doenças relacionadas ao trabalho, compreende as ações de diagnóstico, que incluem o estabelecimento do nexo com o trabalho e recuperação da saúde, envolvendo tratamento e reabilitação quando necessário;
- b) Procedimentos visando ao acesso dos trabalhadores segurados pelo Seguro de Acidentes do Trabalho da Previdência Social aos benefícios previstos na legislação;
- c) Ações de promoção e proteção da saúde, que incluem vigilância da saúde dos trabalhadores e condições e ambientes de trabalho, normatização e fiscalização, e procedimentos de notificação;
- d) Capacitação e treinamento de recursos humanos;
- e) Informação e educação dos empregadores, trabalhadores e outros setores sociais envolvidos ou interessados no tema.

Todavia, promover saúde e prevenir doenças são tarefas complexas que envolvem, no âmbito do trabalho, necessidades, capacidades e habilidades que extrapolam a simples abordagem técnico-científica dos assuntos. Para que a atuação dos profissionais da área seja bem-sucedida, é necessário que as políticas básicas de saúde sejam colocadas em prática, respeitando princípios de qualidade, normas de operacionalização e, principalmente, que haja uma infraestrutura de serviços que trabalhe a favor da viabilização dos projetos idealizados (Ferreira, 2000).

Nesse contexto, é possível se identificar que o processo de reestruturação produtiva tem modificado substancialmente o perfil do trabalho e dos trabalhadores, os determinantes da saúde-doença dos trabalhadores e, conseqüentemente, o quadro de morbimortalidade relacionada ao trabalho e à organização e práticas de saúde e segurança no trabalho. A principal consequência desse processo de transformação, pela repercussão social, é a diminuição dos postos de trabalho, por desemprego estrutural. À diminuição absoluta do emprego, acrescenta-se o aumento das exigências e qualificações requeridas dos

trabalhadores, reforçando a exclusão dos menos qualificados, muitos jovens e mais idosos, menos escolarizados, e/ou portadores de algum tipo de desvantagem biopsíquica ou social (Ferreira, 2000).

Tendo em vista a Educação para Saúde e Formação Profissional, o Parlamento Europeu e o Conselho da União Européia, em 18 de dezembro de 2008, estabeleceram um programa de ação no domínio da aprendizagem ao longo da vida, designado *Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida*. O principal objetivo desse programa consiste em contribuir para o desenvolvimento da União Européia, enquanto sociedade baseada no conhecimento, caracterizada por um crescimento econômico sustentável, com mais e melhores empregos, assim como uma maior coesão social, atuando em paralelo para uma adequada proteção do ambiente, considerando as gerações futuras.

O programa destina-se a promover, essencialmente, os intercâmbios e a cooperação, assim como a mobilidade entre sistemas de ensino e formação, a nível europeu, no sentido destes se estabelecerem como referência mundial de qualidade. O *Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida* 2007-2013, conforme a Direção-Geral da Educação e Cultura da Comissão Europeia (2009), tem como principais objetivos:

- 1) Contribuir para o desenvolvimento de uma aprendizagem de qualidade ao longo da vida e promover elevados níveis de desempenho;
- 2) Apoiar a criação de um espaço europeu de aprendizagem ao longo da vida;
- 3) Contribuir para melhorar a qualidade das possibilidades de aprendizagem, ao longo da vida, existentes nos Estados-membros;
- 4) Reforçar a contribuição da aprendizagem ao longo da vida para coesão social, a cidadania ativa, o diálogo intercultural, a igualdade entre homens e mulheres e a realização pessoal;
- 5) Contribuir para a promoção da criatividade, da competitividade e da empregabilidade, bem como para o desenvolvimento do espírito empreendedor;
- 6) Contribuir para aumentar a participação na aprendizagem ao longo da vida de pessoas de todas as idades, incluindo as pessoas com necessidades especiais e grupos desfavorecidos;

- 7) Promover a aprendizagem de línguas e a diversidade linguística;
- 8) Apoiar o desenvolvimento de conteúdos, serviços, pedagogias e práticas inovadoras, baseado nas TIC, no domínio da aprendizagem ao longo da vida;
- 9) Reforçar o papel da aprendizagem ao longo da vida na criação de um sentido de cidadania europeia baseada na compreensão e no respeito dos direitos humanos;
- 10) Promover a cooperação em matéria de garantia de qualidade em todos os setores da educação e da formação na Europa;
- 11) Incentivar a melhor utilização possível dos resultados e dos produtos e processos inovadores e assegurar o intercâmbio de boas práticas nos domínios abrangidos pelo Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida, no intuito de melhorar a qualidade nos setores da educação e da formação.

Correia (1996 cit. por Coimbra, Parada & Imaginário, 2001, p. 18) relata que:

“As alterações que se verificam, em particular a partir do final da Segunda Guerra Mundial, deram azo a um período sem precedentes de aceleração do tempo histórico. As suas implicações fizeram-se sentir em todas as formas das atividades humanas. Imediatamente após o final do conflito e até inícios da década de 70, assiste-se a uma fase de franca expansão nos diferentes níveis de organização e funcionamento social [...] Fortaleceu-se a crença na existência de uma relação positiva direta entre os níveis de escolarização da população (ou o seu capital escolar) e os de rentabilidade económica ou produtividade, donde derivou, designadamente, a ênfase por uma planificação articulada entre os fluxos de saída dos sistemas de formação e os de entrada no emprego”.

Em contraste, nas três décadas subsequentes, a tal fase de crescimento sobreveio outra, de profunda recessão. O acontecimento que atua como linha divisória desses dois momentos de evolução das sociedades modernas é a crise petrolífera dos anos 70, dando-se a primeira manifestação em 1973, com reincidência em 1979. No decurso desse ciclo, de uma forma crescentemente incisiva, começaram a ser postos em causa os dispositivos operativos e os pressupostos em que se funda o modelo de regulação proveniente dos sistemas sociais, generalizados imediatamente após a Segunda Guerra Mundial. Na sua origem encontram-se, sobretudo, as profundas mutações que sobrevieram no mundo da formação e do trabalho, bem como as interações estabelecidas entre ambos (Coimbra, Parada & Imaginário, 2001).

Assiste-se, assim, a emergência de novas condições de relacionamento entre economia, Estado e sociedade, a individualização e diversificação das relações de trabalho, a turbulência no quadro econômico e financeiro, bem como a uma tendência de progresso dos meios e tecnologias de oferta de produção de bens e prestação de serviços, cada vez mais e mais em tempo real. Por conseguinte, nas suas implicações na redução progressiva, mas visível, das necessidades de mão de obra e nas exigências impostas por uma competitividade acrescida (Coimbra, Parada & Imaginário, 2001).

Para um período de dez anos, antecipa-se que 20% dos efetivos colocados atualmente no mercado de emprego, venham ser substituídos por outros saídos da escola. As pressões e os desafios inerentes aos esforços continuados que as pessoas terão de realizar a fim de garantir a sua empregabilidade, quando não o seu emprego, adivinham-se imensos. Souza Santos (1994, 1998 cit. por Coimbra, Parada & Imaginário, 2001, p. 28) esclarece que:

“A crise contratual da modernidade tem-se feito notar de um modo especialmente premente na advocação dos modelos neoliberais de relacionamento social. Esses modelos, ao preconizarem a reemergência de princípios de ordenação social hierárquica, assentes numa crescente individualização das relações e princípios de regulação social, favorecem o predomínio dos processos de exclusão sobre os de inclusão. Na sua opinião, isso dever-se-ia sobretudo ao facto de grupos gradualmente mais extensos da população verem negado o acesso ao emprego ou o fazerem em condições de clara precariedade, situação essa que, em geral, se encontra intimamente associada a baixos níveis de qualificação (formal)”.

O livro branco da Comunidade Europeia sobre a Educação e a Formação (1995 cit. por Coimbra, Parada & Imaginário, 2001), abordando o fenómeno do desemprego estrutural, designou-o como consequência de três fatores: a) a mundialização das trocas e a consequente abolição das fronteiras ensejando o desenvolvimento de um mercado global; b) a chegada da sociedade da informação cujo principal efeito se faz sentir na transformação da natureza do trabalho e da organização da produção; c) o incremento da revolução científica e tecnológica com todas as exigências de atualização e reconversão profissional e de adaptação à mudança que, de um modo mais ou menos permanente, são exigidas às pessoas.

Tendo como referência Dubar (1996), os autores Coimbra, Parado e Imaginário (2001, p. 48) escrevem que:

“[...] a ideia de formação contínua que vem sendo concretizada, nomeadamente, no âmbito da iniciativa europeia para uma aprendizagem ao longo da vida, acaba por atuar como um elemento de uniformização de um vasto dispositivo que engloba desde o sistema educativo até a totalidade das condições de emprego e de trabalho”.

Na procura de soluções para a multiplicidade de questões colocadas, uma das formas possíveis de se ultrapassar este impasse passaria pela inovação nas estruturas, metodologias e formas de organização preconizadas, cujo sucesso depende, em larga medida, de se conseguir uma real expressão das intenções legislativas nas práticas. Por sua vez, o desenvolvimento e a consolidação de redes de cooperação seriam feitos entre as instituições de formação, sejam as escolas, os centros de formação profissional ou qualquer outra instituição responsável pela realização de ações educativas, e a comunidade envolvente, na qual se incluem as empresas. Ao Estado caberia, cada vez mais, um papel de regulação e de definição de objetivos e metodologias gerais ou, inclusive, de gestão global dos financiamentos e dos resultados sociais obtidos com tais investimentos (Coimbra, Parada & Imaginário, 2001).

1.2.1. Consequências do novo modelo econômico para a saúde do trabalhador

O novo modelo econômico, surgido nos anos 80 nos países avançados, destaca a importância do setor eletrônico, a aplicação de tecnologia digital de base microeletrônica na estrutura industrial e os progressos nos setores da química fina, dos novos materiais, da biotecnologia e da engenharia genética, beneficiada com os progressos da informática. E mais, contrapondo-se à rigidez anterior, as mudanças suportam-se no complexo eletrônico e na automação integrada flexível. Nesse contexto, as novas formas de organização do trabalho associadas ao processo de reestruturação produtiva, configuram-se como resposta à crise de realização capitalista ocorrida no modelo anterior, caracterizado pela generalização dos princípios tayloristas-fordistas (Salim, 2003).

No entanto, as mudanças no processo de trabalho, sobretudo em formações capitalistas periféricas, caracterizam-se pela justaposição de formas tradicionais e inovadoras, ou seja, através do que se poderia chamar de modernização conservadora, com fortes resquícios da Segunda Revolução Industrial e Tecnológica. Daí a manutenção e/ou revitalização dos princípios tayloristas-fordistas, pela desqualificação e controle autoritário da força de trabalho. Na realidade, a par dessas inovações tecnológicas, advieram mudanças organizacionais que causaram impactos imediatos em todo o processo de trabalho. Ante a verticalização das empresas, promoveu-se a terceirização quando várias atividades passaram a ser externalizadas, possibilitando maiores trocas intersetoriais, a diversificação e ampliação do setor Serviços, o enxugamento do quadro de pessoal das grandes empresas (Salim, 2003).

O autor afirma, ainda, que, paralelamente, além do declínio do trabalho na produção e das mudanças no mercado e nas relações de trabalho, entre outras, destacam-se a desregulamentação, a flexibilização e o enfraquecimento do poder sindical. Em relação ao gradiente de afastamento, desde o centro da cadeia produtiva até as diversas unidades periféricas, por um lado há pulverização da base e enfraquecimento do poder sindical, por outro, flexibilização dos direitos trabalhistas, a redução dos empregos diretos e indiretos ao longo da cadeia produtiva, a intensificação do ritmo de trabalho e aumento da pressão no ambiente de trabalho.

No Brasil, particularmente nas regiões metropolitanas, tais processos se suportaram na heterogeneidade do mercado de trabalho, caracterizado pela queda do emprego no setor formal e expressiva elevação da ocupação no setor informal que, por sua vez, inclui os trabalhadores sem-carteira assinada. Esses, somados aos desempregados, indicariam não apenas o grau de precariedade do mercado de trabalho como, sem dúvida, as bases em que se assenta o próprio processo de precarização das condições de trabalho, atribuídos, por exemplo, à reprodução de baixos níveis salariais, à não cobertura da seguridade social e à falta de assistência médica (Salim, 2003).

Em contexto caracterizado pela prolongada estagnação econômica nas décadas de 80 e 90, estas também conhecidas como as décadas perdidas, e pela abertura unilateral de mercado, observaram-se, além da inevitável exportação de empregos para outros países, mudanças internas de monta na organização e nos processos de trabalho, seja através da adoção de novas tecnologias, seja em nome da competitividade, por meio da racionalização da produção, sobretudo por mudanças organizacionais voltadas à redução de custos. Inversamente à queda absoluta dos acidentes de trabalho, ocorreu um forte crescimento das doenças relacionadas ao trabalho durante toda década de 90, valendo assinalar as mais diretamente relacionadas às recentes mudanças na organização do trabalho, em que as LER/DORT afiguram-se como caso emblemático (Salim, 2003).

Como reflexo de novos riscos nos processos produtivos e nos ambientes de trabalho, houve uma forte elevação nos coeficientes de doenças profissionais nos anos 90. Nessa década, a ascensão dos casos de LER/DORT, além de facultar índices já caracterizados como epidêmicos, indicou, sem dúvida, a sua maior proeminência entre todas as doenças ocupacionais atendidas pelo Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social, em Minas Gerais. Aliás, essas doenças não foram apenas crescentes em diagnósticos,

como também se tornaram campeãs absolutas na distribuição dos benefícios acidentários por espécie diagnosticada (Salim, 2003).

Segundo o referido autor, uma análise da estrutura etária dos trabalhadores portadores de LER/DORT indica uma clara predominância de casos na faixa etária de 30 a 39 anos, cujas taxas, refletindo participações externas em dois momentos, oscilaram de 43,5%, em 1994, para 36,0%, em 1998. Mesmo disponível apenas após 1994, a série histórica de dados sobre os níveis de escolaridade do lesionado por LER/DORT, apresenta uma importante inversão de tendência, podendo, como tal, ser considerada como um dos sintomas de exclusão social.

De fato, constata-se o seguinte: enquanto caiu a incidência de trabalhadores doentes de nível superior, passando de 22,4%, em 1994, para apenas 9,6%, em 1998, aumentou o registro daqueles cuja escolaridade não ultrapassava o primeiro grau, ou seja, com menos de oito anos de estudos, pois no mesmo período avaliado, passou de 30,1% para 45,7%. Na perspectiva de Salim (2003), de forma similar à escolaridade, a medição da variável salário por faixas de salários mínimos para a caracterização dos enfermos, que também passou a ser computada apenas a partir de 1994, aponta, ao longo do tempo, para uma tendência de maior incidência da doença entre aqueles se encontram situados na base da pirâmide social, fato que reforça o seu caráter socialmente excludente.

Corroborando esses dados, Scopel (2005), em pesquisa realizada junto a trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT, concluiu que havia várias dificuldades no que diz respeito no retorno ao trabalho dos indivíduos pesquisados, tais como: alta precoce; exposição ao mesmo contexto patogênico de trabalho; ausência de um programa de retorno ao trabalho; dificuldade na relação com a supervisão/pares; dificuldades em impor limites às exigências da produção; sentimentos de angústia, tensão, revolta e impotência; e consequente agravação e ampliação do quadro da doença.

1.2.1.1. Lesões por Esforços Repetitivos/LER

Em 1700, Ramazzini descreveu afecções musculoesqueléticas entre os notários, escribas e secretários de príncipes, atribuindo-as a três fatores básicos: vida sedentária, movimento contínuo e repetitivo da mão e atenção mental para não manchar os livros (Settimi, 2001). Conforme se pode observar, as Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho não são fenômenos recentes, constituindo-se num

dos agravos à saúde dos trabalhadores que mais preocupam, nos últimos anos, no Brasil e no mundo.

Muitos países viveram situações semelhantes a esta vivida pelo Brasil nestes últimos anos, como por exemplo, o Japão, na década de 70, países escandinavos e Austrália, na década de 80. Nesse último país, instalou-se grande polêmica, seja pelo fato de a maioria dos diagnósticos firmados terem sido genericamente incluídos dentro da sigla SRI (*Strain Repetitive Injury*), pelo grande número de casos reconhecidos, configurando o que hoje aparece descrito na literatura como a Epidemia Australiana, seja pelas consequências, seja pelos aspectos médicos e sociais do fenômeno (Settimi, 2001).

Os lesionados, no início, pensam se tratar de fadiga, não relatam o que sentem, acreditando que os sintomas vão passar. Quando procuram auxílio por não conseguirem continuar trabalhando, são obrigados a provar que estão doentes. Tentam convencer os chefes, colegas e familiares, que sentem dores, que não são preguiçosos. Nesse sentido, a Previdência Social tenta diminuir os casos nas estatísticas, adotando critérios mais rigorosos para enquadrá-los como relacionados ao trabalho.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os distúrbios de saúde ou doenças relacionadas ao trabalho dividem-se em duas categorias: doença profissional e doença do trabalho ou relacionada ao trabalho. De acordo com a concepção que norteia essa classificação, os exemplos de doenças profissionais corresponderiam a doenças inerentes às atividades laborais, pois, necessariamente, haveria exposição a esses agentes. Já na categoria das doenças do trabalho ou relacionadas ao trabalho, são enquadradas as afecções nas quais não se identifica apenas um agente causal, mas vários, entre os quais os laborais (Settimi, 2001).

LER é uma terminologia que engloba várias alterações das partes moles do sistema musculoesquelético devido a uma sobrecarga que vai se acumulando com o tempo. Sem tempo para descansar e se recuperar, tendões, articulações e músculos sofrem alterações, e passam a não obedecer ao sistema nervoso central. As alterações vão desde dores musculares (mialgias) e inflamações de tendões e sinóvias (tenossinovite) até alterações graves do sistema modulador da dor, que regula a relação entre o estímulo potencialmente provocador da dor e reações sensitivas do organismo a esse estímulo.

Foi a Previdência Social que utilizou primeiro o termo Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, na ordem de serviço OS 606, de 05 de agosto de 1998, atualizando a Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos, de 1993. Nela, a terminologia

DORT significa a tradução de *Work-Related Musculoskeletal Disorders* (WRMD), e onde foram definidos critérios para o diagnóstico, bem como aqueles pertinentes à incapacidade e à concessão de benefícios previdenciários.

Na lista de doenças relacionadas ao trabalho, publicada através da Portaria do Ministério da Saúde nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, várias delas podem ser enquadradas como LER/DORT, como tendinite de flexores e extensores dos dedos, bursite de ombro, tenossinovite de De Quervain, tenossinovite do braquiorradial, síndrome do túnel do carpo, tendinite de supraespinhoso, tendinite bicipital, epicondilite. A Previdência Social considera igualmente, entre as LER/DORT, as doenças listadas no Decreto 3048, de 06 de maio de 1999. Os principais sintomas são: dor, formigamento, dormência, sensação de peso, fadiga, fraqueza, queimação, repuxamento e choque.

Esses sintomas aparecem de forma insidiosa, instalam-se vagarosamente, variam em intensidade e, entre suas causas, pode-se citar:

- Exigência de execução de movimentos repetitivos com os braços;
- Exigência de manutenção de posição fixa dos ombros e pescoço por tempo prolongado;
- Padronização dos tempos em que cada etapa do trabalho deve ocorrer;
- Exigência de cumprimento de cada etapa de trabalho naquele momento e daquela maneira;
- Trabalho em série, cada etapa depende da outra;
- O ritmo de trabalho exigido não depende do trabalhador;
- Há uso de máquinas ou equipamentos que exigem posturas ou movimentos forçados e/ou repetitivos;
- O mobiliário e o ambiente físico não são adequados;
- Exigência de prolongamento de jornada de trabalho;
- Pressão para se produzir mais;
- Impossibilidade de pausas espontâneas para descanso;
- Ciclo de trabalho com duração semelhante e curta em cada operação, independentemente da complexidade.

A prevenção precisa ser pensada por meio de mudanças que passam pela reorganização do trabalho, a qual, por sua vez, foi planejada para atingir o máximo de produtividade e competitividade. Frequentemente, os afastamentos do trabalho são

prolongados e o retorno ao trabalho muitas vezes é difícil, as empresas são pouco receptivas, até os colegas se afastam do reabilitando por causa de suas limitações.

Quanto ao tratamento medicamentoso, se observou que 66% dos pacientes fizeram uso de medicamentos, 13% não usaram e 21% dos prontuários não tinham informações acerca desta questão, em pesquisa com levantamento de 145 prontuários de pacientes do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, no período de 1998 a 2001, em Belo Horizonte. Os medicamentos mais utilizados foram anti-inflamatórios, antidepressivos, analgésicos e ansiolíticos (Garcia, 2004).

Diante dessa problemática, com base na proposta de Leite (1995), socióloga, secretária adjunta de Formação e Desenvolvimento Profissional do Ministério do Trabalho, denominada estratégia qualificante, traz-se, a seguir, sua ideia, que precisa ser refletida e posta em prática, podendo ser um passo para novas relações entre capital-trabalho.

1.3. VIABILIDADE DA PROPOSTA DE ESTRATÉGIA QUALIFICANTE

De acordo com Jean Piaget, em sua Epistemologia Genética (Piaget, 2006), o conhecimento é um processo e não um estado. Em seu ponto de partida biológico, ser inteligente é saber adaptar-se ao meio. Para ele, a estrutura é um conjunto de elementos organizados não por mera adição, agregação ou associação, mas organizados de modo solidário, racional e interdependente. De acordo com o mesmo autor, o conhecimento pode ser examinado sob um aspecto específico e um aspecto geral. Quanto ao aspecto específico, refere-se a informações e regras particulares, relativas a um campo de estudo especializado e circunscrito, como, por exemplo, Biologia, Direito, História, Literatura. O aspecto geral relaciona-se com a capacidade geral de adquirir e aplicar o conhecimento específico (Furth, 2007).

No caminho trilhado por Jean Piaget, de maneira geral, compreender alguma coisa, significa conhecer como ela acontece e a que conduz. Um organismo só existe na medida em que funciona. Os biólogos falam de um funcionamento adaptativo, que se processa segundo princípios reguladores internos, funcionamento este que manifesta os princípios reguladores e, ao mesmo tempo, a estrutura do organismo. Uma estrutura biológica mantém-se em relação ativa com o meio, e esta relação é o conhecimento. Assim, a existência de uma estrutura biológica sempre implica em um organismo ter algum conhecimento do meio. Aqui, conhecer

encerra um sentido muito amplo, muito mais inclusivo que conhecimento intelectual. Um organismo mostra, através do seu funcionamento, conhecimento adaptativo (Furth, 2007).

Na medida em que o funcionamento recolhe ou utiliza pontos de referência externos de conformidade com a estrutura interna, o processo é denominado assimilação. De acordo com Furth (2007), na medida em que o funcionamento leva em consideração a originalidade particular e em constante mutação de situações externas, o organismo acomoda sua estrutura aos aspectos particulares da situação conhecida. Perceber, com exatidão, e reagir de maneira adequada à miríade de pontos de referência cambiantes, de novos pontos de referência, constitui acomodação.

Os conceitos piagetianos de estágios no desenvolvimento humano pressupõem, sem maior discussão, a existência de regulações reflexas que partem do estágio sensório motor, seguindo-se a este o estágio pré-operatório, representando uma preparação para o estágio operatório concreto que conduz ao estágio final, ou operatório formal (Furth, 2007). Acerca disso, o autor menciona que podem ser citados cinco pontos principais:

- 1) Todo funcionamento orgânico subordina-se a estruturas internas, ou esquemas.
- 2) As estruturas implicam princípios autorreguladores que regulam o funcionamento do organismo.
- 3) O funcionamento processa-se em duas direções: assimilação do meio a esquemas gerais (conhecimento), e acomodação dos esquemas às particularidades da situação do meio.
- 4) A cognição identifica-se com os esquemas e os aspectos estruturais, organizacionais do funcionamento.
- 5) A inteligência humana adulta é o estágio mais desenvolvido das regulações operatórias derivadas de regulações sensório-motoras orientadas para a ação, sendo estas, por sua vez, derivadas de regulações instintivas.

Para Piaget (2006), o desenvolvimento da inteligência é uma coisa muito diferente da aquisição de novos hábitos ou de nova informação, chamando para este segundo processo de aprendizagem, denominado o primeiro de desenvolvimento. Esses dois processos psicológicos, na concepção de Furth (2007), diferem em pelo menos cinco pontos relacionados:

- 1) A experiência da qual derivam seu sustento.
- 2) A motivação que fornece energia para a mudança.
- 3) A memória que retém no tempo o novo comportamento.
- 4) O tipo de cognição que é adquirida.
- 5) O modo como o comportamento recém-adquirido se relaciona com o comportamento anterior (FURTH, 2007).

Por outro lado, pode-se fazer um sumário da teoria de Piaget (2006), relacionando aprendizagem e desenvolvimento:

- Piaget afirma que as estruturas da inteligência operatória se derivam, por abstração formal, das coordenações gerais de ação. Chama *experiência geral*, à fonte desses conceitos gerais, por ser ela comum a todos os seres humanos. Ao contrário do desenvolvimento, a aprendizagem requer uma *experiência especial*.
- A motivação essencial do desenvolvimento intelectual vem do interior da estrutura operativa.
- Não há necessidade de se postular a realidade de um fator de memória para as estruturas operativas. A memória para estruturas operativas consiste no próprio funcionamento dessas estruturas.
- Embora se possa referir à inteligência como cognição, é melhor encará-la como instrumento geral de cognição. Já a aprendizagem, por outro lado, ocupa-se de conhecimento particular e informação nova. Os resultados da aprendizagem nos fornecem os conteúdos de todas as coisas que conhecemos.
- O desenvolvimento intelectual, a rigor, não pode sair errado. As estruturas posteriores formam-se sobre as anteriores e as incorporam numa síntese superior. As coordenações sensório-motrizes não desaparecem com os conceitos espaciais operatórios.

Ocorre, então, a equilibração / adaptação – assimilação – acomodação. O pesquisador afirma que a estrutura é uma totalidade, uma totalidade em transformação, autorreguladora. Na teoria de estádios (níveis qualitativos de adaptação), Piaget (2006) descreve as seguintes características:

- O estágio é um todo estruturado e em estado de equilíbrio;
- Todo estágio deriva do estágio prévio, incorpora e transforma aquele estágio e prepara o seguinte;
- Os estágios seguem uma sequência invariante;
- Os estágios são universais;
- Todo estágio tem um período de preparação e um período de consolidação.

De igual modo, Piaget (2006) elenca os fatores de desenvolvimento:

- Maturação interna / hereditariedade;
- Experiência física / social;
- Transmissão social;
- Equilibração.

Os Estádios de Desenvolvimento são identificados, por Piaget (2006), como:

- Estádio sensório-motor (0 - 18/24 meses);
- Estádio pré-operatório (2 - 7 anos);
- Estádio das operações concretas (7 - 11/12 anos);
- Estádio das operações formais (11/12 -15/16 anos).

Outros conceitos piagetianos básicos:

- Esquema: aquilo que numa ação é transponível, generalizável ou diferenciável de uma situação;

- Coordenação: capacidade de estabelecer uma correspondência, de articular, de compatibilizar;
- Organização: capacidade de assegurar a coerência interna do sistema, estabelecendo relações da parte com o todo.

Desse modo, ao se examinar algumas ideias dos trabalhadores lesionados sobre suas trajetórias, encontra-se ilação com as afirmações de Piaget, em sua Teoria Geral, a epistemologia genética, o ponto de partida biológico, a equilibração/adaptação – assimilação – acomodação e as relações das partes com o todo. A teoria de estádios (níveis qualitativos de adaptação), os fatores de desenvolvimento: maturação interna/hereditariedade; experiência física/social; transmissão social; equilibração.

As novas práticas de gestão que fornecem o modelo de competência no mundo do trabalho são a valorização dos altos níveis de escolaridade nas normas de contratação, da mobilidade e do acompanhamento individualizado da carreira. A noção de competência está disposta em uma concepção construtiva, pela qual se atribui grande ênfase aos esquemas operatórios mentais e domínios cognitivos superiores na mobilização de saberes, operacionalmente, ela se baseia numa perspectiva funcionalista, ao traduzir as competências nos perfis de competências que descrevem as atividades requeridas pela natureza do trabalho.

Entre as causas do adoecimento dos trabalhadores portadores de LER/DORT, pode-se citar o reflexo do aumento da competitividade empresarial no ambiente de trabalho, dificultando a relação com a supervisão e com os pares na determinação dos limites às exigências da produção, não se levando em consideração as capacidades individuais, assim como a precarização do vínculo trabalhista, com sentimentos de angústia em relação ao desemprego e, em consequência, uma menor disposição para o relato de sofrimentos adquiridos no processo laborativo.

Os recursos terapêuticos utilizados até o momento, como analgésicos, anti-inflamatórios, fisioterapia, reeducação da postura global, acupuntura e cirurgia, não têm obtido pleno êxito pelo fato das LER/DORT serem, até o momento, na maioria dos casos, consideradas patologias crônicas (Settimi, 2001). Parece haver necessidade de criação de condições para a qualificação, através de programas modulares, na articulação de uma estratégia de educação e saúde com uma política de emprego. Esse poderia ser um passo importante para novas relações capital-trabalho.

A formação profissional é extremamente importante para oferecer conhecimentos técnico-científicos que possibilitem a adaptação do trabalhador às mudanças tecnológicas que vêm ocorrendo no mundo. Nesse contexto, é necessário colocar a educação como uma questão fundamental para a formação do trabalhador diante do desenvolvimento humano, a partir de uma proposta educacional que, além de lhe proporcionar conhecimento geral, procure desenvolver sua autonomia perante o trabalho, com repercussão na sua tomada de decisões e no pensamento crítico (Godinho, Silva, Vieira & Rocha, 2001). Isso porque se deparam com contradições e situações extremamente complexas, a serem enfrentadas no dia a dia, as quais exigem a busca de respostas que impõem a necessidade de reflexão, de domínio do saber, do cultivo da persistência, da capacidade de aprofundamento e de discernimento para a dinâmica da práxis renovadora.

Na educação para os trabalhadores, principalmente nos cursos com abordagens técnicas, de curta duração, a principal preocupação é a informação, a gama de conteúdos a serem ministrados, no menor espaço de tempo possível. Esses cursos são desenvolvidos, normalmente, dentro de um planejamento minuciosamente elaborado, em função dos objetivos e da clientela a que são destinados. O planejamento rigoroso, porém, justifica-se em virtude da questão da organização do tempo e do conteúdo, o que não deve impedir, no entanto, a articulação do tempo/conteúdo com as necessidades da clientela. Nesse caso, os trabalhadores, são levados a movimentar o saber empírico, adquirido com a prática e a experiência de vida, para um saber refletido e consciente (Souza, 2001).

O modo de vida dos indivíduos está organizado em torno do trabalho, da qualidade do meio ambiente, do acesso à educação e aos serviços de saúde, da visão de mundo e de todos os demais aspectos que envolvem o ato de viver em comunidade/sociedade. Dessa forma, o trabalhador consciente, com capacidade de compreender, criticar e argumentar terá condições de situar-se no espaço e no tempo, com relação ao trabalho que exerce, na comunidade em que vive, na sua cidade, estado e no seu país. Compreenderá, também, os fatos sociais, políticos e econômicos, reconhecendo suas causas e consequências, além de desenvolver uma visão crítica a respeito deles, observando os fatos do meio em que vive, comparando-os e posicionando-se em frente a eles (Souza, 2001).

A educação terá, então, papel importante nesse contexto, pois ela poderá favorecer a formação da consciência crítica, desenvolvendo a capacidade de compreender, criticar e argumentar. Uma participação efetiva e esclarecida dos trabalhadores é fator de peso no surgimento de mudanças, desejadas e necessárias para a sociedade, no que diz respeito à

melhoria das condições de vida, no meio ambiente em que vive, e também em relação às condições de trabalho (Souza, 2001). Segundo esse autor, justifica-se, pois, buscar construir estratégias voltadas para a organização de atividades educacionais para os adultos/trabalhadores que, na maioria das vezes, possuem vínculo empregatício e passam por algum tipo de treinamento para desempenhar sua função ou por algum estágio na empresa.

Atualmente, as empresas estão, cada vez mais, reconhecendo que é pela educação que elas poderão atingir mais rapidamente o caminho do desenvolvimento, até porque novas especializações e tecnologias de ponta estão obrigando-as a realizar uma atuação mais efetiva com seus trabalhadores e, conseqüentemente, investindo mais em treinamento. Os termos treinamento e trabalho devem ser pontuados para que se explicita o tradicional e as propostas de mudança nas relações de trabalho. Existem muitos fatores que devem ser levados em consideração para uma análise do treinamento nas empresas. Um deles é a formação acadêmica, bastante diversificada dos profissionais responsáveis pelo treinamento, que vai desde o pedagogo, professor, psicólogo até administradores de empresas, economistas, engenheiros, técnicos, supervisores, que, na maioria das vezes, não possuem uma formação pedagógica específica. Nesse aspecto, alguns entraves já acontecem (Souza, 2001).

Reitera-se que o *Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida*, estabelecido pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho da União Européia, em 2008, é um exemplo de como a educação pode romper barreiras para uma maior produtividade associada a uma melhor qualidade de vida do trabalhador. Nesse contexto, a lógica da educação baseada na transmissão, centrada nos conteúdos e construindo mensagens coerentes e apropriadas, reduz o estado de saúde a uma questão não apenas de decisão individual, mas de escolhas. Assim, pode-se afirmar, com base no enfoque dado por Santos (2005), que a centralidade das práticas educativas está na transmissão de mensagens consistentes, coerentes e claras.

Entretanto, há de se considerar que a discussão da educação e das abordagens pedagógicas deixa margens para o que Luckesi (1994) denominaria de senso comum pedagógico, que é compreendido pelo caráter espontâneo pelo qual adquirimos conceitos, significados e valores no ambiente em que vivemos. É dessa forma que a lógica da transmissão de informações prepondera frente à construção de conhecimentos.

1.4. REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

A Reabilitação Profissional (RP) é um serviço da Previdência Social, prestado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), cujo objetivo é promover o retorno ao trabalho dos segurados que, por motivo de doença ou acidente encontram-se impossibilitados total ou parcialmente para o exercício de sua atividade laboral. O emergente reconhecimento não somente das capacidades laborativas desses sujeitos, como de sua imprescindível inclusão social, fazem da Habilitação e Reabilitação profissionais instrumentos essenciais para que possam alcançar o máximo de independência e igualdade de oportunidades (Obando, 1993).

O programa de RP inicia-se a partir da incapacidade física definida e estabilizada e, segundo o Decreto nº 3.048/99, deve pautar-se pelo trabalho multiprofissional e pela articulação com a comunidade, tanto para a programação de cursos profissionais a serem ofertados dentro das tendências e particularidades locais, como para o treinamento das competências técnicas, comportamentais e sociais dos reabilitados em instituições ou empresas, com vista a sua efetiva reintegração social e laboral. A legislação prevê ainda o acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho dos sujeitos reabilitados, o que tem como finalidade a comprovação da efetividade do processo de reabilitação profissional (Ministério da Saúde, 2004).

Nesse processo, o problema educacional passa a ser percebido no momento em que a que a mudança na estrutura de produção do trabalho, exige do indivíduo maior escolaridade para ascender socialmente. A educação, sob a perspectiva da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96, em qualquer de suas modalidades, deve preparar para a vida, qualificar para a cidadania e capacitar para o aprendizado permanente, em eventual prosseguimento dos estudos ou, diretamente, no mundo do trabalho. No sentido de encaminhar um ensino compatível com essas novas pretensões educativas, as Diretrizes Curriculares apontam que a finalidade é fazer com que o indivíduo construa valores e atitudes de natureza diversa, visando sua formação integral, enquanto ser humano e, particularmente, como cidadão, isto é, como homem público.

Sendo assim, a RP demanda preparo para inserir equipes multiprofissionais e interdisciplinares, de modo a integrar programas articulados com as políticas públicas na atuação de serviços disponibilizados para o trabalhador portador de LER/DORT. O Ministério da Saúde (2004) orienta para a constituição de uma equipe multidisciplinar, dentro dos serviços especializados, baseada na abordagem multifatorial, para a investigação das

dimensões biomecânicas, cognitivas, sensoriais e afetivas da atividade de trabalho. Para compreender o portador das LER/DORT e seu contexto como um sistema que se auto-organiza, é preciso transitar para uma abordagem interdisciplinar, na qual os profissionais efetivamente integrem os conteúdos temáticos envolvidos na etiologia e terapêutica das LER/DORT, não se restringindo a uma justaposição de conhecimentos e habilidades profissionais.

A compreensão do conceito de interdisciplinaridade, de acordo com Fazenda (2008), origina-se a partir de um novo olhar sobre as ciências. Para a autora, o “movimento de integração de conteúdos pode ser um dos primeiros passos na interação entre pessoas, condição para o desenvolvimento de atitude interdisciplinar, categoria de ação na prática interdisciplinar” (Idem, p. 65). A atitude interdisciplinar, como propõe a autora, exige, na prática, “uma profunda imersão no trabalho cotidiano” (Idem, p. 119).

Reiterando esse posicionamento, Barbosa (2003, p. 106), define a interdisciplinaridade como sendo:

“Uma atitude frente a alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de espera frente aos atos não consumados, atitude de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo, ao diálogo com pares anônimos ou consigo mesmo, atitude de humildade frente à limitação do próprio saber, atitude de perplexidade frente à possibilidade de desvendar novos saberes, atitude de desafio, frente ao novo, desafio em redimensionar o velho, atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e com as pessoas neles envolvidas, atitude, pois, de compromisso em construir sempre da melhor forma possível, atitude de responsabilidade, mas, sobretudo de alegria, de revelação, de encontro, enfim, de vida”.

De forma complementar, Pombo (2004) destaca que a interdisciplinaridade pode ser entendida como qualquer maneira de combinação entre duas ou mais disciplinas, como o objetivo de compreender um objeto a partir de pontos de vista diferentes e, assim, elaborar a síntese relativa àquele objeto comum. Dessa maneira, o trabalho da RP, sob bases interdisciplinares, supõe o diálogo, o trabalho simultâneo entre os atores envolvidos, onde “busca-se otimizar os recursos escassos procurando soluções integradas, pois a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social” (Junqueira, 1999, p. 27).

A análise de Fazenda (2008) elucida que a necessidade da interdisciplinaridade impõe-se, não só como forma de compreender e modificar o mundo, como também por uma exigência interna das ciências, que buscam o restabelecimento da unidade perdida do saber.

Essa é uma das razões de buscarmos a aplicação do princípio da interdisciplinaridade nas propostas de RP, para recuperar o saber e possibilitar a melhoria da formação técnica dos indivíduos que, por motivo de adoecimento, estão em busca de espaço no mercado de trabalho e realização pessoal.

CAPÍTULO 2- METODOLOGIA DA PESQUISA

“Estatuto do Homem - Artigo III: Fica decretado que o homem não precisará nunca mais duvidar do homem; que o homem confiará no homem como a palmeira confia no vento, como o vento confia no ar, como o ar confia no campo azul do céu.”

(Thiago de Melo, Santiago do Chile, abril de 1964).

2.1. PROBLEMÁTICA

Com o advento da Revolução Industrial, o trabalhador passou a viver em um ambiente de trabalho agressivo, ocasionado por diversos fatores, dentre eles, a força motriz, fazendo com que os riscos de acidentes e doenças originadas do trabalho começassem a surgir com rapidez. Nesse contexto, o trabalhador está envolvido por duas realidades: ora possui plena capacidade laborativa, ora fica impossibilitado de trabalhar por motivo de doenças e acidentes relacionados às suas relações de trabalho. Dentre as maiores causas de doenças entre os trabalhadores do país, a LER/DORT situa-se como a segunda delas.

Em 2011, foram gastos, no Brasil, R\$ 356.038.000 com 381.810 auxílios doença concedidos para trabalhadores com doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, sendo esta a segunda maior concessão de auxílio doença e, também, a segunda maior causa de aposentadoria por invalidez, com 23.485 aposentadorias, que equivalem a um valor de R\$ 24.073.000 (Anuário Estatístico da Previdência Social [AEPS], 2011). Além das despesas previdenciárias, há o custo organizacional, pela diminuição da produtividade e recolocação de funcionários, além de desencadear o aumento do absenteísmo, redução da lucratividade e da qualidade nos serviços. Já os trabalhadores enfrentam um intenso sofrimento psíquico, estresse e insatisfação com o trabalho, que afetam a capacidade de sentir prazer e a qualidade de vida.

O conjunto desses dados corroborou para a questão que norteou a presente pesquisa, a partir da problemática relativa à possível reinserção dos trabalhadores com LER/DORT no mercado de trabalho.

2.1.1. Questão de Partida

Quais as condições de reinserção de trabalhadores lesionados por LER/DORT, no mercado de trabalho, que podem ser proporcionadas pela educação?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo Geral

- Analisar as estratégias de sobrevivência dos trabalhadores com LER/DORT em Aracaju, Sergipe, e a viabilidade de uma proposta de estratégia qualificante.

2.2.2. Objetivos Específicos

- Levantar as políticas de mercado, previdenciária e de saúde para lesionados por LER/DORT em Aracaju;
- Conhecer se estão sendo postas em prática de forma integral;
- Caracterizar como estão sendo aplicadas em cada caso investigado;

2.3. HIPÓTESE DE ESTUDO

A nossa percepção, baseada na longa experiência profissional e em documentação existente, é a seguinte:

- As políticas públicas e estratégias empresariais para serem suficientemente afirmativas no sentido de defender os trabalhadores, inclusive em relação às LER/DORT, teriam que ter um maior enfoque na educação. Só assim se conseguiria êxito na reabilitação dos mesmos junto ao mercado de trabalho.

Embora no sentido teórico rigoroso não possamos considerar a nossa percepção como uma hipótese, ela funcionou como tal para o desenvolvimento do trabalho

2.4. CAMPO DE ANÁLISE

A caracterização do contexto da pesquisa é importante para que se possam conhecer os múltiplos aspectos peculiares à realidade dos que participam direta ou indiretamente da investigação. Por isso, a seguir, os aspectos físicos, culturais, econômicos, naturais, enfim, os aspectos que permeiam a dimensão natural e social desse universo, serão abordados para ajudar na compreensão do presente estudo.

A instituição, campo da presente pesquisa, localiza-se no Estado de Sergipe, uma das nove unidades federativas que integram a Região Nordeste, possuindo uma população de aproximadamente 1.900.000 habitantes. Do total dessa população, 27,7% constituem-se de menores de quinze anos de idade e 7% de maiores de sessenta e cinco anos. De acordo com dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), 79,4% da população é alfabetizada, destacando-se que a faixa etária situada entre os quinze e os dezenove anos, apresentava 96,3% de alfabetização.

É, portanto, um Estado demograficamente pequeno, comparável a um bairro da cidade de São Paulo. Trata-se de um estado que tem uma malha viária que interliga todos os seus municípios por rodovias pavimentadas, todos dispõem de telefonia, consegue-se fazer comunicação diária o tempo todo. Guarda a complexidade institucional de uma unidade

federativa, porém em pequena escala, o que facilita, por este prisma, por em prática planos de desenvolvimento (Santos, 2006).

A essas características, acima apontadas, soma-se o fato de o estado de Sergipe apresentar a peculiaridade de ter uma única cidade – Aracaju – que funciona como polo comercial, educacional, médico e de saúde. A capital do Estado, apesar de ser relativamente pequena, apresenta complexidade própria de outras capitais de maior porte. Nela encontra-se instalada a maior parte da burocracia estatal, a sede dos poderes: judiciário, executivo e legislativo. É a cidade de maior visibilidade, isto é, ela polariza com o governo do estado toda a mobilização da mídia, tendo, pois, um papel estratégico na política. É, ainda, uma cidade que concentra a maior parte dos serviços e das universidades.

A cidade ocupa área de 181,80 km², delimitada pelos municípios de São Cristóvão, Nossa Senhora do Socorro, Santo Amaro das Brotas e Barra dos Coqueiros. É banhada pelas bacias hidrográficas dos rios Sergipe e Vaza Barris. Seu tipo climático é megatérmico úmido e subúmido, com temperatura média anual de 26 graus centígrados e período chuvoso compreendido entre os meses de março a agosto.

A economia de Aracaju está concentrada na área de serviços, com poucas indústrias, formada basicamente, portanto, pelo comércio, por serviços com forte presença de atividades de ensino e saúde e pelas atividades relacionadas à exploração de petróleo, que representa mais de 50% do produto interno bruto do estado e que movimenta a economia da cidade. A Petrobrás tem participação considerável na economia local, uma vez que, no estado de Sergipe, suas operações estão sediadas e coordenadas a partir de Aracaju.

Aproximadamente 20% das pessoas vivem em áreas sem drenagem, sem pavimentação ou habitam em moradias subnormais. Apesar disso, é uma cidade de grande viabilidade urbana, em decorrência de sua geografia, pequeno território, tamanho da sua população e do papel estratégico que exerce na economia do estado, mediante o comércio e a prestação de serviços. No que se refere ao destino dos resíduos sólidos, o Censo Demográfico/2000, apresentou que 95,9% do lixo dos 111.268 domicílios, eram submetidos à coleta pública. No tocante ao abastecimento de água, constata-se que 95,7% dos domicílios aracajuanos dispõem de serviço público de abastecimento de água (IBGE, 2000).

2.4.1. A Empresa

A Energisa Sergipe – Distribuidora de Energia S/A- cuja sede se situa à Rua Ministro Apolônio Sales, nº 81, Bairro Inácio Barbosa, em Aracaju, é uma distribuidora de energia elétrica que atende aproximadamente 563 mil consumidores e uma população de cerca de 1,7 milhão de habitantes, em 63 municípios do estado de Sergipe, tendo como sua controladora a Energisa S/A. A história dessa empresa se deu da seguinte forma:

3/6/1959 - Criada sob a razão social de Empresa Distribuidora de Energia em Sergipe S/A (ENERGIPE), através da Lei Estadual nº 943, absorvendo o antigo Serviço de Luz e Força de Aracaju.

1960 - Início das atividades de constituição da Empresa, tendo ocorrido a primeira Assembléia Geral Ordinária em 30 de janeiro do mesmo ano. Nessa mesma década, diversas obras de grande relevância foram executadas, destacando-se as ampliações e reformas na rede de distribuição e início da construção do edifício sede.

Década de 1970 - A área de concessão foi ampliada através de um esforço conjunto com outros órgãos estaduais, passando a ENERGIPE a distribuir energia, por concessão do Governo Federal, para 23 municípios.

Década de 1980 - Marcada por importantes obras no setor de eletrificação rural, atende à orientação governamental de levar energia elétrica a todos os municípios do Estado.

1995 - Iniciadas profundas mudanças na Empresa, pois o governo do Estado de Sergipe, acompanhando as diretrizes do Governo Federal, incluiu a ENERGIPE no Programa de Desestatização, firmando parcerias com o BNDES e a ELETROBRÁS.

1997 - O processo de privatização foi conduzido pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES, culminando com a aquisição da ENERGIPE pela Companhia Força e Luz Cataguazes Leopoldina (CFLCL), em dezembro de 1997, em leilão público realizado na Bolsa de Valores do Rio de Janeiro. A partir de então, o Sistema Cataguazes-Leopoldina administra a ENERGIPE.

1998 - A ENERGIPE passa por um processo de modernização através da implantação de processos de automação e informatização, bem como novas políticas, diretrizes e tecnologias para desenvolvimento dos seus recursos humanos e gerenciamento dos seus ativos.

1999 - Em 22 de janeiro de 1999, foi inaugurada a nova sede, concentrando em um único lugar toda a administração da empresa, antes distribuída em 10 endereços.

2005- A ENERGIPE ultrapassou a marca de 450.000 clientes atendidos, ao tempo em que recebeu seis certificações ISO 9001:2000 para o Sistema de Gerenciamento da Qualidade de processos.

2006/2007 - A marca de 500.000 clientes foi ultrapassada no mês de maio/2007.

2008 - Lançamento da nova logomarca das distribuidoras de energia elétrica do Sistema Cataguazes-Leopoldina (CFLCL), Sociedade Anônima de Eletrificação da Paraíba (SAELPA), Companhia de Eletricidade de Nova Friburgo (CENF), Companhia Energética de Borborema (CELB) e ENERGIPE, que passam a se chamar ENERGISA, unificando a identidade das empresas que compõem um dos principais grupos privados de energia elétrica do Brasil.

2.4.1.1. Contexto Histórico

A grande Depressão dos anos 1930 e a 2ª Guerra Mundial foram experiências terríveis vividas pelas sociedades modernas do século XX. As lideranças políticas intelectuais e religiosas que sobreviveram a esses dois cataclismos estavam dispostas a impedir a repetição da tragédia que levou milhões de pessoas à falência, ao desemprego e, depois, as submeteu ao terror do totalitarismo nazifascista e à morte (Belluzzo, 2009).

Americanos e europeus, socialistas e democrata-cristãos concordavam, então, que o capitalismo e a democracia só poderiam conviver e sobreviver, segundo Belluzzo (2009), sob duas condições: 1) se as forças destrutivas que levaram ao colapso da economia fossem controladas pelo Estado e pela sociedade; 2) se os riscos e desigualdades produzidos pela operação dos mercados fossem contrabalançados por ações destinadas a criar e defender os direitos econômicos e sociais das classes não proprietárias.

Nos países periféricos, predominantemente exportadores de produtos primários, acentuaram-se os movimentos em prol do desenvolvimento da indústria. A industrialização

era vista como a única resposta adequada aos inconvenientes da dependência da demanda externa. A renda nacional dependia da exportação de produtos sujeitos à tendência secular de queda de preços e flutuações cíclicas da demanda. Desde o forte desenvolvimento do capitalismo e a queda dos regimes socialistas, muita água passou por debaixo da ponte, e, já na década de 1990, quanto mais crédula foi a adesão às torrentes da mercantilização universal, mais rasa a poça d'água em que terminaram por se afogar os clones de estadistas (Belluzzo, 2009).

Entra-se no século XXI sob a égide da crise do capitalismo financeirizado que, em 2008, mostrou serem as ilusões dos mercados eficientes insuficientes para suplantar o fetichismo do dinheiro e, portanto, não lograram escapar das armadilhas que se espalham ao longo do caminho dos que perseguem a acumulação de riqueza abstrata. Na visão dos neoliberais, predomina a convicção de que o empresariado nacional é um mal desnecessário, apêndice incômodo do Estado munificente e do capital estrangeiro inovador e dinâmico. Sem dúvida, estava-se lidando com especialistas *avant la lettre* em voragens da história: enfraqueceram a economia do país e aprontaram uma enorme vulnerabilidade do balanço de pagamentos (Belluzzo, 2009).

A privatização da Empresa de Distribuição de Energia Elétrica de Sergipe se deu no contexto estudado e descrito acima pelo professor Luiz Gonzaga Belluzzo. Nesse prisma, as condições de sobrevivência do capitalismo e da democracia, tais como o controle das forças destrutivas pelo Estado e pela sociedade, assim como o contrabalanceamento por ações destinadas a criar e defender os direitos econômicos, não estiveram presentes. Segundo o professor citado anteriormente, foram pouco eficazes no período demarcado pela ideia de que o Brasil, enquanto Estado, deveria diminuir sua participação na economia.

Nesse bojo, tem-se de um lado o desenvolvimento tecnológico e industrial exigindo trabalhadores qualificados e, de outro, a cultura de que quem trabalha não estuda e vice-versa. Essa situação lança o desafio não só aos agentes, mas também à organização de se adaptar às novas condições de economia. Além disso, tem-se o envelhecimento da população e a exigência cada vez mais frequente de um período maior de permanência no campo do trabalho. Porquanto, a escola precisa de um diálogo e de políticas que a integrem ao mundo do trabalho, pensado não na perspectiva do homem-máquina, mas na do homem que interage com o seu tempo. O ônus pago pela falta dessas políticas educacionais é um alto percentual de trabalhadores adoentados e licenciados pela Previdência Social.

2.5. TIPO DE PESQUISA

Partindo-se do pressuposto de que a organização da investigação, em termos metodológicos, se encontra alicerçada na concepção do “conhecimento como construção em processo sobre um real também processo” (Bessa, 2005, p. 82), a realização deste trabalho orientou-se pelo paradigma da pesquisa qualitativa. Esse tipo de pesquisa, de acordo com Bogdan e Biklen (2000), embora no campo da educação só recentemente tenha sido reconhecida, possui uma longa e rica tradição. Nos finais do século dezenove, o francês Frederick LePlay estudou famílias da classe trabalhadora, recorrendo ao método designado como observação participante, pelos cientistas sociais dos anos trinta.

Por sua vez, nos Estados Unidos, W.E.B. Du Bois procedeu ao primeiro levantamento social, publicado em 1899, com o título *The Philadelphia Negro*, o qual consistia num trabalho levado a cabo durante cerca de um ano e meio de estudo apurado, recorrendo a entrevistas e observações de sujeitos que habitavam essencialmente no Sétimo Bairro da cidade. O objetivo da investigação era o de examinar as condições de vida dos mais de quarenta mil indivíduos de raça negra que habitavam na cidade de Filadélfia (Bogdan & Biklen, 1994).

A escolha desse método teve por sustentáculo, o aporte teórico descrito pelos investigadores Bogdan e Biklen (2000, p. 49), ao afirmarem que “a abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista, que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objeto de estudo”. A investigação qualitativa é utilizada como um termo genérico que agrupa diversas estratégias de investigação que partilham determinadas características.

No âmbito da metodologia qualitativa, o nosso estudo é descritivo trabalhamos com percursos de vida, embora não se tenha utilizado a técnica da história de vida.

Fez-se como escreveu Santos (2006, p. 30):

“[...] essas inquietações nos levaram a fazer uma escolha clara e efetiva para viabilizar a concretização de nosso trabalho. Pensamos então em usar um procedimento metodológico que nos permitisse mais facilmente compreender a perspectiva dos sujeitos de pesquisa. Optamos pelo método qualitativo, um método que começou a ser utilizado principalmente a partir dos anos sessenta pelas ciências sociais. Isso tem enriquecido bastante os relatos e as análises dos fatos”.

Citando Poirier et al. (1999, p. 26), a autora continua: “a história de vida deve poder comunicar o máximo de seu conteúdo, da sua riqueza afetiva, da sua especificidade qualitativa”. Referindo-se à pesquisadora Maria Isaura Queiroz (1987), Elza F. Santos (2006, p. 35) escreveu: ao contar as suas vidas. Ao pesquisador cabe não fazer interferências, ou seja, evitar o máximo sua fala”.

A memória se enraíza no concreto, no espaço, gesto, imagem e objeto. A história se liga apenas às continuidades temporais, às evoluções e às relações entre as coisas. Parece que há sempre uma narrativa coletiva privilegiada no interior de um mito ou de uma ideologia, e esta narrativa explicadora e legitimadora serve ao poder que a transmite e difunde. Há, portanto, uma memória coletiva produzida no interior de uma classe, mas com poder de difusão, que se alimenta de imagens, sentimentos, ideias e valores que dão identidade àquela classe. É preciso sempre examinar matizando os laços que unem memória e ideologia, laços estes que, antes da secularização moderna, amarravam a memória pública à memória individual (Bosi, 2004).

Conforme explicam Bogdan e Biklen (2000), os dados recolhidos devem ser ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, enquanto as questões a investigar devem ser formuladas com objetivo de pesquisar os fenômenos em toda sua complexidade e em contexto natural. Ainda que os indivíduos possam vir a selecionar questões específicas, à medida que escolhem os dados, a abordagem à investigação não deve ser feita com o objetivo de responder a questões prévias ou de testar hipóteses. As estratégias mais representativas de investigação qualitativa devem ser a observação participante e a entrevista em profundidade.

A proposta desta pesquisa, baseando-se na generalização analítica, na tentativa de compreender um conjunto particular de resultados frente a uma teoria mais abrangente, elegeu casos múltiplos para o estudo, por permitir a investigação de um maior número de situações e contextos em que se dá o processo de retorno ao trabalho de lesionados. Caracteriza-se pela análise de trajetórias, permitindo tornar evidentes as singularidades e regularidades, visando resgatar a história de vida dos sujeitos, além de analisar os significados que atribuem ao trabalho, às relações interpessoais, às pressões psicológicas a que estão submetidos e às defesas que elaboraram contra elas.

2.6. INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Com instrumento para coleta de dados optou-se por entrevistas estruturadas e a análise documental. Segundo Poirier et al. (1999 cit. por Santos, 2006), a técnica de base que utilizamos no inquérito por história de vida é a entrevista com guião, razão pela qual a entrevista baseou-se num roteiro previamente estabelecido, pressupondo-se que o processo de pesquisa seja uma construção contínua de textos capazes de mostrar e de criar significados enquanto a pesquisa é desenvolvida. Considerou-se que o inquérito por questionário é um instrumento valioso para a coleta de dados, principalmente quando a finalidade é obter informações mais objetivas, podendo-se afirmar que:

“consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores” (Carmo & Ferreira, 1998, p. 188).

Marconi e Lakatos (2010) enumeram uma série de vantagens no uso da entrevista como técnica de coleta de dados, dentre elas, a obtenção de informações que não se encontram em fontes documentais, e a flexibilidade do entrevistador para refazer perguntas feitas ao participante. Dentre as desvantagens, os autores citam o risco de indisposição do entrevistado em fornecer as informações, o pequeno grau de controle sobre determinada situação durante a coleta de dados, a ocupação de muito tempo e a dificuldade para ser realizada.

Para compor a pesquisa empírica, houve a necessidade de uma base importante de documentos, razão pela qual se utilizou da pesquisa documental enquanto método de recolha e de verificação de dados. Esse é um instrumento de análise que incide sobre os artefatos escritos e que permite recolher uma série de dados existentes que são utilizados como “fonte de informação seletiva” (Bell, 2002, p. 140). De acordo com Lüdke e André (1986), a análise de documentos constitui-se em uma fonte preciosa na pesquisa qualitativa, podendo completar ou validar informações obtidas por meio de outras técnicas de coleta de dados.

“Os documentos constituem também em uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador. Representam ainda uma fonte ‘natural’ de informações. Não apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto” (Lüdke & André, 1986, p. 39).

Os autores destacam o fato de que os documentos constituem uma fonte estável e rica, sendo possível sua consulta sempre que necessário. Através dela também é possível retirar evidências que baseiam afirmações e declarações do pesquisador. Seu uso tem o custo baixo, pois requer apenas investimentos de tempo e atenção para selecionar e analisar os documentos mais relevantes. Os documentos que podem ser analisados incluem desde leis, pareceres, cartas, diários, jornais, arquivos escolares, entre outros. Em nosso caso, esse procedimento envolveu anotações de laudos de exames complementares e procedimentos terapêuticos, pesquisados com base na análise de conteúdos. Nessa perspectiva, os dados coletados na análise documental possibilitaram a compreensão, a validação e a confrontação das informações obtidas por meio das entrevistas realizadas com os lesionados.

2.7. A POPULAÇÃO E SUJEITOS DO ESTUDO

Segundo Marconi e Lakatos (2010), a população ou o universo da pesquisa pode ser definida como o conjunto de indivíduos que partilham, pelo menos, uma característica em comum. Assim sendo, a população alvo compreendia sujeitos com diagnóstico de LER/DORT entre empregados da Empresa de Distribuição de Energia Elétrica de Sergipe, identificados através do Sindicato dos Eletricitários de Sergipe.

A partir desse universo, a amostra caracterizou-se como não aleatória intencional, selecionando-se seis sujeitos que se enquadravam na condição de enfermos com LER/DORT, sendo três homens e três mulheres que concordaram em ser entrevistados.

2.8. PROCEDIMENTOS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Após a definição do local e dos sujeitos da pesquisa, identificaram-se as fontes de dados necessárias para o estudo, além de se especificar as questões a serem analisadas. Foi pensado investigar sujeitos com diagnóstico de LER/DORT entre empregados da Empresa de Distribuição de Energia Elétrica de Sergipe, através do Sindicato dos Eletricitários de Sergipe.

Assim, a coleta de dados realizou-se, no consultório, por meio através de entrevistas individuais, estruturadas com base num roteiro previamente estabelecido.

CAPÍTULO 3- ANÁLISE DOS RESULTADOS

“Estatuto do Homem: Artigo VII- Por decreto irrevogável fica estabelecido: O reinado permanente da justiça e da claridade, E a alegria será uma bandeira generosa. Para sempre desfraldada na alma do povo”.

(Thiago de Melo, Santiago do Chile, abril de 1964).

Finalizada a etapa da recolha dos dados através das entrevistas estruturadas, estes serão apresentados, a seguir, de forma descritiva. Há de se ressaltar que os sujeitos da pesquisa encontram-se identificados pelas iniciais de seus nomes, conforme se apresenta: **H.** (entrevistado 1), **M.A.** (entrevistado 2), **D.** (entrevistado 3), **J.** (entrevistado 4), **S.** (entrevistado 5) e **R.** (entrevistado 6).

Como identificado no Capítulo anterior (item 2.7), quanto ao sexo dos pesquisados ($n=6$), 3 eram do sexo masculino e três do feminino. Em relação à idade e tipo de atividade exercida na empresa em questão, estas informações estão apresentadas no quadro 1, em seguida.

Quadro 1- Caracterização dos pesquisados quanto à idade e função exercida na empresa

ENTREVISTADO (A)	IDADE	FUNÇÃO EXERCIDA
E1	46 anos	Desenhista
E2	35 anos	Eletricista de distribuição
E3	53 anos	Digitadora aposentada
E4	47 anos	Atendente Comercial
E5	53 anos	Auxiliar Administrativo
E6	48 anos	Técnico de nível médio em telecomunicações

Fonte: Elaborado com base em dados coletados pelo pesquisador, 2013.

De acordo com o Quadro 1, apreende-se que a média de idade dos pesquisados é de 47 anos (desvio padrão= 6,6 anos), encontrando-se, entre as funções exercidas, aquelas que, de acordo com o Programa Nacional de Prevenção às LER/DORT (cit. por Chiavegato Filho & Pereira Júnior, 2004), encabeçam as estatísticas, tais como, digitadores, atendentes, entre outras. No que se refere à idade, pode-se dizer que a lesão ocorreu na faixa de maior incidência, que é na faixa etária de trinta a quarenta anos, conforme dados coletados nas entrevistas.

Nos relatos, os seis inquiridos informaram que, em 1998, com a privatização da ENERGISA, as condições de trabalho se tornaram mais difíceis, pois *as jornadas de trabalho diárias eram de até 12 horas e, muitas vezes, 8 horas de trabalho nos sábados e domingos, não registrados adequadamente (D.), inclusive não pagos em sua totalidade (M.A.)*. Essa realidade, sempre de acordo com os seis, perdurou durante o primeiro ano da privatização.

Em relação à atuação do Serviço de Saúde e Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa, **M. A.** relatou que era rara a ida do médico do trabalho ao local onde estava lotado, sendo que, segundo **S.**, em relação ao Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional, no tocante aos exames periódicos solicitados, estes tinham de ser pagos pelo próprio empregado. Reportando-nos às entrevistas, todos os entrevistados relataram não ter tido informações acerca de programas de retorno ao trabalho, mesmo constando no acordo coletivo, o qual previa reabilitação em caso de trabalhadores acidentados com doenças do trabalho ou ocupacionais.

Tais afirmações vão ao encontro de pesquisas realizadas por Toldrá (2010) sobre o programa de RP desenvolvido no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) de SP, que utilizou a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) na avaliação de trabalhadores com longo tempo de permanência no CRST sem resolutividade. Nesse ponto, cabe esclarecer que a CIF é um instrumento de classificação da saúde e dos domínios relacionados a esta, sendo utilizada para descrever alterações ou mudanças nas funções e estruturas corporais. Permite detalhar as atividades que um indivíduo, com uma determinada condição de saúde, pode realizar em um ambiente padrão (nível de capacidade), assim como o que ele realmente faz no seu ambiente real (nível de desempenho), possibilitando uma interação entre as várias dimensões da saúde, ou seja, a biológica, a individual e a social (OMS, 2004).

A conclusão de Toldrá (2010, p. 18) foi de que “nos casos estudados, o programa de reabilitação profissional vigente demonstrou falta de efetividade”, sem existir sequer a “experiência de realização de cursos de (re) capacitação profissional e, tampouco, ocorreram negociações/intermediações do INSS com a empresa para a reintegração destes”.

De igual modo, Bernardo (2006), na tentativa de compreender o significado e as expectativas dos beneficiários do INSS em reabilitação profissional sobre o trabalho e a vida futura, conduziu uma pesquisa junto à Agência da Previdência Social (APS) de Belo Horizonte, onde concluiu que: “considerando o modo como são feitos a seleção dos cursos e o treinamento, pode-se dizer não haver intenção real de reabilitação no Programa” (Idem, p. 53). Em sua investigação, Bernardo (2006) observou que os beneficiários tinham que escolher cursos dentro de um catálogo limitado oferecido por instituições da comunidade (SESC, SENAC e outras), os quais, geralmente, não eram do seu interesse ou eram incompatíveis com a sua limitação.

A respeito do reconhecimento do caráter acidentário das patologias pelos peritos médicos do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), foi possível ouvir dos seis pesquisados que, mesmo quando reconhecidas as gravidades das patologias, havia dificuldades na concessão de licenças médicas, aumentadas, nomeadamente, em se tratando das aposentadorias por invalidez. Um lugar comum nas falas foi o fato de que havia dúvidas sobre o diagnóstico, porque só em alguns casos estas patologias apresentam deformidades físicas entre suas sequelas, sendo as mais costumeiras, dores frequentes, dormência na região afetada, diminuição da força muscular e limitação de movimentos.

Nesse sentido, embora a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) preconize o modelo social, em que o ambiente é determinante do nível de incapacidade e não o indivíduo, os médicos-peritos, dentro da concepção biomédica, consideram apenas os condicionantes físicos da incapacidade. E, não raro, estão na busca de “fraudadores do sistema de seguro social” (Maeno, Takahashi & Lima, 2009, p. 56), daqueles que não trazem no corpo a marca da incapacidade, como no caso das vítimas das LER/DORT, ou seja, aqueles que, pela ausência de um olhar diferenciado, podem carregar a dor do adoecimento psíquico.

Perguntados acerca das limitações causadas pela doença na rotina diária, os seis mencionaram suas dificuldades na realização de compras de alimentos e de itens úteis para o lar. Sobre isso, **H.** falou acerca da dificuldade em se vestir só e da necessidade de utilizar um *colar no pescoço*, além das limitações em trabalhos domésticos na cozinha, limitação igualmente apontada por **D.** Os discursos de **H.**, **M. A.**, **J.**, **S.** e **R.** permitiram analisar que estes inquiridos encontraram adversidades, muitas vezes, não somente nas relações de trabalho, mas nas sociais, devido ao fato de, na maioria dos casos, não existem sequelas aparentes, sendo difícil, para os não iniciados na área de saúde, o reconhecimento da enfermidade, mesmo quando há queixas.

De modo geral, as dificuldades enfrentadas por estes indivíduos vão ao encontro da teoria de Scopel (2005) que inclui: alta precoce, exposição ao mesmo contexto patogênico de trabalho, ausência de um programa de retorno ao trabalho, dificuldades na relação com a chefia/ colegas na empresa, dificuldades em impor limites às exigências da produção, sentimentos de angústia, revolta e impotência e consequente agravamento do quadro clínico.

Na história laboral, foi uma constante ouvir dos pesquisados sobre a interrupção de sua ascensão na empresa, o que levou a questionamentos até por parte de familiares, face à paralisação das melhoras financeiras e das perdas monetárias, mesmo em se tratando de pessoas na faixa etária de plena capacidade produtiva. Quando perguntados sobre o

significado do trabalho, os respondentes, em sua totalidade, aludiram sobre o fato de trazer dignidade. **D.** acrescentou, ainda, o aspecto do trabalho trazer *segurança financeira para si e para a família*, bem como de trazer perspectivas para o futuro. Conforme se observa, há uma qualidade espontânea no conceito de trabalho, visto por Rose (2007, p. 40) como:

“um esforço intencional, remunerado, que fornece mercadorias ou serviços a terceiros. Em nossa sociedade, a maioria das pessoas precisa trabalhar por períodos significativos de suas vidas. O trabalho, qualquer trabalho, exige habilidades humanas, que vão desde a capacidade de classificar objetos até a de usar a força de vontade. E o trabalho está carregado de significados e julgamentos morais, aplicados pela sociedade ou por nós mesmos. O trabalho, escreve o sociólogo ocupacional Everett Cherrington Hughes, é uma das coisas pelas quais [as pessoas] são julgadas, e certamente uma das coisas mais significativas pelas quais julgamos [a nós mesmos]”.

Atualmente, **H.**, **D.** e **S.** estão aposentados por invalidez, tendo impetrado ações judiciais visando o reconhecimento do caráter acidentário de suas patologias. Por outro lado, **R.** já teve este reconhecimento, estando, por isto, aposentado por invalidez. **M. A.** obteve, também, o reconhecimento do caráter acidentário de suas enfermidades, encontrando-se em licença médica pelo INSS.

Nas respostas referentes às propostas que teriam no retorno ao trabalho, as sugestões variaram. **D.** e **J.** falaram da necessidade de fortalecer o sindicato da categoria, para poder se contrapor a exigências de longas jornadas de trabalho além do que estipula o acordo coletivo, tratamento adequado das patologias, mesmo havendo necessidade de afastamento da empresa. **J.**, especificamente, revelou seu apoio à proposta do tipo ginástica laboral e prática de esportes para a prevenção de doenças, pois, reintegrada na empresa em outra função, foi levada a pensar sobre a necessidade de educação no posto de trabalho como prevenção, assim como na formação, para reconversão profissional em virtude de mudança de posto laborativo. Assim, foi possível perceber que as políticas públicas e estratégias empresariais não foram suficientemente afirmativas para defender os trabalhadores, inclusive em relação às LER/DORT, não havendo, até o momento, de acordo com o relato dos seis pesquisados, êxito na reabilitação dos mesmos, visando sua reinserção no mercado de trabalho.

Nos percursos de vida dos nossos sujeitos foram observadas situações semelhantes, relatadas apesar da diversidade dos indivíduos pesquisados, que coincidiram com estudos já realizados acerca das causas das enfermidades que possuíam, são elas:

- Exigência de execução de movimentos repetitivos com os braços;

- Exigência de manutenção de posição fixa dos ombros e pescoço por tempo prolongado;
- Padronização dos tempos em que cada etapa do trabalho deve ocorrer;
- Exigência de cumprimento de cada etapa de trabalho naquele momento e daquela maneira;
- Trabalho em série, cada etapa depende da outra;
- O ritmo de trabalho exigido não depende do trabalhador;
- Há uso de máquinas ou equipamentos que exigem posturas ou movimentos forçados e/ou repetitivos;
- O mobiliário e o ambiente físico não são adequados;
- Exigência de prolongamento de jornada de trabalho;
- Pressão para se produzir mais;
- Impossibilidade de pausas espontâneas para descanso;
- Ciclo de trabalho com duração semelhante e curta em cada operação, independentemente da complexidade.

Conforme se analisa, essa doença sinaliza o rompimento de um equilíbrio, individual e coletivo, levando a uma necessidade, por parte do paciente, de rever e reestruturar toda sua identidade social, moral, ética, cultural, familiar etc. Isso é corroborado por resultados de pesquisas sobre a trajetória do portador desses distúrbios, desde a desestruturação psicossocial até a configuração de um novo padrão de vida (Lima & Oliveira, 1995; Sato et al. 1993). A LER/DORT pode ser considerada como uma perturbação que impõe uma reconstrução dos fatores determinantes de si mesmo e, por isto, requer a verificação de conteúdos e de relações que contêm a identidade, até então gestada no decorrer da história de vida de cada um.

CONCLUSÃO

Neste trabalho, teve-se como proposta realizar um estudo no campo da Educação com vista à reinserção dos trabalhadores acometidos por LER/DORT. Dentro de um estudo com recorte mais específico, a pesquisa se desenvolveu a partir da reflexão sobre episódios ocorridos durante minha vivência profissional, enquanto médico na Clínica São Marcos, em Aracaju, realizando consultas em pacientes lesionados com LER/DORT.

Dessa forma, vislumbrou-se, nesta pesquisa, a possibilidade de se **analisar as estratégias de sobrevivência dos trabalhadores com LER/DORT em Aracaju, Sergipe, e a viabilidade de uma proposta de estratégia qualificante**, sendo este o principal objetivo alcançado no estudo. Os resultados mostram que o processo de retorno ao trabalho é lento, de grandes desafios para o trabalhador, apontando para dificuldades que podem ser agrupadas em três categorias: pessoais, organizacionais e políticas de saúde e serviços de saúde relacionados ao retorno ao trabalho.

Dentre os fatores pessoais que influenciam o processo de retorno ao trabalho, os mais evidentes foram àqueles relacionados à:

1. Saúde física e ao grau de estadiamento das LER/ DORT, tal como a dor;
2. Afastamento do trabalho/desemprego;
3. Nível salarial;
4. Estigma que carrega por ter a lesão;
5. Presença de litígio judicial;
6. Expectativa quanto ao retorno;
7. Percepção dos problemas pelos quais está passando;
8. Qualidade de vida; níveis gerais de saúde;
9. Realização de atividades físicas;
10. Estrutura familiar;
11. Condições socioeconômicas e de escolaridade dos sujeitos;
12. Presença de sofrimento psíquico, depressão e fatores psicossociais.

Como barreiras que influenciam negativamente o retorno ao trabalho, foram descritas: exposição ao mesmo contexto patogênico do trabalho; dificuldade de relação com colegas de trabalho e superiores; dificuldades em impor limites às exigências da produção; organização do trabalho; realização de tarefas inadequadas relacionadas às restrições adquiridas; falta de pausas; necessidade de extrapolar a jornada diária; mudanças ocorridas no perfil do trabalho; diferenças no ritmo de trabalho entre colegas de mesma função; alta demanda psicossocial do trabalho.

Dentre os fatores ligados a serviços, sistemas e políticas que são encontrados influenciando o retorno ao trabalho, os mais evidentes são: alta precoce do Seguro por Acidentes de Trabalho; ineficiência dos atuais programas de reabilitação profissional; mecanismos de comunicação insuficientes entre serviços, sistemas e políticas preventivas, assistenciais e previdenciárias; falta de apoio e relacionamentos; falta de acolhimento e reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho; duração do recebimento de benefícios por incapacidade; número de dias de afastamento do trabalho devido à lesão; demora em receber o tratamento; necessidade de maior tempo de participação no Programa de Reabilitação ao Trabalho; e tempo de afastamento do trabalho.

No âmbito dos fatores agrupados como serviços, sistemas e políticas, os achados apontam para a necessidade de implementação de programas de educação com vista a promover uma melhor preparação dos trabalhadores para a volta ao trabalho, melhor acompanhamento por parte do Estado sobre a reinserção deles e maior responsabilidade das empresas para com o retorno ao trabalho. Confirma-se assim a nossa percepção inicial sobre a necessidade de se aliar a Educação aos transtornos de saúde provocados pelo trabalho.

Quanto aos objetivos específicos, apresentados na parte metodológica deste trabalho, foram atingidos à medida que se levantou as políticas de mercado, previdenciária e de saúde para lesionados com LER/DORT, conhecendo se estão sendo postas em prática, de forma integral, de modo a caracterizar como sendo aplicadas em cada caso específico. Observamos, ainda, através das entrevistas, ter havido comprovação da Teoria Geral de Jean Piaget, na qual o conhecimento é um processo, não um estado e ser inteligente é adaptar-se ao meio. Nos casos aqui analisados, foi possível constatar a ocorrência de equilíbrio/adaptação – assimilação – acomodação.

A pergunta inicial **“Quais as condições de reinserção de trabalhadores lesionados por LER/DORT, no mercado de trabalho, que podem ser proporcionadas pela educação?”** foi respondida de maneira objetiva pelos participantes, não deixando dúvida de que um programa educacional mostra-se como uma alternativa à exclusão de trabalhadores jovens, e ainda produtivos, dos processos de trabalho e das relações sociais que envolvem o mundo do trabalho.

Pelo que foi apresentado, pode se constatar que as LER/DORT não se enquadram em um paradigma médico baseado unicamente na interpretação de processo saúde-doença, pois surge a necessidade de se conhecer e valorizar abordagens integradoras que considerem não

só o caráter físico e biológico, mas, também, o contexto geral da doença, ou seja, as dimensões sociohistórica, na qual se pode incluir a educação, e psicológica.

Partindo da constatação da falha a ser preenchida por políticas públicas de saúde do trabalhador, enfatiza-se a necessidade de se aprofundar algumas discussões, principalmente no que se refere às diferenças de retorno ao trabalho entre grupos distintos de trabalhadores. Sugere-se, portanto, a priorização de estudos que integrem diferentes abordagens metodológicas, comparando diferentes grupos de trabalhadores acometidos de LER/DORT. Nesse sentido, acredita-se que esses estudos podem contribuir com o aperfeiçoamento, implantação e avaliação de programas de estratégia qualificante que garantam o acesso e/ou retorno ao trabalho a esses trabalhadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anuário Estatístico da Previdência Social [AEPS] (2011). *Acidentes de Trabalho*. Brasília: MPS/DATAPREV.
- Araújo, J.N.G., Lima, M.E.A. & Lima, F.P.A. (Orgs.) (1998) *LER: dimensões ergonômicas, psicológicas e sociais*. Belo Horizonte: Health.
- Barbosa, D. (2003). *Interdisciplinaridade do conhecimento*. Rio de Janeiro: Fundação Cesgranrio.
- Bell, J. (2002). *Cómo hacer tu primer trabajo de investigación?* Barcelona; Gedisa.
- Belluzzo, L. G. (2009, Outubro). Um novo Estado desenvolvimentista? *Le Monde Diplomatique*, 3 (27), 4-5.
- Bernardo, L. D. (2006). *Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.
- Bessa, D. (2005). O uso das estatísticas em Economia. In A. Silva & J. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (13.^a ed., pp. 79-98). Porto: Edições Afrontamento.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2000). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos* (M. Alvarez, S. Santos & T. Baptista, Trad.). Porto: Porto Editora.
- Bosi, E. (2004). *O tempo vivo da memória*. (2^a ed.). São Paulo: Ateliê Editorial.
- Direção geral da Educação e Cultura da Comissão Europeia (2009). *Programa Aprendizagem ao Longo da Vida*. Acedido em 30 de Julho de 2010 em europa.eu/logislation_summaries/Education_training_youth/general_framework/c11082-pt.htm.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação – Guia para Autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Chiavegato Filho, L. G. & Pereira Júnior, A. (2004, Fevereiro). LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 8 (14), 149-162.
- Coimbra, J. L., Parada, F. & Imaginário, L. (2001). *Formação ao Longo da Vida e Gestão da Carreira*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Fazenda, I.C. A. (org.) (2008). *O que é interdisciplinaridade?* São Paulo: Cortez.

- Ferreira, J. R. M. (2000). *Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores*. São Paulo: Roca.
- Frigotto, G. (2002). *Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador*. (4ª ed.), São Paulo: Cortez.
- Frigotto, G. (2006). *A produtividade da escola improdutiva*. (8ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Frigotto, G. (2008). *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*. (9ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Furth, H. G. (2007). *Piaget na sala de aula*. (6ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Garcia, V. M. D. (2004). Análise do perfil do paciente portador de doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT) e usuário do serviço de saúde do trabalhador do SUS em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 8 (3), 273-278.
- Godinho, C. D. J., Silva, I. G., Vieira, M. C. F. & Rocha, V. M. S. (2001). *A educação como determinante na inversão do modelo de assistência aos trabalhadores*. Brasília: FUNDACENTRO/MTE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2000). *Censo Demográfico 2000 - Resultados do universo*. Acedido em 20 de Outubro de 2012 em <http://www.ibge.gov.br>.
- Junqueira, L. A. P. (1999, Novembro). Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. *Revista FEA-PUC-SP*, 1, 57-72.
- Leite, E. M. (1995, Janeiro-Março). Educação, trabalho e desenvolvimento: o resgate da qualificação [versão eletrônica]. *Em Aberto- Enfoque*, 15 (65). Retirado a 08 de Janeiro, 2007, em www.publicacoes.inep.gov.br/detalhes.asp?pub=34.
- Lima, A. B. & Oliveira, F. (1995). Abordagem psicossocial da L.E.R.: ideologia da culpabilização e grupos de qualidade de vida. In W. Codo, & M. C. Almeida. (Orgs.) *L.E.R.: diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar* (pp. 136-159). Petrópolis: Vozes.
- Luckesi, C. C. (1994). *Filosofia da Educação*. São Paulo: Cortez.
- Lüdke, M., & André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Maeno, M., Takahashi, M. A. C. & Lima, M. A. G. (2009). Reabilitação profissional como política de inclusão social: [revisão]. *Acta Fisiátrica*, 16 (2), 53-58.
- Marconi, M. de A. & Lakatos, E. (2010). *Fundamentos da metodologia da pesquisa científica*. (5ª ed.). São Paulo: Atlas.

- Ministério da Saúde. Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: MS, 2004.
- Negrão, J. J. (1998). *Para conhecer o neoliberal*. São Paulo: Publisher Brasil.
- Obando, F. (1993). *Rehabilitación profesional: fundamentación, evolución y acciones interdisciplinarias*. San José: EUNED.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF*. São Paulo: EDUSP.
- Piaget, J. (2006). *Psicologia e Pedagogia*. (9ª ed.) Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Pombo, O. (2004). *Interdisciplinaridade: ambições e limites*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Rose, M. (2007). *O saber no trabalho: valorização da inteligência do trabalhador*. (R. L. Bottini: Trad.). São Paulo: Editora SENAC.
- Salim, C. A. (2003, Março). Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. *São Paulo em Perspectiva*, 17 (1), 11-24.
- Santos, E. F. (2006). *Mulheres entre o lar e a escola: os porquês do magistério*. Dissertação apresentada ao Instituto de Educação da Universidade Lusófona, Portugal, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, orientada pelo Prof. Dr. Antônio Teodoro.
- Santos, R. C. (2005). *Saúde todo dia*. São Paulo: Hucitec.
- Sato, L., Araújo, M. D., Udiyara, M. L., Franco, M., Nicotera, F. N., Daldon, M. T., Settimi, M. M. & Silvestre, M. P. (1993). Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. *Rev. Bras. Saúde Ocupacional*, 21(79), 49-62.
- Scopel, M. J. (2005). *Retorno ao trabalho: trajetória de trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT*. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional, orientada pela professora doutora Maria da Graça Correa Jaques.
- Settimi, M. M. (2001). *Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)*. (Série A, Normas e Manuais Técnicos nº 103). Brasília: Ministério da Saúde.
- Severino, A. J. (2000, Abril-Junho). Educação, trabalho e cidadania. *São Paulo em Perspectiva*, 14 (2).

- Souza, R. de O. (2001). *Serviço Social na Saúde: Contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle Social*. Rio de Janeiro: ESS-UFRJ.
- Toldrá, R. C. (2010). Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35 (121),10-22.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- ROTEIRO DO INQUÉRITO POR ENTREVISTA

- 1) Qual a sua idade?
- 2) Qual a sua função?
- 3) Caracterização da empresa onde trabalha ou trabalhou?
- 4) A empresa possui CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes)?
- 5) Possui programa de retorno ao trabalho?
- 6) Possui PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional)?
- 7) Quais as exigências e pressões no exercício das tarefas?
- 8) Realizava horas-extras?
- 9) Relação de nexos causal da sua enfermidade com o ambiente de trabalho e as tarefas realizadas?
- 10) Dificuldades para o diagnóstico e tratamento no sistema de saúde?
- 11) Consequências no cotidiano?
- 12) Reações ao adoecimento em relação à chefia e aos colegas de trabalho?
- 13) Reações ao adoecimento em relação ao convívio social?
- 14) Dificuldades frente à Previdência Social?
- 15) Perspectivas de vida?
- 16) O que significou a doença?
- 17) História laboral?
- 18) O que significa o trabalho?
- 19) Quais propostas teriam no retorno ao trabalho?

ANEXO

ANEXO A- TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Entrevista 1

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO/DATA E LOCAL DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA	Entrevista realizada com H. no dia 18 de março de 2007, iniciada às 16h00min e terminando às 16h40m, no consultório médico.
CATEGORIA DE ANÁLISE/OBSERVAÇÕES	Fala
1) QUAL A SUA IDADE?	46 anos
2) QUAL A SUA FUNÇÃO?	Desenhista
3) CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA ONDE TRABALHA OU TRABALHOU?	Empresa de médio porte.
4) A EMPRESA POSSUI CIPA (COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES)?	Possui CIPA
5) A EMPRESA POSSUI PROGRAMA DE RETORNO AO TRABALHO?	Não se tem programa de readaptação
6) A EMPRESA POSSUI PCMSO (PROGRAMA DE CONSERVAÇÃO MÉDICA DA SAÚDE OCUPACIONAL)?	Não sei se possui PCMSO.
7) QUAIS AS EXIGÊNCIAS E PRESSÕES NO EXERCÍCIO DAS TAREFAS?	Têm horários, têm prazos para cumprimento das tarefas. Depois da privatização o número de funcionários se reduziu.
8) REALIZAVA HORAS EXTRAS?	Realizava horas extras. Depois da privatização no período de um ano realizei tarefas em fins de semana e passei além de duas horas do período de oito horas diárias.
9) RELAÇÃO DE NEXO CAUSAL DA SUA ENFERMIDADE COM O AMBIENTE DE TRABALHO E AS TAREFAS REALIZADAS?	Tanto fazia trabalho no campo como com o micro computador, no mínimo por oito horas. A partir de 1997 foi implantado o programa AutoCAD com o qual trabalhei até 2003.
10) DIFICULDADES PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NO SISTEMA DE SAÚDE?	A empresa não emitiu a Comunicação de Acidente de Trabalho. O plano de saúde da empresa fazia restrições para a liberação de sessões de fisioterapia e o tratamento só se realizava com participação do pagamento pelo empregado.
11) CONSEQUÊNCIAS NO COTIDIANO?	As limitações são grandes para cuidar de casa, das plantas, para atividades na cozinha, para vestir-se, para mudar o tipo de vestuário.

12) REAÇÕES NO ADOECIMENTO EM RELAÇÃO À CHEFIA E AOS COLEGAS DE TRABALHO?	O chefe imediato foi humano, mas os colegas foram frios, não acreditavam muito que estava doente. Direção da empresa foi indiferente. A médica da empresa me encaminhou para outro médico de confiança dela, para confirmar o diagnóstico.
13) REAÇÕES NO ADOECIMENTO EM RELAÇÃO AO CONVÍVIO SOCIAL?	Só vou ao supermercado com o filho ou o marido por não poder transportar as bolsas de compras. Quase não consegui terminar de fazer rabanada, quase não consegui bater dois ovos. Não consigo usar bijuteria, um colar com uma pedra, sinto mal estar e dores.
14) DIFICULDADES FRENTE À PREVIDÊNCIA SOCIAL?	Peritos médicos não acreditavam apesar dos laudos, dos exames e relatórios dos médicos assistentes. Diziam que a doença era psicológica. Uma perita foi atenciosa, todos os outros peritos eram indiferentes.
15) PERSPECTIVAS DE VIDA?	Conviver com a doença. Uma vida com muitas limitações, com dores. Sinto dores até numa sala com ar condicionado.
16) O QUE SIGNIFICOU A DOENÇA?	Não esperava. Senti ser o fim quando tive o diagnóstico, porém encontrei profissionais na área de saúde que falavam das limitações, mas que não era o fim.
17) HISTÓRIA LABORAL.	Trabalhei na Secretaria Estadual de Educação como desenhista na parte de construção civil, em 1985. Em 1988 passei no concurso da ENERGIPE e fui contratada em 1990, tendo trabalhado até 2003. No campo e na prancheta. Depois trabalhei com computação gráfica no computador de 1995 a 1997.
18) O QUE SIGNIFICA O TRABALHO?	Sempre gostei de ser desenhista, fazendo levantamento no campo, eu me sentia realizada fazendo os desenhos. A equipe era boa. Ambiente de trabalho bom, apesar da privatização. Sinto acordar de manhã e não ir mais para o trabalho.
19) QUAIS PROPOSTAS TERIA NO RETORNO AO TRABALHO?	Melhoraria a autoestima, era um ambiente bom, onde conversava com as colegas de trabalho sobre os filhos, sobre a sociedade. Eu me senti privada do convívio com os colegas de trabalho. Não faria tantas horas-extras.

Entrevista 2

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO/DATA E LOCAL DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA	Entrevista realizada com M. A., no dia 18 de março de 2007, iniciando-se o inquérito à 16h40m e terminado às 17h20m, no consultório médico.
CATEGORIA DE ANÁLISE/OBSERVAÇÕES	Fala
1) QUAL A SUA IDADE?	35 anos.
2) QUAL A SUA FUNÇÃO?	Eletricista de distribuição. Também graduado em Ciências Contábeis.
3) CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA ONDE TRABALHA OU TRABALHOU?	Empresa de grande porte no estado e médio porte no Brasil. No início, não havia muita rigidez no interior do Estado. Quando foi privatizada, passou a haver muita rigidez, com metas de crescimento.
4) A EMPRESA POSSUI CIPA (COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES)?	A empresa possui CIPA, mas os membros não são atuantes, quase não apareciam. Eu nunca participei de treinamento.
5) A EMPRESA POSSUI PROGRAMA DE RETORNO AO TRABALHO?	Não possui programa de retorno ao trabalho, embora conste no acordo coletivo, mas a empresa não cumpre.
6) A EMPRESA POSSUI PCMSO (PROGRAMA DE CONSERVAÇÃO MÉDICA DA SAÚDE OCUPACIONAL)?	Possui PCMSO no papel. Não há acompanhamento. Não há visita aos setores da empresa. Em dez anos, médico da empresa foi uma vez ao interior.
7) QUAIS AS EXIGÊNCIAS E PRESSÕES NO EXERCÍCIO DAS TAREFAS?	Trabalhei como eletricista de 1990 a 1997, naquela época não havia muita exigência, trabalhava das 07h00min às 13h00min. Com a privatização, passou a haver exigência de metas e trabalhador passou a ser exigido até em outras tarefas, como, por exemplo, atendente ao consumidor. Tinha que efetuar corte de energia mesmo em residência de consumidor carente. Até mesmo se o consumidor estava com a razão, por exemplo, uma pessoa comprava um terreno que tinha um débito e o novo proprietário tinha que pagar.
8) REALIZAVA HORAS-EXTRAS?	Quanto às horas extras a empresa pagava até 60 horas. Só não cheguei a fazer horas-extras por dois meses. Em média, fazia quarenta e cinco horas-extras mensais. Fiz horas extras de 1990 a 1999, até o primeiro afastamento. Muitas vezes, a chefia não mandava equipe para revezar no trabalho.
9) RELAÇÃO DE NEXO CAUSAL DA SUA ENFERMIDADE COM O AMBIENTE DE TRABALHO E AS TAREFAS REALIZADAS?	Inicialmente tive varizes nas pernas, trabalhando com peso nas costas. Como leiturista, caminhei até cinco horas seguidas, diariamente. Fui submetido à cirurgia vascular em 1999. Com relação a DORT, depois da privatização tive que colocar como eletricista até 80 medidores por dia nas residências. Manuseava chave de fenda, alicate. Esticava fios nos postes. Carreguei equipamento nas costas com mais ou menos 40 kg.
10) DIFICULDADES PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	O diagnóstico inicialmente não foi completo. O INSS não reconheceu o diagnóstico. Na primeira perícia médica foi

NO SISTEMA DE SAÚDE?	concedido um benefício de um mês e meio. Procurei a Cagipe, plano de saúde da empresa. Não houve reconhecimento de nexos causal da doença.
11) CONSEQUÊNCIAS NO COTIDIANO?	O primeiro impacto foi em casa. Deixei de por meu filho de cinco anos no braço. Com os colegas houve afastamento. Eles se afastaram, diziam que era manha, que a empresa guardava lugar. No supermercado, se encontrava um colega, ele questionava como eu estava pegando sacola de compras. Não pude mais pôr o carro na garagem.
12) REAÇÕES NO ADOECIMENTO EM RELAÇÃO À CHEFIA E AOS COLEGAS DE TRABALHO?	Quando tentava retornar ao trabalho percebia que os colegas agiam como se eu não estivesse dando conta do serviço. A chefia determinava as mesmas tarefas. Dizia também que lugar de doente era em casa. Queriam uma pessoa com saúde, tiravam a oportunidade de crescer na empresa.
13) REAÇÕES NO ADOECIMENTO EM RELAÇÃO AO CONVÍVIO SOCIAL?	Deixei de frequentar o clube. Deixei de ser sócio. Quadro de funcionários vai mudando. A pessoa fica afastada. Não pode tomar uma cerveja porque está tomando remédio. Em relação a vizinhança, comentam que um rapaz não vai trabalhar, então deve haver apadrinhamento que facilita a situação no instituto de previdência. Cunhado, sogro, contam piada. Às vezes a esposa diz algo que a pessoa não gosta.
14) DIFICULDADES FRENTE À PREVIDÊNCIA SOCIAL?	Vem dificultando mais a concessão de benefício. Há também discriminação racial. Vi pessoas com situações iguais às minhas terem reconhecimento das lesões e concessão de benefícios. Eu recebia alta. Os médicos da previdência social tratam as pessoas como números, parecem ter cotas de concessão de benefícios. Os outros não recebem.
15) PERSPECTIVAS DE VIDA?	Não consigo imaginar. Mas estou melhorando minha perspectiva. No momento não sei o que vai acontecer. Tenho alguns sonhos. Gostaria de trabalhar em Ciências Contábeis. Gostaria de ter uma casa confortável.
16) O QUE SIGNIFICOU A DOENÇA?	Interrompi um desenvolvimento. Nunca tive muitos amigos. Tinha os colegas de trabalho. Marcava um futebol no clube. Com a doença, houve um afastamento das pessoas. Pensei que era provisório, mas foi definitivo.
17) HISTÓRIA LABORAL.	Comecei a trabalhar com 16 anos, com rebobinamento de motores elétricos, era balconista, em 1986. Em um ano passei a trabalhar com motores a diesel. Um emprego um pouco melhor com melhor salário. Em 1989 fiz curso de eletricitista no SENAI, fiz concurso para a Energipe e entrei em 1990, após curso na Bahia. Tinha 18 anos. Passei a trabalhar no interior, em Maruim, embora tenha feito concurso para Aracaju. Depois fui transferido para Laranjeiras. Trabalhei com cadastramento de consumidores e como leiturista também. Entre 1990 e 1992. Levava o equipamento nas costas. Em 1992 fui novamente transferido para Maruim. Trabalhei lá de 1992 a 1999. Passei a ser motorista, leiturista, eletricitista, até gerenciar em certa ocasião. Quando havia férias, em 10 dias podia vir

	carta, pedindo para voltar, por falta de pessoal. Em julho de 1999 senti dores nos ombros e coluna. A partir de 2000, não consegui mais permanecer no posto de trabalho e ia para lugares e rotinas diferentes, após cada afastamento.
18) O QUE SIGNIFICA O TRABALHO?	Minha mãe trabalhava na Energipe. Desde 4 a 5 anos ia lá. Entrar para a empresa foi uma grande alegria. Fui me ambientando, me relacionando com os colegas. Queria fazer carreira, até me aposentar. Depois do primeiro afastamento vi que a carreira foi interrompida, comecei a enxergar o outro lado. Passei a ser visto como carta fora do baralho. A realidade foi mudando. Hoje não vejo mais perspectiva lá dentro. Hoje ainda não consegui traçar um outro destino.
19) QUAIS PROPOSTAS TERIA NO RETORNO AO TRABALHO?	Hoje, se tivesse condições de voltar no tempo, mudaria a minha atitude. Horas extras eram cumpridas forçadamente. Procuraria não fazer tantas horas extras, não acumular tarefas.

Entrevista 3

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO/DATA E LOCAL DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA	Entrevista realizada com D., no dia 18 de março de 2007, iniciada às 17h20m e terminada 18h00m, no consultório médico.
CATEGORIA DE ANÁLISE/OBSERVAÇÕES	Fala.
1) QUAL A SUA IDADE?	53 anos.
2) QUAL A SUA FUNÇÃO?	Digitadora. Hoje, aposentada.
3) CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA ONDE TRABALHA OU TRABALHOU?	Empresa de grande porte. Era exigida muita produtividade, prazos rígidos. Muitas tarefas tinham que ser cumpridas naquele tempo determinado. Quanto aos toques, era feita a medição da hora e controlavam através de disquetes. Abaixo de 1000 toques/hora estaria desclassificada para o setor. A média era de 15 a 18000 toques/hora.
4) A EMPRESA POSSUI CIPA (COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES)?	Possui CIPA. Ninguém falava em doença do trabalho. Nos acidentes de trabalho, o empregado era incentivado a trabalhar. Diretor dizia que não queria saber o nome nem o que estava acontecendo.
5) A EMPRESA POSSUI PROGRAMA DE RETORNO AO TRABALHO?	A empresa não tem política de retorno ao trabalho. Há no acordo coletivo a previsão de reabilitação. A empresa não pôs em prática ainda. Na previdência social também falta. Falta inclusive fiscalização do Ministério do Trabalho.
6) A EMPRESA POSSUI PCMSO (PROGRAMA DE CONSERVAÇÃO MÉDICA DA SAÚDE OCUPACIONAL)?	Existe PCMSO no papel, mas não sei se funciona. Quando há acidentes, a empresa se mobiliza.
7) QUAIS AS EXIGÊNCIAS E PRESSÕES NO EXERCÍCIO DAS TAREFAS?	Havia exigência nos toques, no horário de trabalho, não havia intervalo. Não havia fiscalização do Ministério do Trabalho. Havia muita pressão pela produção e perfeição do trabalho. Havia estatística dos trabalhos realizados e destaque para os melhores.
8) REALIZAVA HORAS EXTRAS?	Fazia horas extras.
9) RELAÇÃO DE NEXO CAUSAL DA SUA ENFERMIDADE COM O AMBIENTE DE TRABALHO E AS TAREFAS REALIZADAS?	Trabalhei 22 anos na empresa. Comecei como escriturária. Trabalhava 8 horas por dia, sábados e domingos (8 horas extras no sábado e 8 horas extras no domingo). Tinha dias que trabalhava 12 horas (além das 8 mais 4 horas). Foi assim de 1976 a 1986, aí adoeci. Comecei a sentir dores nos braços e mãos. Na época, sem exames, o médico falou que estava com síndrome do túnel do carpo e solicitou afastamento da função. O médico da empresa recomendou ir para setor de recursos humanos. Fiquei lá um ano datilografando. Não recomendou cirurgia. Depois, fiquei afastada um ano, fiquei isolada na empresa. Com um ano, pedi para voltar para a digitação. E, as máquinas haviam mudado. Trabalhei, então, 4 anos. Depois me afastei, fui eleita para a diretoria do sindicato. Voltei em 1997.

10) DIFICULDADES PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NO SISTEMA DE SAÚDE?	Em relação ao diagnóstico, não tive dificuldade de estabelecer. O primeiro médico, Dr. Masayuki, deu o diagnóstico. Consulta através do sistema de saúde privado. Fiz tratamento com corticoide, fisioterapia e anti-inflamatórios.
11) CONSEQUÊNCIAS NO COTIDIANO?	A vida ficou totalmente limitada: não posso pegar peso, sinto dores, mas procuro me queixar o menos possível. Não é uma doença aparente. Outras doenças são visíveis e despertam o reconhecimento.
12) REAÇÕES NO ADOECIMENTO EM RELAÇÃO À CHEFIA E AOS COLEGAS DE TRABALHO?	Nunca houve estranhamento. Trabalhava muito. Quando me afastei ia lá e havia relacionamento normal. Quando passei a digitar, novamente as dores voltaram. A médica da empresa disse que era LER. Emitiu a CAT e me encaminhou para o INSS. Pedi para o INSS estabelecer onexo causal. Na terceira perícia, o INSS retirou benefício acidentário. Depois, foi retirado o benefício. Procurei saber, mas não consegui saber quem fez isso. Depois, fui aposentada por invalidez, sem reconhecimento do fato de ser doença do trabalho. Depois de 2 anos afastada, fui aposentada. Pretendo, oito anos depois de aposentada, entrar com ação judicial pedindo o reconhecimento do caráter acidentário.
13) REAÇÕES NO ADOECIMENTO EM RELAÇÃO AO CONVÍVIO SOCIAL?	Nunca me perguntaram porque adoeci. Hoje, há mais conhecimento sobre a origem no trabalho. Mas, de modo geral, as pessoas falam que conseguiram se aposentar porque houve uma burla. Era bom trabalhar. Quem iria sair? Era um castigo sair do ambiente de trabalho. No ambiente as pessoas não acreditam e tem que dar explicações do por que estar se afastando, até no ambiente familiar.
14) DIFICULDADES FRENTE À PREVIDÊNCIA SOCIAL?	Com o pessoal administrativo do INSS não houve problema, mas com os peritos médicos, apesar de não haver conflito, transformaram o benefício de acidentário para auxílio doença e também bloquearam o pagamento três meses. Depois, recebi a notícia que estava sendo aposentada. Tentei transformar para auxílio doença por acidente de trabalho, mas não consegui.
15) PERSPECTIVAS DE VIDA?	Sinto dores diariamente. Cada dia que passa, a vida vai ficando mais limitada. Torna-se difícil realizar as tarefas do lar. É preciso ter precaução para não agravar as lesões. Se a pessoa senta em um lugar mais baixo, não consegue levantar. Não tenho conhecimento de políticas públicas para lesionados.
16) O QUE SIGNIFICOU A DOENÇA?	Hoje, tenho lesões na coluna e membros superiores. Há dificuldade até na hidroginástica. Mas, as pessoas não reconhecem que uma lesionada como eu, não é uma deficiente, mas hoje me considero uma. Até fazer assinatura é difícil, mas sou tratada como se não tivesse essas dificuldades.
17) HISTÓRIA LABORAL.	Em 1973 tive o primeiro emprego durante um ano em uma obra filantrópica religiosa. Entre 1974 e 1975 trabalhei em um escritório em São Paulo. Em 1976 voltei para Aracaju e

	trabalhei na arquidiocese. Depois, fui trabalhar na Energipe aos 22 anos.
18) O QUE SIGNIFICA O TRABALHO?	O trabalho para mim significa segurança financeira, manutenção da família, e principalmente perspectiva para o futuro. Trabalho dá dignidade.
19) QUAIS PROPOSTAS TERIA NO RETORNO AO TRABALHO?	Primeira coisa conscientizar sobre os riscos, prevenção de doenças e afastamento precoce. Tanto a empresa como os trabalhadores não estão atentos. Há pessoas que são capazes de se matar para não perder o trabalho. Esta conscientização deve ocorrer mesmo antes de começar a trabalhar, logo na escola. A pessoa muitas vezes nega que está doente, mesmo precisando se afastar. Hoje em dia adoecem mais pessoas em outras atividades. É a minha impressão. Pessoas adoecem por stress. Se as pessoas soubessem que não perderiam o emprego, mas à noite, quando chegam em casa, têm medo de perder o emprego.

Entrevista 4

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO/DATA E LOCAL DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA	Entrevista realizada com J., no dia 18 de março de 2007, iniciada às 18h00m e terminada às 18h40m, no consultório médico.
CATEGORIA DE ANÁLISE/OBSERVAÇÕES	Fala.
1) QUAL A SUA IDADE?	47 anos.
2) QUAL A SUA FUNÇÃO?	Atendente comercial.
3) CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA ONDE TRABALHA OU TRABALHOU?	Empresa de grande porte que, passando por processo de privatização, diminuiu bastante o quadro de pessoal. Os que ficaram passaram a ser mais exigidos. Havia prazo para cumprir as tarefas, e relatar ao chefe toda atividade no fim do dia. Havia horário de entrada, mas no final do dia trabalhava-se além do horário estipulado.
4) A EMPRESA POSSUI CIPA (COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES)?	Possui CIPA. Fazia papel superficial. Hoje tenho esse problema de saúde. Enquanto estamos com saúde pensamos que a CIPA trabalha bem, mas quando há acidente de trabalho, ela fica mais ao lado da diretoria. Ela atua, educando, mas poderia ser mais atuante.
5) A EMPRESA POSSUI PROGRAMA DE RETORNO AO TRABALHO?	A empresa não tem programa de retorno ao trabalho.
6) A EMPRESA POSSUI PCMSO (PROGRAMA DE CONSERVAÇÃO MÉDICA DA SAÚDE OCUPACIONAL)?	Não via o médico da empresa observando os setores e sugerindo melhoras na saúde e na segurança.
7) QUAIS AS EXIGÊNCIAS E PRESSÕES NO EXERCÍCIO DAS TAREFAS?	Eu antecipava meu horário de entrada para cumprir as tarefas, mas devido à doença, passei a não conseguir. A chefia dizia que nem todo trabalho estava sendo executado.
8) REALIZAVA HORAS EXTRAS?	Fazia horas extras desde que entrei, em 1980. Na época que entrei, era diferente. A hora extra que era paga sem problemas, mas, quando privatizou, não. Agora ajuiizei ação para receber o que mereço, a justiça está efetuando os cálculos. Nos 24 anos que trabalhei, sempre fiz horas-extras. Diante das cobranças pelo serviço, tive que trabalhar sem contar como horas-extras.
9) RELAÇÃO DE NEXO CAUSAL DA SUA ENFERMIDADE COM O AMBIENTE DE TRABALHO E AS TAREFAS REALIZADAS?	Comecei datilografando, depois trabalhei com terminais de computador. Formalmente havia pausas, mas nós não conseguíamos que essas pausas fossem respeitadas, pela quantidade de serviço. Um dia viajei e tive fortes dores nos braços. Fui ao médico e ele falou que era porque trabalhava com digitação. Houve a informatização sem que tivéssemos preparação.

10) DIFICULDADES PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NO SISTEMA DE SAÚDE?	O médico solicita os exames, mas o plano de saúde não quer cobrir o valor para a realização dos mesmos. Vai ao posto do Sistema Único de Saúde e o agendamento é difícil, a pessoa é obrigada a procurar a assistência médica particular. O diagnóstico foi difícil, tem muitos médicos que não se preocupam com os clientes, diziam que eu estava exagerando nas queixas.
11) CONSEQUÊNCIAS NO COTIDIANO?	Sentia dores e fui dispensada da empresa. Não queria aceitar a doença. As pessoas viam que eu estava estressada, nervosa, com dor de cabeça. Tive que ter apoio psicoterapêutico. Hoje estou sendo acompanhada por ortopedista e psicoterapeuta. Tenho urticária devido ao nervoso. Estou indo também ao gastroenterologista. Minha mãe ficou preocupada, porque fazia uma pergunta e eu respondia nervosa. Não tinha prazer para nada. Eu me afastei das colegas.
12) REAÇÕES NO ADOECIMENTO EM RELAÇÃO À CHEFIA E AOS COLEGAS DE TRABALHO?	Eu atendia o público, tinha situações em que a pessoa não entendia, nem os meus colegas de trabalho, porque eu estava doente e queria esconder. Um dia tive uma crise forte, pedi à chefia para me liberar, cheguei a cortar a língua. A médica da empresa orientou para que tivesse uma licença, após a mesma, fui dispensada.
13) REAÇÕES NO ADOECIMENTO EM RELAÇÃO AO CONVÍVIO SOCIAL?	Meus colegas de trabalho não me procuram mais. Eles evitam contato comigo, acham que vai haver reação negativa no ambiente da empresa. Mesmo em casa, diziam que eu adoeci porque vivia trabalhando, não me divertia. Até que souberam que fui demitida.
14) DIFICULDADES FRENTE À PREVIDÊNCIA SOCIAL?	Em relação à previdência social, minha mãe me orientou para ir ao INSS para saber sobre meus direitos. Fui atendida, mas achei que de forma humilhante. Paguei tanto tempo, assim como outras pessoas, que vi não serem bem atendidas. Enfrentei obstáculos. Na primeira perícia médica, recebi benefício, mas passei por outros peritos que não foram assim. Puseram muitos obstáculos, achando que havia simulação. Teve uma médica que perguntou: “Porque veio aqui? Porque não tomou providências ainda na empresa?” Disse que não fui bem orientada e tinha medo de perder o emprego. Via meus colegas serem dispensados. Acabei tendo conhecimento através do sindicato.
15) PERSPECTIVAS DE VIDA?	Fiquei com Transtorno Depressivo. Fui orientada para procurar superar o problema de saúde. Procurar a justiça para obter meus direitos e segui adiante. Procurei fazer cursos para me atualizar. Encontrei pessoas que já passaram pela mesma situação. Na vida sentimental, agora tenho namorado.
16) O QUE SIGNIFICOU A DOENÇA?	A doença significou uma perda. Fiquei decepcionada, revoltada. Adoro trabalhar. Tenho saudade de trabalhar com o público, via meus colegas como continuação da família. Minha família morava no interior, em alguns fins

	de semana ia lá. Vinte e quatro anos não são vinte e quatro dias. Ainda hoje, há colegas que me cumprimentam, quando vou lá, embora já haja novos empregados. No princípio, quando fui demitida, chorava muito.
17) HISTÓRIA LABORAL.	Comecei contratada na empresa, como auxiliar de escritório, em 1980. O serviço era diferente. Trabalhei no setor de arrecadação. Vinham as contas e dávamos baixa, para que fosse feita a relação dos cortes de energia. Depois, passei a ser escriturária, em 1983, fui para o atendimento ao público, com máquina de datilografia. Passei sete anos. Depois, fui trabalhar na contabilidade, com terminais de computadores, em 1990. Após esse período veio a informatização, passamos a usar computadores. Fiquei adoentada e fui para o setor médico, pouco tempo. E, após, fui para o setor de licitação, depois para o setor de controle de qualidade, em 1996-97. Nessa época, já estava próxima a privatização, que ocorreu em 1998. Passei a fazer horas extras direto, era obrigatório. Fui, então, para a cidade de Itabaiana, trabalhar no setor de projetos. Tinha hora para entrar e não para sair. Após este período, fui para a cidade de Salgado e aí comecei a sentir dores nos braços.
18) O QUE SIGNIFICA O TRABALHO?	Desde quando comecei a trabalhar, comecei a ter responsabilidades, tinha lazer, mas colaborava um pouco com a família. O trabalho é tudo. A gente se sente outra pessoa. O mercado é competitivo, a gente tem que se aperfeiçoar. Fazia cursos. É preciso ter escolaridade compatível. O empregado é um número para a diretoria, na privatização. A demissão vinha por uma carta. Havia colegas que tentavam ir à sala do diretor e não conseguiam ter acesso. Hoje, as empresas privadas têm esta política. Orientam os demitidos para que tentem ser autônomos, mas, a maioria dos negócios próprios não prospera.
19) QUAIS PROPOSTAS TERIA NO RETORNO AO TRABALHO?	Se eu tivesse o conhecimento que tenho hoje, depois que passei por um processo desses, a gente pensa que problemas assim só acontecem com os outros. Teria observado mais a questão trabalhista, pediria mais explicações sobre a conservação da minha saúde, se existem planejamento e projeto, técnicas novas de trabalho. Pedir ao sindicato para atuar mais. O instituto de seguridade da empresa, a gente paga e não sabe como é gerenciado. A gente não se empenha muito em saber. Procuraria ter mais lazer, que é muito importante, participar mais em práticas esportivas. A empresa sempre promovia.

Entrevista 5

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO/DATA E LOCAL DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA	Entrevista realizada com S., no dia 18 de março de 2007, iniciada às 18h40m e terminada às 19h20m, no consultório médico.
CATEGORIA DE ANÁLISE/OBSERVAÇÕES	Fala.
1) QUAL A SUA IDADE?	53 anos.
2) QUAL A SUA FUNÇÃO?	Auxiliar administrativo da empresa energética de Sergipe. Hoje, aposentado pelo INSS.
3) CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA ONDE TRABALHA OU TRABALHOU?	Empresa de grande porte. Era estatal e foi privatizada, comprada por um grupo econômico de Minas Gerais, Cataguazes. Criaram uma série de metas, vieram as cobranças, que trouxeram sobrecarga e estresse. Tarefas eram rigidamente cobradas. Foi preciso estabelecer grupo, local e rota na campanha do pague fácil, eram débitos que já estavam sendo considerados perdidos e para os quais a empresa permitiu que pudessem ser parcelados em 36 vezes.
4) A EMPRESA POSSUI CIPA (COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES)?	A CIPA cumpria as medidas do governo. Havia reuniões mensais. E anualmente era realizada a semana SIPAT. Antes do expediente, uma vez por semana, havia reuniões em diferentes setores, mais com os eletricitistas. Eu fazia parte da CIPA. A gente acompanhava as reclamações dos colegas, mais os que trabalhavam na parte operacional.
5) A EMPRESA POSSUI PROGRAMA DE RETORNO AO TRABALHO?	Infelizmente, não possui programa de retorno ao trabalho.
6) A EMPRESA POSSUI PCMSO (PROGRAMA DE CONSERVAÇÃO MÉDICA DA SAÚDE OCUPACIONAL)?	No meu tempo o médico do trabalho não ia aos diversos locais da empresa. Existia o serviço médico, mas os exames que eram solicitados, que chamavam de periódicos, a gente é que pagava, então eram exames particulares e não periódicos.
7) QUAIS AS EXIGÊNCIAS E PRESSÕES NO EXERCÍCIO DAS TAREFAS?	Para ser sincero, as pressões vinham pelas cobranças. Havia vários sábados em que eu trabalhava até as 16h00min. Fazíamos cadastro de clientes e contratos, fazíamos horas extras.
8) REALIZAVA HORAS EXTRAS?	Fazia muitas horas extras.
9) RELAÇÃO DE NEXO CAUSAL DA SUA ENFERMIDADE COM O AMBIENTE DE TRABALHO E AS TAREFAS REALIZADAS?	Pegava a viatura da empresa às 6 horas da manhã; carregava com medidores às sete horas e ia para o escritório na cidade de Maruim, retornando às 19 h, até mesmo às 20 h. No sábado, trabalhava das 8 h às 16 h da tarde. Nas campanhas para registrar novos consumidores, todos os finais de semana, durante seis meses, em 2002. Foi nesse ano que eu me afastei do trabalho.
10) DIFICULDADES PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NO SISTEMA DE SAÚDE?	Para o diagnóstico, fui aconselhado a me submeter a uma eletroneuromiografia. O médico da empresa me encaminhou para um especialista, que recomendou cirurgia. Depois, fui para um segundo especialista,

	indicado novamente pelo médico da empresa, um reumatologista, que não aconselhou a cirurgia, disse que eu tinha mais idade e que não via como melhorar da doença em longo prazo com esse tratamento. Então, o médico da empresa me encaminhou para a previdência social e a perícia médica me considerou incapaz para o trabalho.
11) CONSEQUÊNCIAS NO COTIDIANO?	Para mim, a pior coisa, pelo fato de ter LER/DORT, são as limitações. Meu pai me ensinou que quem não vive para servir, não serve para viver. Em casa, quero ajudar, mas, na verdade, eu é que preciso de ajuda. A tampa da garrafa de café fica meio aberta, para que eu possa abrir e me servir.
12) REAÇÕES NO ADOECIMENTO EM RELAÇÃO À CHEFIA E AOS COLEGAS DE TRABALHO?	A chefia e os colegas de trabalho achavam que era manha, porque, naquela época, as sequelas não eram visíveis. Mas, eu sentia dormência em três dedos da mão direita, quando eu mostrava, ninguém percebia. Quando fui fazer a primeira perícia médica, levei minha carteira profissional. Eles contaram o tempo de contribuição e deu 33 anos, 8 meses e 19 dias. Em todo esse tempo, eu levei para a empresa três atestados, dois de Dengue e um de Parotidite.
13) REAÇÕES NO ADOECIMENTO EM RELAÇÃO AO CONVÍVIO SOCIAL?	Passsei a não frequentar o clube da empresa. Passsei a querer me resguardar. Alguns colegas me diziam que eu estava ótimo e eu não sabia se as palavras eram para me agredir. Ir ao shopping fazia com que eu me sentisse mal, passei a ir só com a família.
14) DIFICULDADES FRENTE À PREVIDÊNCIA SOCIAL?	A empresa tinha um convênio com o INSS e, através dele, foi marcada a primeira perícia médica. E, o empregado do setor de segurança do trabalho me levou lá. Teve um colega que me disse que eu estava ótimo, que queria estar no meu lugar. E eu respondi que ele fizesse o que eu fiz. Não sei se foi por causa da minha idade ou pelo tempo de contribuição, ia tenso, mas não fui destrutado. A perícia médica é vista como muito rigorosa.
15) PERSPECTIVAS DE VIDA?	Vivo o hoje. Sei que hoje estou fazendo atividades da rotina, acordo pela manhã programando o que vou fazer no dia. Eu me sinto tolhido.
16) O QUE SIGNIFICOU A DOENÇA?	Quando recebi a Comunicação de Acidente de Trabalho, eu me senti um depósito de lixo. Minha esposa me viu chorando e ela disse que eu agradecesse a Deus, que meus colegas estavam sendo desempregados e eu passei a receber um benefício da previdência.
17) HISTÓRIA LABORAL.	Com 15 anos, comecei a trabalhar em um escritório de contabilidade e um dia chegou um fiscal do trabalho que se dirigiu a mim perguntando se trabalhava ali. Anotou meu nome e me deu uma notificação para entregar para o meu patrão. Foi aí que assinaram a minha carteira. Fiquei lá 4 anos. Saindo de lá, trabalhei em outras empresas, inclusive no comércio, 6 anos. Na Energipe ,trabalhei 20 anos, desde a década de 70.
18) O QUE SIGNIFICA O TRABALHO?	Para mim o trabalho é um meio de sobrevivência e, também, um lazer.

19) QUAIS PROPOSTAS TERIA NO RETORNO AO TRABALHO?	Minha sugestão seria não deixar que as doenças surjam. Sugerir que os móveis, nos quais trabalhava, fossem adaptados, fossem frutos de estudos ergonômicos, como o apoio dos pés, por exemplo. Não me arrependo do serviço, a única coisa que sinto é não ter tido orientação. Eu lia sobre prevenção de doenças, mas quando via as pessoas esperando para serem atendidas, eu me desdobrava. Hoje, eu trabalharia com mais cautela. A sobrecarga de trabalho me trouxe a doença. Eu só, na agência, para atender tantos consumidores.
--	--

Entrevista 6

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO/DATA E LOCAL DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA	Entrevista realizada com R., no dia 18 de março de 2007, iniciada às 19h20m e terminada às 20h00, no consultório médico.
CATEGORIA DE ANÁLISE/OBSERVAÇÕES	Fala.
1) QUAL A SUA IDADE?	48 anos.
2) QUAL A SUA FUNÇÃO?	Técnico de nível médio em telecomunicações.
3) CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA ONDE TRABALHA OU TRABALHOU?	A empresa em que trabalho, de energia elétrica, no estado, é de grande porte. Ela, de certa forma, cobra o rendimento das tarefas, cobra agilidade na execução das tarefas. Em relação à horas extras, somos pressionados a trabalhar finais de semana. A empresa leva em consideração cada indivíduo. Ela oferece cursos para formação, por isso temos que realizar cursos de capacitação.
4) A EMPRESA POSSUI CIPA (COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES)?	A empresa tem CIPA. Precisaria mais os membros estar perto dos trabalhadores para inspecionar se as pessoas trabalham com equipamentos de proteção. Às vezes, trabalhamos sós.
5) A EMPRESA POSSUI PROGRAMA DE RETORNO AO TRABALHO?	Possui programa de reabilitação. Pessoas que passam por reabilitação no INSS a empresa não aceita, devolve à previdência social.
6) A EMPRESA POSSUI PCMSO (PROGRAMA DE CONSERVAÇÃO MÉDICA DA SAÚDE OCUPACIONAL)?	A Empresa tem médico do trabalho, que acompanha, mas fica muito no gabinete. Não vai aos diversos setores da empresa. É como se fosse um empregado para preencher o quadro. Há insatisfação.
7) QUAIS AS EXIGÊNCIAS E PRESSÕES NO EXERCÍCIO DAS TAREFAS?	Desde abril de 1978, sempre trabalhei em fins de semana alternados. E, no período da noite, tínhamos de ficar à disposição da empresa. Nós ficávamos com o bipe.
8) REALIZAVA HORAS EXTRAS?	Ao todo, contribuo para o INSS há 29 anos. Sempre eu estive à disposição. Ficávamos de sobreaviso. De 15 em 15 dias ficávamos na empresa nos finais de semana, isto quando não havia serviço já programado. Sempre nos colocavam na escala do quadro. Nós nunca questionávamos. Mesmo que não estivéssemos de sobreaviso poderíamos ser chamados pela empresa.
9) RELAÇÃO DE NEXO CAUSAL DA SUA ENFERMIDADE COM O AMBIENTE DE TRABALHO E AS TAREFAS REALIZADAS?	O serviço que eu desenvolvia exigia muito esforço físico. Quando eu entrei em 1978, trabalhei como auxiliar de eletricista, em linhas de transmissão de 69.000 e de 13.800 volts. Isto é o que está na carteira. A gente também limpava estrada onde havia mato para dar acesso ao carro, punha pedras em lugares alagados para o carro passar, escada nas costas, cruzetas, pegava picareta e cavava. Fiz isto até julho de 1979. Isso deve ter provocado lesões na coluna, nas costas. Depois, fui promovido para eletricista. Durante 5 anos subi em torres, manipulando alicate e também fazendo recuperação de acesso para o carro passar,

	escavação de buracos, equipamento nas costas, de 1979 a 1985. Depois, trabalhei como técnico de nível médio em telecomunicações. Subia muito em torres metálicas de 42 metros de altura e ficava até quatro horas pendurado, sacola de ferramentas, antena, ferragens, sempre com os braços levantados, apertando parafusos, de 1985 a 2003. Trabalhava com transporte de equipamentos elétricos, instalação de rádios nas viaturas, tinha que me abaixar muito debaixo dos carros e também transportar baterias automotivas. Dirigia ainda viaturas para o interior, até três horas de viagem. Tudo isso deve ter contribuído para causar danos a minha saúde. Os esforços mecânicos devem ter contribuído para lesar minha coluna e ombros.
10) DIFICULDADES PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NO SISTEMA DE SAÚDE?	Em 2003, estava carregando escada nas costas e transportando bateria automotiva. Um determinado dia estava segurando uma antena helicoidal de 4 metros, caí e senti dores na coluna. Fui ao médico e me submeti à ressonância magnética da coluna. Foram constatadas lesões. Havia seis meses que sentia dores e depois da queda piorou. Fui encaminhado ao INSS e o perito médico concedeu o benefício. Tomei anti-inflamatório e fui submetido à fisioterapia para a coluna, sem melhora.
11) CONSEQUÊNCIAS NO COTIDIANO?	Além da dor, há o problema psicológico, porque a gente passa a se sentir muitas vezes inválido. A gente quer pegar uma cadeira, por uma lâmpada em casa e não consegue. Se a gente fizer, pioram as deficiências. A gente tenta aconselhar os amigos, receber conselhos para melhorar a autoestima, mas há frustração. Aí vi que tinha que conviver com os problemas.
12) REAÇÕES NO ADOECIMENTO EM RELAÇÃO À CHEFIA E AOS COLEGAS DE TRABALHO?	A equipe de trabalho - engenheiro e seis a sete colegas - entendeu porque viu o meu perfil. Fiquei 22 anos sem pegar atestado médico. Não foi difícil administrar porque a equipe foi compreensiva.
13) REAÇÕES NO ADOECIMENTO EM RELAÇÃO AO CONVÍVIO SOCIAL?	Não senti tanto no convívio social porque os colegas de trabalho e familiares não demonstram que querem me evitar.
14) DIFICULDADES FRENTE À PREVIDÊNCIA SOCIAL?	Quando cheguei à previdência social, o perito médico me deu três meses de benefício e, depois, benefícios de três em três meses. A dificuldade eram as filas, chegávamos de madrugada, às vezes chovia quando estávamos em pé na calçada (04h00m a 05h00min da manhã), há mais ou menos três anos. Éramos atendidos, muitas vezes, as 11h00min, 12h00min do dia. Ficávamos lá dentro, com fome. A não ser que levássemos lanche. Os peritos médicos me respeitavam.
15) PERSPECTIVAS DE VIDA?	Tenho esperança que haja uma conscientização maior na sociedade e uma cobrança para a Previdência Social tratar os trabalhadores com respeito. Há um descaso generalizado, em não tratar bem os empregados, parece que a previdência vê os empregados como inimigos. Tenho esperança que a sociedade cobre melhor prestação de serviços da Previdência Social.

16) O QUE SIGNIFICOU A DOENÇA?	Doenças significam uma perda muito grande, um atraso. A gente tinha amigos na empresa, de 25 anos de relacionamento. Quando a doença chega a gente perde o contato com os colegas. A gente fica muito tempo em casa. A carreira fica interrompida.
17) HISTÓRIA LABORAL.	Comecei a trabalhar na COSIL, em 1974, o primeiro emprego, construindo prédios, como servente de pedreiro. Alguns meses. Depois, fui para a fábrica Riachuelo, em 1976. Em 1978, fiz concurso para a Energipe, como auxiliar de eletricitista. A gente fazia o que a empresa precisava, variadas atividades. Vinte e cinco anos de trabalho. Estou afastado há quase quatro anos.
18) O QUE SIGNIFICA O TRABALHO?	O trabalho é muito importante. Sem o trabalho há uma perda no sentido de viver. Traz também alegrias, realizações, dignifica a pessoa. Permite estabelecer relacionamento com os outros. A pessoa se sente útil pela prestação de serviço para a sociedade. Quando é bloqueado, a gente fica se sentindo inútil, é preciso trabalhar muito a cabeça para refazer conceitos. A sociedade cobra muito, passamos a ser vistos como descartáveis. A gente passa a ser visto como um fardo.
19) QUAIS PROPOSTAS TERIA NO RETORNO AO TRABALHO?	Se uma empresa tem mil empregados e precisa de mil e quinhentos para ela prestar bons serviços, os mil vão se estressar e fazer muitas horas extras, sem tempo para a família. Gostaria de propor que o quadro de funcionários passe a ser adequado, para não permitir o surgimento de doenças, pelo excesso de horas trabalhadas, pelo estresse.