

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

ELAINE CRISTINA DA SILVA

**O IMPACTO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA VIDA
DOS TRABALHADORES DO SETOR ELÉTRICO DE FLORIANÓPOLIS E A
AÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

FLORIANÓPOLIS

2008.2

ELAINE CRISTINA DA SILVA

**O IMPACTO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA VIDA
DOS TRABALHADORES DO SETOR ELÉTRICO DE FLORIANÓPOLIS E A
AÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Centro Sócio Econômico, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

Professor Orientador: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Baima Cartaxo

FLORIANÓPOLIS

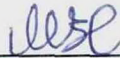
2008.2

ELAINE CRISTINA DA SILVA

**O IMPACTO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA VIDA
DOS TRABALHADORES DO SETOR ELÉTRICO DE FLORIANÓPOLIS E A
AÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

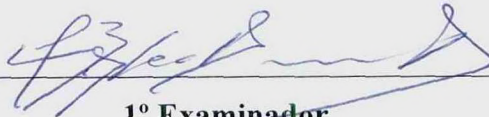
Trabalho apresentado no Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação do (a) professor (a) Dr.^a Ana Maria Baima Cartaxo.

BANCA EXAMINADORA



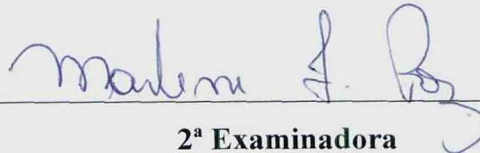
Orientadora

Ana Maria Baima Cartaxo
Universidade Federal de Santa Catarina
Professora Doutora em Serviço Social



1º Examinador

Hélder Boska de Moraes Sarmiento
Universidade Federal de Santa Catarina
Professor Doutor em Serviço Social



2ª Examinadora

Marlene F. Roz
Celesc Distribuição S.A.
Assistente Social

Florianópolis, 27 de novembro de 2008.

Dedico este trabalho a todos os membros de minha família e ao meu namorado, que me permitiram sonhar com este momento, encorajando-me a trilhar o caminho que hoje conquisto. Obrigada por respeitarem meus limites, valorizarem meus esforços e acreditarem em meu sonho. Todo esforço de minha caminhada vale ainda mais porque compartilho com vocês esta vitória.

Elaine Cristina da Silva

AGRADECIMENTOS

Agradecer é admitir que em algum momento de minha caminhada precisei de alguém, contei com a presença de um amigo e o apoio de meus familiares. Muitas foram as pessoas que estiveram ao meu lado durante esta jornada acadêmica, cada qual com sua particularidade e oferecendo o que tinha de melhor, doando-se para me ajudar, para ver minha alegria e contribuir com minha vitória.

Primeiramente gostaria de agradecer meus pais – Mauro e Marcia, aqueles que sempre acreditaram nos meus sonhos e fizeram de tudo para torná-lo realidade. Hoje agradeço humildemente a vocês por todos os esforços e sacrifícios para manterem meus estudos, por compreenderem minha ausência em muitos momentos em que precisavam de mim, por respeitarem minhas opiniões e valorizarem minha profissão. Agradeço ainda, acima de tudo, por me deixarem como herança o respeito pelas pessoas, à doação completa naquilo que nos propomos a fazer, a honestidade e a coerência com nossas opiniões e atitudes e o grande amor que sentimos uns pelos outros.

A minha irmã Milena, que sempre confiou cegamente em meus potenciais, me fazendo acreditar nas coisas que mais temia, me transmitindo coragem, garra, determinação e muito carinho. Obrigada pelo ombro amigo, pelas palavras de consolo, encorajamento e pela lealdade. Os momentos longe de você foram os mais difíceis que vivi durante todo este tempo.

Ao meu irmão Fernando, que conquistou meu coração dia a dia me mostrando que o amor e a verdadeira amizade são valores imprescindíveis na vida. A sua alegria nas horas certas, a sua sensatez nos momentos difíceis e a sua verdade me deram forças para conquistar meus sonhos. Você foi meu exemplo de determinação, esforço, dedicação e vitória.

Ao meu namorado Junior, que esteve ao meu lado em todos os momentos, cuidando de mim com um amor inigualável, mostrando-me o sentido de viver, de ser feliz e de amar. A você agradeço de forma especial por todo cuidado, atenção, paciência ao meu lado. Você, com sua bondade, amizade e companheirismo me fez perceber o que realmente vale a pena na vida. Te amo.

Aos meus amigos e familiares que estiveram presentes, me tornando uma pessoa melhor e me sentindo muito mais feliz. Obrigada em especial a vó Didi, tio Murilo, Eliane,

Julliane, Nika, Matheus, Flávia, Lucas, Madrinha Maria (*in memorian*) e a todos aqueles que estiveram ao meu lado.

Aos colegas e amigos de academia, que vivenciaram comigo experiências boas e ruins, a ansiedade das aulas de Movimentos Sociais e o TCC, em especial a Karina, Maíra, Graciano, Nídia, Pâmela, Grasiela, Mônica, Cíntia e Maiara.

Aos amigos do PET – Programa de Educação Tutorial, onde aprendi muitas coisas e conheci melhor a universidade. Abraços a Noêmia, Keila, Maicon, Edilaura, Carolina, Arnaldo, Rinald, Tobias, Grethi, Marjori, Tamires, Vitor, Ana Paula, enfim, a todos. Um agradecimento especial a nossa tutora Maria Del Carmen Cortizo por todo aprendizado e pelos amigos secretos e almoços maravilhosos em sua casa.

Aos amigos do NECAD – Núcleo de Estudos da Criança, Adolescente, Família e Pessoas com Deficiência, onde pude aprender coisas maravilhosas sobre a igualdade. Obrigada Tatiana, Selma, Jaqueline e em especial as professoras Maria Manoela Valença e Eliete Cibele Cipriano Vaz, pessoas que me ensinaram muito além de assuntos referentes a academia.

Ao professor Hélder Boska de Moraes Sarmiento, com quem pude vivenciar dois semestres de monitoria, me ensinando muito além dos conhecimentos de Instituições e Organizações e quem admiro profundamente pela sua sabedoria.

Às professoras Simone Sampaio Sobral e Simone Lolatto, com quem pude dividir experiências através da monitoria de Processos de Trabalho em Serviço Social: Instituições e Organizações. Obrigada.

Agradeço especialmente a turmas em que fui monitora, por me tratarem com respeito, admiração e amizade. Destes encontros ganhei grandes amigos, como Flaviana, Patrícia, Viviane, Letícia, Kacilene e Maria Júlia. Jamais me esquecerei do “Focaliza no Social”. Agradeço também a minha orientadora Ana Maria Baima Cartaxo, por ter acreditado na minha proposta de TCC, ter se dedicado às orientações, cuidando dos detalhes, das minhas dificuldades, contradições e dúvidas. Só foi possível chegar até aqui por que tive seu apoio, força e dedicação.

A minha supervisora de campo, Clarence Ludmila Varone da Rocha que me ensinou muito sobre a prática profissional, sobre o que defendemos, acreditamos e como nos posicionamos. Mais que supervisora, tive ao meu lado uma amiga inigualável por sua alegria, equilíbrio e compreensão. Obrigada também a Fernanda com quem pude aprender muito mais sobre coragem e dedicação.

A Marlene e Susana, assistentes sociais da ARFLO, que sempre me trataram com um carinho especial. Admiro muito vocês.

Por último, não poderia deixar de agradecer a Deus, por todas as coisas boas em minha vida e por colocarem todas estas pessoas em meu caminho.

Enfim, a todos que estiveram ao meu lado, me apoiando e tornando-me melhor, contribuindo assim para a vitória que hoje conquisto e que dedico a todos vocês.

*... devemos tentar ultrapassar as nossas limitações
progressiva e pacientemente.*

*A impotência é fatal; a tirania é odiosa.
Portanto, é necessário pôr a justiça e a força
juntas; é para isso que a política serve e é isso
que a torna necessária (...).*

*O que é justo? É alguém que põe sua força a
Serviço do direito e dos direitos.*

Richard Bach - Comte - Spanville

SILVA, Elaine Cristina da. **O Impacto do Processo de Reabilitação Profissional na Vida dos Trabalhadores do Setor Elétrico de Florianópolis e a Ação do Serviço Social**. 112 f. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

RESUMO

O presente trabalho busca identificar o impacto do Programa de Reabilitação Profissional na vida dos empregados da Celesc, com relação à vida profissional e ocupacional do reabilitado, referente à sua realização profissional, desenvolvimento de novas habilidades e competências, assim como, nas suas relações pessoais, familiares, e também, como repercute em sua saúde e qualidade de vida. Para tanto, o estudo tece considerações acerca das transformações no mundo do trabalho e suas implicações diretas no agravamento à saúde dos trabalhadores, bem como resgata as origens da previdência social e suas reestruturações, explanando os benefícios e serviços oferecidos a este segmento. Também discute os objetivos da reabilitação profissional, suas transformações, como esta se configura atualmente e o convênio realizado na Celesc. O estudo realizado pode ser classificado quanto sua tipologia, como pesquisa de campo aplicada, onde se procurou conhecer situações reais concretas vivenciadas por empregados reabilitados. Assim, configura-se como uma pesquisa de caráter qualitativo, e sua estratégia metodológica ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas - formulário. Estas entrevistas tiveram como propósito ouvir os empregados já reabilitados a fim de revelar a sua visão e opinião e não apenas a da instituição e dos profissionais que desenvolvem tais programas. Como resultado, analisa-se criticamente o Programa de Reabilitação Profissional da Celesc, de acordo com a política previdenciária, no seu impacto junto aos reabilitados no contexto das transformações do mundo do trabalho e indicam-se ações para a intervenção profissional do assistente social no processo de Reabilitação Profissional da Celesc, baseando-se na luz do projeto ético-político da profissão, com vistas a reestruturar o programa dentro da empresa.

Palavras- Chave: Saúde, Trabalho e Reabilitação Profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACT** – Acordo Coletivo de Trabalho
- APS** – Agências da Previdência Social
- ARFLO** – Agência Regional de Florianópolis
- ASSO** – Assessoria de Serviço Social
- CAP's** – Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CBO** – Classificação Brasileira de Ocupações
- Celesc** – Centrais Elétricas de Santa Catarina
- Celos** – Fundação Celesc de Seguridade Social
- CF** – Constituição Federal
- CID** – Código Internacional de Doenças
- CIPA** – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho
- COPERPS** – Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social
- CRP's** – Centros de Reabilitação Profissional
- DGC** – Diretoria de Gestão Corporativa
- DNPS** – Departamento Nacional de Previdência Social
- DORT** – Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho
- DPRH** – Departamento de Recursos Humanos
- DVED** – Divisão de Estruturação e Desenvolvimento Funcional
- DVRT** – Divisão de Relações Trabalhistas
- DVSS** – Divisão de Segurança e Saúde e Medicina Ocupacional
- EPI** – Equipamentos de Proteção Individual
- ERPAPS** – Equipes de Reabilitação Profissional das Agências da Previdência Social
- GAM** – Grupo de Ajuda Mútua
- GBENIN** – Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade
- GEx** – Gerências Executivas
- IAP's** – Institutos de Aposentadorias e Pensões
- IAPAS** – Instituto Nacional de Administração da Previdência Social
- INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

ISSB – Instituto de Serviços Sociais do Brasil

LER – Lesões por Esforços Repetitivos

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MPS – Ministério da Previdência Social

NRP – Núcleos de Reabilitação Profissional

NR's – Normas Regulamentadoras

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDVI - Programa de Demissão Voluntária Incentivada

PL – Participação nos Lucros

PPD – Pessoas Portadoras de Deficiência

PPTAD – Programa de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo e Outras Dependências Químicas

PPTT – Projeto de Prevenção e Tratamento do Tabagismo

PQV – Programa Qualidade de Vida

PRP – Programa de Reabilitação Profissional

RGPS – Regulamento Geral da Previdência Social

SABI – Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade

SESMT – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho

SPRH – Supervisão de Recursos Humanos

SRP – Sistema de Reabilitação profissional

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSERPS – Superintendência de Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social

UTRP – Unidades Técnicas de Reabilitação Profissional

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Situação dos Empregados Entrevistados Reabilitados da Celesc.....	81
Gráfico 2: Tempo de Serviço na Celesc.....	82
Gráfico 3: Impactos do Programa de Reabilitação Profissional	83
Gráfico 4: Tempo de Espera para a Reabilitação Profissional.....	84
Gráfico 5: Motivos de Afastamento do Trabalho.....	85
Gráfico 6: Análise da Intervenção do Serviço Social.....	86
Gráfico 7: Resultados do Programa de Reabilitação.....	87

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema do sistema de reabilitação profissional.....	71
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
1. O TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E O IMPACTO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NA CELESC.....	21
1.1. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA.....	21
1.2. TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS E SEU IMPACTO NO MUNDO DO TRABALHO.....	28
1.3. A CELESC DISTRIBUIÇÃO S.A. E OS IMPACTOS QUE AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO TROUXERAM PARA A EMPRESA.....	37
2. A SAÚDE DO TRABALHADOR E A PREVIDÊNCIA SOCIAL EM QUESTÃO.....	43
2.1. A SAÚDE DOS TRABALHADORES E AS DOENÇAS OCUPACIONAIS.....	44
2.2. A POLÍTICA PREVIDENCIÁRIA: ORIGENS E REESTRUTURAÇÕES.....	56
3. O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA CELESC DISTRIBUIÇÃO S.A. E A AÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL.....	64
3.1. O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS.....	64
3.2. PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA CELESC.....	75
3.2.1. A Visão dos Reabilitados Sobre o Programa de Reabilitação e o Impacto em Suas Vidas.....	80
3.2.2. Propostas de Intervenção à equipe de Reabilitação da Celesc, com Vistas a Reestruturação do Programa de Reabilitação Profissional.....	89
3.3. O SERVIÇO SOCIAL E O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA CELESC.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
APÊNDICE.....	105
ANEXOS.....	110

INTRODUÇÃO

Atualmente o mundo vem assistindo a profundas transformações na sociedade, desde a forma como o Estado vem se configurando e reajustando para responder às novas exigências do capital, reduzindo gradativamente suas responsabilidades sobre os direitos sociais, até a forma como a população vem criando estratégias de sobrevivência e de adaptação constante para o enfrentamento dessas mudanças.

Vive-se em um mundo onde é extraordinário o progresso das ciências e das técnicas, onde tudo é desenvolvido numa escala de tempo acelerada e eficaz. Homens disputam com máquinas na mesma proporção em que às contradições do progresso, como o conforto e a tecnologia, geram pobreza, desigualdades e injustiças.

Seres humanos estão sendo colocados à prova de sua resistência e de sua tolerância. A nova ordem mundial está se estruturando num processo de aprofundamento da desigualdade com a ampliação da competição, do consumo, da exploração e da diminuição das funções do Estado. Segundo Faleiros (1999, p. 157) “o mapa do mundo está sendo redesenhado pelas guerras, pelas separações étnicas e culturais e pelas multinacionais. As nações encontram-se divididas quanto a seu projeto de futuro, a seu horizonte e a suas condições de autonomia e de vida”.

Diante dessas transformações, verifica-se uma flexibilidade nos padrões de consumo e de produção. O trabalho passa a se configurar sobre outros aspectos, crescendo a precarização nas relações de trabalho, que reduzem direitos, rebaixam salários, estabelecem vínculos empregatícios temporários e reduzem postos de trabalho e número de trabalhadores nas empresas. Surge o trabalhador polivalente, multifuncional, que exerce várias funções, mas que não se reconhece naquilo que ele próprio produziu. Outros segmentos tornam-se sobrantes, desnecessários.

Devido a essas transformações societárias, advindas da globalização da economia, da evolução tecnológica e do neoliberalismo, outras questões passaram a afetar o mundo do trabalho, como a tendência à privatização, à terceirização, a precarização do ambiente de trabalho, jornadas de trabalho extenuantes e salários desvalorizados, o que afeta diretamente a saúde e segurança do trabalhador.

Frente às novas configurações verifica-se um considerável aumento de doenças relacionadas ao trabalho, tanto causadas por condições de trabalhos inadequadas em locais insalubres e impróprios, como por causas psicológicas. O trabalhador em razão das exigências

impostas, do excesso de trabalho, da multiplicidade de funções dentro da instituição a que está vinculado, além do risco constante de “ser substituído” ou ficar desempregado, sofre pressões que podem concorrer para o seu adoecimento.

Como consequência, cresce o percentual de trabalhadores que, por acidente de trabalho ou doenças sócio-ocupacionais, encontram-se incapacitados para realizar suas tarefas no seu posto de trabalho. Considerável parte, quando contribuinte da previdência social, fica em auxílio-doença até que esteja apto para voltar ao trabalho e alguns quando não apresentam condições de retorno são aposentados por invalidez.

Dados do Anuário Estatístico da Previdência Social – 2003¹, apontam que neste ano foram registrados 390.180 acidentes do trabalho, sendo que destes, 12.649 casos eram de incapacidade permanente e 2.582 casos de óbito. Em Santa Catarina, no mesmo ano, foram registrados um total de 25.882 casos de acidente de trabalho, sendo 659 casos de doenças de trabalho. Estima-se um total de R\$ 876.656 gastos de 2001 a 2003 somente em auxílio-doença.

Percebe-se assim, que não só as relações de trabalho modificaram-se, mas a saúde dos trabalhadores tem estado vulnerável a estes impactos anteriormente citados. É com frequência que os trabalhadores apresentam problemas neste aspecto, com sérias implicações à execução de suas atividades habituais. Também vem aumentando o número daqueles que ficam com seqüelas permanentes e, conseqüentemente incapazes para retornar ao trabalho.

Diante desse quadro, há a alternativa apresentada pelo Instituto Nacional de Seguro Social – INSS: o Programa de Reabilitação Profissional, que presta assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho.

A habilitação e a reabilitação profissional são serviços que devem propiciar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vivem. (Lei n. 8.213/91, art.89.)

É realizada por meio de atendimento individual e/ou em grupo, por profissionais de diversas áreas, objetivando a definição da capacidade laborativa do trabalhador, visando sua reinserção no mundo do trabalho. Tem por objetivo central promover o retorno ao mercado de trabalho dos segurados que, em decorrência da doença e/ou acidente de qualquer natureza ou

¹ O Anuário Estatístico da Previdência Social de 2003 é o mais recente anuário elaborado pelo Ministério da Previdência Social.

causa, se encontram impossibilitados, parcial ou totalmente, de desenvolver suas atividades profissionais.

Porém, o processo de Reabilitação Profissional, pode estar fortemente comprometido, se estiver apenas ancorado na idéia de diminuir o ônus da Previdência Social ao cessar o auxílio-doença e ter novamente a contribuição do segurado garantida. Também pode estar comprometido, se apenas se fundamentar na idéia de reinserção no mercado de trabalho, com vistas à produção econômica e reprodução social, e não à garantia de proteção ao trabalhador, não considerando aspectos como: as condições de trabalho ao qual o reabilitado está sujeito, sua satisfação ou adaptação em exercer uma nova função, suas novas relações de trabalho e familiares, bem como, sua qualidade de vida, saúde, sua estabilidade no emprego após a reabilitação e sua situação social, econômica e política.

Diante dessas questões, faz-se fundamental compreender os reais objetivos deste Programa e como os reabilitados o compreendem a partir de suas experiências e realidades.

A inserção no campo de estágio na área de serviço social, realizado na Celesc Distribuição S.A., onde o Programa de Reabilitação Profissional existe através do Convênio de Cooperação Técnica entre a empresa e o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, suscitou a necessidade de verificar neste âmbito diversas questões que fazem refletir acerca do Programa e sua influência, seu impacto na vida dos empregados, procurando identificar, se de fato este promove a Reabilitação Profissional dos mesmos, ou se atende apenas a objetivos institucionais.

Portanto, este trabalho de conclusão de curso na área de serviço social, tem como objeto de estudo identificar o impacto do Programa de Reabilitação Profissional na vida dos empregados da Celesc, com relação à vida profissional e ocupacional do reabilitado, referente à sua realização profissional, desenvolvimento de novas habilidades e competências, assim como, nas suas relações pessoais, familiares, e também, como repercute em sua saúde e qualidade de vida.

Para tanto, objetiva, de forma geral analisar criticamente o Programa de Reabilitação Profissional da Celesc, de acordo com a política previdenciária, no seu impacto junto aos reabilitados no contexto das transformações do mundo do trabalho e indicar ações para a intervenção profissional do assistente social no processo de Reabilitação Profissional da Celesc, baseando-se na luz do projeto ético-político da profissão, com vistas a reestruturar o programa dentro da empresa.

Tendo como base que as políticas sociais não podem ser analisadas somente pelas suas expressões como fato social isolado, e que estas são fruto e expressão contraditória da

realidade, parte-se da perspectiva de forma preliminar e aproximada do método crítico-dialético, onde considera-se a realidade social sob o ponto de vista da totalidade. Porém, esta totalidade é apreendida de forma contraditória, podendo ser assim compreendida por meio de múltiplas mediações.

Desta forma, o estudo realizado com os empregados reabilitados da Celesc, não pode ser entendido como fato isolado, mas sim como parte estrutural da totalidade, que em sua dinâmica expressa as características gerais que se pauta o programa de reabilitação profissional.

O estudo realizado pode ser classificado quanto sua tipologia, como pesquisa de campo aplicada, onde se procurou conhecer situações reais concretas vivenciadas por empregados reabilitados, objetivando analisar criticamente o programa e sugerir ações de intervenção profissional na área do serviço social. Assim, configura-se como uma pesquisa de caráter qualitativo, e sua estratégia metodológica ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas - formulário². Estas entrevistas tiveram como propósito ouvir os empregados já reabilitados a fim de revelar a sua visão e opinião e não apenas acerca da instituição e dos profissionais que desenvolvem tais programas.

O universo de pesquisa foram os empregados da Celesc Distribuição S.A., lotados na Administração Central e Agência Regional de Florianópolis- ARFLO, que viveram o processo de reabilitação, independentemente de seu cargo e/ou função, e que possuem certificado de homologação da reabilitação profissional emitido pelo INSS. Havia um total de oito empregados de acordo com estas características, sendo que foram entrevistados cinco destes empregados, em razão da impossibilidade de encontrar os demais.

A seleção dos sujeitos da pesquisa se deu através de indicação do Serviço Social da Celesc, da Agência Regional de Florianópolis, atingindo um universo de 62,5% dos empregados já reabilitados da Empresa, no período do início do programa até os dias atuais e a identidade dos entrevistados, por questões éticas foi preservada. Desta forma, os sujeitos foram designados pelos pseudônimos de reabilitado A, B, C, D e E.

Por fim, as informações foram sistematizadas e avaliadas, para o desenvolvimento do trabalho.

Esta monografia está dividida em três seções. Na primeira seção foi explanado o *Trabalho no Modo de Produção Capitalista e o Impacto da Reestruturação Produtiva na Celesc*, que aborda questões acerca do trabalho, sua reconfiguração no modo de produção

² O formulário conta na Apêndice A deste trabalho.

capitalista, as transformações societárias e seus efeitos no mundo do trabalho e o impacto que estas mesmas transformações tiveram na Celesc.

Na segunda seção foi discutido *A Saúde do Trabalhador e a Previdência Social em Questão*, quando se tratou das origens e reestruturações da política previdenciária, os benefícios previdenciários que estão articulados com a Reabilitação Profissional, bem como, a saúde dos trabalhadores, as doenças ocupacionais e as principais doenças que afetam os celesquianos reabilitados.

Na terceira e última seção foi apresentado *O Programa de Reabilitação Profissional na Celesc Distribuição S.A. e a Ação do Serviço Social*, onde se explica o que é o programa de reabilitação do INSS, como este funciona na Celesc, bem como, a visão dos reabilitados sobre o mesmo e do impacto em suas vidas. E ainda, o papel do Serviço Social e as propostas para a melhoria deste serviço na empresa.

Por último tecem-se as considerações finais quando se apresenta a análise dos resultados para a perspectiva de reestruturação do Serviço Social no contexto da Reabilitação Profissional e desse programa como um todo.

Espera-se contribuir com este estudo para reconhecer dentro da instituição as principais dificuldades relacionadas ao Programa de Reabilitação Profissional, bem como, levantar quais são as doenças sócio-ocupacionais que mais afetam o seu quadro de reabilitados, ressaltando as estratégias preventivas de promoção à saúde e segurança do trabalhador. Espera-se ainda, sugerir ações a serem desenvolvidas pelo serviço social junto a este segmento, de forma a ter dados que subsidiem uma reestruturação do programa dentro da empresa.

Por último, pretende-se contribuir na formação acadêmica, no sentido de despertar a necessidade de rever e repensar os processos que se está trabalhando e vivendo, possibilitando à construção e difusão de novos conhecimentos relacionados à prática do serviço social na área da Reabilitação Profissional.

1. O TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E O IMPACTO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NA CELESC

O mundo dos velhos, de todos os velhos, é, de modo mais ou menos intenso, o mundo da memória. Dizemos: afinal, somos aquilo que pensamos, amamos, realizamos. Eu acrescentaria: somos aquilo que lembramos. Além dos afetos que alimentamos, a nossa riqueza são os pensamentos que pensamos que pensamos, as ações que cumprimos, as lembranças que conservamos e não deixamos apagar e das quais somos o único guardião.

Norberto Bobbio

1.1. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Objetivando traçar algumas implicações a respeito da categoria trabalho, parte-se da perspectiva marxiana, que concebe o trabalho como um processo no qual participam homem e a natureza, onde o homem incide uma ação sobre a natureza de forma a obter mudanças nele próprio. O trabalho, desta forma, é um processo conduzido pelo homem, que através de sua ação “impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. (MARX, 1985, p. 202)

Assim, segundo Marx (1985), o homem atua sobre a natureza, modificando-a, de forma a atender suas necessidades, e desta forma, modificando-se a si mesmo continuamente. Neste processo, o homem transforma objetos naturais, em objetos com um valor social, tanto pela sua finalidade, quanto pelo valor de uso aplicado a ele. Portanto, para Marx (1985, p.208):

*O processo de trabalho [...] é atividade dirigida com o fim de criar valores de uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é **condição necessária** eterna do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural eterna da vida humana, sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais. [grifo nosso]*

Desta forma, evidencia-se a importância do trabalho como condição inerente à vida humana, de produção e reprodução social, o que comprova a sua centralidade social. Assim o trabalho se configura como inter-relação entre os homens (sociedade) e a natureza nas suas variadas formas, que transforma o ser meramente biológico em ser social. Portanto, o trabalho

pode ser compreendido “como atividade fundamental do ser humano, cuja ação se encontra em todo o tempo e todo o lugar, e é o centro e o fundamento do vínculo social”. (GONÇALVES, 2006, p.45)

O trabalho expressa a condição humana, de seres racionais, criadores de valores, que possuem a capacidade de antecipar, planejar suas ações e de criar, transformar o meio em que vivem. A diferença do homem perante os animais se faz a partir do momento em que ele começa a produzir para viver de forma consciente, antecipando e planejando suas ações. Isto significa o caráter teleológico do trabalho consciente do homem que o diferencia dos animais. Assim, o ser humano não age apenas em função das necessidades imediatas e nem se guia pelos instintos, como fazem os animais. Os homens são capazes de antecipar na sua cabeça os resultados das suas ações, sendo desse modo, capazes de escolher os caminhos que irão seguir. É como Marx (1985, p. 202) descreve, em “O Capital”:

O que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade.

Desta forma, o que distingue o pior arquiteto da melhor das abelhas é que o arquiteto ergue a construção em sua mente antes de erguê-la na realidade. Portanto, homens e mulheres vêm construindo historicamente suas existências, pois atendem suas necessidades dada a capacidade de preconceber o que vão fazer, isto é, a consciência humana potencialmente pode resolver os problemas de alimentação, habitação, vestuário, transporte, educação, todas de forma infinitamente recriadoras e de acordo com suas potencialidades, necessidades, intenções, interesses e os meios históricos.

O primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder fazer história. Mas, para viver, é preciso antes de tudo, comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam a satisfação destas necessidades, a produção da própria vida material, e de fato este é um fato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, como há milhões de anos, deve ser cumprido todos os dias e todas as horas, simplesmente para manter homens vivos. (MARX; ENGELS, 1987, p. 39)

Portanto, o trabalho configura-se como atividade essencial para a vida humana, como atividade que expressa a condição racional do homem, sua humanidade, sua condição de ser criador de valor e também sua condição de ser social, além de ser imprescindível para a

manutenção da vida humana, que possibilita a produção de meios que satisfazem as necessidades bio-psico-sociais dos homens.

Assim, verifica-se que, em qualquer período histórico, a natureza concreta do trabalho estará vinculada a sua capacidade de produzir um valor de uso, com vistas à produção e reprodução da vida. Entretanto, conforme explica Araújo (2008, p. 11):

[...] para além desta natureza universal, comum a todas as organizações sociais, o trabalho também é *historicizado*. Ou seja, necessita ser situado sob determinada formação social. No interior do capitalismo, aquela natureza universal do trabalho que serve à satisfação das necessidades humanas é subsumida ao seu caráter *abstrato*, social geral, no qual o trabalho é transformado em mercadoria e medido pelo seu tempo de duração. Não importa mais o caráter útil do trabalho que produz valores de uso, mas sua propriedade de produtor de valores de troca. [Grifos do Autor]

Desta forma, o trabalho no modelo de produção capitalista passa a se caracterizar sobre outros aspectos, com objetivos menos sublimes, mais relacionados à lucratividade e competitividade, e não apenas a reprodução social dos homens e como mantenedor da vida humana, mas acima de tudo o trabalho se alicerça sob dois patamares principais: “quantidade de trabalho” e “trabalho como mercadoria”.

Segundo Marx (1985, p. 208):

O processo de trabalho, quando ocorre como processo de consumo da força de trabalho pelo capitalista, apresenta dois fenômenos característicos. O trabalhador trabalha sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho. O capitalista cuida em que o trabalho se realize de maneira apropriada e em que se apliquem adequadamente os meios de produção, não se desperdiçando matéria-prima e poupando-se o instrumental de trabalho, de modo que só se gaste deles o que fôr imprescindível à execução do trabalho. Além disso, o produto é propriedade do capitalista, não do produtor imediato, o trabalhador. O capitalista paga, por exemplo, o valor diário da força de trabalho. Sua utilização, como a de qualquer outra mercadoria [...] Ao penetrar o trabalhador na oficina do capitalista, pertence a êste o valor-de-uso de sua força de trabalho, sua utilização, o trabalho.

Para entender esta radical transformação do trabalho, faz-se fundamental compreender historicamente o advento do regime de acumulação capitalista, e que repercussões trouxe para as relações de trabalho e para a vida humana.

Sabe-se que no decorrer da história, o trabalho desenvolve-se nas diversas sociedades como condição essencial para a sobrevivência humana e ocorre de variadas formas, conforme as necessidades ali apresentadas, bem como, de acordo com os meios e as condições

históricas. Nas sociedades primitivas, para atender as suas necessidades de subsistência, os homens utilizavam a caça, a pesca e a agricultura rudimentar. Posteriormente, conforme explica Silva (2007) no período escravocrata, nas sociedades grega e romana, o trabalho servil *perpassa o feudalismo*³ na Idade Média e finalmente, a partir da Revolução Industrial, assume a forma de trabalho assalariado.

Nesta perspectiva, a Revolução Industrial ocorrida a partir do final do século XVIII, representa a transição do trabalho feudal para o trabalho assalariado, causando transformações no âmbito social, cultural, político e econômico. Essa constituiu-se basicamente na substituição das ferramentas pelas máquinas, da energia humana pela energia motriz e do modo de produção doméstico, pelo modo de produção fabril, o que engendrou em profundas mutações que alteraram a relação do ser humano com o trabalho.

A Revolução Industrial causou um grande impacto sobre a estrutura da sociedade, num processo de evolução que foi acompanhado pela sociedade e pela tecnologia. Nesta lógica, o trabalhador passou a vender a sua força de trabalho aos donos do capital, estabelecendo uma relação mercantil, onde o trabalho passa a se configurar não apenas no valor de uso, mas também, e acima de tudo, no valor de troca: uns compram a força de trabalho e outros a vendem, numa relação de compra e venda extremamente desigual. (ARAÚJO, 2008)

Desigual porque nesta relação de troca o trabalhador sai como entrou na produção, enquanto que o capitalista sai como proprietário da mais-valia produzida pelo trabalhador durante o processo de trabalho. (ARAÚJO, 2008) Antunes (2000, p. 21) afirma inclusive que “a completa subordinação das necessidades humanas à reprodução do valor de troca – no interesse da auto-realização expansiva do capital – tem sido o traço mais notável do sistema de capital desde sua origem”.

O modo de produção especificamente capitalista é, portanto, um processo de relações sociais entre classes, no interior do qual o potencial de trabalho, única

³ O termo feudo tem origem discutível, pois alguns etimologistas afirmam que provém de um termo latino que significa fidelidade, enquanto outros lhe atribuem origem germânica, como significado de “terra recebida como recompensa”. O feudalismo torna-se difícil de definir porque teve grandes variações, considerando os aspectos político, filosófico, religioso, cultural, econômico e social. O feudalismo mudou nas diversas épocas, países e realidades em que foi analisado, mas teve algumas características básicas. Assim, o Feudalismo configura-se como uma forma de organização da sociedade, da economia, da política durante a Idade Média. No aspecto econômico, foi um sistema agrário pois a posse da terra era a fonte de subsistência. A produção da colheita destinava-se ao consumo local e não era comercializada. No aspecto social, era lançado nos laços de dependência entre indivíduos, com classes sociais fechadas, hierarquizadas e com profundas desigualdades entre seus membros. O poder político era repartido entre os senhores feudais e não existia um poder de Estado unificado. (VIANA, 1997, p. 604)

mercadoria pertencente à classe trabalhadora, desenvolve sua específica e peculiar propriedade de produtora e reprodutora do valor. (ARAÚJO, 2008, p. 13)

Como conseqüência dessa relação de troca entre o trabalhador e o capitalista (que detém os meios de produção e do lucro), surge a grande contradição entre capital e trabalho, onde os proprietários detêm cada vez mais o poder e a riqueza em detrimento da subalternidade e da pobreza da “classe que vive do trabalho⁴”.

Assim, o trabalho passa a se configurar de uma outra maneira e sobre outras perspectivas. Se no seu início visava à produção familiar de artigos para seu próprio consumo e subsistência, aos poucos foi-se expandindo, primeiro de forma artesanal e para um mercado regional estável, até se expandir, nas fábricas, visando um mercado amplo e competitivo. Se antes os que produziam eram proprietários de suas próprias ferramentas e matéria-prima, na nova configuração não possuem mais estes instrumentos, que passam a ser de propriedade do empregador capitalista, configurando um trabalho assalariado e realizado sob rigoroso controle e supervisão.

Com isto, a Revolução Industrial trouxe grandes transformações culturais e sociais, devido à oposição proveniente do contraste entre os donos do capital e meios de produção, conhecidos como capitalistas, com os operários, assalariados que cada vez mais habitavam as cidades, provocando um grande desenvolvimento urbano, excedente nas cidades e a criação de novos centros urbanos industriais, geralmente de forma precária, sem nenhuma infraestrutura ou planejamento habitacional.

As mulheres e crianças também passaram a compor o contingente dos operários e de forma lucrativa, haja vista que recebiam salários inferiores ao dos homens. As crianças iniciavam o trabalho a partir dos cinco anos de idade, e desde cedo passavam a contribuir para o sustento de suas famílias.

Não havia garantias contra acidentes, muito menos benefícios sociais em casos de doença ou morte, e por isso centenas de pessoas morriam no chão das fábricas, devido a grande repressão e coesão, jornadas de trabalho extenuantes, ambientes de trabalho insalubres e impróprios, falta de segurança, além da forte repressão e exploração, aliadas a práticas violentas, utilizadas como controle da mão-de-obra. Silva (2007, p. 80) exemplifica esta violência quando afirma que “em outras palavras, o capataz com chicote na mão foi substituído por regras rígidas e hierarquizadas, configurando-se métodos de dominação mais sutis, todavia não menos perversos e cruéis que os anteriores”.

⁴ Nesta monografia será utilizada a categoria “classe que vive do trabalho” de acordo com Ricardo Antunes.

Assim, como consequência da revolução Industrial tem-se principalmente o desenvolvimento econômico do mundo contemporâneo, o aparecimento das grandes indústrias, o grande comércio interno e internacional, a aplicação de conhecimentos científicos, de novas doutrinas sociais como o socialismo, o surgimento de grandes cidades, e acima de tudo, a rivalidade e competitividade entre as nações. (VIANA, 1997)

Porém, as maiores consequências foram a revolução do instrumental de trabalho utilizado pelos homens, com um caráter mais desenvolvido, que inaugurou um novo tempo histórico, o tempo da industrialização. As precárias condições de trabalho, que levaram milhares de pessoas a morrerem ou adoecerem ao longo da história gerando uma grande desigualdade social.

Aos poucos o mundo estava sendo tomado por um sistema racionalizado e automatizado de produção e consumo de massa de bens materiais de forma desenfreada, exigindo novas formas de organização do mundo trabalho, através de modelos econômicos que pudessem dar suporte ao sistema capitalista. “O intervalo entre a decadência do antigo e a formação e estabelecimento do novo constitui um período de transição, que sempre deve ser necessariamente marcado pela incerteza, pela confusão, pelo erro e pelo fanatismo selvagem e implacável.” (CALHOUN, apud Harvey, 1992, p. 115)

Com estas transformações e para que se pudesse materializar o regime de acumulação, foram instituídas uma gama de normas, hábitos, leis, redes de regulamentação que garantiam a unidade e a coerência entre comportamentos individuais com o esquema de produção. Ou seja, a transformação não ocorreu apenas nas fábricas, mas na sociedade como um todo, instituindo-se novos padrões de comportamento nos indivíduos de forma correspondente com as necessidades do capital, como a do consumo, e, principalmente, descaracterizando a relação que o trabalhador tem com o seu trabalho, que passa a ser de forma totalmente alienada e estranha.

A relação do trabalhador com o seu trabalho e a forma como este se reconhece enquanto classe vai se precarizando na mesma medida em que o domínio do capital fica restrito aos mais ricos e as relações trabalhistas mais fragmentadas.

Segundo Harvey (1992), todo tipo de trabalho exige do trabalhador concentração, autodisciplina, familiarização com diferentes instrumentos de produção, com o espaço organizacional e um conhecimento das potencialidades de transformação de várias matérias-primas. Contudo, a produção de mercadorias em condições de trabalho assalariado causa um estranhamento entre o trabalhador e o que ele produz. A pessoa que de fato fez o trabalho

perde o controle das decisões técnicas, perde parte do conhecimento, não se reconhece como produtora daquilo que ela própria produziu.

Desta forma, na sociedade capitalista, o trabalho passa a se configurar de uma outra forma: “deixa de ser uma realização humana, transformando-se no trabalho coisificado, estranho ou alienado, subjugado ao capital”. (SILVA, 2007, p. 82)

Segundo Antunes (2000, 21-22 p.) são características essenciais do trabalho no modo de produção capitalista:

- 1) a *separação e alienação* entre o trabalhador e os meios de produção;
- 2) a *imposição* dessas condições objetivadas e alienadas sobre os trabalhadores, como um poder separado que exerce o *mando sobre eles*;
- 3) a *personificação do capital* como um valor egoísta – com sua subjetividade e pseudopersonalidade usurpadas – voltada para o atendimento dos imperativos expansionistas do capital;
- 4) a equivalente *personificação do trabalho*, isto é, a personificação dos operários como *trabalho*, destinado a estabelecer uma relação de dependência com o capital historicamente dominante: essa personificação reduz a identidade do sujeito *desse trabalho* e suas funções produtivas fragmentárias. [grifos do autor]

No trabalho alienado o trabalhador não se reconhece enquanto criador de sua própria obra, tornando-se escravo daquilo que ele mesmo criou. Assim, o trabalho torna-se alienado com relação:

- Ao objeto de trabalho: escapa ao trabalhador, pois não pertence a ele, podendo se voltar contra o próprio trabalhador, já que obedece as leis do mercado. Pode acarretar em falência e desemprego.
- Ao processo de trabalho: o operário se torna escravo da máquina, é um trabalho forçado e sofrido, o que não promove a liberdade de criação humana. O operário não se realiza no seu trabalho;
- À essência da humanidade: a auto-realização por meio do trabalho é subsumida, para se tornar um simples meio de sobrevivência, sendo confundido com uma atividade animal.

A forma como é instituído este estranhamento em relação ao trabalho se dá de variadas formas, e conta com uma série de instituições e representações sociais.

A familiarização dos assalariados foi um processo histórico bem prolongado (e não particularmente feliz) que tem de ser renovado com a incorporação de cada nova geração de trabalhadores à força de trabalho. A disciplinação da força de trabalho para os propósitos de acumulação do capital (...) envolve, em primeiro lugar, alguma mistura de repressão, familiarização, cooptação, elementos que têm que ser organizados não somente no local de trabalho como na sociedade como um todo. (HARVEY, 1992, p. 119)

Assim, são instituídos nos homens, através da educação, da persuasão, treinamento, certos sentimentos sociais relacionados à importância do trabalho, como a ética do trabalho, a lealdade aos companheiros, à idéia que “o trabalho dignifica o homem”, além da relação psicológica da busca da identidade através do trabalho, a solidariedade social de cooperação entre os indivíduos, a manutenção do trabalho como mantenedor da saúde, dentre outras relações que alienam os homens a desempenharem um papel que na verdade responde diretamente à necessidade de organização da força de trabalho para propósitos de acumulação do capital.

Assim, ideologicamente é difundida a idéia de que trabalhar é fundamental, engenhosamente cultivada através das ideologias dominantes, pelos meios de comunicação de massa, pelas instituições religiosas e educacionais, pelos vários setores do aparelho do Estado. É claro que trabalhar pode significar uma manutenção social, uma melhora financeira, garantia de saúde, criação de uma identidade, estar de acordo com normas e culturas, e até mesmo, satisfação pessoal e qualidade de vida. E de fato trabalhar é imprescindível para a vida humana e desempenha um papel importante na vida dos seres-humanos, mas ocorre de forma contraditória quando se analisa no âmbito do sistema capitalista.

Portanto, a relação em que o homem atua sobre a natureza procurando modificá-la para atender às suas necessidades é substituída por uma relação em que o homem transforma a natureza procurando atender as necessidades do capital. Se antes, ao modificar, transformar a natureza com o seu trabalho o homem modificava-se a si mesmo, agora ele não passa mais por esta transformação, apenas exerce seu papel de forma alienada, sem se dar conta que ele através de sua ação contribuiu para a reprodução social dos homens.

Mas as mudanças no “sentido e importância” do trabalho, no mundo do trabalho de forma geral e as repercussões na subjetividade dos trabalhadores passam por outras transformações que vêm acentuar a precarização das relações de trabalho e a reforçar ainda mais a alienação e a subalternidade dos trabalhadores, que pontuaremos a seguir.

1.2. TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS E SEU IMPACTO NO MUNDO DO TRABALHO

É certo que muitas são as marcas de modificações radicais na economia política do capitalismo no final do século XX, como no processo do trabalho, nos hábitos de consumo, nos poderes e práticas do Estado. Até porque, para um modelo econômico se implementar é necessário se materializar na vida das pessoas, tanto nas formas de leis, normas, regras, hábitos, como na forma de relações sociais que garantam a unidade do processo.

O capitalismo tende ao crescimento, ou seja, ao lucro. Qualquer fato, movimento ou processo que dificulte seu crescimento, ou seja, qualquer ameaça ao lucro, significa crise. Se a essência do capitalismo é lucro, a forma de obtê-lo é exercida por um rigoroso controle no emprego da força de trabalho. Ou seja, é exatamente da exploração do trabalho vivo que o capital cria mais-valia e, conseqüentemente, lucro. Assim, o capitalismo é necessariamente mutante, inovador, transforma seus meios organizacionais e tecnológicos e com isso interfere na reprodução da vida social.

Desta forma, o capitalismo passa por momentos de auge e de crises, e quando há o seu declínio, ou seja, baixa na taxa média de lucro, empreende estratégias de reorganização, reestruturação e controle da força de trabalho, com vistas à reestruturação para a manutenção e acumulação do sistema.

Em 1914, Ford, pensando no desenvolvimento de um sistema que garantisse níveis altos de produtividade, pensou numa gestão de trabalho onde 8 horas trabalhadas corresponderia a 5 dólares. O que havia de especial em Ford era a sua visão, seu reconhecimento explícito de que produção de massa significava consumo de massa. Assim, instaurou um novo modelo nos processos de trabalho, no mercado, nas práticas sociais e no controle da gerência de trabalho, pensando num novo modelo de democracia. Era impossível pensar o novo modelo e as novas relações de trabalho sem interferir nos modos de vida, de pensar e sentir esta mesma vida. (HARVEY, 1992, p.121)

Harvey (1992), utilizando de citações gramscinianas ressalta:

O americanismo e o fordismo (...) equivaliam ao “maior esforço coletivo até para criar, com velocidade sem precedentes, e com uma consciência de propósito sem igual na história, um novo tipo de trabalhador e um novo tipo de homem”. Os novos métodos de trabalho “são inseparáveis de um modo específico de viver e de pensar e sentir a vida. [Grifos do Autor] (GRAMSCI, apud Harvey, 1992, p. 121)

Ford é considerado o criador do chamado sistema de produção em massa, centrado no conceito de linha de montagem, no qual os produtos são transportados dentro da fábrica, através das estações de trabalho, reduzindo o tempo de movimentação dos operários na busca

de ferramentas e peças, aumentando a velocidade e ritmo de produção, de maneira padronizada e econômica.

O sistema de produção em massa foi, certamente, um grande avanço na tecnologia de produção, especialmente se comparado ao sistema artesanal existente anteriormente. Entretanto, a criação desse sistema não foi a única contribuição de Ford para a indústria automobilística. Para desenvolver seu sistema de produção, Ford foi forçado a desenvolver um complexo sistema de relações que extrapolaram o âmbito das fábricas e indústrias, atingindo profundamente todo o estilo de vida das pessoas e do mundo.

Influenciou o modo como as pessoas trabalhavam e obtinham sua renda e, também, aquilo que consumiam, admiravam e o modo como viviam.

De maneira geral, o fordismo envolve não só a criação do sistema de produção em massa, mas também a intercambialidade das peças e dos funcionários, a padronização de produtos, ferramentas e métodos de trabalho, a criação de relações trabalhistas mais estáveis, associados à integração vertical e à centralização do poder.

Pode-se afirmar que o sistema taylorista/fordista caracteriza-se, de forma geral:

- pelo padrão de produção em massa, objetivando reduzir os custos de produção, bem como ampliar o mercado consumidor;
- produção homogeneizada e enormemente verticalizada obedecendo à uniformidade e padronização, onde o trabalho é rotinizado, disciplinado e repetitivo;
- parcelamento das tarefas, o que conduzirá o trabalho operário à desqualificação.

Com o fim da segunda guerra mundial e início da guerra fria, o mundo passava por transformações políticas - na luta pela hegemonia, sociais e econômicas, na reconstrução de um novo mundo abalado por duas grandes guerras. Diante deste cenário, houve grandes mudanças nos sujeitos envolvidos no desenvolvimento capitalista e na economia mundial, que segundo Harvey (1992, p. 125) são:

- O Estado teve que se adaptar, assumindo novos papéis e instaurando novas práticas institucionais;
- O capital corporativo teve que se ajustar às novas ações para assegurar o “lucro seguro”;
- O trabalho organizado teve que mudar algumas de suas práticas e assumir novos papéis e funções.

O Estado teve que garantir uma série de regras compatíveis com a implementação do fordismo, controlando, regulando e intervindo, bem como, ajudando no incentivo às indústrias fordistas e na construção de normas, valores e no perfil adequado de indivíduos.

O sistema taylorista-fordista de produção já entrava em crise nos anos 60 e perdeu mais fôlego ainda com a crise do petróleo de 1973. Uma das razões da crise do modelo foi a queda no ritmo da produtividade, fruto dos limites do perfil de divisão do trabalho taylorista e do esgotamento dos trabalhadores. Estes, que executavam a produção começaram a ficar desestimulados a trabalhar devido ao trabalho repetitivo e desqualificante e com isso o avanço da produtividade começou a perder velocidade.

Com as perdas no plano da produtividade e, em consequência, na esfera do crescimento econômico, os padrões de consumo das populações também mudaram, com destaque para o aumento do fator diferenciação e diversificação dos produtos, com a volatilidade dos mercados. Assim, os novos consumidores valorizavam o produto diferenciado e não mais o padronizado, fazendo com que as empresas começassem a se organizar estruturalmente, no sentido de uma produção mais customizada, em pequenos lotes.

A mudança tecnológica, a automação, a busca de novas linhas de produto e nichos de mercado, a dispersão geográfica para zonas de controle do trabalho mais fácil, as fusões e medidas para acelerar o tempo de giro do capital passaram ao primeiro plano das estratégias corporativas de sobrevivência em condições gerais de deflação. (HARVEY, 1992, p. 137 e 140)

Assim, as mudanças que se faziam necessárias nas estruturas organizacionais das firmas pouco condiziam com o modelo taylorista-fordista de produção. Este modelo de produção, por ser um modelo rígido, isto é, por se caracterizar por tecnologia de produção e organização projetada para a industrialização de produtos específicos, padronizados, não é adequado à produção de produtos mais variados e em pouca quantidade, que se torna mais possível com um modelo de produção flexível.

[...] as décadas de 70 e 80 foram um conturbado período de reestruturação econômica e de reajustamento social e político. No espaço social criado por todas essas oscilações e incertezas, uma série de novas experiências nos domínios da organização industrial e da vida social e política começou a tomar forma. Essas experiências podem representar os primeiros ímpetus de passagem para um regime de acumulação inteiramente novo, associado com um sistema de regulamentação política e social bem distinta. (HARVEY, 1992, p. 140)

Iniciava-se assim um novo modelo de acumulação, que traria grandes modificações para a economia do mundo e para as relações e condições de trabalho. No entanto, a crise não

se resume ao sistema taylorista/fordista, ela é mais profunda, fenomênica, conseqüência de uma crise estrutural do capital, como explica Antunes (2000, p. 31):

De fato, a denominada crise do fordismo e do keynesianismo era a expressão fenomênica de um quadro crítico mais complexo. Ela exprimia, em seu significado mais profundo, uma *crise estrutural do capital*, onde se destacava a tendência decrescente da taxa de lucro. [...] Como resposta à sua própria crise, iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal [...] Seguiu-se também um intenso *processo de reestruturação da produção e do trabalho*, com vistas a dotar o capital do instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores. [grifos do autor]

Nos países de capitalismo avançado, a década de 1980 representou profundas transformações no mundo do trabalho. Viviam-se uma década de grande salto tecnológico, onde a automação, a robótica e a microeletrônica invadiram o universo fabril, infiltrando-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção do capital. Surgiam novos experimentos, ainda embrionários que modificavam a organização do trabalho, a sua inserção na estrutura produtiva, e repercutiam inclusive nas formas de representação sindical e política dos trabalhadores. (ANTUNES, 2002)

Novos processos de trabalho emergem, substituindo o fordismo e o taylorismo, com novas características e modificações. Segundo Antunes (2002, p. 24):

(...) o cronômetro e a produção em série e de massa são “substituídos” pela flexibilização da produção, pela “especialização flexível”, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica do mercado.

Segundo Harvey (1992), o colapso desse sistema iniciou um período de rápida mudança, de fluidez e de incerteza. Os novos padrões produtivos abraçam não apenas questões de base técnica, mas também, e fundamentalmente, questões relativas à organização em seus vários níveis. A flexibilidade passa a figurar como importante meio de estratégia competitiva das empresas nos períodos de incerteza, já que a produção flexível é o meio mais freqüente delas superarem a crise.

O primeiro passo para o modelo produtivo mais flexível que surgiria após o modelo de produção taylorista-fordista foi dado por um japonês chamado Ohno, engenheiro-chefe da Toyota, já em meados de 1950, quando o Japão passava por uma crise de compressão na

demanda. Esse modelo consistia em encontrar formas de reduzir dramaticamente os desperdícios no processo produtivo, o que deveria conduzir ao estoque zero em todas as fases produtivas.

O que se pode perceber é que o objetivo inicial do método é produzir a baixos custos pequenas quantidades de produtos variados. Mas como aumentar a produtividade reduzindo-se a quantidade do produto em geral?

É que o método japonês introduz o conceito de fábrica mínima, dispensando estoques, o excesso de pessoal, de equipamentos, reduzindo assim os custos da produção. Com a diminuição do pessoal na produção, os trabalhadores que permanecem são remanejados de maneira que haja uma diferente organização do processo de trabalho e aumente a produtividade. É a racionalização do trabalho, ou a busca da produtividade através da flexibilização do trabalho.

A idéia era dotar o trabalhador de “autonomia” de forma que ele pudesse se tornar multifuncional e executar a maioria das funções do processo de produção. Ou seja, passou-se a desespecializar os trabalhadores para transformá-los em polivalentes, plurioperadores, em trabalhadores multifuncionais.

É um movimento de racionalização do trabalho, onde diminui o poder dos operários sobre a produção e aumenta a intensidade do trabalho, trazendo situações complicadas para os trabalhadores, que já não podem “quantificar” exatamente o quanto trabalharam, já que atuavam em diversas áreas ou diversos setores.

Segundo Antunes (2000, 54-55 p.), essa forma de produção se diferencia da anterior, pautada nos seguintes elementos básicos:

- 1) é uma produção muito vinculada à demanda, visando atender às exigências mais individualizadas do mercado consumidor, [...] sua produção é variada e bastante heterogênea, ao contrário da homogeneidade fordista;
- 2) fundamenta-se no trabalho operário em equipe, com multivariabilidade de funções, rompendo com o caráter parcelar típico do fordismo;
- 3) a produção se estrutura num processo produtivo flexível, que possibilita ao operário operar simultaneamente várias máquinas (na Toyota, em média até 5 máquinas), alterando-se a relação homem/máquina na qual se baseava o taylorismo/fordismo;
- 4) tem como princípio o just in time, o melhor aproveitamento possível do tempo de produção;
- 5) [...] no toyotismo os estoques são mínimos quando comparados ao fordismo, [...].

Em seguida ao modelo japonês, vieram diversas variações do modelo que tinha uma coisa comum, a busca por flexibilidade: obter pequenos lotes de produtos variados, diferenciados.

Segundo Harvey (1992, p.140), o novo modelo, denominado de Acumulação Flexível:

[...] se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego no chamado “setor de serviços”, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas. [...] Ela também envolve um novo movimento que chamarei de “compressão do espaço-tempo” no mundo capitalista – os horizontes temporais da tomada de decisões privada e pública se estreitam, enquanto a comunicação via satélite e a queda dos custos de transporte possibilitaram cada vez mais a difusão imediata dessas decisões num espaço cada vez mais amplo e variado.

Só que essa flexibilidade geralmente tende a ter efeitos sociais muito grandes, como subcontratações, terceirizações, trabalho informal, predominando relações tensas, além de que o uso de tecnologias de ponta, mais avançadas, exclui algumas funções que antes existiam, fazendo com que postos de trabalho sejam extintos. Para os trabalhadores que ficam nas empresas, aumenta a responsabilidade de ter multifuncionalidade, de serem polivalentes e a responsabilidade de conhecer todo o processo, sendo “dinâmicos e qualificados”, já que muitos passaram a ficar sem empregos e a taxa de desemprego subia aceleradamente.

O número de desempregados e empregados terceirizados/subcontrados e trabalhadores informais subiu desenfreadamente, precarizando cada vez mais as relações de trabalho e exigindo cada vez mais da classe trabalhadora.

A acumulação flexível parece implicar níveis relativamente altos de desemprego “estrutural”, rápida destruição e reconstrução de habilidades, ganhos modestos (quando há) de salários reais e o retrocesso do poder sindical [...] [grifos do autor] (HARVEY, 1992, p. 141)

Desta forma o mercado de trabalho passou por uma radical transformação e reestruturação. Diante das novas configurações do mercado, agora mais volátil, competitivo e com estreitas margens de lucro, o enfraquecimento do poder sindical deu margem a contratos de trabalho mais flexíveis, repercutindo em extenuantes jornadas de trabalho, diminuição da estabilidade no emprego e um considerável aumento do trabalho parcial ou temporário.

São características do modelo de acumulação flexível:

- Flexibilização dos mercados;
- Flexibilização dos produtos e das formas de consumo;
- Novas formas e setores de produção;
- Novos mercados;
- Taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional.

Desta forma, é possível verificar, que a acumulação flexível trouxe mudanças para diversos setores, e que estes, estão diretamente relacionados com o controle do trabalho e condições do trabalho. Suas implicações chegam a alcançar um patamar subjetivo, quando alcançam transformações a nível pessoal, afetando na manutenção da vida dos indivíduos e na forma como estes devem “necessariamente” responder às exigências do capital.

Particularmente nas últimas décadas a sociedade contemporânea vem presenciando profundas transformações, tanto nas formas de materialidade quanto na esfera da subjetividade, dadas as complexas relações entre essas formas de *ser e existir* da sociabilidade humana. A crise experimentada pelo capital, bem como suas respostas, das quais o neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível são expressão, têm acarretado, entre tantas conseqüências, profundas mutações no interior do mundo do trabalho. Dentre elas podemos inicialmente mencionar o enorme desemprego estrutural, um crescente contingente de trabalhadores em condições precarizadas, além de uma degradação que se amplia, na relação metabólica entre homem e natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias e para a valorização do capital. [grifos do autor] (ANTUNES, 2000, p. 15)

Dentre as principais conseqüências da acumulação flexível estão:

- Redução da participação sindical;
- Compressão do tempo e do espaço;
- Desemprego;
- Empregos flexíveis ou trabalhos temporários;
- Terceirização;
- Globalização;
- Difusão da informação e da propaganda;
- Individualismo;
- Ética do voluntariado e da solidariedade;

O capital criou os produtos, a necessidade e o consumidor. O homem se inseriu numa lógica perversa, onde “seres-humanos” são desvalorizados, sem poder de participação ou mando de decisão. Como principal conseqüência vê-se trabalhadores cada vez mais

“atomizados”, “alienados”, que reproduzem o discurso institucional sem sequer saber o que estão defendendo ou reproduzindo. Têm-se trabalhadores que não se reconhecem como produtores daquilo que eles próprios produziram, têm-se cidadãos sem direitos, têm-se desigualdade, têm-se fome, privações, necessidades, revolta e dor.

A acumulação flexível está ligada a uma ideologia de consumo, modernidade, transformação, que segundo Harvey (1992, p. 148):

[...] foi acompanhada na ponta do consumo, portanto, por uma atenção muito maior às modas fugazes e pela mobilização de todos os artificios de indução de necessidades e de transformação cultural que isso implica. A estética relativamente estável do modernismo fordista cedeu lugar a todo o fermento, instabilidade, e qualidades fugidias de uma estética pós-moderna que celebra a diferença, a efemeridade, o espetáculo, a moda e a mercadificação de formas culturais.

Cedeu lugar também a relações de trabalho mais tensas, competitivas, instáveis e precárias. Vive-se a era do individualismo, do saber mercadorizado, de políticas sociais focalizadas, restritivas, residuais, de trabalhadores doentes, que desejam intensamente um lugar aonde possam trabalhar, na mesma proporção que desejam sobreviver.

Desta forma, é possível perceber que o trabalho enquanto fonte de realização humana, por meio da criação, auto-realização, reprodução social e socialização do ser humano, tem se efetivado na sociedade capitalista com vistas a atender a racionalidade valorativa e lucrativa do capital, fundamentando e norteando sua manutenção, reprodução e acumulação.

Verifica-se uma completa subordinação das necessidades humanas e de manutenção da vida à reprodução de valor de troca, de compra e venda, onde as transformações ocorridas no mundo do trabalho exigem um novo padrão de comportamento, de sociabilidade e de ideais para atender às necessidades do capital.

Desta forma, o trabalho no modo de produção capitalista configura-se e se converte em meio de sobrevivência, como fator essencial para responder às necessidades variadas e a força de trabalho “livre” torna-se uma mercadoria.

As transformações ocorridas no mundo do trabalho também repercutem na dinâmica das organizações e instituições, tanto na forma de gestão, quanto na qualidade de vida de seus trabalhadores.

Portanto, visando atender aos objetivos deste trabalho, procurar-se-á identificar as alterações que estas transformações trouxeram no âmbito da Celesc Distribuição S.A., com vistas a compreender a realidade de trabalho dos empregados e como isto repercute em sua

saúde e qualidade de vida, de forma particular nos trabalhadores dessa empresa que foram submetidos ao Programa de Reabilitação Profissional.

1.3. A CELESC⁵ DISTRIBUIÇÃO S.A. E OS IMPACTOS QUE AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO TROUXERAM PARA A EMPRESA

Em 09 de dezembro de 1955, o governador de Santa Catarina, Irineu Bornhausen, criou, através do Decreto Estadual nº22, a Celesc (Centrais Elétricas de Santa Catarina S.A.), com a função de planejar, construir e explorar o sistema de produção, transmissão e distribuição de energia elétrica no Estado, que na época era mantido pela iniciativa privada através de pequenos e médios sistemas elétricos regionalizados. (CABALLERO, 2002)

O Decreto do governador Irineu Bornhausen pretendia facilitar o caminho para que Santa Catarina recebesse os recursos que o Governo Federal destinara ao setor elétrico. Até então, em todo o país, o sistema de energia elétrica era um setor tipicamente confiado à iniciativa privada, com forte participação de capital estrangeiro. Em Florianópolis, foi no governo Hercílio Luz, interessado pela modernidade, que se tentou criar o primeiro sistema elétrico de iluminação pública do município. No Estado, as primeiras tentativas de produzir energia ocorreram em Joinville, ainda em 1897. (CABALLERO, 2002)

Porém o modelo regionalizado começou a mostrar-se incapaz de suprir as necessidades da população e já não acompanhava o desenvolvimento do país. Os “50 anos em cinco” de JK impulsionaram o país de Norte a Sul. Em sua gestão, a taxa média anual de crescimento da produção industrial foi superior a 10%, uma das mais altas da história do país. O Plano de Metas priorizou os setores de energia – 43,4% do total de investimentos previstos – transporte (29,6%), e indústria de base (30,4%). O restante ficou com os setores de alimentação e educação. (CABALLERO, 2002)

Para os Estados do Sul, o Plano de metas de JK determinava a construção de novas centrais geradoras de eletricidade para aproveitar a produção excedente de carvão mineral. A idéia encontrou eco no governador Jorge Lacerda, que colocou em prática o plano de governo,

⁵ Toda a história da fundação da Celesc e as conjunturas externas que a impulsionaram podem ser encontradas em “CABALLERO, Álvaro José Agramonte. **Adaptação Organizacional Estratégica e Evolução Financeira no Setor Elétrico: O Caso das Centrais Elétricas de Santa Catarina – CELESC.** Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. 2002.

aprovado no término do mandado de Bornhausen. Levantamentos, estudos e projetos na área elétrica começaram a sair do papel. (CABALLERO, 2002)

A princípio, a Celesc funcionou como um órgão de planejamento e como responsável pelo repasse de recursos públicos às companhias que operavam o sistema elétrico, para garantir a expansão necessária dos serviços. Com o tempo, ela passou a assumir, gradativamente, o controle acionário das empresas regionais, operando como uma holding⁶, com a atribuição de planejar e operar o sistema elétrico estadual. (MANUAL DO EMPREGADO, 2004, p.09)

O Decreto da criação da empresa previa a existência da Celesc pelo prazo de 50 anos, que poderiam ser prorrogados. A empresa figurou na linha de frente das sociedades de economia mista, sendo uma das primeiras do país a acompanhar a onda de nacionalismo econômico então emergente no Brasil. (CENTRAIS ELÉTRICAS, 2005)

Desta forma, a história da Celesc está intimamente ligada ao esforço do Governo do Estado em ampliar o desenvolvimento social e econômico de Santa Catarina. A empresa foi fundada para atender à crescente demanda energética provocada, sobretudo, pelo incremento da atividade industrial catarinense. No início atuava como holding e era responsável pelo planejamento do sistema. Aos poucos, passou a absorver as empresas regionais de energia elétrica, empreendimentos viabilizados pela iniciativa privada, interligando o sistema catarinense ao Sistema Elétrico Nacional.

Passados mais de cinquenta anos de sua fundação e após *grandes mudanças sociais, políticas e econômicas ocorridas ao longo das décadas*, aliadas às recentes mudanças estruturais do Setor Elétrico Brasileiro, a Celesc vem renovando-se constantemente para atuar num novo modelo de gestão, que visa garantir à Empresa a confiabilidade necessária para manter-se *competitiva diante do novo cenário estabelecido no País e no Mundo*.

Desta forma a Celesc vêm adotando uma nova estrutura organizacional⁷, através de um processo de reestruturação interna, influenciadas pela lógica do mercado, de consumo, e pelas mudanças e mutações ocorridas no mundo do trabalho.

Foi, então, durante a década de 1980, que ocorreram os primeiros impulsos do nosso processo de reestruturação produtiva, levando as empresas a adotar, no início de modo restrito, novos padrões organizacionais e tecnológicos, novas formas de organização social do trabalho. Iniciou-se a utilização da informatização produtiva e do sistema *just-in-time*; germinou a produção baseada em *team work*, alicerçada nos

⁶ Uma sociedade Holding é aquela que participa do capital de outras sociedades em nível suficiente para controlá-las, enquanto que as subsidiárias integrais são empresas de capital fechado, independentes societária e juridicamente, cuja composição acionária é exatamente igual a da Holding.

⁷ O Organograma da Celesc consta em anexo.

programas de qualidade total, ampliando também o processo de difusão da microeletrônica.

Deu-se, também, o início, ainda de modo preliminar, da implantação dos métodos denominados “participativos”, mecanismos que procuram o “envolvimento” (na verdade, a adesão e a sujeição) dos trabalhadores com os planos das empresas. Estruturava-se, ainda que de modo incipiente, o processo de reengenharia industrial e organizacional [...] (ANTUNES, 2006, p. 17)

Sabe-se que em todo o mundo foram introduzidas reformas visando aumentar a eficiência econômica e o fortalecimento do capital, que refletem diretamente no modelo de Gestão adotado pelas empresas. A Celesc, objetivando um modelo de Gestão mais eficiente e para se adequar às demandas e tendências mundiais, buscou alternativas, como o compromisso com a modernização de sua gestão e desverticalização das suas atividades.

A modernização da gestão se deu por meio de um conjunto de iniciativas que resultaram no compartilhamento do poder decisório por um público maior e mais eclético. Tudo isto suportado por um criterioso planejamento e ferramentas de acompanhamento da gestão, como os Contratos de Gestão e Resultados (2008).

No que tange à desverticalização, significativas mudanças também ocorreram, já que foram criadas empresas distintas para as atividades de geração e distribuição de energia elétrica. Assim, modificou-se a estrutura societária, surgindo uma holding que controla as subsidiárias integrais da Celesc.

Neste novo modelo, é feito um planejamento estratégico das atividades a serem realizadas, bem como os resultados que devem ser alcançados, instrumentalizando a atuação dos gerentes e empregados para “*o efetivo cumprimento*” da missão da Empresa e alcance de sua visão. Segundo o Manual do Empregado (2004, p. 14) a empresa tem como missão, visão e valores:

Missão: Atuar de forma rentável no mercado de energia, serviços e segmentos de infra-estrutura afins, promovendo a satisfação de clientes, acionistas e empregados, contribuindo para o desenvolvimento sustentável da sociedade.

Visão: Ser a melhor empresa nos seus negócios, reconhecida por seus resultados, mantendo-se pública e competitiva.

Valores:

- Satisfação dos clientes, acionistas, empregados e fornecedores;
- Confiabilidade junto a todos os públicos com os quais a Empresa se relaciona;
- Qualidade dos processos e resultados;
- Ética, transparência e profissionalismo;
- Responsabilidade Social e Ambiental;
- Segurança e Qualidade de Vida.

De acordo com a visão da Empresa o Planejamento Estratégico é uma das ferramentas utilizadas pela Celesc para garantir um posicionamento competitivo da Empresa no setor elétrico. Objetivando um alinhamento entre a visão de longo prazo e as ações de médio e curto prazos, foram instituídos o Contrato de Gestão – assinado entre o Conselho de Administração e a Diretoria Executiva – e os Contratos de Resultados – assinados entre a Diretoria Executiva e as Agências Regionais e Departamentos Centrais.

A filosofia adotada é justamente a idéia de “obter resultados através da participação das pessoas”, dos empregados, de forma a criar uma cultura organizacional de co-responsabilidade. Para tanto se faz necessário à adoção de valores comuns a todos, divisão de responsabilidades, compromisso com a obtenção de resultados comuns de forma a otimizá-los e aperfeiçoá-los. Cada setor ou departamento terá metas, indicadores a seguirem, de forma a responder com as exigências da Empresa num determinado período. É uma forma de avaliar e controlar os processos de trabalho e de garantir um compromisso formal dos trabalhadores perante a política da Celesc.

Os Contratos estabelecem os objetivos e as metas a serem alcançados pela Empresa. Eles consolidam o princípio da Gestão Compartilhada e imprimem nova cultura profissional, à medida que permitem inovar no gerenciamento dos processos com a aplicação de política de conseqüências e avaliação de desempenho funcional efetivo. (MANUAL DO EMPREGADO, 2004, p. 13)

Nos contratos de resultados constam os objetivos e metas de cada área e os recursos necessários para realizá-los, através dos orçamentos. Neste contrato também são definidos objetivos empresariais, como “melhorar o resultado operacional”, “elevar o nível de motivação e comprometimento dos empregados para com a empresa”, “buscar a melhoria contínua no processo de gestão empresarial e na melhoria tecnológica”, dentre outros.

Porém, estes indicadores são medidos conforme sua taxa de desempenho, estipulando níveis que vão desde a excelência a níveis comprometedores. Assim, o nível de *Excelência* corresponde ao nível superior, que se caracteriza pela situação almejada pela empresa; o nível de *Mercado* corresponde ao nível que representa uma situação intermediária entre os níveis superior e inferior; e o *Comprometedor* corresponde a um nível inferior, que representa o desempenho no qual a empresa encontrar-se-á no nível crítico.

Portanto, verifica-se que este Contrato de Gestão e Resultados é uma forma de inserir rígido controle da produção, da avaliação do desempenho do empregado, de monitoramento do ambiente organizacional e de inserir níveis de competitividade entre os setores, na busca pela excelência e nos que “se doam mais para os objetivos e metas da Empresa”. Em cada

Departamento tem um mural com os indicativos em números, e os sinais (Verde - Excelente ou Ótimo, Amarelo – Bom e Vermelho – Insuficiente) de desempenho que revelam o comprometimento daquele setor com a instituição. É uma forma de pressionar os empregados e de chamá-los para suas obrigações e de medir o desempenho empresarial e suas conseqüências.

Em decorrência desse processo de reestruturação produtiva, a Celesc, majoritariamente pública, está a 1% para se tornar privada, tendência que preocupa os trabalhadores. Seguindo os ajustes econômicos e reformas estruturais, a Celesc segue a lógica da privatização, iniciada no Brasil com a transferência das responsabilidades do Estado para o setor privado e terceiro setor através do modelo de desenvolvimento adotado e da abertura da economia em 1995.

A privatização da empresa vem sendo pauta de discussões do sindicato, no sentido de combater esta tendência e de não perder direitos adquiridos com o regime público e com o ACT – Acordo Coletivo de Trabalho. Este último tornou-se uma forma de garantir a participação dos empregados no processo de gestão empresarial, criando uma cultura na empresa de co-responsabilidades e a idéia de “participação nos lucros”.

Porém, como uma empresa de economia mista, muitos acionários investem seu capital na Celesc, a fim de obter lucros satisfatórios e rentáveis. Nesta lógica, boa parcela da fatia arrecadada pela “classe que vive do trabalho” fica concentrada nas mãos dos acionistas, enquanto outra parte fica retida no Estado e os trabalhadores ficam com a menor quantia. Além disso, para dar retorno ao capital investido a empresa busca um permanente equilíbrio econômico-financeiro, através da redução de despesas, cortando gastos “desnecessários”, redução da inadimplência, no enxugamento da estrutura organizacional, tanto no que se refere ao número de empregados admitidos, quanto nos recursos financeiros que podem ser “descartados”. Nesta lógica adotou o Programa de Demissão Voluntária Incentivada - PDVI, na busca pela renovação do quadro empresarial para melhorar os índices de produtividade, onde geralmente as vagas dos empregados que adotaram ao programa ficam descobertas, representando uma redução do quadro de funcionários da empresa.

Em contrapartida, há um investimento na elevação do nível de motivação e comprometimento dos empregados para com a empresa e a melhora da segurança no trabalho. A idéia é “estimular a eficiência” dos gerentes e empregados, melhorando as condições e o conforto no trabalho, através do uso da tecnologia, como computadores, telefones, fax, videoconferências, site personalizado com o desenvolvimento de sistemas de informações, conforto através do patrimônio material e programas sociais de qualidade de vida.

Eficiência e redução de custos se destacam entre as maiores vantagens obtidas como recém-instalado Sistema de Videoconferência da Celesc, utilizado pela primeira vez no dia 14 de julho, com a transmissão, de forma simultânea e em tempo real [...], com imagens geradas na Administração Central e nas Regionais. (CELESC, 2008, p.6)

Também é realizado um estímulo aos empregados em realizarem capacitações e treinamentos, buscando a profissionalização cada vez maior dos empregados, que se tornam polivalentes, para manter a Empresa competitiva. “O maior patrimônio de uma organização empresarial são os empregados. Afinal, diante da massificação dos avanços tecnológicos, o fator humano é o diferencial de competitividade entre as empresas”. (CABALLERO, 2002, p. 164)

Assim, é possível perceber algumas características na empresa que refletem as mudanças ocorridas nos processos de trabalho e nas formas de gestão empresarial, como a ampliação de novos conhecimentos com o uso de tecnologias mais avançadas, produção mais planejada e econômica, o que mostra que a empresa acompanhou o processo de reestruturação que a sociedade vem passando. Como conseqüências, há o crescimento do número de empregados terceirizados, o risco da privatização, a desespecialização dos trabalhadores que cada vez mais precisam se aperfeiçoar em diferentes áreas tornando-se polivalentes. Além de dotarem o trabalhador de autonomia de forma a torná-lo multifuncional e competitivo, alienando-o e reproduzindo o discurso institucional sem sequer saber o que está reproduzindo ou defendendo.

Em decorrência destes fatores o trabalhador precisa se adaptar às mudanças constantes que se fazem presentes em seu meio de trabalho e passa por grandes “dificuldades de adaptação às novas exigências profissionais, que impõem a aquisição de habilitações mais complexas e a permanente reciclagem do conhecimento, num ambiente de intensa competição individual” que chegam a atingir o plano subjetivo de suas vidas. (OLIVEIRA, 1996, p. 172) O que frequentemente provoca traumas e dificuldades que levam a bruscas mudanças comportamentais e afetam a saúde do trabalhador.

De maneira geral, o mercado de trabalho vem exigindo do trabalhador criatividade, adaptabilidade às freqüentes mudanças, imprevisibilidade e até instabilidade. Os impactos destas transformações ocupacionais são bastante diversificados entre os trabalhadores atingidos, variando conforme a influência de vários aspectos externos e internos e conforme a forma de encarar as mudanças e de adaptação do trabalhador.

Portanto, verifica-se que as contradições de classe existentes no mundo do trabalho das sociedades capitalistas são fundamentais para o entendimento da produção do

adoecimento da “classe que vive do trabalho”, e não é diferente no caso da Celesc, que também vem passando por profundas transformações na sua forma de gestão do trabalho nos últimos anos o que afeta diretamente a saúde dos celesquianos.

Partindo do pressuposto que as relações sociais que se estabelecem no processo de trabalho são primordiais para a manutenção da saúde, entende-se que além da estrutural e grave crise econômica e social vivida no país, as relações e questões que permeiam as instituições influenciam diretamente na vida dos trabalhadores, na sua realização pessoal e ocupacional, na sua segurança, saúde e qualidade de vida.

Assim, a saúde dos celesquianos pode estar sendo comprometida paralelamente com as alterações vividas por estes na instituição e nos seus processos de trabalho. São frequentes casos de afastamento do trabalho decorridos por doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho. As antigas doenças mal foram atendidas e novas doenças do trabalho já se fazem presentes e frequentemente vem afetando os empregados, como as doenças psicológicas, conhecidas como o estresse e a depressão. Algumas áreas são responsáveis por cuidar destas questões que englobam a Saúde do Trabalhador.

Segundo Niero (2000, p. 07):

Entende-se por Saúde do Trabalhador um conjunto de ações que se destinam à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (...) **O direito à saúde implica garantir trabalho em condições dignas**, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho. **O trabalho é que deve estar em função do homem e não o homem em função do trabalho**; o homem é o elemento principal. [grifo nosso]

Assim, percebe-se que a precarização do mundo do trabalho causa impactos diretos no abalo da saúde dos trabalhadores e também na precarização das políticas sociais de proteção social aos trabalhadores, como a Previdência Social. Estes dois pontos serão tratados especificamente na próxima seção.

2. A SAÚDE DO TRABALHADOR E A PREVIDÊNCIA SOCIAL EM QUESTÃO

A facilidade com que o capital, com a valiosa colaboração dos aparatos estatais a ele subordinados, tem conseguido eliminar direitos conquistados após séculos de lutas e impor condições sempre mais desvantajosas às milhares de pessoas que dependem da venda de sua força de trabalho para poder sobreviver, lembra os períodos mais obscurantistas da história. (GRAZIA, 2008, p. 47)

2.1. A SAÚDE DOS TRABALHADORES E AS DOENÇAS OCUPACIONAIS

A saúde⁸ tem sido compreendida numa concepção mais ampla de bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doenças.

A concepção democrática e cientificamente estabelecida do conceito de saúde, leva em conta a relação trabalho-saúde. Entendida em termos amplos, significa uma vida longa, digna, prazerosa, onde seja possível a realização plena do ser humano. Vista como um processo, a saúde é fruto de condições básicas de vida e trabalho que se articulam e se expressam sob a forma de riscos específicos, determinadas histórica e socialmente. Estes riscos são representados por condições patogênicas físicas, químicas e biológicas e também por condicionantes de origens psíquicas e sociais das mais variadas índoles, que atuam isolada ou conjuntamente. (NIERO, 2000, p. ix)

Como também está relacionada com as condições e meios de trabalho, esta pode estar comprometida na mesma medida que o trabalho está precarizado na sociedade atual. Assim entende-se o trabalho como um importante fator capaz de gerar agravos à saúde, implicando em riscos e formas específicas de adoecer e morrer. (NIERO, 2000)

O caráter alienado do trabalho, o processo de deformação e mutilação do trabalhador dão ao trabalho feições nada engrandecedoras. Avaliar e solucionar a agressão sofrida pelos trabalhadores é muito difícil em nossa conjuntura. Os gritantes contrastes de nosso país, nos aspectos social, econômico, cultural e tecnológico, estão refletidos no mundo do trabalho e na saúde dos trabalhadores. (NIERO, 2000, 6-7 p.)

⁸ Segundo a Lei 8.080/90 do Ministério da Saúde, a saúde “tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

Com base na perspectiva dos direitos fundamentais dos trabalhadores em usufruírem uma boa saúde e qualidade de vida, verifica-se uma grande preocupação com as condições de trabalho dos mesmos, na medida em que há a primazia dos meios de produção em detrimento da própria saúde humana. Doenças aparentemente modernas como stress, neuroses e lesões por esforços repetitivos já vêm sendo diagnosticadas há muitos anos. (FIESP; CIESP, 2003)

Os problemas relacionados com a saúde dos trabalhadores intensificaram-se com a Revolução Industrial e as doenças de trabalho aumentaram em relação à evolução e potencialização dos meios de produção com as deploráveis condições de trabalho e de vida das cidades, como já explicitado anteriormente. (FIESP; CIESP, 2003)

Já em 1919 pensava-se nas condições de trabalho e na proteção dos trabalhadores, na busca de medidas que garantissem esta proteção.

A OIT – Organização Internacional do Trabalho, em 1919, com o advento do Tratado de Versalhes, objetivando uniformizar as questões trabalhistas, a superação das condições subumanas do trabalho e o desenvolvimento econômico, adota seis convenções destinadas à proteção da saúde e à integridade física dos trabalhadores (limitação da jornada de trabalho, proteção à maternidade, trabalho noturno para mulheres, idade mínima para admissão de crianças e o trabalho noturno para menores. ((FIESP; CIESP, 2003, p. 08)

Até os dias atuais diversas ações, normas e legislações foram implementadas envolvendo a qualidade de vida no trabalho, buscando-se intervir não apenas nos efeitos causados nos trabalhadores, mas também nas causas do problema. “Em 1919, por meio do Decreto Legislativo nº. 3.724, de 15 de janeiro de 1919, implantaram-se serviços de medicina ocupacional, com a fiscalização das condições de trabalho nas fábricas”. (FIESP; CIESP, 2003, p. 08)

Com o fim da segunda guerra mundial, foi assinada a carta das Nações Unidas, em 26 de junho de 1945, “que estabelece nova ordem na busca da preservação, progresso social e melhores condições de vida das futuras gerações”. (FIESP; CIESP, 2003, p.08) Logo em seguida, em 1948, a Organização Mundial da Saúde - OMS estabelece o conceito de que “a saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades”, conforme já tratado anteriormente. (FIESP; CIESP, 2003, p.08)

Porém, após o fim da segunda guerra sérios problemas de acidentes e doenças repercutem nas atividades empresariais, tanto no que se refere às indenizações acidentárias, quanto ao custo pelo afastamento de empregados doentes. Diante da situação, fez-se

necessário a criação de novos métodos de intervenção nas causas de acidentes e doenças de trabalho. Para tanto, foi necessário uma série de estudos na área da ergonomia que objetiva a organização do trabalho em vista da realidade do meio ambiente laboral adequar-se ao homem. (FIESP; CIESP, 2003)

Diversas categorias profissionais passaram a tratar da questão, como a Segurança e Medicina do Trabalho, Engenharia e Segurança do Trabalho, profissionais da área de Recursos Humanos, dentre estes o Serviço Social. Entretanto, apesar do cuidado com a questão, o número de acidentes de trabalho crescia a cada dia.

No início da década de 70, o Brasil é o detentor do título de campeão mundial de acidentes. E, em 1977, o legislador dedica no texto da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, por sua reconhecida importância Social, capítulo específico à Segurança e Medicina do Trabalho. Trata-se do Capítulo V, Título II, artigos 154 a 201, com redação da Lei nº. 6.514/77.

O Ministério do Trabalho e Emprego, por meio da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, hoje denominado de Segurança e Saúde no Trabalho, regulamenta os artigos contidos na CLT por meio da Portaria nº. 3214/78, criando vinte e oito Normas Regulamentadoras – NRs. (FIESP; CIESP, 2003, p. 09)

Posteriormente foram criadas mais normas e atualmente já são 33 Normas Regulamentadoras (constam no anexo B), que são previstas na Lei N.º 6.514, de 22 de dezembro de 1977, que dispõe sobre a Segurança e Medicina do Trabalho. De acordo com o Art. 155 da referida lei:

Incumbe ao órgão de âmbito nacional competente em matéria de segurança e medicina do trabalho:

I – estabelecer, nos limites de sua competência, *normas* sobre a aplicação dos preceitos deste Capítulo, especialmente os referidos no art. 200;

II – coordenar, orientar, controlar e supervisionar a fiscalização e as demais atividades relacionadas com a segurança e medicina do trabalho em todo o território nacional, inclusive a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho; [...] [grifo nosso]

O art. 200 define desta forma, medidas de prevenção complementares as Normas Regulamentadoras, com o seguinte texto:

Art. 200. Cabe ao Ministério do Trabalho estabelecer disposições complementares às normas de que trata este Capítulo, tendo em vista as peculiaridades de cada atividade ou setor de trabalho, especialmente sobre:

I – medidas de prevenção de acidentes e os equipamentos de proteção individual em obras de construção, demolição ou reparos;

II – depósitos, armazenagem e manuseio de combustíveis, inflamáveis e explosivos, bem como trânsito e permanência nas áreas respectivas;

III – trabalho em escavações, túneis, galerias, minas e pedreiras, sobretudo quanto à prevenção de explosões, incêndios, desmoronamentos e soterramentos, eliminação de poeiras, gases etc. e facilidades de rápida saída dos empregados;

IV – proteção contra incêndio em geral e as medidas preventivas adequadas, com exigências ao especial revestimento de portas e paredes, construção de paredes contra-fogo, diques e outros anteparos, assim como garantia geral de fácil circulação, corredores de acesso e saídas amplas e protegidas, com suficiente sinalização;

V – proteção contra insolação, calor, frio, umidade e ventos, sobretudo no trabalho a céu aberto, com provisão, quanto a este, de água potável, alojamento e profilaxia de endemias;

VI – proteção do trabalhador exposto a substâncias químicas nocivas, radiações ionizantes e não ionizantes, ruídos, vibrações e trepidações ou pressões anormais ao ambiente de trabalho [...];

VII – higiene nos locais de trabalho, com discriminação das exigências, instalações sanitárias, com separação de sexos, chuveiros, lavatórios, vestuários e armários individuais, refeitórios ou condições de conforto por ocasião das refeições, fornecimento de água potável, condições de limpeza [...];

VIII – emprego das cores nos locais de trabalho, inclusive nas sinalizações de perigo.

Portanto, com o decorrer dos anos, foram sendo criadas leis visando à segurança no trabalho e, paralelamente, surgiram diversas semanas de saúde do trabalhador e eventos enfatizando a eliminação dos riscos de acidentes de trabalho, de doenças ocupacionais e insalubridade. As conquistas pouco a pouco foram sendo introduzidas no cenário brasileiro, tanto na “mentalidade de que todos devem ter a saúde e o trabalho protegidos de riscos e condições perigosas e insalubres que põem em risco a vida, a saúde física e mental do trabalhador”, quanto, em relação às leis que garante esta proteção. (FIESP; CIESP, 2003) Entretanto, deve ficar claro que na sociedade brasileira, a idéia de responsabilizar o trabalhador pela sua situação de privação de saúde ou como responsável por seu acidente de trabalho é muito forte. Segundo Niero (2000, p.53) “as idéias de *erro do trabalhador*, *fatalidade* e acidentes que ocorrem *por acaso*, estão contidas em muitas definições de acidentes de trabalho”. [grifos da autora] Porém este tema ainda é muito discutido.

Assim, a preocupação com a saúde e segurança dos trabalhadores advém de interesses diversos, mas, de certa forma, contribui diretamente para a qualidade de vida da classe trabalhadora. Para os empregadores, por exemplo, o cuidado com a saúde dos trabalhadores está vinculado a questões econômicas de exigências de qualidade total na empresa, além de assegurar trabalhadores mais “produtivos” e mais “envolvidos” com a instituição a que estão vinculados. Para o governo, cuidar da saúde e segurança no trabalho significa geração de riqueza nacional, enquanto que para a sociedade, significa diminuir perdas econômicas e humanas relacionadas à perda ou redução da capacidade de trabalho. (NIERO, 2000)

No entanto, o cuidado com a saúde e segurança dos trabalhadores possui significados mais amplos, haja vista que significa romper com a lógica do lucro acima de tudo, na busca da valorização do ser humano em prol da preservação da integridade de seus direitos. Demonstra também o cuidado de não omitir direitos que muitas vezes se perdem na burocracia das instituições ou na lógica da produção acima de tudo.

Assim, numa visão mais ampla, pensar na questão da saúde e segurança dos trabalhadores, significa também compreender os condicionantes geradores do agravo da saúde dos mesmos, relacionando-os com a atividade profissional desenvolvida, bem como, realizar registro adequado do acidente ou doença do trabalho a fim de buscar proteção legal a estes trabalhadores, além de tratamento e encaminhamentos adequados a situação específica.

Faz-se necessário não perceber o trabalhador apenas como um “paciente” ou “usuário” que apresenta uma doença e que necessita de um “benefício” ou “encaminhamento”, mas compreender os motivos que o levaram a adoecer, buscando a garantia de um ambiente de trabalho digno e de uma vida com mais qualidade e considerando variados aspectos que influenciam em sua saúde.

A saúde é realmente um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. A representação comum da saúde e doença, como extremos opostos, de algo contínuo e unidimensional, é muito enganadora. A doença física pode ser contrabalançada por uma atitude mental positiva e por um apoio social, de modo que o estado global seja de bem-estar. Por outro lado, problemas emocionais ou o isolamento social podem fazer uma pessoa sentir-se doente, apesar de seu bom estado físico. (CAPRA, 1982, p. 315, apud Niero, 2000, p. 21)

Assim a doença de um trabalhador pode não ser apenas por causas físicas, mas também, pode estar relacionada com condicionantes psíquicos, com o ambiente que está inserido, relações sociais mais amplas, anseios, medos, preocupações, dentre outras causas. Portanto, “é nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas”, e também, analisadas num contexto de totalidade da classe trabalhadora. (NIERO, 2000)

Nesta perspectiva, a recuperação do trabalhador doente não se restringe apenas no tratamento da doença, mas também, na solução ou no enfrentamento das causas ou fatores externos condicionantes do seu adoecimento. É importante reconhecer os problemas familiares e sociais e não apenas os biológicos, que muitas vezes são decorrentes dos primeiros. Deverá ser visto a unidade humana, tanto do ponto de vista genético e anatômico,

quanto do ponto de vista mental e afetivo, respeitando as peculiaridades e diversidades de cada ser.

“O binômio saúde-doença deve ser abordado não apenas como se comporta em cada indivíduo – olhar clínico- mas como ele se distribui entre os trabalhadores, como coletividade, categoria ou classe social – olhar epidemiológico”⁹. Assim, nesta forma de abordagem, é possível reconhecer a doença num caráter coletivo, relacionando-o com a vida em sociedade num dado momento histórico. (MENDES e DIAS, 1994, apud Niero, 2000, p. 25)

Assim, é possível reconhecer que apesar de sempre ter existido doenças relacionadas ao trabalho, com a automação e a informatização das últimas décadas houve uma mudança no perfil de saúde dos trabalhadores, com o advento de novas doenças ocupacionais. Segundo Salem (2005, p. 42):

As doenças profissionais podem ser causadas por diversas condições no trabalho. Assim, por exemplo, pode ser causada por produtos químicos (que pode gerar patologia no aparelho respiratório; no aparelho gastrointestinal, entre outros); doenças advindas da automação, como por barulho excessivo (patologia na audição); iluminação inadequada (patologia na visão). Existem, ainda, funções que podem desencadear patologias de ordem emocional-psicológica, gerando distúrbios emocionais como depressão, neuroses, stress, entre outros.

Desta forma, um conjunto de fatores relacionados ao ambiente de trabalho e com o corpo do trabalhador influenciam na condição de saúde ou doença dos mesmos. Uma série de fatores de riscos podem ser considerados na produção da doença “avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito”. (NIERO, 2000, p. 32)

Em muitos casos, quando o trabalho causa riscos à saúde dos trabalhadores ou risco de morte, a legislação de segurança de trabalho prevê o pagamento de insalubridade ou periculosidade. Porém, segundo Niero (2000, p. 39):

Se é fácil detectar condições agressivas quando está presente algum agente físico, químico ou biológico, é verdade também que existem situações altamente agressivas devido a outras circunstâncias, e que estão intrinsecamente ligadas à exploração do trabalho. Por exemplo, o ritmo exigido pela produção, a monotonia da atividade, a exposição do corpo para realizar o trabalho, movimentos forçados e pesos excessivos, a inadequação da máquina ao corpo do trabalhador, a falta de fiscalização ou manutenção das condições das máquinas e instrumentos, a poluição e a falta de higiene de trabalho, utilização de EPI inadequados, utilização de máquinas inseguras e a falta de ventilação, entre outros fatores, são igualmente agressivos e

⁹ Segundo Niero (2000, p. 25) “A epidemiologia permite fazer o diagnóstico da situação de saúde de uma população. Estuda a distribuição da doença na população e a identificação dos fatores que influenciam esta distribuição. São informações expressas em índices, coeficientes, taxas. Busca responder a perguntas como: quem são os acometidos? Onde eles estão? Quando ocorre o problema?”

podem estar relacionados não só a doenças ditas profissionais quanto a acidentes de trabalho.

Além destes fatores, pode-se citar a pressão psicológica exercida sob o trabalhador com a competitividade e concorrência, o assédio moral¹⁰, relações de poder, tempo excessivo sob condições desconfortáveis - como em pé, sentado ou pendurado, além da jornada ampliada de trabalho, quando o trabalhador leva para a casa o serviço que não terminou no seu trabalho.

Assim diversos agentes presentes no ambiente de trabalho são capazes de afetar o trabalho a curto/ médio e longo prazo, provocando acidentes com lesões imediatas e/ou doenças chamadas profissionais ou do trabalho, que se equiparam a acidentes de trabalho. Ou seja, é a possibilidade de algo presente no ambiente do trabalho ser capaz de ferir a integridade física do trabalhador, dependendo de sua intensidade, concentração e tempo de exposição. Portanto, segundo Esteves (2008, 07-11 p.) existem alguns ambientes com riscos para a saúde dos trabalhadores, são eles:

- **Riscos Físicos:** diversas formas de energias a que os trabalhadores possam estar expostos, como ruídos, temperaturas, radiações, vibrações, pressão, dentre outros. Podem causar: surdez irreversível, câncer de pele, doenças de pele, alergias, anemias, dentre outros.
- **Riscos Químicos:** diversas substâncias químicas que os trabalhadores ficam expostos, como poeiras, fumos, neblinas, gases, vapores, como substâncias, compostos e produtos químicos em geral.
- **Riscos Biológicos:** é o resultado do relacionamento da população humana com outra população da biosfera terrestre (a do agente etiológico da doença). Dentre os agentes etiológicos, os micróbios são os que mais chamam a atenção. São: os vírus, bactérias, protozoários, fungos, parasitas e bacilos geralmente presentes no lixo, laboratórios e hospitais. Causam diversos quadros infecciosos.
- **Riscos Ergonômicos:** é a má interação física entre a tarefa e o trabalhador, podendo causar doenças osteomusculares e a iluminação deficiente pode

¹⁰ Entende-se por assédio moral nas relações de trabalho a violência moral exercida sob o trabalhador. Quando um chefe, gerente, encarregado ou mesmo colega de trabalho submete o trabalhador a vexames, constrangimentos ou humilhações de forma repetitiva e prolongada, é considerado assédio moral. A humilhação pode acontecer através de palavras ou de outras atitudes autoritárias que gerem constrangimentos, como revistas íntimas ou atitudes que transformem o ambiente de trabalho em um ambiente ruim. O assédio moral humilha e desqualifica, desestabilizando a relação da vítima com a organização e o ambiente de trabalho.

causar stress. São: esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de postura inadequada, controle rígido de produtividade, imposição de ritmos excessivos, trabalho em turno e noturno, jornada prolongada de trabalho, monotonia e repetitividade (LER/DORT) e outras situações causadoras de stress físico e psíquico.

- **Riscos Psicológicos:** abuso do poder (intolerância), assédio moral, assédio sexual, dentre outras, podendo causar stress, depressão, etc.
- **Riscos de Acidentes:** arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas inadequadas ou defeituosas, iluminação inadequada, eletricidade, probabilidade de incêndio ou explosão, armazenamento inadequado, animais peçonhentos, outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes.

Portanto, diante de tantos ambientes de risco, evidencia-se o grande número de doenças ocupacionais, relacionadas ao trabalho e condicionadas por vários fatores. As doenças ocupacionais são aquelas que causam perturbação funcional, lesão corporal, alterações psicológicas que ocorrem pelo exercício do trabalho ou para exercício do trabalho. Existem diferentes modalidades de doenças ocupacionais, como as doenças do trabalho e as doenças profissionais.

Segundo Niero (2000, p. 58) as doenças relacionadas ao trabalho são:

[...] as adquiridas ou desencadeadas em função de condições especiais, em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente. Não pressupõe o princípio da inerência. Também são consideradas as doenças provenientes de contaminação acidental do empregado no exercício do trabalho e as doenças endêmicas, quando resultantes de exposição ou contato direto, determinado pela natureza do trabalho.

Assim, as doenças do trabalho resultam de condições especiais em que o trabalho é exercido e com ele se relaciona diretamente. Sendo uma doença genérica (que acomete qualquer pessoa) o trabalhador deverá comprovar haver adquirido a doença no exercício do trabalho. A tuberculose, por exemplo, poderá ser uma doença do trabalho com relação aquele segurado que comprovar tê-la adquirido no exercício do trabalho em uma câmara frigorífica. Desta forma, diferencia-se da doença profissional em vários pontos.

Já as doenças profissionais são “aquelas produzidas ou desencadeadas pelo exercício do trabalho, própria ou *peculiar* a determinadas atividades, e consta de uma relação de agentes patogênicos, considerados causadores de doenças profissionais ou do trabalho”. (NIERO, 2000, p. 57)

Assim, as doenças profissionais são aquelas inerentes ou peculiares a determinado ramo de atividade. Um trabalhador, por exemplo, que trabalhe numa cerâmica onde é utilizada a sílica, vindo adquirir silicose, bastará comprovar que trabalhou na cerâmica, para ficar comprovada a doença profissional, dispensando qualquer tipo de outra prova. (MONTEIRO; BERTAGNI, 1998)

Muitas são as doenças ocupacionais que vêm afetando de maneira geral o mundo do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Algumas podem ocorrer com maior incidência dependendo da realidade das condições em que é exercido o trabalho, de fatores externos como a conjuntura política, econômica e social que o cerca, bem como, de acordo com a realidade e dinâmica das instituições e organizações, quando considerado o trabalho assalariado com vínculo empregatício.

Na realidade da Celesc, como já explanado anteriormente, os trabalhadores vêm se adaptando às novas exigências e formas de organizar o trabalho a cada dia, de acordo com o processo de evolução da empresa e de sua necessidade de manter sua atuação no mercado de forma rentável e competitiva. Como consequência, verifica-se um grande número de empregados que sofrem de doenças ocupacionais, ficando, muitas vezes, inaptos para o trabalho e tendo que se afastar para se tratar. Muitos são os casos e os tipos de doenças que afetam os celesquianos, variando conforme a especificidade e particularidade de cada trabalhador e com o cargo que ocupam, papel que desempenham, responsabilidades que assumem e relações de trabalho mais amplas explícitas no cotidiano de cada empregado.

Dentre algumas doenças ocupacionais que afetam os celesquianos, pode-se citar: distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho – Dort, Depressão e Dependência Química.

Segundo França (2007, p. 36):

Os Dort são enfermidades dos tendões (tendinite no ombro), enfermidades dos nervos (síndrome do túnel do carpo, síndrome do desfiladeiro torácico), enfermidades dos músculos (síndrome de tensão no pescoço), enfermidades das articulações (osteoartrose), enfermidades vasculares (síndrome de Reynaud), enfermidades da bursa (bursite do joelho) e sintomas não específicos.

Segundo Salem (2005) também é conhecida como LER – Lesões por Esforços Repetitivos, e são desencadeadas justamente pela execução de movimentos repetitivos. Uma das mais comuns é a tendinite, causada pela inflamação nos tendões. “A LER tem comonexo causal a repetição do mesmo movimento através do tempo no desempenho da mesma função”. (SALEM, 2005, p. 78)

De acordo com Monteiro e Bertagni (1998, p. 51):

LERs (moléstias classificadas no Código Internacional de Doenças – CID, versão 1975, n. 727-0/2) são afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fâscias, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração dos tecidos, atingindo na maior parte das vezes os membros superiores, região escapular, do pescoço, pelo uso repetitivo ou forçado de grupos musculares e postura inadequada. [...]

As LERs foram reconhecidas como doença do trabalho em 1987, através da Portaria n. 4.062, de 6 de agosto de 1987, do Ministério da Previdência Social, e mantêm o primeiro lugar das doenças ocupacionais notificadas à Previdência Social. [...]

[...] o quadro clínico é de sensação de fadiga e descontrole muscular, formigamento, parestesia e perda da força muscular.

Portanto, percebe-se que é uma doença “comum” que atinge uma gama de trabalhadores e que pode deixar grandes seqüelas e limitações profissionais. Quando a doença torna-se muito avançada é comum algumas alterações psicológicas com quadros de depressão, ansiedade e angústia. (MONTEIRO; BERTAGNI, 1998)

Segundo França (2007), alguns aspectos podem ser considerados fundamentais para o desencadeamento desta doença e também de doenças mentais, como:

- forte pressão temporal caracterizada pela necessidade constante de superar-se ou de manter ritmos acelerados durante jornadas de, ao menos, seis horas;
- insuficiência de pausas e de intervalos entre atendimentos para a recuperação; [...]
- restrições à livre movimentação pela necessidade de manter-se ligado ao posto de trabalho com pequenas interrupções ao longo da jornada;
- manutenção constante da atenção e forte solicitação de memória, principalmente as de curto e curtíssimos prazos, durante longos períodos;
- estímulo à competitividade entre colegas, por causa de programas de produtividade calcados na individualização excessiva da produção;
- conflitos constantes com superiores hierárquicos e ausência de espaço organizacional para expressão, discussão e resolução de problemas;
- fragmentação e inserção muito limitada das tarefas no processo de produção. (FRANÇA, 2007, p. 37)

A depressão, também associada a outras doenças, é uma desordem psiquiátrica, onde a pessoa apresenta um quadro deprimido ou de falta de motivação durante maior parte do tempo, diminuindo seus interesses ou perdendo o prazer em realizar atividades cotidianas, associado aos sentimentos de inutilidade, incapacidade e culpa excessiva, acarretando em dificuldades de concentração, fadiga, perda de energia, insônia ou distúrbios do sono, perda ou ganho significativo de peso, falta de desejo sexual e idéias freqüentes de morte e suicídio. (VARELLA, 2008)

Os sintomas da depressão variam conforme cada pessoa e sua realidade de vida, podendo ser mais severa em alguns e menos severas em outros. Porém, em ambos os casos, os sintomas da depressão interferem drasticamente na qualidade de vida da pessoa afetada, e

acarreta grandes custos sociais, como ausência no trabalho, atendimentos médicos, medicamentos e suicídio.

Segundo Varella (2008) são fatores de risco para a depressão:

- histórico familiar de depressão;
- sexo feminino;
- idade mais avançada;
- episódios anteriores de depressão;
- parto recente;
- acontecimentos estressantes, e;
- dependência de droga.

Outros fatores também são condicionantes e podem levar ao quadro depressivo, como situações difíceis, desgastantes, frustrantes, perdas em geral, gravidez, parto ou menopausa, síndrome do pânico, distúrbio obsessivo compulsivo, stress, drogas e álcool e doenças em geral.

Muitas vezes a depressão está muito associada às doenças ocupacionais, devido às dificuldades vividas pelos empregados e por se tratar de um momento de vulnerabilidade, doença e mudança de rotina. Em outras vezes e particularmente está ligada à dependência química, justamente por esta causar ansiedade, irritabilidade, insônia e sensação de fracasso quando o dependente químico não consegue romper com o vício.

A dependência química é uma doença que vem afetando muitas pessoas e é agravada ou acentuada por condições precárias de trabalho. Trata-se de uma “síndrome caracterizada pela perda do controle do uso de determinada substância psicoativa” levando ao consumo repetido e excessivo dessa substância. “Alguns exemplos são o álcool, as drogas e a nicotina”. (NEUROCIÊNCIA, 2008)

Considerada uma doença pelo Ministério da Saúde, a dependência química apresenta os seguintes sintomas:

- Tolerância: necessidade do aumento da dose para se obter o mesmo efeito;
- Crises de abstinência: ansiedade, irritabilidade, insônia ou tremor quando a dosagem é reduzida ou o consumo é suspenso;
- Ingestão em maiores quantidades ou por maior período do que o desejado pelo indivíduo;
- Desejo persistente ou tentativas fracassadas de diminuir ou controlar o uso da substância;
- Perda de boa parte do tempo com atividades para obtenção e consumo da substância ou recuperação de seus efeitos;
- Negligência com relação a atividades sociais, ocupacionais e recreativas em benefício da droga;

- Persistência na utilização da substância, apesar de problemas físicos e/ou psíquicos decorrentes do uso. (NEUROCIÊNCIA, 2008)

Assim, a dependência química é uma doença e, para desenvolvê-la, basta que a pessoa tenha predisposição, seja biológica (hereditária), psíquica ou social, e use habitualmente uma substância química qualquer que altere o seu humor e comportamento como álcool, maconha, cocaína, crack, heroína, psicotrópicos, anfetaminas, dentre outras. Uma vez desenvolvida, é para sempre, não tem retorno. Trata-se de uma doença crônica, progressiva e fatal, porém, é possível estacioná-la e viver com muita qualidade. (FIGLIE, 2004)

Alguns sintomas como o absenteísmo, ausência durante a jornada de trabalho, comprometimento da produtividade e qualidade do trabalho, mudanças no estilo de vida, problemas de ordem emocional, acidentes de trabalho, problemas financeiros, familiares, de ordem educacional e até mesmo policiais e judiciais podem ser o indício da dependência química. (FIGLIE, 2004)

Portanto, apesar de ser vista ainda por muitos profissionais como problemas de comportamento ou “defeito de caráter”, cada vez mais, fica claro que o consumo de substâncias psicoativas por trabalhadores é um problema de saúde com sérias repercussões na segurança, saúde e qualidade de vida dos mesmos.

Desta forma, verifica-se que com este padrão de desenvolvimento, a saúde dos trabalhadores apresenta diversas facetas, metamorfaseando-se sob a lógica da produção, do consumo a qualquer preço e da péssima distribuição de renda. As diversidades epidemiológicas dos agravos à saúde dos trabalhadores variam muito e vão desde as doenças provocadas pela introdução de novas tecnologias até as desencadeadas pela (re) organização do trabalho. (NIERO, 2000)

Além das doenças do trabalho clássicas, a Saúde do Trabalhador discute as doenças psicossomáticas, a saúde mental, o estresse, que nada mais são que sobrecargas impostas, que influenciam poderosamente sobre a percepção que o sujeito tem sobre seu próprio corpo. Doenças que pesam sobre os trabalhadores com o pavor da demissão e conseqüente precarização da vida, são fatores que, somados à sobrecarga de trabalho, vão afetando a saúde física e mental.

Para não perder o emprego, o trabalhador *ameaçado* produz acima de seu limite, expondo-se mais aos acidentes de trabalho e às doenças profissionais e, por viver estressado, apresenta maiores índices de hipertensão arterial, úlceras pépticas e doenças nervosas. [...] (NIERO, 2000, p. 50)

Portanto, as ações de atenção à saúde dos trabalhadores são indissociáveis das ações preventivas, de promoção e proteção da saúde, de recuperação e reabilitação, numa

abordagem integrada sendo capaz de articular as dimensões individuais e coletivas, preventivas e curativas, considerando a subjetividade dos indivíduos. (NIERO, 2000)

Diante deste quadro, onde a precarização do trabalho afeta diretamente na saúde dos trabalhadores com e sem vínculo empregatício, a política previdenciária vem oferecendo serviços e benefícios que visam à proteção social dos trabalhadores neste momento de fragilidade, onde sua saúde encontra-se abalada. Entretanto, faz-se fundamental compreender sua origem e entender suas reestruturações.

2.2. A POLÍTICA PREVIDENCIÁRIA: ORIGENS E REESTRUTURAÇÕES

Diante do quadro já observado, de precarização das relações de trabalho, iniciadas com o desenvolvimento industrial caracterizado pelo capitalismo, a classe trabalhadora passa a ser mercantilizada através da venda de sua força de trabalho. A industrialização passa a exigir um novo perfil de trabalhador, com a divisão mais intensa de tarefas, salários precários e condições impróprias de trabalho. Trabalhar torna-se necessário para não interromper o processo de produção e nem o desenvolvimento do capitalismo. Porém, diante das dificuldades apresentadas, os trabalhadores passam a se organizar na busca de condições mais dignas de exercerem seu trabalho. (BOSCHETTI, 2000, p. 117)

O reconhecimento legal de direitos ligados e derivados do trabalho por meio da Previdência Social (aposentadorias, pensões, seguro-saúde, seguro-desemprego) impõe-se como uma resposta “apropriada” ao capitalismo, já que não coloca em questão a propriedade dos meios de produção ao mesmo tempo em que assegura a reprodução da força de trabalho. Como direito condicionado ao trabalho, a Previdência derivou do processo de industrialização e do assalariamento. [...] Foi com a Previdência Social que os trabalhadores puderam estar fora de uma relação de trabalho sem estar necessariamente em situação de ausência de proteção social (BOSCHETTI, 2000, 117-118 p.)

Assim, é possível dizer, segundo Boschetti (2000), “que a Previdência Social, regida pela lógica do seguro social, é a forma encontrada pelo capitalismo para garantir um mínimo de segurança social aos trabalhadores”. Ou seja, apesar de contraditório e de estar ancorado na idéia de que para produzir homens devem ter garantido condições mínimas de sobrevivência, a política previdenciária é um avanço da “classe que vive do trabalho”.

Desta forma, a Previdência Social deve ser considerada como uma conquista social dos trabalhadores, que através de seu conjunto de normas visa à proteção social dos mesmos,

tanto relacionado à exploração, doenças, impossibilidade de trabalho, além dos riscos que estes estão sujeitos durante a vida na condição de seres humanos.

O modelo de Previdência Social instituído no Brasil a partir do século XX tinha por objetivo “garantir maior segurança ao trabalhador assalariado e à sua família em momentos de perda de renda, devido à situação de inatividade” dos trabalhadores, como na velhice, invalidez, desemprego ou doença. (BOSCHETTI, 2000, p. 117)

Como já explicitado anteriormente:

Em 1919 foi promulgada a Lei de Acidente de Trabalho, em seguida a Lei Eloy Chaves (Decreto Legislativo nº 4682, de 1923) que cria as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), considerado o marco do sistema previdenciário no Brasil. (FLEURY, 1994, apud Boschetti, 2000, p. 118)

Assim, segundo Cartaxo (1992, p.60) “em 1929 o esquema básico da previdência social havia sido estabelecido”, porém, se constituindo em medidas isoladas decorrentes das pressões populares e não como “uma perspectiva global de reestruturação entre Estado e a classe trabalhadora”.

Com o decorrer da década de 30, a conjuntura brasileira passa por grandes transformações de cunho político, econômico e social, onde podem ser ressaltadas a quebra do regime oligárquico agrário, o crescimento da industrialização no país, “a regulamentação do mercado de trabalho e o estabelecimento de novas relações salariais”. (BOSCHETTI, 2000, p. 118)

É nessa conjuntura que se instaura o Estado Novo, Getulista, com características populistas e paternalistas que segundo Cartaxo (1992, p. 60) “Ao mesmo tempo que controlava o movimento social, o Estado respondia às demandas dos assalariados. ”

Assim, em 1933 as CAPs, que eram organizadas por empresas e de natureza privada, foram, progressivamente, transformadas em IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões, organizadas por categoria profissional e de natureza estatal. Segundo Cartaxo (1992, p.61):

A finalidade dos IAPs era primordialmente conceder benefícios (aposentadorias e pensões) e de forma secundária prestar assistência médica. [...] Além da pluralidade dos IAPS em razão das diversas categorias, havia diversificação quanto aos benefícios e serviços prestados.

Portanto, a Previdência era discriminatória e excludente, numa perspectiva de “cidadania regulada”, já que não abrangia toda a classe trabalhadora e sim aquelas profissões mais reconhecidas e regulamentadas. (BOSCHETTI, 2000, p. 119)

Segundo Cartaxo (1992, p.62), em razão dessa diversidade foi realizada em 1945 a “primeira tentativa de unificar todos os IAPs no Instituto de Serviços Sociais do Brasil – ISSB, através da Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil”. Porém “não foi implantado devido a resistência dos IAPs mais bem organizados”.

Só em 1960 é que foi instituída a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) objetivando “uniformizar as contribuições e prestações dos diferentes institutos e conceder igual importância aos benefícios e serviços”. (CARTAXO, 1992, p. 62) Contudo, apesar de ter instituído um conjunto de normas, a estrutura administrativa dos IAPs permaneceu a mesma.

Em 1966 os IAPs foram fundidos no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que segundo Boschetti (2000, p.119) marcava:

O início de uma nova fase na Previdência Social. Ocorre uma extensão dos serviços para categorias ainda não cobertas e a incorporação ao sistema do seguro acidente de trabalho. [...] O INPS unificou a estrutura anterior, sendo responsável pelas aposentadorias, pensões e assistência médica de todos os trabalhadores do mercado formal urbano.

Porém, apesar dessa maior abrangência, ainda eram fortes os padrões de seletividade e residualidade, características relacionadas às políticas sociais brasileiras, neste caso, em particular da previdência social.

Nos anos seguintes a sociedade e a “classe que vive do trabalho” passam a ter que se adaptar às transformações estruturais advindas do reajuste do capitalismo, como o avanço tecnológico e as novas formas de organização da produção oriundas do processo de acumulação flexível. Como já anteriormente exposto, o Estado passa a minimizar suas ações em favor do capital e a acumulação aumenta de forma desenfreada. Como consequência aumenta a precarização das condições de trabalho, o desemprego e a redução da intervenção do Estado em políticas sociais.

Segundo Boschetti (2000, p. 123):

É neste contexto que novas e profundas mudanças ocorrem no âmbito da Previdência Social. As reivindicações e pressões organizadas pelos trabalhadores na década de 80, em período de redemocratização no país, provocam a incorporação, pela Constituição Federal (CF) de muitas demandas sociais de expansão dos direitos sociais e políticos. Um dos maiores avanços desta Constituição foi a adoção do conceito de seguridade social, englobando em um mesmo sistema as políticas de saúde, previdência e assistência social. Estas passam a ser regidas por novos princípios e diretrizes, associando, ao mesmo tempo, universalidade e seletividade, centralização e descentralização, distributividade e redistributividade, gratuidade e contributividade.

A Previdência Social continua a ser assegurada pela lógica da contribuição de trabalhadores e empregadores, sendo sua gestão centralizada no Governo Federal. Apesar de se inserir no sistema de Seguridade Social¹¹ e de sua aproximação com o conceito de universalidade, esta política se configura na lógica de seguro social e vem passando por contra-reformas que cada vez mais descaracterizam sua finalidade: proteção social aos trabalhadores, o que contraria o próprio objetivo dos benefícios da previdência.

Os benefícios previdenciários, tido como prestações de substituição de renda, são, por sua vez, definidos como um sistema de direitos objetivos, concedidos a partir de critérios precisos e, uma vez acordados, são reconhecidos como “direito adquirido”. São direitos decorrentes do exercício de um trabalho assalariado ou de uma contribuição como trabalhador autônomo. (BOSCHETTI, 2000, p. 124).

Esta forma de contribuição pode excluir aqueles que, mesmo com condições de trabalhar, estão excluídos do mercado de trabalho e não têm condições de contribuir como autônomos, não garantindo assim proteção social a estes indivíduos, que ficam condicionados à política de assistência social, extremamente residual, seletiva e focalista.

Com as contra-reformas da Previdência nos últimos anos, os trabalhadores devem ter uma maior permanência no mercado de trabalho, o que diretamente agrava na absorção de novas pessoas no mercado. Segundo Boschetti (2000, p. 130;133):

Isto acontece não apenas pelo fato de que os trabalhadores vão permanecer mais tempo na ativa, mas também pela redução do valor dos benefícios que leva os aposentados a buscar um complemento de renda pelo retorno ao trabalho. [...] Hoje a Previdência, ao contrário, incentiva a maior permanência dos trabalhadores no mercado de trabalho e, pior, em uma conjuntura onde o emprego é escasso.

De forma geral, é possível então compreender que a política previdenciária foi uma conquista da “classe que vive do trabalho” e que, apesar de seus avanços no decorrer da história, está sendo desregulamentada e descaracterizada. As contra-reformas de cunho neoliberal tendem a tornar a política cada vez menos universalista e respalda a necessidade de se estar inserido no mercado de trabalho, garantindo assim, a manutenção da acumulação do capital.

¹¹ A Constituição Federal, no Título VIII – “Da Ordem Social”, define no art. 194 a Seguridade Social como sendo “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social”. A Seguridade Social deve se pautar nos princípios de universalidade, uniformidade e equivalência dos benefícios, seletividade e distributividade, equidade na forma de participação do custeio, caráter democrático e descentralizado com a participação da comunidade, dentre outros.

O trabalho assume a necessidade de sobrevivência da população, já que os benefícios¹² não são adequados ou suficientes para garantir as necessidades sociais dos beneficiários quando estes necessitam, levando-os a procurem outras fontes de renda.

Nesta lógica, os trabalhadores tendem a sofrer as conseqüências da precarização do trabalho e das políticas sociais de proteção social, tendo que trabalhar cada vez mais, se expondo mais, assumindo responsabilidades e sofrendo pressões externas que o levam a adoecer e a comprometer sua qualidade de vida. Em contra partida, alguns benefícios e serviços oferecidos pela Previdência Social tendem a se ocupar com a saúde dos beneficiários e ao mesmo tempo, tendem a reforçar o vínculo com o trabalho. É o caso do auxílio-doença, auxílio – acidente, aposentadoria por invalidez e o Programa da Reabilitação Profissional.¹³

Para poder compreender a dimensão destes benefícios e serviços, faz-se necessário compreender especificamente o *conceito* de acidente de trabalho¹⁴, que segundo o Ministério da Previdência Social (MPS):

Consideram-se acidente do trabalho a doença profissional e a doença do trabalho. Equiparam-se também ao acidente do trabalho: o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a ocorrência da lesão; certos acidentes sofridos pelo segurado no local e no horário de trabalho; a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; e o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa. (MPS, 2008)

Segundo Salem (2005, p. 32), o acidente de trabalho pode:

- Não causar incapacidade para o empregado, a não ser o afastamento para tratamento até a recuperação do trabalhador;
- Pode causar incapacidade parcial e permanente após a alta médica e consolidação das lesões;
- Pode causar incapacidade total para o trabalho;
- Pode culminar com a morte do trabalhador.

¹² Os valores dos benefícios previdenciários estarão de acordo com um cálculo atuarial, que avaliará algumas variáveis, como o valores dos benefícios atuais e dos que serão concedidos, idade dos beneficiários, índice médio de evolução salarial, dentre outros.

¹³ Serão tratados neste trabalho somente os benefícios previdenciários que possuem uma relação de afastamento temporário do trabalho articulados com o Programa de Reabilitação Profissional, objeto de estudo desta monografia.

¹⁴ Para outros esclarecimentos, consultar os artigos 19, 20 e 21 da Lei nº 8.213/91, que definem acidente de trabalho.

Assim, os benefícios previdenciários que podem advir do acidente do trabalho (compreendendo também as doenças do trabalho e as doenças profissionais), de acordo com a Lei nº 8.213/91 são:

- *Auxílio-doença* - necessário para o tratamento do segurado;
- *Auxílio-acidente* – em caso de incapacidade laboral parcial;
- *Aposentadoria por invalidez* – em caso de incapacidade laborativa permanente, e;
- *Pensão por morte aos dependentes* – em caso de morte do segurado empregado por acidente de trabalho.

Já os serviços oferecidos que advém do acidente do trabalho, de acordo com a Lei nº 8.213/91 são:

- *Reabilitação Profissional*¹⁵ – em caso da possibilidade de retornar ao trabalho, considerando às limitações profissionais do segurado, procurando sua readaptação profissional;
- *Serviço Social* – serviço oferecido aos segurados com a finalidade de esclarecer seus direitos sociais e os meios de exercê-los.

Caso o acidente do trabalho não provoque qualquer tipo de incapacidade, sendo necessário apenas o tratamento para a *recuperação*, o empregado receberá do empregador os primeiros 15 dias de afastamento, e do INSS, a partir do 16º dia, o auxílio-doença até a alta médica. Se houver *incapacidade permanente* receberá também o auxílio-acidente e quando houver *incapacidade total* a aposentadoria por invalidez.

O **auxílio-doença** consiste no benefício mensal concedido pelo INSS ao segurado impedido de trabalhar por doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos. No caso dos trabalhadores empregados, os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador, e a Previdência Social paga a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. No caso do contribuinte individual (empresário, profissionais liberais, trabalhadores por conta própria, entre outros), a Previdência paga todo o período da doença ou do acidente (desde que o trabalhador tenha requerido o benefício). Faz jus ao benefício tanto o empregado incapacitado por acidente do trabalho como por doença espontânea. (MPS, 2008)

De acordo com o Art. 78 do Decreto nº. 3.048/99 o auxílio-doença cessará quando o empregado retornar ao trabalho ou quando o trabalhador receber auxílio-acidente ou se aposentar por invalidez.

¹⁵ Será dedicado uma seção específica para a discussão do Programa de Reabilitação Profissional, haja vista que este serviço previdenciário faz parte do objeto de estudo deste trabalho.

O auxílio-doença cessa pela recuperação da capacidade para o trabalho, pela transformação em aposentadoria por invalidez ou auxílio-acidente de qualquer natureza, neste caso se resultar seqüela que implique redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia.

O **auxílio-acidente** é o benefício pago ao trabalhador que sofre um acidente e fica com seqüelas que reduzem sua capacidade de trabalho. Ou seja, é concedido para segurados que recebiam auxílio-doença e após sua cessação ficaram com lesões ou seqüelas que causem incapacidade para a atividade que habitualmente exerciam.

De acordo com o art. 104 do Decreto nº 8.213, têm direito ao auxílio-acidente:

Art. 104. O auxílio-acidente será concedido, como indenização, ao segurado empregado, exceto o doméstico, ao trabalhador avulso, ao segurado especial e ao médico-residente quando, após a consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultar seqüela definitiva que implique:

I – redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exerciam; [...]

II – redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exerciam e exija maior esforço para o desempenho da mesma atividade que exerciam à época do acidente; ou

III – impossibilidade de desempenho da atividade que exerciam à época do acidente, porém permita o desempenho de outra, após processo de reabilitação profissional, nos casos indicados pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social.

É importante frisar que é proibido a acumulação do auxílio-acidente com qualquer tipo de aposentadoria, embora o recebimento dos demais benefícios não prejudicará o recebimento do auxílio-acidente. Segundo a Lei n.º 8.213/09, art. 86 “o auxílio-acidente mensal será devido até a véspera do início de qualquer aposentadoria ou até a data do óbito do segurado”.

A **aposentadoria por invalidez** é o benefício concedido aos trabalhadores que, por doença ou acidente, forem considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento. (MPS, 2008) “A legislação não faz diferenciação entre aposentadoria por invalidez causada por acidente de trabalho ou doença profissional”. (SALEM, 2005, p.101)

Segundo os arts. 42 a 47 da Lei nº. 8.213/91:

Art.42. A aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência a ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

§ 1º A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade mediante exame médico-pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado, às suas expensas, fazer-se acompanhar de médico de sua confiança.

§ 2º A doença ou lesão de que o segurado já era portador ao filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social não lhe conferirá direito à aposentadoria por invalidez,

salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

A **pensão por morte** em casos de acidente de trabalho ou doença do segurado é devida aos dependentes, dentro dos critérios estabelecidos na Previdência Social. Segundo Monteiro e Bertagni (1998, p.33) “é um benefício de renda mensal (pagamento continuado) devido aos beneficiários dependentes em razão de óbito ou morte presumida do segurado em função de infortúnio laboral (art. 74 da Lei n. 8.213/91)”.

A **reabilitação profissional** presta assistência educativa e de adaptação ou readaptação profissional aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho que exerciam os realocando em uma outra função, podendo considerar assim, as limitações e possibilidades profissionais do trabalhador. Porém este serviço será discutido de forma detalhada na próxima seção.

3. O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA CELESC DISTRIBUIÇÃO S.A. E A AÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

3.1. O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS

A Reabilitação Profissional surgiu com a Revolução Industrial na Europa, dado que o trabalho precário resultou em acidentes mutiladores e doenças profissionais. O contingente de mutilados aumentou com as duas Grandes Guerras Mundiais, e propiciou a criação do Direito do Trabalho e da Seguridade Social. A partir de então vários países elaboraram legislações específicas para os acidentados do trabalho com o objetivo de proteger ou atender os trabalhadores e suas famílias.

A Reabilitação Profissional teve início no Brasil em 18 de novembro de 1943, nos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, como serviço para Reeducação e Readaptação de aposentados por invalidez com o objetivo de diminuir o vultuoso ônus dessas aposentadorias, uma vez que aqueles considerados inválidos para uma atividade profissional seriam capazes para outra. (OLIVEIRA, 1989)

Assim, sua criação está relacionada ao interesse econômico de diminuir gastos com as aposentadorias, tornando o trabalhador apto há ficar mais tempo no mercado de trabalho, de forma a continuar contribuindo para as CAP's e os IAP's, produzindo através de sua força de trabalho e contribuindo para o desenvolvimento do país. Desta forma, sua criação não visava necessariamente a preocupação com as dificuldades, doenças profissionais e ausência de saúde dos trabalhadores.

Nesta época, o Brasil era governado pelo presidente Getúlio Vargas, e estava mais voltado para o crescimento da industrialização e para o desenvolvimento do país, o que acarretou no aumento do trabalho assalariado e fez crescer o número de segurados.

Em seu início, a reabilitação era conhecida como serviço de Assistência Reeducativa e Readaptação, sendo denominada de Reabilitação Profissional com o Decreto nº 48.959-A de 19/09/1960. Em seguida foram criados os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) subordinados ao Departamento Nacional de Previdência Social – DNPS, que incluía a assistência médica e a reabilitação física, que foi mantida com a reestruturação da Previdência Social por meio da unificação dos IAP's no INPS, em 1966/67. (OLIVEIRA, 1989)

A implantação dos primeiros CRPs orientou-se por uma pesquisa prévia e por critérios baseados na escolha de cidades de interesse para a instalação de suas unidades. Segundo Ferreira (1985, 24-25p.) esses critérios incluíam:

- [...] a) número suficiente de beneficiários da Previdência que justificasse a criação do serviço;
- b) número de segurados de localidades circunvizinhas ao futuro Centro que pudessem convergir para este, sem contudo caracterizar-se como tratamento fora do município;
- c) condições de arrecadação da localidade que propiciassem a execução do programa em bases econômicas;
- d) existência de pessoal técnico que pudesse compor as diversas equipes, em face da realidade dos mercados de trabalho;
- e) existência, na comunidade, de recursos universitários de formação desses técnicos, como também no plano assistencial, de modo a promover a utilização da complementação dos programas.

Inicialmente, os CRPs foram implantados gradualmente, nas cidades de São Paulo (1960), Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Niterói e Fortaleza (1970), Curitiba e Belém (1975). (FERREIRA, 1983)

A implantação dos CRPs se deu num período marcante do país, de transição para a ditadura militar, onde o Estado passou a assumir uma presença mais marcante em diversos setores a fim de garantir uma maior acumulação do capital. Como consequência o país teve um grande desenvolvimento econômico que veio paralelo ao crescimento das desigualdades sociais decorrentes da grande concentração de renda. Tentando compensar a forte repressão, o fim da democracia e o empobrecimento da população, expande as políticas sociais, porém de forma inadequada, haja vista que eram desqualificadas e com baixa efetividade.

Nesta mesma lógica, a rede de atendimento dos CRPs foi se expandindo com a criação dos NRP – Núcleos de Reabilitação Profissional.

Em 1963, criou-se a Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social (COPERPS) e a Superintendência de Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social (SUSERPS), definindo-se para esta última a competência de dirigir e executar os serviços de Reabilitação Profissional (OLIVEIRA, 1989).

A prestação do serviço de Reabilitação Profissional era definida pelo Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, porém, mesmo com a fusão do INPS com o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social – IAPAS, onde se criou o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, manteve-se o serviço de Reabilitação Profissional. (OLIVEIRA, 1989)

Até o final da década de 1980, cabia ao Ministério da Previdência Social, através dos extintos INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social e INPS, a assistência integral aos trabalhadores afastados do trabalho em razão de doença ou acidente de trabalho e que compreendia: tratamento médico-cirúrgico, reabilitação física (fisioterapia, terapia ocupacional e assistência psicológica) e a reabilitação profissional. Porém, este serviço modificaria sua estrutura. (MPS, 2008)

No final da década de 1970 o país passava por uma grande crise econômica, política e social e a sociedade passou a reagir diante deste cenário. Há uma rearticulação dos movimentos dos trabalhadores, resultando em greves, manifestações e passeatas. Uma seqüência de fatos marcam este período de transição, como as greves do ABC Paulista, o Movimento pela Anistia, as “Diretas Já” e a criação da Constituição Federal de 1988.

Paralelamente, o serviço de Reabilitação Profissional foi-se reestruturando, principalmente com a Constituição de 1988, onde se definiram as áreas de atuação da Saúde, Assistência e Previdência Social.

Com a Lei Orgânica da Saúde de 1990, é criado e definido as atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990 – Lei n.º 8.080/90) e extinto o INAMPS, ficando as ações de assistência médica sob a responsabilidade dos estados e municípios. A reabilitação física passa a ser de competência do SUS, estando o INSS encarregado da reabilitação profissional e do pagamento dos benefícios durante o período de afastamento do trabalho. A partir de então o Serviço de Reabilitação Profissional do atual INSS passou a revisar, sistematicamente, o seu processo de trabalho, definindo detalhadamente suas ações. (MOTA, 2000)

A Reabilitação Profissional, desta forma, configura-se como um serviço prestado pelo INSS, em caráter obrigatório, independentemente de carência, aos beneficiários que estão parcial ou totalmente incapacitados para sua atividade profissional em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou causa, e ainda aos portadores de deficiência, tendo por finalidade a promoção dos meios para sua reinserção no mercado de trabalho e na sociedade. (MPS, 2008)

Assim, tem direito a este serviço:

- beneficiário em percepção de auxílio-doença (acidentário ou previdenciário);
- aposentado por tempo de contribuição ou idade, que permanece em atividade laborativa;
- aposentado por invalidez;

- beneficiário sem carência para o auxílio-doença;
- dependente pensionista maior de 18 anos portador de deficiência;
- dependente maior de 16 anos portador de deficiência, e;
- pessoas portadoras de deficiência sem vínculo com a Previdência (mediante convênio de cooperação técnico financeiro).

Está fundamentada¹⁶ constitucionalmente na Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991, que segundo o artigo 89 dispõe que:

Art. 89. A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive.

Entretanto, é cessado o processo de reabilitação com a emissão de um certificado de homologação, como disposto no art. 92 da mesma Lei:

Art. 92. Concluído o processo de habilitação ou reabilitação social e profissional, a Previdência Social emitirá certificado individual, indicando as atividades que poderão ser exercidas pelo beneficiário, nada impedindo que este exerça outra atividade para a qual se capacitar.

Assim, entende-se que não compete a este serviço a colocação do segurado no mesmo emprego ao qual estava vinculado, ou em outro, para o qual foi reabilitado, cessando o processo de reabilitação com o certificado de reabilitação profissional. Desta forma, a Reabilitação Profissional não garante o retorno ou a permanência no emprego ou reingresso no mercado de trabalho, com exceção das instituições públicas, onde há estabilidade no emprego, mas enfrentando problemas de outra ordem. Com o tempo até foram sendo introduzidas modificações nas rotinas de atendimento da reabilitação, entretanto esta é uma questão que não foi contemplada em nenhum momento.

Portanto, a Reabilitação não tem entre suas funções a garantia do retorno ao trabalho, principalmente numa conjuntura onde há a precarização das relações de trabalho, que acarretam conseqüências como o desemprego, terceirizações, contratos temporários e pauperização.

¹⁶ Sua fundamentação legal consiste no inciso III e IV do Art. 203 da Constituição de 1988, nos Art. 89 a 93 da Lei 8.213 de 1991, dos Art. 25, 30, 40, 136 a 141 do Dec. 3048, e, do Dec. 129 de 22/05/1991, promulgando a convenção 159 da OIT de 01/06/1983¹⁶.

Com a publicação do Decreto n.º 2.172/97 e da Resolução INSS n. 424 de 07/03/1997 definiram-se as Funções Básicas da Reabilitação Profissional:

- avaliação e definição da capacidade laborativa residual;
- orientação e acompanhamento da programação profissional;
- articulação com a comunidade, visando o reingresso ao mercado de trabalho; e
- acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho.

Entretanto, deve-se ressaltar que se desconhecem estudos em que são apresentadas a sociedade alguma pesquisa de fixação no mercado de trabalho e o acompanhamento também parece não ser realizado com todos os reabilitados, de acordo com os próprios reabilitados entrevistados para esta monografia.

Desde o estabelecimento dessas funções básicas a Divisão de Reabilitação Profissional, através de supervisões diretas e indiretas e da realização de Fóruns Nacionais consolidaram mudanças conforme os Planos de Modernização da Reabilitação Profissional, como se verá adiante.

A década de 1990 foi crucial para a abertura econômica e implantação do neoliberalismo, fundamentais para inserir o país no primado do mercado livre e da globalização. Passou-se a priorizar o econômico em detrimento do social, num processo de “modernização” na busca pela competitividade global. Como consequência os brasileiros passaram a vivenciar contra-reformas estatais, privatizações, arrocho salarial e desmonte dos serviços e políticas sociais e ainda contra-reforma dos sistemas de proteção social, como a previdência social.

Sob esta lógica, em 10 de julho de 1999 publicou-se o Decreto 3.081, que implantou a nova estrutura da Previdência Social, descentralizando os serviços para as Gerências Executivas¹⁷, dando-lhes maior autonomia. Em junho de 2000 formou-se um grupo de trabalho para elaboração de um novo modelo de reabilitação profissional. Em janeiro de 2001 é apresentado à sociedade o novo modelo de reabilitação profissional da Previdência Social, o *Reabilita*.

O modelo *Reabilita* surgiu devido a uma série de dificuldades apresentadas para a realização da reabilitação profissional, como: concentração das unidades de reabilitação em

¹⁷ Em Santa Catarina existem 5 (cinco) Gerências Executivas da Previdência Social, respectivamente nas cidades de: Florianópolis – Unidade Técnica de Reabilitação Profissional (48- 3248-5775), Blumenau – Equipe Técnica de Reabilitação Profissional (47- 3331-8010), Joinville – GBENIN (47- 3451-1597), Criciúma – Equipe Técnica de Reabilitação Profissional (48- 3431-4039), e Chapecó – Equipe Técnica de Reabilitação Profissional (49- 3323-4141).

grandes centros urbanos, gerando pouca capilaridade para a prestação dos serviços e dificuldades de gerenciamento, controle e acompanhamento dos resultados obtidos.

Nas 100 Gerências Executivas do INSS, apenas 66 contavam com uma unidade de reabilitação profissional, tendo poucas localidades prestando os serviços. A idéia da reabilitação profissional entendida como reabilitação física acarretava numa visão limitada da abrangência do conceito, além das dificuldades de reinserção do reabilitando no mercado de trabalho devido ao preconceito e desconhecimento do serviço de reabilitação, havendo a falta de articulação com a sociedade. (MPS, 2008)

De acordo com o Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional (2005, p. 04), são critérios para a implantação do Reabilita:

- a) Promover o levantamento da demanda potencial passível de reabilitação profissional [...];
- b) realizar levantamento e propor a disponibilização de recursos humanos necessários para a composição das equipes nas Unidades Técnicas de Reabilitação Profissional – UTRP, nas GEx e nas Equipes de Reabilitação Profissional nas APS - ERPAPS;
- c) realizar levantamento e propor a adequação do espaço físico, equipamentos, materiais permanente e de consumo necessários para o funcionamento das UTRP e ERPAPS;
- d) identificar os recursos disponíveis na comunidade para o estabelecimento de parcerias;
- e) realizar levantamento de cursos profissionalizantes junto a instituições e/ou entidades de reconhecido conceito e experiência na formação/capacitação e treinamento profissional;
- f) realizar estudo das tendências do mercado de trabalho;
- g) propor a capacitação e treinamento dos servidores envolvidos, em articulação com o Treinamento e Desenvolvimento [...].

Assim, o modelo *Reabilita*, modifica a forma de operacionalização das ações da Reabilitação Profissional, através da integração com o serviço da Perícia Médica, nas próprias Agências da Previdência Social e com outros serviços do INSS. De acordo com o Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional (2005), o novo modelo de Reabilitação Profissional prevê:

- a) A descentralização do serviço de Reabilitação Profissional;
- b) a ampliação da rede de atendimento;
- c) a otimização de recursos, por meio da racionalização do tempo de programa de reabilitação profissional e de custos;
- d) o gerenciamento, por meio do acompanhamento e controle sistemático e análise dos resultados obtidos visando à melhoria na qualidade do atendimento;
- e) o atendimento, preferencialmente, na APS de abrangência de domicílio do segurado, desde que existam as condições mínimas necessárias para o atendimento;
- f) a dinamização e a integração de todos os Serviços/Seções com a Reabilitação Profissional, em especial a Perícia Médica, com o objetivo de agilizar o processo de reabilitação.

Assim, definiu-se uma nova estrutura organizacional nas Gerências Executivas para alcançar o que se previa com o modelo *Reabilita*:

- Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade – GBENIN;
- Unidade Técnica de Reabilitação Profissional – UTRP: administrar e supervisionar a reabilitação profissional no âmbito da Gerência Executiva;
- Equipes de Reabilitação Profissional das Agências da Previdência Social – ERPAPES: constituídas por médico perito e orientador profissional que desenvolvem as funções básicas da reabilitação profissional na APS.

Portanto, são funções básicas necessárias e indispensáveis ao processo de reabilitação profissional:

- a avaliação do potencial laborativo, considerando as perdas funcionais, limitações, funções que se mantiveram conservadas, habilidades, aptidões e potencialidades;
- a orientação e acompanhamento do reabilitando na escolha consciente de uma nova função, orientando quanto aos cursos e treinamentos necessários a esta readaptação;
- o levantamento da situação familiar e econômica que influenciam diretamente no processo de reabilitação profissional;
- a prestação de orientação ao segurado quanto á legislação, normas e ao processo de reabilitação profissional e a escolha consciente da atividade a ser exercida;
- a articulação com a comunidade para o estabelecimento de parcerias e convênios necessários, e;
- o acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho, levantando as tendências e oportunidades oferecidas. (INSS, Orientação Interna N°. 116, 2005, p. 13)

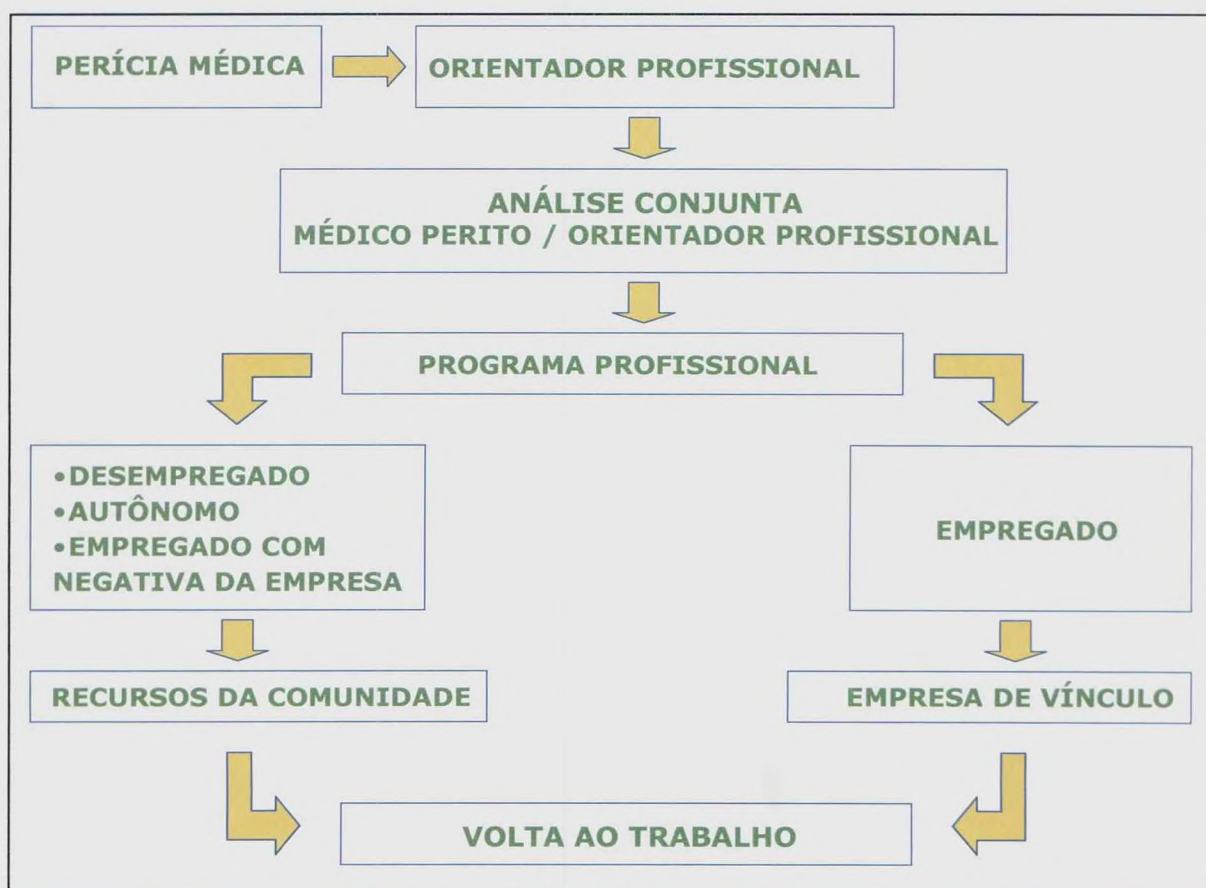
Para tanto, é fundamental avaliar no processo de reabilitação profissional, as perdas e restrições profissionais, o nível de escolaridade, a faixa etária, outras experiências profissionais, a situação atual e vínculos empregatícios, bem como o mercado de trabalho de origem. De posse desta avaliação, é possível definir as potencialidades, habilidades e aptidões, bem como o prognóstico de retorno ao trabalho caso necessite, ou seja, se não puder

retornar a mesma atividade. Neste processo, faz-se necessário buscar condições para a readaptação do segurado, seja na troca de função ou atividade, na empresa de vínculo, ou orientar para a escolha consciente da nova função ou atividade que venha a exercer no mercado de trabalho, em caso de inexistência de vínculo empregatício. (MPS, 2008)

Posteriormente, poderá ser realizado o encaminhamento para o preparo profissional, utilizando os recursos disponíveis na comunidade (cursos e treinamentos provenientes de parcerias, contratos e credenciamentos), acompanhando “in loco” o programa de reabilitação profissional desenvolvido pelo segurado. Na fase final, quando o segurado já retornou ao trabalho, se dá a Pesquisa de Acompanhamento e Fixação no Mercado de Trabalho, bem como, a avaliação da situação do reabilitado após seu retorno ao trabalho e a eficácia do programa desenvolvido. (MPS, 2008)

Assim, o processo de reabilitação profissional se dá da seguinte forma:

Figura 1: Esquema do sistema de reabilitação profissional



Fonte: Esquema transcrito da apresentação do serviço de reabilitação profissional do INSS de Florianópolis, MPS, 2008.

Os recursos materiais indispensáveis ao desenvolvimento do processo de reabilitação profissional são:

- Prótese e órtese, bem como seu reparo ou substituição;
- Taxas de inscrição e mensalidade de cursos profissionalizantes;
- Implemento profissional;
- Instrumento de trabalho;
- Documentos para a habilitação profissional;
- Auxílio – Transporte e Auxílio – Alimentação.

A concessão dos materiais fica condicionada à prescrição pela equipe de reabilitação profissional, mediante estudo das características de cada caso e em conformidade com as exigências da fase do processo reabilitatório. (MPS, 2008) Entretanto deve-se frisar a falta de recursos para o repasse destes materiais, bem como a falta de profissionais para exercer este trabalho.

O modelo *Reabilita* tem parcerias com sindicatos, entidades profissionalizantes, Ministério Público do Trabalho, Ministério do Trabalho e Emprego, Governos Municipais e Estaduais, universidades, sociedade civil organizada e empresas a fim de contar com serviços, cursos e treinamentos para o processo de reabilitação.

A partir de 2002, a reabilitação profissional se fez presente em 89 das 102 Gerências Executivas do país e em 360 Agências da Previdência Social. Ainda neste ano foram reabilitados cerca de 14.921 trabalhadores, de acordo com os dados do MPS (2008). Em 2008 retornaram ao trabalho por meio da reabilitação profissional 28.073 trabalhadores, gerando um lucro para o INSS de R\$ 242.439.378,02, segundo o boletim estatístico da reabilitação profissional no ano de 2007, elaborado pela Secretaria de Políticas da Previdência Social.

Entretanto, não foi possível encontrar nenhum estudo acerca da situação dos usuários, se estes permaneceram ativos no mercado de trabalho ou, ainda, sobre a fixação no emprego ao qual estavam vinculados. Também não se sabe se há estudos sobre o impacto das mudanças no mundo do trabalho e como se deu a reinserção dos reabilitados. Verifica-se que os estudos baseiam-se e restringem-se a burocracia dos recursos utilizados, bem como condições econômicas – ao cessar o auxílio-doença ou a aposentadoria por invalidez, e não as condições sociais da “classe que vive do trabalho”.

Isto se verifica mesmo com a implantação do modelo *Reabilita*, quando os problemas listados ainda persistem, segundo o levantamento da Gerência Executiva de Florianópolis, referindo-se à ausência de recursos e questões burocráticas, tais como:

- Não observância das etapas de implantação da Reabilitação Profissional;
- Insuficiência de técnicos para a realização das atividades de atendimento;
- Inexistência de local apropriado para o funcionamento do serviço nas APS;
- Falta de equipamentos (telefone, fax, computadores, xérox, dentre outros) e de mobiliário para a prestação do atendimento da equipe;
- Dificuldade de inclusão das atividades de RP na agenda de atendimento do médico perito nas APS;
- Falta de integração entre as áreas afins que dão suporte à RP, como a logística e a financeira;
- Falta de conhecimento da importância e necessidade do serviço para a instituição;
- Falta de capacitação dos servidores para atuarem no novo modelo de RP;
- Dificuldade de relotação e distribuição do pessoal;
- Dificuldades de estabelecer parcerias;
- Insuficiência de pessoal na coordenação geral para apoio e acompanhamento da execução do serviço;
- Necessidade de adequação de Atos Normativos e Legislações que contemplem a RP;
- Dentre outros, que não foram especificados.

Porém, acredita-se que além destes problemas burocráticos, outros problemas de ordem estrutural e de efetividade do programa se fazem presentes. Primeiramente o Programa de Reabilitação Profissional visa o reingresso do segurado no mercado de trabalho, entretanto não garante a permanência do mesmo no mercado, como já explicado anteriormente. Portanto, a reabilitação não garante que este segurado não volte a usar estes serviços ou que não volte a apresentar problemas de saúde, que muitas vezes não são desencadeados apenas pelo posto de trabalho, mas sim pela reorganização do mundo do trabalho ou por outras condições sociais que muitas vezes são omissas.

Uma prova que os empregados reabilitados não têm garantido sua permanência no emprego é o descumprimento do art. 93 que obriga as empresas a manterem em seus quadros segurados reabilitados ou pessoas com deficiência dentro dos percentuais previstos. (MONTEIRO; BERTAGNI, 1998)

Assim, o programa visa apenas uma reinserção no mercado de trabalho, que não é garantida, com vistas à produção econômica, sem oferecer, necessariamente, a proteção social

do trabalhador, perdendo de vista pontos a serem considerados como as condições de trabalho ao qual o reabilitado está sujeito, sua satisfação ou adaptação em exercer uma nova função, suas novas relações de trabalho e familiares, bem como, sua qualidade de vida, saúde, sua estabilidade no emprego após a reabilitação e sua situação social, econômica e política.

A assistência ao acidentado do trabalho deveria envolver complexos e diversificados aspectos, desde os preventivos até a reinserção no mercado de trabalho, após o seu completo restabelecimento, considerando-se o tipo de acidente, a lesão, os serviços de saúde, a empresa, o mercado de trabalho, entre outros.

O que se verifica é que a Reabilitação Profissional tem por objetivo fundamental formal desenvolver as capacidades residuais dos segurados, isto é, reintegrá-los à força de trabalho, através de programas de reeducação e, assim, propiciar melhores condições de bem-estar físico, mental e social. No entanto, as dificuldades de garantir este objetivo são enormes, tanto pelas condições inerentes ao reabilitado, quanto ao empregador e ao mercado de trabalho.

Com relação ao reabilitado, por exemplo, deveria ser considerado o grau de seqüela, o aspecto psicológico (sentimento de inutilidade, marginalização, frustração, sentimento de perda, inferioridade e dependência) que dificultam todo o processo de reabilitação e precisam ser muito bem trabalhados pela equipe de reabilitação, além de todo aspecto social e funcional. Quanto ao empregador, há indícios que nem sempre este vem intermediando o processo de reabilitação profissional dentro da instituição ao qual o reabilitando está vinculado, através de sua equipe de trabalho, o que torna o processo de reabilitação de inteira responsabilidade do INSS. Outro fator que dificulta o processo é que a reestruturação produtiva a partir, principalmente da década de 1990, vem tornando o mercado de trabalho mais flexível e acarretando no desemprego, terceirização e precarização do trabalho e impactando no número de acidentes de trabalho, doenças profissionais e no número de auxílio-doença.

Portanto, há indícios de que o Programa de Reabilitação Profissional dificilmente poderá alcançar sua plenitude ou será favorável para os trabalhadores, haja vista sua dificuldade de devolver à sociedade o indivíduo reabilitado e em condições de participar do processo produtivo, estando este mesmo indivíduo com possibilidades reais de acesso a sua permanência em seu trabalho e satisfeito com as novas transformações ocorridas em seu meio. Ao que parece, o processo de reabilitação fica restrito somente a uma parte de seu objetivo: a readaptação profissional ou troca de função, mas desconsidera o aspecto social que deve ser indissociável das questões relacionadas ao mundo do trabalho.

Explanado o processo de Reabilitação Profissional que é realizado pelo INSS, analisar-se-á como ocorre este processo no contexto da Celesc e suas implicações na vida destes trabalhadores, objeto de estudo realizado neste trabalho.

3.2. PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA CELESC

Segundo o Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional (2005, p. 03), “as UTRP poderão estabelecer parcerias por meio da celebração de convênios, contratos ou acordos com entidades públicas ou privadas, de comprovada idoneidade financeira e técnica, para prestação de serviço, por delegação ou simples cooperação técnica”, estas sob a coordenação e supervisão de órgãos competentes do INSS, nas seguintes modalidades:

- a) atendimento nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia;
- b) atendimento, preparação e treinamento para uso de prótese;
- c) melhoria de escolaridade (alfabetização e elevação da escolaridade);
- d) avaliação e treinamento profissional;
- e) capacitação para reingresso no mercado de trabalho;
- f) desenvolvimento de cursos profissionalizantes;
- g) disponibilização de áreas e equipamentos para instituições/entidades/órgãos com atendimento prioritário à clientela da reabilitação profissional;
- h) estágios curriculares e extra-curriculares para alunos em graduação;
- i) fiscalização do cumprimento da reserva de vagas (art. 93, da Lei nº 8.213/91) com o Ministério do Trabalho;
- j) homologação do processo de (re)habilitação e de pessoas portadores de deficiência não vinculadas ao Regime Geral de Previdência Social - RGPS;
- k) homologação de readaptações realizadas por empresas.

Com a celebração do Convênio de Cooperação Técnica Financeira, tanto a empresa conveniente quanto o INSS terão firmadas suas obrigações, que serão conjuntas, para a realização da reabilitação profissional.

No caso de empregados em percepção de auxílio-doença (previdenciário/ acidentário), a empresa, dentre outras competências, deverá encaminhar o empregado à equipe de Reabilitação Profissional da APS- ERPAPS mais próxima de seu domicílio, conforme critérios e rotinas estabelecidas pelo INSS, mediante os laudos, pareceres, exames e informações necessárias. (INSS, Manual de Convênios, 02-03 p.)

Ao INSS compete, dentre outros, a realização e avaliação do potencial laborativo, encaminhando à empresa conveniente relatório de conclusão de avaliação do potencial laborativo, com identificação das funções/postos de trabalho compatíveis dentre aquelas possibilidades profissionais apontadas pela empresa e as demais questões referentes ao processo de reabilitação. (INSS, Manual de Convênios, p. 03)

Com relação aos empregados sem percepção de auxílio-doença, a empresa tem, dentre outras competências, de identificar, por meio dos exames médicos, os empregados que necessitam de troca de função/posto de trabalho, em decorrência de patologias não ocupacionais ou como medida preventiva dos riscos relacionados aos postos de trabalho. Também deverá indicar a atividade/função/posto de trabalho compatível com o potencial laborativo do empregado e realizar sua preparação funcional, de modo a torná-lo apto para o seu exercício. Posteriormente fará as devidas orientações e encaminhamentos junto ao INSS para a realização da reabilitação profissional. (INSS, Manual de Convênios, p. 04)

O INSS analisará o dossiê e convocará o empregado para avaliação inicial do seu potencial laborativo em relação à função/posto de trabalho indicado para a readaptação, bem como, emitirá certificado de Homologação de Readaptação para a Empresa. (INSS, Manual de Convênios, p. 04)

Os convênios têm validade de 5 anos, podendo serem prorrogados após o prazo de 5 anos, se houver interesse das partes, através de Termo Aditivo. Neste caso um novo convênio deverá ser realizado.

Na Celesc Distribuição S.A. o processo de reabilitação profissional está passando por um processo de reestruturação, pois a empresa está firmando entre o INSS o Convênio de Cooperação Técnica e Financeira, como já mencionado anteriormente, na busca da melhoria na prestação deste serviço.

Até então, o processo de reabilitação na Celesc se resume apenas numa parte da reabilitação profissional, que é a readaptação profissional, ou seja, o empregado em auxílio-doença, acidentado do trabalho ou não, quando avaliado pelo INSS a necessidade de reabilitação profissional, é redirecionado, readaptado para uma outra função que não comprometa suas capacidades laborativas e não afete sua saúde. Entretanto, apesar dessa readaptação, não havia nenhuma equipe ou setor responsável por este processo, tornando-o extremamente burocrático, e, muitas vezes, sem a participação de profissionais da área do Serviço Social, Médico do Trabalho e profissionais da área da saúde, Recursos Humanos e da

própria CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes¹⁸, comprometendo este processo na empresa.

Entendendo que o processo de reabilitação não deve restringir-se somente no INSS, haja vista que a empresa também é, ou deveria ser, co-participante deste momento da vida do empregado, contribuindo para um processo mais amplo de reabilitação e readaptação profissional, criou-se um grupo de trabalho, com profissionais de diversas áreas, para pensar a reabilitação na Celesc sob outras perspectivas e com um olhar mais ampliado.

Este grupo de trabalho vem tentando firmar o Convênio de Cooperação Técnica e Financeira com o INSS e construindo uma nova Instrução Normativa¹⁹ – I-134.0006, visando estabelecer os procedimentos relativos à atividade de reabilitação profissional, dispendo sobre a rotina do processo.

Este documento define a reabilitação profissional como:

[...] a assistência de reeducação e readaptação profissional prestada pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, que visa proporcionar ao empregado em auxílio doença ou na ativa, incapacitado total ou parcialmente para o trabalho, os meios indicados para sua integração ou reintegração ao trabalho e ao meio em que vive. (I- 134.0006, 2008, p.01)

Nesta Instrução Normativa, é proposta a construção de equipes de reabilitação estadual e regional, que serão as equipes responsáveis pela condução do processo de reabilitação profissional na Celesc, tanto na Administração Central, quanto nas Agências Regionais. As equipes de reabilitação serão compostas por:

- Administração Central: assistente social, médico do trabalho, técnico ou engenheiro de Segurança do Trabalho, representante sindical, empregado representante da DVRT, empregado representante da DVED e um empregado com especialização em Recursos Humanos ou gestão de pessoas, com lotação no DPRH. (I- 134.0006, 2008, p. 02)

¹⁸ A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, de modo a tornar o ambiente de trabalho seguro e saudável. Ela é composta por trabalhadores escolhidos por votos e outros indicados pelo empregador. O mandato dos membros eleitos da CIPA, os quais gozam de estabilidade no emprego, é de um ano, sendo permitida uma reeleição. Os integrantes da CIPA devem receber treinamento específico antes da posse e se reunir no mínimo uma vez ao mês para dialogar sobre questões de saúde, higiene e segurança da empresa. Além da CIPA, empresas com mais de cinquenta empregados devem constituir e manter em funcionamento o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT, como é o caso da Celesc. (PARANÁ, p. 07)

¹⁹ Esta Instrução Normativa, que ainda não é vigente, abrangerá toda a Celesc, e fundamenta-se na Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991, no Decreto 2.172, de 05 de março de 1997 e no Acordo Coletivo de Trabalho vigente.

- Agências Regionais: assistente social, chefe do SPRH ou representante do SPRH, técnico ou engenheiro de Segurança do Trabalho, representante sindical e empregado indicado pelo chefe da Agência Regional. (I- 134.0006, 2008, p. 02)

Estas equipes serão responsáveis, de forma geral, por conduzir o processo de reabilitação profissional junto ao empregado, áreas, profissionais e serviços envolvidos, bem como, participar das diferentes etapas do processo, emitir pareceres, prestar orientações e acompanhar o processo de reabilitação até seu arquivamento. (I- 134.0006, 2008, p.08)

O Departamento de Recursos Humanos ficará com as atividades de coordenação da reabilitação profissional, sendo responsável pelo andamento dos processos de reabilitação profissional, prestando informações, recebendo e encaminhando documentos, dentre outras atribuições.

A identificação e encaminhamento de casos passíveis de reabilitação profissional de empregados em auxílio doença, acidente de trabalho ou doença ocupacional, podem ocorrer a partir da intervenção inicial do INSS ou da empresa. Quando no INSS, este manterá contato com o DPRH na Administração Central e com as SPRH nas Agências Regionais e fará o devido encaminhamento do processo de reabilitação, visando o retorno do empregado ao trabalho. Quando a intervenção inicial for da empresa, a equipe estadual ou regional de reabilitação encaminhará um dossiê da situação do empregado, baseado nos encaminhamentos da chefia, médico do trabalho, levantamentos específicos, entre outros, à equipe de Reabilitação Profissional da Agência da Previdência Social - ERPAPS. (I- 134.0006, 2008, p.02-03)

Quando se tratar de empregados na ativa, a identificação e o encaminhamento da situação, se dará pela empresa, verificando a saúde do trabalhador, através do exame periódico de saúde ocupacional, ou de encaminhamentos das chefias, Serviço Social, ou da procura espontânea. Uma vez avaliada a saúde do empregado e constatada a redução da capacidade laborativa por problema não decorrente de acidente de trabalho ou doença ocupacional, a equipe local de reabilitação encaminhará dossiê da situação do empregado ou carta ao INSS/ERPAPS, com o objetivo de readaptação profissional do empregado. (I- 134.0006, 2008, p.03)

A DVSS da Administração Central e os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT das Agências Regionais deverão realizar as avaliações ambientais e de riscos ocupacionais e repassar os dados levantados à equipe de reabilitação profissional. O médico do trabalho auxiliará na avaliação da saúde do trabalhador, emitirá parecer quando necessário, analisará a documentação da perícia médica

do INSS, podendo recomendar afastamento do trabalho, reabilitação profissional e/ou retorno ao trabalho. Também será responsável em analisar os documentos pertinentes da reabilitação, emitir parecer quanto à capacidade laborativa, e acompanhar o processo de reabilitação do empregado no que for pertinente à área médica. (I- 134.0006, 2008, p. 06)

Ao Serviço Social caberá avaliar e analisar a situação sócio-funcional do empregado, manter contato com o INSS para prestar ou buscar informações, intermediar o processo de reabilitação, encaminhar e orientar o empregado nas etapas do processo, repassar dados sócio-funcionais aos demais integrantes da equipe de reabilitação quando for necessário e acompanhar o processo no que for pertinente à área de Serviço Social. (I- 134.0006, 2008, p. 06)

Já a DVED será responsável em analisar a situação funcional do empregado de acordo com o processo, confrontando a nova condição laborativa com a estrutura de cargos e salários, bem como, auxiliar a equipe de reabilitação profissional nos assuntos pertinentes a alteração funcional do empregado reabilitado.

A empresa será responsável em fornecer a estrutura necessária para o desenvolvimento das ações de reabilitação profissional, sejam elas de cunho físico, material ou humano, e arcando com as despesas necessárias. As chefias também contribuirão com o processo, prestando orientações ao empregado de que profissionais este deverá procurar e encaminhando-os sempre que necessário. (I- 134.0006, 2008)

Para a empresa, o convênio significa um grande benefício, pois serão otimizados e agilizados os processos de reabilitação profissional, e ainda seria possível contemplar os casos em que não há afastamento, mas necessita de readaptação e que geralmente são encaminhados para o benefício, gerando afastamentos de empregados e custos para a empresa desnecessários. Além do mais, todas as situações ao serem acompanhadas e solucionadas no sentido de diminuir o tempo de afastamentos, reduzem o auxílio enfermidade e reinserem novamente o empregado no trabalho ou aposenta-o por invalidez, nos casos em que não há como reabilitá-lo em razão da patologia, liberando a vaga ocupada pelo empregado afastado.

Outra questão importante é o cumprimento do artigo 93 da Lei 8.213/91, que dispõe sobre a empresa com mais de 100 empregados que deve preencher de 2% a 5% dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência.

Entretanto, além dos fatores econômicos e jurídicos, outros aspectos devem ser questionados e considerados, como o impacto deste programa na vida do empregado, com relação a diversas áreas de sua vida, bem como, compreender, através de sua visão a importância ou não do programa para sua situação e ouvir, através de sua experiência, como

ou em que áreas a Celesc poderia contribuir para melhorar, facilitar o processo de reabilitação, diminuindo ao máximo as perdas vividas pelo trabalhador.

A celebração desse convênio não deve ser considerada apenas como uma vantagem econômica para a Celesc, ou como um caminho para a resolução de questões burocráticas, como a realocação ou readaptação profissional de empregados, para resgatar sua força de trabalho e sua produtividade para a empresa. Mas, acima de tudo, deve-se ter um grande cuidado para que o processo de reabilitação profissional não se restrinja a uma readaptação apenas, mas que englobe outras questões pertinentes e essenciais para a reabilitação propriamente dita, como orientação, esclarecimentos, acompanhamento de todo o processo, numa articulação com diversos profissionais e chefias, visando um ambiente de trabalho que considere as aptidões profissionais, bem como as limitações e dificuldades subjetivas do reabilitando.

Outra questão preocupante é que apesar da reabilitação profissional, no caso específico da Celesc, garantir o trabalhador no seu emprego, haja vista sua condição celestista e efetiva, esta não garante a permanência como ativo na empresa. Geralmente suas dificuldades de readaptação são maiores e seu quadro de saúde permanece instável, levando o reabilitado ao auxílio-doença, a uma nova reabilitação profissional, e, até muitas vezes à aposentadoria por invalidez.

Portanto, faz-se fundamental compreender o olhar que o próprio reabilitado tem do processo, considerando que o serviço de reabilitação profissional é extremamente complexo, avaliando assim o impacto real deste serviço na vida dos empregados da Celesc.

3.2.1. A visão dos reabilitados sobre o Programa de Reabilitação Profissional e o impacto em suas vidas

Na Celesc Distribuição S.A., considerando todas as Agências Regionais e a Administração Central, existem vários empregados reabilitados, bem como, vários casos sendo estudados sobre a reabilitação²⁰.

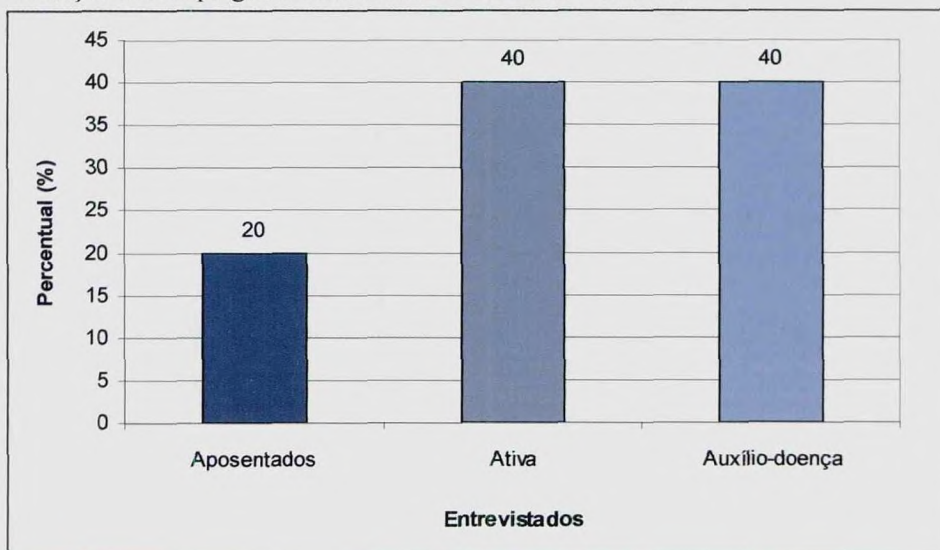
²⁰ Deve-se ressaltar que nas Agências Regionais existem vários casos de reabilitação profissional, apesar de não ter sido possível apresentar os números concretos por falta de documentação. É importante frisar também, que existem muitos casos sendo analisados/estudados para a reabilitação profissional, o que reforça a importância de ter realizado esta pesquisa, no sentido de melhorar os serviços prestados para aqueles que ainda não passaram pelo processo, mas que provavelmente irão passar.

Entretanto, nas demais Agências Regionais não foi possível apurar dados referentes a este estudo, ficando este restrito aos celesquianos residentes em Florianópolis.

Desta forma, na Agência Regional de Florianópolis e na Administração Central existem oito empregados reabilitados e com o certificado de homologação emitido pelo INSS. Deste universo, foram entrevistados cinco reabilitados, haja vista a dificuldade de encontrar os demais.

Do total de empregados entrevistados 20% estão aposentados, 40% estão na ativa e 40% estão novamente em auxílio-doença, sendo que destes últimos 20% estão aguardando um novo processo de reabilitação profissional, como mostra o GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1 - Situação dos Empregados Entrevistados Reabilitados da Celesc



Fonte: Pesquisa realizada junto aos empregados reabilitados da Celesc, 2008.

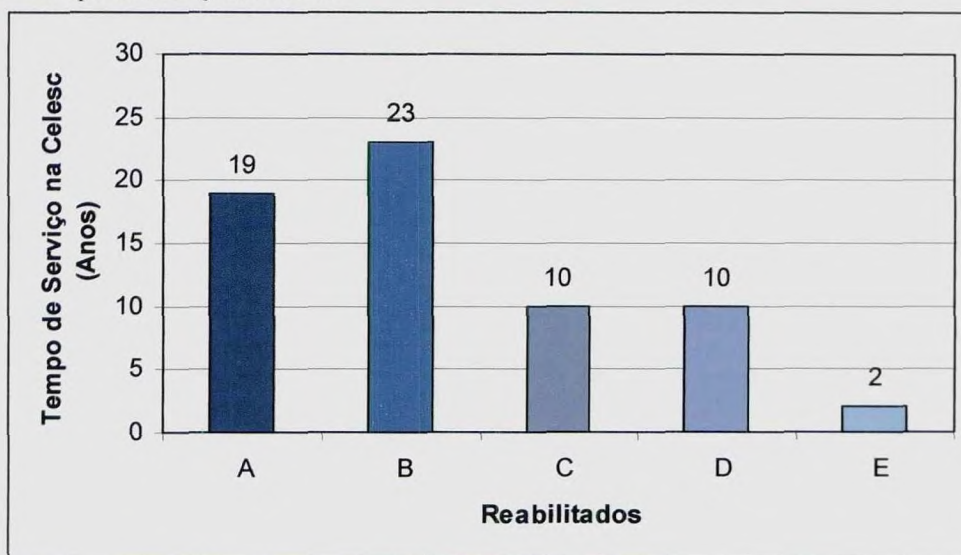
A predominância dos reabilitados é do sexo masculino, com 80%, sendo apenas 20% das entrevistadas do sexo feminino, o que é uma característica da Celesc, que tem em seu quadro de empregados muito mais homens do que mulheres. Já a faixa etária varia entre 40 a 54 anos, com uma predominância muito grande dos empregados de 40 a 46 anos.

Dentre a escolaridade dos reabilitados todos possuem o 2º Grau Completo, sendo que destes, 40% possuem nível superior incompleto e 20% possuem nível superior no exterior, porém não reconhecido no Brasil.

Todos tiveram trabalhos antes da Celesc, variando desde caixa em lojas e supermercados, mecânico, carteiro, até gari, servente de pedreiro e instrutor de mergulho. Dentre as profissões na Celesc, a que mais se destacou foi a de eletricista, com trabalhos de alta tensão e regime de plantão, além de analista de sistemas, motorista e atendente comercial (telefonista). No que se

refere ao tempo de serviço na Celesc, os reabilitados variaram de 02 a 23 anos, como mostra o GRÁFICO 2.

GRÁFICO 2 - Tempo de Serviço na Celesc.



Fonte: Pesquisa realizada junto aos empregados reabilitados da Celesc, 2008.

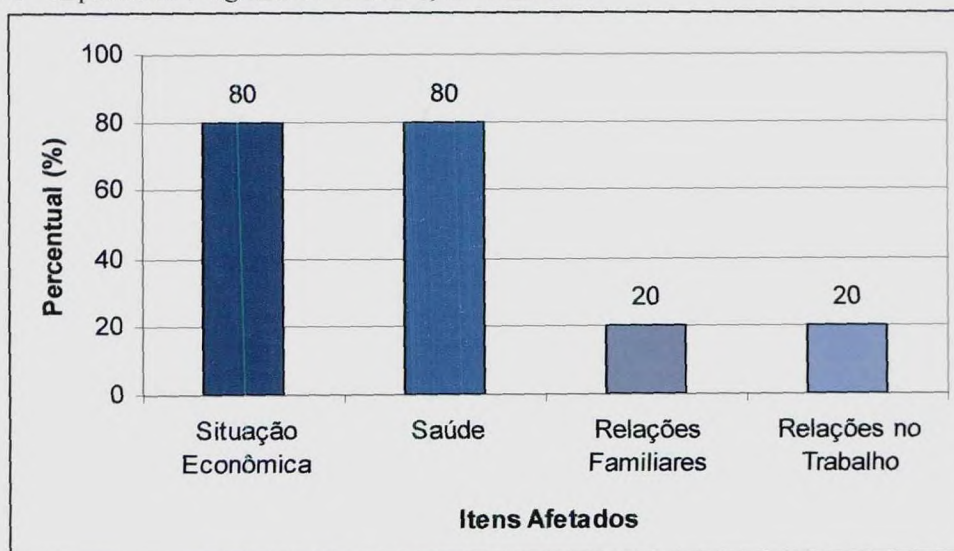
Analisando as informações colhidas nas entrevistas, é possível perceber que a reabilitação profissional causa maiores impactos na vida dos reabilitados com relação a situação econômica, haja vista que 80% dos entrevistados afirmaram terem problemas financeiros no processo de reabilitação profissional, devido a questões como: o aumento do uso dos planos de saúde, medicamentos, consultas, exames, além do excessivo tempo em auxílio-doença, perdendo abonos e benefícios concedidos pela empresa como tíquete alimentação, férias, participação nos lucros, e também por dívidas com a Fundação Celos de Seguridade Social. A maioria afirmou ter que cortar gastos para poder se manter e alguns tiveram que fazer horas-extras quando retornaram ao trabalho para estabilizarem sua situação financeira.

No que se relaciona à saúde, 20% dos reabilitados afirmaram ter obtido melhora pelo fato de terem sido consideradas as dificuldades referentes à saúde, ou seja, da reabilitação ter considerado as limitações do reabilitado. Os demais afirmaram que pioraram por terem ficado com depressão e por ter aumentado a quantidade de trabalho, com uma maior exigência de trabalho no setor que foi readaptado. Outros afirmaram que não tiveram melhora em sua saúde por suas doenças não terem sido tratadas. Inclusive, 80% dos entrevistados ficaram com seqüelas. “A minha herança na empresa vai ser sair com estas doenças, pois não vou voltar a ser o que era antes. Tenho que estar sempre cuidando de minha saúde, não tem mais retorno, a dor só ameniza ou piora e no momento estou com muita dor”. (sic) (Reabilitado B, 2008)

No que se refere às relações familiares, a reabilitação não interferiu muito, pois somente 20% dos reabilitados afirmaram ter afetado a dinâmica familiar pelo fato de que com a readaptação, a nova função modificou os horários de trabalho e também o tempo passado com a família. Este resultado também se repetiu com relação à interferência nas relações com colegas de trabalho, com relação a dificuldades de relacionamento com o novo setor e falta de entendimento dos novos colegas de trabalho quanto às suas limitações.

O GRÁFICO 3 demonstra os itens mais afetados com a reabilitação, conforme abaixo:

GRÁFICO 3 - Impactos do Programa de Reabilitação Profissional



Fonte: Pesquisa realizada junto aos empregados reabilitados da Celesc, 2008.

É possível, então, concluir que a reabilitação profissional, apesar de retirar o trabalhador do serviço que lhe causou a doença ou que está agravando sua saúde, não contribui para a garantia da sua saúde, pois não é oferecido paralelamente à reabilitação um tratamento de saúde efetivo que possa vir a contribuir ou realmente a tratar a doença do trabalhador. Entretanto, isto é consequência de um sistema de saúde que, apesar de público e gratuito, não dispõe de serviços e recursos adequados à toda a população brasileira, fazendo com que muitos tenham que recorrer a planos de saúde privados, que cobrem uma abrangência maior de serviços médicos e complexos exames e tratamentos, mas acarretam em ônus no financeiro desses trabalhadores. Os que não podem pagar planos de saúde privado ficam na fila de espera do SUS até conseguir o que precisam, mas isso pode levar muito tempo.

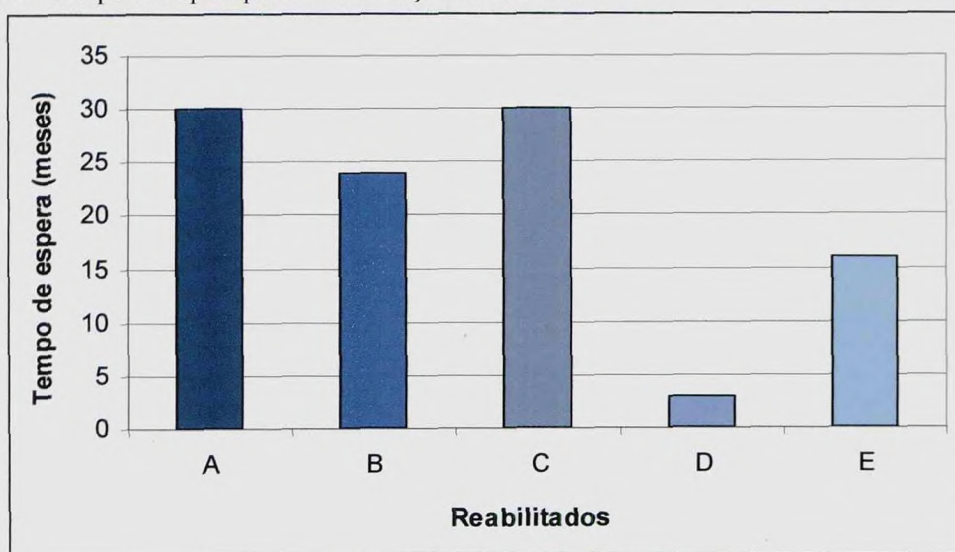
Desta forma, entende-se que seria importante uma articulação dos serviços oferecidos pelo SUS com o serviço de reabilitação profissional, buscando assim promover soluções para

os problemas de saúde dos trabalhadores, até porque se a doença não for tratada a troca de função não garantirá o não afastamento novamente do trabalho, podendo reabilitar-se ou até aposentar-se. Portanto, a reabilitação profissional não tem sentido para os trabalhadores que não vêem melhoras em sua saúde, pois a grande maioria busca com este serviço amenizar o quadro de enfermidade que se encontram, e dentre os entrevistados, todos ainda apresentam sérios problemas de saúde.

“A reabilitação restringe-se ao interesse da empresa de fazê-lo voltar ao trabalho apenas, sem considerar sua opinião e nunca consegui um tratamento final e não estou satisfeito, porque mesmo tendo mudado de função continuo doente e não tenho condições de trabalhar”. (sic) (Reabilitado B, 2008)

No que compete ao esclarecimento sobre o processo de reabilitação profissional, foi possível verificar que não houve informação acerca do mesmo. A maioria teve que esperar pela reabilitação, afastado do trabalho, por mais de 02 (dois) anos, como demonstra o GRÁFICO 4.

GRÁFICO 4 - Tempo de Espera para a Reabilitação Profissional



Fonte: Pesquisa realizada junto aos empregados reabilitados da Celesc, 2008.

É possível verificar ausência de um setor ou serviço especializado da Celesc para dar suporte ao processo de reabilitação, explicando os procedimentos e conhecendo os casos dos empregados, assim como esclarecer com relação às dificuldades e demora em iniciar o processo de reabilitação profissional, pois a ausência de informação mais precisa deixa o empregado inseguro quanto ao seu futuro próximo. *“Não sei quando serei chamado pelo INSS*

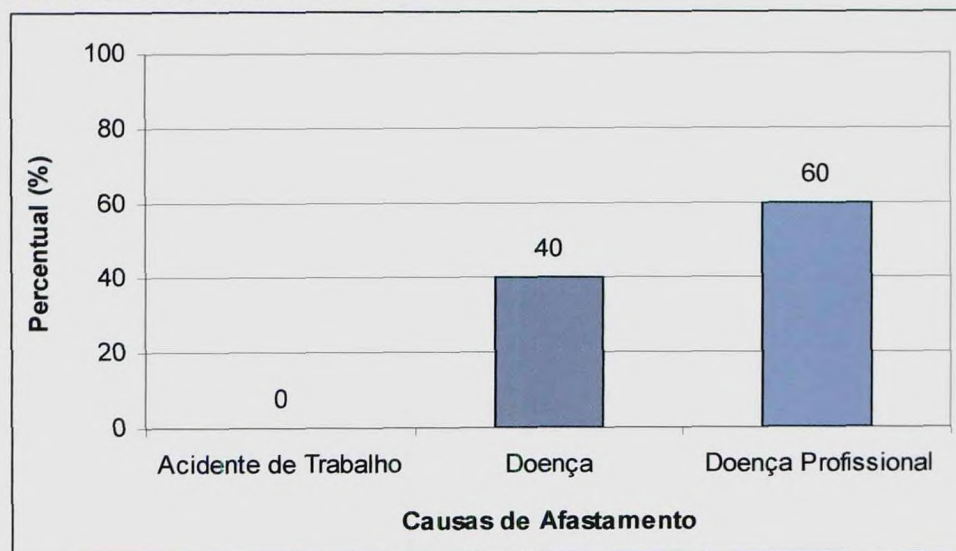
neste novo processo de reabilitação e confesso que estou muito inseguro. Não sei o que vai acontecer comigo e nem para onde vão me colocar”. (sic) (Reabilitado C, 2008)

Em todos os casos os reabilitados foram readaptados numa função que estavam de acordo, mas 40% afirmaram que se fossem readaptados numa função que não gostassem provavelmente sairiam da empresa. *“Queriam me colocar na secretaria, mas eu não gosto, não suportaria, não me adaptaria a este tipo de serviço, pois não consigo ficar parado. Se isso tivesse acontecido eu não estaria mais na Celesc.”* (sic) (Reabilitado B, 2008)

Isso demonstra a importância de serem consideradas as aptidões profissionais e limitações dos empregados em processo de reabilitação profissional. Em 60% dos casos readaptados foram consideradas as dificuldades relacionadas à saúde e as possibilidades de desempenho profissional. Porém, nenhum reabilitado passou por algum curso, treinamento ou orientação profissional no processo de reabilitação.

Dentre os motivos de afastamento do trabalho que levaram ao processo de reabilitação profissional destacaram-se as doenças profissionais e doenças de outra ordem, como apresenta o GRÁFICO 5.

GRÁFICO 5 - Motivos de Afastamento do Trabalho



Fonte: Pesquisa realizada junto aos empregados reabilitados da Celesc, 2008.

Na maioria dos casos a reabilitação profissional se restringiu apenas a uma parte do seu processo, a readaptação profissional, sendo desconsiderado o aspecto social da mesma. Entretanto, apesar disso, após o retorno ao trabalho 60% dos reabilitados afirmaram que sentiram satisfação com a mudança de função, o que demonstra que parte dos objetivos foi alcançado.

O Serviço Social da Celesc participou ou acompanhou o processo de reabilitação em 60% dos casos, sendo sua intervenção considerada por 40% dos reabilitados como satisfatória²¹, considerando suas habilidades, potencialidades, limitações e prestando orientações, esclarecimentos e encaminhamentos. Entretanto, os demais consideram que o Serviço Social não realizou uma abordagem ampla e nem os apoiaram naquele momento, omitindo muitas vezes determinadas informações e esclarecimentos. “*A intervenção do Serviço Social deixou a desejar, ela tinha que ter trabalhado melhor, principalmente numa articulação com o INSS. Ela conhecia a situação de perto, mas não deu muita atenção*”. (sic) (Reabilitado A, 2008)

O grau de satisfação com a intervenção profissional do Serviço Social é exemplificado no GRÁFICO 6.

GRÁFICO 6 - Análise da Intervenção do Serviço Social



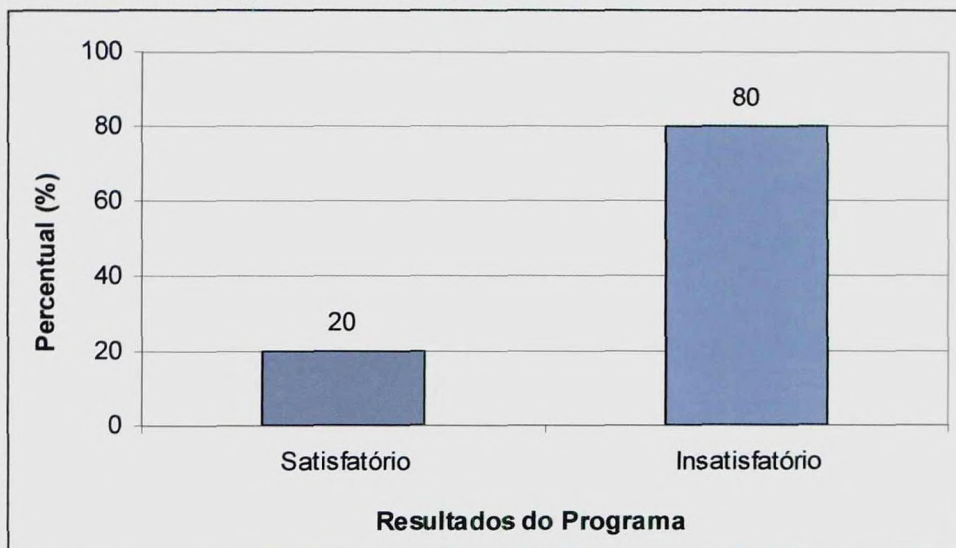
Fonte: Pesquisa realizada junto a os empregados reabilitados da Celesc, 2008.

No que compete ao acompanhamento após a reabilitação profissional somente 20% dos reabilitados tiveram acompanhamento e a grande maioria afirma que o programa contemplou suas expectativas em trocar de função, mas ainda assim encontram-se insatisfeitos com o processo, como o programa funciona, como demonstra o

²¹Foi possível perceber nas entrevistas que ao serem questionados sobre a intervenção do serviço social os reabilitados mostraram confundir a intervenção profissional na reabilitação com outros atendimentos relacionados a outros programas e projetos desenvolvidos pelo serviço social na Celesc. Isto se evidenciou pelo fato de já terem afirmado que não tiveram apoio e orientação nenhuma no processo de reabilitação profissional.

GRÁFICO 7.

GRÁFICO 7 - Resultados do Programa de Reabilitação



Fonte: Pesquisa realizada junto aos empregados reabilitados da Celesc, 2008.

Portanto, os reabilitados não vêem o programa de forma satisfatória e só consideram que alcançou suas expectativas porque conseguiram ser readaptados profissionalmente. A grande maioria mostra-se insatisfeita com o serviço, pois não foram esclarecidos acerca do programa, considerando que:

“o programa deixa muito a desejar, falta muita atenção, uma pessoa como eu poderia ser reabilitada em vários lugares na empresa. Para mim este serviço não contemplou minhas expectativas, senão eu teria ficado na empresa. Eu não gostei de me aposentar cedo, pois só agravou minha saúde, não me ajudou em nada”. (sic) (Reabilitada A, 2008)

O Reabilitado B (2008) demonstra através de seu relato uma noção mais abrangente e crítica da gravidade da situação:

“Não tive nenhum acompanhamento ou orientação por parte da empresa, houve somente o interesse de me trazer de volta, não tive muito apoio, não interessava como estava, só tinha que voltar a trabalhar e pronto. Passei por precárias condições de trabalho, pois subíamos o morro com escadas nas costas, era de chorar e ninguém vê isso, só querem produção, ninguém pensa em ninguém. Depois o empregado adoece e aí tem que arranjar uma forma de aproveitar melhor ele. Mas é assim mesmo, de quatro em quatro anos as coisas vão mudando, como o aumento da tendência à privatização, desqualificação profissional, aumento das

nossas responsabilidades e quantidade de trabalho, melhorar mesmo para nós trabalhadores é muito difícil”. (sic)

Já o Reabilitado C (2008) demonstra um sentimento de inutilidade relacionado à perda da produtividade na empresa e dificuldade de adaptação às mudanças sofridas pelo adoecimento e pela reabilitação:

“Ser reabilitado para mim até foi bom porque não tenho mais a causa do meu problema, mas a gente se sente inútil e um problema para a empresa. Todos os anos de dedicação são esquecidos, só o que importa agora é que você não será mais o que já foi um dia”. (sic)

O Reabilitado D (2008) demonstra claramente sua insatisfação tanto com relação ao processo de reabilitação, quanto em relação a sua situação atual:

“Para mim a reabilitação profissional se restringiu a uma readaptação burocrática, ninguém se preocupou comigo, não tive acompanhamento nenhum, nem orientação quando precisei. Quando voltei, passei trabalho, senti vontade de pedir demissão, foi um processo muito desgastante e chato para mim que já estava vulnerável. As pessoas não estão preparadas para receber um reabilitado, ainda existe preconceito. Não consideraram minhas habilidades na área da informática e isto é muito insatisfatório, saber que pode contribuir mais para a empresa e encontrar limites. Consegui o que queria, trocar de função, mas dizer que estou satisfeito não estou.” (sic)

Por fim, divergindo mais dos anteriores, mas ainda assim com dúvidas, o Reabilitado E (2008) acha que: *“A reabilitação para mim foi fácil porque já tinha experiência na área que fui reabilitado, mas se eu não tivesse experiência, como seria? A parte final está sendo ótima, mas o início eu não tive e isso é sério”*.

É possível afirmar por estes depoimentos, que o programa não está sendo capaz de garantir uma efetiva reabilitação profissional, tanto pela forma que se dá, desconsiderando aspectos primordiais como a orientação, monitoramento e avaliação do serviço, quanto por se resumir apenas em um dos seus objetivos, a readaptação, troca de função, desconsiderando o aspecto social e as condições de vida dos trabalhadores.

Dentre as sugestões apontadas pelos entrevistados para a melhoria do serviço ou para a prevenção de acidentes de trabalho estão:

- adoção de medidas preventivas;
- a melhoria nas condições de trabalho;
- a diminuição no acúmulo de serviço;
- o cumprimento das solicitações médicas;

- o acompanhamento do serviço médico;
- o acompanhamento após a reabilitação profissional por parte das chefias;
- o estabelecimento de convênios com clínicas que tenham diversas especialidades na área da saúde;
- o acompanhamento em todo o processo de reabilitação profissional por parte do Serviço Social e da Psicologia;
- a realização de uma experiência de trabalho no setor que será readaptado antes da efetiva reabilitação profissional;
- a preparação de chefias e dos colegas de trabalho para o recebimento dos empregados reabilitados;
- um efetivo esclarecimento antes da reabilitação e a divulgação do serviço na página da Celnet, utilizando este canal como difusor dos direitos dos trabalhadores.

Entretanto, outros pontos devem ser considerados pela equipe responsável pela reabilitação da Celesc, a fim de diminuir ao máximo as perdas vividas pelos trabalhadores, articulando outras ações e serviços, já que só a reabilitação profissional não é suficiente para beneficiar a “classe que vive do trabalho”.

3.2.2. Propostas de intervenção à equipe de reabilitação da Celesc, com vistas à reestruturação do Programa de Reabilitação Profissional

Inicialmente é importante frisar que este estudo restringiu-se somente a uma parte da Celesc – Administração Central e ARFLO, e que seria de fundamental importância à continuidade do mesmo, no sentido de abranger toda a instituição e um número maior de empregados reabilitados.

Entretanto, foi possível construir juntamente com os empregados reabilitados profissionalmente, uma série de propostas visando à melhoria deste serviço no âmbito da Celesc, bem como identificar suas carências. Considerando que está sendo estudada a reabilitação profissional por um grupo de trabalho e que este está atualizando a normativa referente à Reabilitação Profissional, acredita-se que estas propostas têm ricas possibilidades de serem efetivadas ou reconsideradas/adaptadas para sua melhor aplicação, apesar de que somente a normativa não garante que sejam executadas.

A primeira questão é o cuidado que se deve ter para que o serviço de reabilitação não seja apontado como uma atuação dissociada e omissa das questões de prevenção e fiscalização das condições de trabalho, geradoras da magnitude desses eventos, ou seja, que a reabilitação seja considerada como o indício de diversas ações a serem efetivadas na empresa para a melhoria da saúde e qualidade de vida de seus empregados. Para tanto é fundamental a adoção de medidas preventivas e o cumprimento das NRs.

Outro fator importante é a necessidade explícita de se romper com a lógica focalizada exclusivamente na recuperação da capacidade laborativa, como preocupação da reprodução e manutenção da força de trabalho, vinculada exclusivamente às determinações de ordem econômica, transformando-a numa abordagem mais humana que considere antes de tudo os próprios sujeitos da reabilitação.

Para a realização desta mudança a reabilitação profissional deveria considerar as seguintes dimensões dos indivíduos: *física*, que é preponderante, na medida em que o adoecimento provoca um conjunto de sintomas e sensações desagradáveis; o uso *social* do corpo que permite superar a visão meramente mecânica e funcional posta pela reabilitação, substituindo-a pela capacidade dos adoecidos em usar adequadamente o seu corpo nas atividades cotidianas, considerando assim outras habilidades e capacidades dos sujeitos; a dimensão do *emocional*, identificada por um conjunto de estados psicológicos, e; a dimensão da *sociabilidade*, incluindo os aspectos relacionais em geral e os específicos ao trabalho.

As intervenções realizadas na empresa deverão considerar a particularidade de cada indivíduo, sendo capaz de compreender suas necessidades, receios, limitações e potenciais, de forma articulada e interdisciplinar e tendo clareza da situação-problema e dos objetivos da intervenção. Por isso a importância do reconhecimento das limitações individuais dos sujeitos, nas dimensões emocional, relacional e social, para o desenvolvimento de recursos e de intervenções que promovam o resgate da autonomia dos adoecidos, não só para o trabalho, mas para a vida em geral.

Para o retorno ao trabalho é fundamental que o reabilitando tenha resgatado a autonomia funcional e o equilíbrio emocional, para não desencadear num quadro de depressão ou desvalorização e baixa estima. Assim, é necessário uma gama de medidas como:

- Cuidado e planejamento no acolhimento dos reabilitandos;
- Acompanhamento de todo o processo de reabilitação profissional, inclusive após a emissão do certificado de homologação;

- Institucionalização de reuniões técnicas mensais na Celesc, tanto na Administração Central quanto nas Agências Regionais, para a discussão de casos e definição de metodologias de intervenção;
- Institucionalização de reuniões técnicas semestrais entre a equipe estadual e regional de reabilitação e o INSS, com vistas à avaliação e monitoramento do serviço no âmbito da Celesc;
- Supervisão e orientação de diversos profissionais especializados, como Serviço Social, DVSS, DPRH e CIPA;
- Preparação das áreas que receberão empregados reabilitados;
- Preparação das chefias, para prestação de orientação e encaminhamentos;
- Experiência e reconhecimento na área em que o empregado será reabilitado, antes da efetivação da readaptação profissional;
- Divulgação dos serviços e benefícios previdenciários na página da Celnet;
- Discussão do assunto na Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT, promovido pela CIPA;
- Socialização das informações aos reabilitados quanto à Política Previdenciária e de forma específica da Reabilitação Profissional no sentido de desenvolver nos mesmos uma consciência crítica desse processo.

É de suma importância a realização de uma nova pesquisa após a implantação do convênio, no sentido de avaliar se as transformações ocorridas no âmbito da empresa foram suficientes para a melhoria deste serviço e se existem outras ações que podem ser aplicadas ou aperfeiçoadas para a avaliação e monitoramento do mesmo.

Além disso, é de extrema necessidade a realização de um trabalho na empresa de suporte emocional, desenvolvido pela psicologia, que trabalhe com os sentimentos dos reabilitandos, para que estes aprendam a aceitar os seus limites, aprendam a conviver com a dor, estabeleçam novas condutas para a satisfação de seus anseios e reconstruam sua identidade abalada pela doença.

O Serviço Social também é fundamental neste processo, pois o assistente social poderá realizar levantamentos situacionais e profissionais junto aos adoecidos, analisar e contextualizar os casos nas reuniões técnicas da equipe, fornecendo os elementos sociais necessários para subsidiar a definição das capacidades laborativas residuais e orientação das diversas áreas para os programas de reabilitação. Também terá condições técnicas de orientar sobre os direitos trabalhistas e de cidadania, na busca de melhores alternativas de volta ao

trabalho. Para tanto é fundamental que o profissional tenha clareza de seu papel na instituição, de suas atribuições profissionais e esteja orientado por um projeto profissional crítico.

3.3. O SERVIÇO SOCIAL E O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA CELESC

O assistente social é o profissional de nível superior, bacharel em Serviço Social, com formação técnica, ética e política, orientado por uma Lei que Regulamenta a Profissão (8.662/93) e um Código de Ética Profissional que se consubstancia num Projeto Ético-Político profissional. É responsável pela elaboração, implementação, execução e avaliação de planos, programas, projetos, estudos e pesquisas concernentes à garantia dos direitos sociais. O objeto do Serviço Social é a questão social nas suas mais diversas expressões, utilizando-se de métodos e técnicas específicas do Serviço Social no seu enfrentamento.

O Serviço Social da Celesc atua há aproximadamente 30 (trinta) anos na empresa na busca da expansão da garantia dos direitos, através da socialização de informações e conhecimentos sobre benefícios e serviços disponibilizados, atuando no acionamento e na articulação das redes de políticas sociais internas e externas à empresa. Objetiva inserir os empregados dentro de programas que possam oferecer a promoção da saúde e da qualidade de vida.

Na Administração Central a Assessoria de Serviço Social – ASSO é vinculada como uma área autônoma, subordinada à Diretoria de Gestão Corporativa - DGC, garantindo dessa forma sua funcionalidade, capilaridade e dinamismo necessários para o desenvolvimento e operacionalidade de todas as atividades desenvolvidas, bem como na tomada de decisões.

Nas Agências Regionais o Serviço Social fica funcionalmente subordinado ao Chefe da Agência Regional e tecnicamente à Assessoria de Serviço Social. Esta última conta com uma equipe técnica de trabalho, para poder desenvolver e operacionalizar suas atividades, composta de: uma assistente social, uma estagiária de Serviço Social e uma estagiária de Psicologia. Possui um orçamento próprio destinado aos projetos que atendam suas diretrizes e para atender os projetos desenvolvidos na Administração Central, bem como os selecionados nas Agências Regionais. Este orçamento destina-se à implementação e a manutenção dos projetos, realização de eventos correlatos e capacitação profissional.

A Celesc gradativamente implantou seu Novo Modelo de Gestão, com mudanças de natureza estrutural e organizacional com definição de uma Política de Recursos Humanos, dentre outros elementos de gestão, que influenciaram sistematicamente nas atribuições e responsabilidades dos empregados, repercutindo diretamente em sua saúde, como já explicado anteriormente. No período em que iniciaram estas mudanças se discutiu o papel do empregado e sua contribuição para “*a melhoria da competitividade da empresa*”. Da mesma forma em que, paralelamente, a empresa assumiu socialmente responsabilidades tanto com o empregado como com a sociedade em geral, afetando diretamente nas atribuições postas ao Serviço Social, que ampliou sua cobertura de atendimento.

A criação de uma Política de Recursos Humanos contemplou questões importantes de serem conhecidas, como a condição de vida dos empregados, suas necessidades, satisfação, aspectos motivacionais no trabalho, participação social, condições familiares, enfim, questões que merecem toda a atenção e a necessária intervenção técnica.

É com esse pensamento que o Serviço Social apresenta seu processo de intervenção na Celesc, por meio de um conjunto de serviços e prestação de benefícios colocados à disposição dos empregados, como recurso para preservação da vida com qualidade e a conseqüente elevação de sua saúde.

Conforme os objetivos institucionais propostos pela Celesc Distribuição S.A., o Serviço Social tem como missão “contribuir para a otimização das relações empregado /empresa com vistas à elevação da qualidade de vida dos empregados e a expansão da produtividade e competitividade da empresa”. Entretanto, os objetivos do Serviço Social não devem restringir-se apenas aos objetivos institucionais, mas acima de tudo devem fundamentar-se nos objetivos profissionais, no empenho da viabilização dos direitos sociais dos empregados, de maneira geral, através de :

1. Programação, administração, execução e repasse de serviços sociais assegurados institucionalmente;
2. Registro de atendimentos, intervenções e encaminhamentos realizados aos empregados e familiares;
3. Zelo pelo sigilo profissional;
4. Abstenção, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes (Art. 3º do Código de Ética Profissional do Serviço Social)

Assim, são competências²² do Serviço Social da Celesc:

- a) Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais, planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social da empresa;
- b) Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos e grupos;
- c) Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- d) Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- e) Realizar estudos sócio-econômicos com os empregados e diagnóstico de suas necessidades para fins de benefícios e serviços sociais junto à empresa;
- f) Integrar e/ou coordenar as equipes que desenvolvem os programas, projetos e ações sociais da empresa;
- g) *Implementar programas de reabilitação profissional e de adaptação recíproca empregado-empresa;*
- h) Prestar serviço de âmbito social ao empregado no ambiente de trabalho e em clínicas, hospitais e residências;
- i) Realizar perícias técnicas e laudos periciais sobre a matéria de Serviço Social;
- j) Mediar e orientar quando solicitado para a superação de conflitos intervenientes no âmbito da empresa;
- k) Supervisionar e avaliar estagiários de Serviço Social;
- l) Socialização de informações para utilização correta de recursos da empresa, direitos e deveres recíprocos entre empregado/empresa;
- m) Atuar, juntamente com o DPRH, SPPRH, no planejamento, execução e avaliação das políticas de gestão de pessoas, em especial nas linhas de desenvolvimento pessoal e profissional: treinamento, motivação e clima organizacional;
- n) Atuar, juntamente com o DVSS/SESMT, no planejamento, execução e avaliação de políticas de promoção à saúde, segurança e qualidade de vida do trabalhador;
- o) Assessorar, participar e/ou acompanhar no âmbito das atividades e/ou serviços das Comissões Internas da empresa, Fundação Celesc de Seguridade Social, Associação dos Aposentados, Associação Beneficente e eventos de interesse da empresa e seus empregados, em matéria de Serviço Social;
- p) Cooperar com os gerentes nas questões de absenteísmo, *reabilitação profissional*, solicitações de transferência, insatisfação do empregado no trabalho, enfermidade, dependência química, acidentes de trabalho, problemas de relacionamento, entre outras de ordem comportamental-funcional que interferem nas relações de trabalho;
- q) Contribuir com a transparência das ações da organização.

Dentre os principais programas e projetos desenvolvidos na Assessoria de Serviço Social estão:

- *Programa Qualidade de Vida – PQV*: objetiva proporcionar a todos os empregados melhoria da qualidade de vida tanto no ambiente de trabalho, como na vida pessoal e familiar, buscando o seu bem-estar físico, emocional e social. Para tanto desenvolve atividades de promoção e prevenção de saúde, sensibiliza e conscientiza os empregados sobre os cuidados com sua saúde física e mental, e informa e esclarece sobre temas que sejam de interesse de todos;

²² As competências do Serviço Social da Celesc foram construídas segundo o Art. 4º e 5º da Lei 8662/93 que Regulamenta a Profissão e das Requisições Específicas da Empresa.

- *Projeto de Prevenção e Tratamento do Tabagismo – PPTT*: objetiva prevenir e tratar o tabagismo dentro da Celesc, oferecendo aos empregados métodos adequados de tratamento, e ao mesmo tempo, proporcionar um ambiente livre do tabaco. Assim, informa e esclarece sobre os males e conseqüências do tabagismo e sensibiliza e conscientiza que se trata de uma doença ocupacional e, portanto, diz respeito a todos os empregados;
- *Programa de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo e Outras Dependências Químicas – PPTAD*: objetiva prevenir contra o alcoolismo e outras dependências químicas e tratar os participantes do PPTAD. Para tanto, procura levar o empregado a evitar perdas pessoais e desestruturação familiar, prevenir a perda da sociabilidade ou recuperá-la na hipótese de ela não existir mais, difundir conhecimentos sobre a dependência química, desenvolver o processo de conscientização, dentre outros. Nesse programa o assistente social é o profissional responsável pelo acolhimento, orientação, encaminhamento e acompanhamento do empregado que está apresentando alguns indícios de uso abusivo de substâncias químicas. Requer intervenção técnica, uma vez que o assistente social terá que interagir com a chefia, na compreensão de que os sintomas de diminuição da produtividade ou absenteísmo não sejam apenas identificados como conseqüências do abuso de substâncias químicas, mas podem ser reflexos de uma série de diferentes fatores como problemas familiares, de relacionamento no trabalho e de pouca motivação, dentre outros.

Além dos programas e projetos o Serviço Social intervém em outras áreas, de diferentes maneiras e de acordo com suas atribuições profissionais, como na compreensão do espaço institucional – direitos e deveres, na superação de conflitos, acolhida, orientação, informações e esclarecimentos, visitas nos locais de trabalho, visitas domiciliares e/ou hospitalares, pesquisas de clima organizacional, elaboração de campanhas educativas, participação em grupos de trabalho, dentre outras atividades conforme a situação exigir.

Apesar de ser uma das atribuições do Serviço Social na Celesc, a reabilitação profissional não se constitui como programa formal, mas sim como uma demanda apresentada, que chega através de casos particulares que procuram o Serviço Social. Entretanto, com o novo convênio que está sendo firmado e com a construção da Instrução Normativa, o Serviço Social será membro da equipe de trabalho da reabilitação profissional e deverá contribuir para o processo de reabilitação e readaptação do trabalhador em casos especiais, como doenças, onde o mesmo esteja incapaz. As ações específicas dizem respeito ao acolhimento, orientação,

esclarecimentos, socialização de informações a outros profissionais, planejamento, acompanhamento, monitoramento, avaliação, dentre outras ações.

Poderá articular o programa de reabilitação com os demais programas desenvolvidos, objetivando também a prevenção e a melhoria no ambiente de trabalho, bem como nas campanhas educativas e divulgação de direitos, como orientações, palestras e atividades específicas.

Deverá interagir com a equipe de trabalho da reabilitação, com os serviços de medicina do trabalho, gerentes, perícia médica e serviço social do INSS, de forma interdisciplinar, procurando extrair as decisões e formular os encaminhamentos referentes ao processo de reabilitação, no sentido de buscar alternativas funcionais que venham ao encontro das limitações do empregado. Entende-se que através das intervenções técnicas desse programa, pode-se reduzir sensivelmente as perdas na vida dos trabalhadores, com intervenções preventivas e apropriadas.

Portanto, para a execução deste serviço, o assistente social deverá ter clareza de seu projeto profissional, bem como conhecimentos teóricos e saberes interventivos, baseado nos valores, princípios, diretrizes éticas e políticas que orientam a ação profissional, para não cair numa intervenção assistencialista ou numa prática profissional que não se diferencia de ações de leigos, ou ainda, numa ação extremamente burocrática e que considere a reabilitação profissional apenas como uma recuperação da capacidade laborativa com vistas à reinserção no mercado de trabalho para fins de manutenção do capital ou como única saída para os trabalhadores.

A ação profissional deverá ser orientada por uma análise crítica e consciente da realidade numa perspectiva de totalidade social, permitindo a reflexão do cotidiano. Assim é necessário que o assistente social:

- Conheça o programa de reabilitação profissional, seus objetivos formais, o convênio estabelecido entre a empresa e o INSS e o que define a Instrução Normativa;
- Conheça suas atribuições profissionais no âmbito da profissão e da empresa;
- Não confunda os objetivos profissionais com os objetivos institucionais;
- Desenvolva a capacidade de decifrar a realidade;
- Adote uma postura crítica sobre as condições e relações do exercício profissional e investigativa baseada numa dimensão teórico-metodológica;
- Tenha comprometimento ético e político com o usuário;

- Desenvolva a capacidade de planejar suas ações não se firmando somente no imediatismo;
- Não se exima de práticas de denúncia e da transmissão de informações;
- Qualifique-se profissionalmente de forma permanente;
- Não se exima da prática do registro;
- Busque transformar as demandas individuais em demandas coletivas, por meio do fortalecimento do coletivo;
- Tenha engajamento e compromisso com os serviços sociais a serem prestados aos usuários;
- Proponha sempre, a partir de seu olhar ampliado, a interdisciplinaridade, o acompanhamento por meio da supervisão e avaliação contínua do trabalho.

Ao se referenciar por um aporte teórico-metodológico crítico, um posicionamento ético-político e uma intervenção técnico-operativa o profissional poderá realizar uma análise concreta das situações e questionará verdades estereotipadas, o senso comum e os preconceitos na busca intransigente pela defesa dos direitos humanos e sociais, da liberdade e da emancipação dos sujeitos.

Por último é de suma importância a realização de uma nova pesquisa após a implantação do convênio, no sentido de avaliar se as transformações ocorridas no âmbito da empresa foram suficientes para a melhoria deste serviço e se existem outras ações que podem ser aplicadas ou aperfeiçoadas para a avaliação e monitoramento do mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado é possível concluir que o serviço de Reabilitação Profissional oferecido pela Previdência Social possui uma complexidade muito grande, porque este programa tem como objetivo formal reinsserir o trabalhador na reprodução da força de trabalho, socializando junto com os donos do capital os custos dessa produção, e com isto, ao que parece, resulta em maiores vantagens econômicas ao reincorporar o trabalhador no mercado de trabalho, do que garantir efetiva proteção social aos trabalhadores.

A reabilitação profissional torna-se necessária porque diminui o ônus da Previdência Social ao cessar o auxílio-doença e acelerar o retorno ao trabalho com a conseqüente contribuição do segurado. Para o trabalhador, torna-se importante porque permite o retorno numa função compatível com as suas limitações físicas. No entanto há contradições.

Além das vantagens econômicas, há indícios de que este serviço parece estar mais materializado em ações burocráticas, considerando apenas uma parte do processo, a readaptação ou troca de função, do que propriamente preocupado com o aspecto social, com uma reabilitação que contribua para que o sujeito torne-se autônomo, supere seus problemas de saúde e adquira novas habilidades e conhecimentos.

Portanto, este serviço não se concretiza de uma forma que promova de fato uma reabilitação profissional mais ampla, e encontra em sua operacionalização variados limitadores, como por exemplo, a ausência de apoio ao reabilitando, além de falta de acompanhamento profissional adequado, orientação e articulação com outros serviços.

Desta forma, os usuários deste programa saem em desvantagem, pois necessitam de um serviço que alcance um patamar de proteção social, de maneira a articular o aspecto profissional com o aspecto familiar, físico, funcional, psicológico, econômico, social e de saúde e qualidade de vida, de forma a qualificar o serviço oferecido e diminuir ao máximo as perdas vividas pelos reabilitados, considerando ainda suas dificuldades e reais necessidades.

Diante destas contradições a reabilitação profissional tende a configurar-se como um serviço que se destaca pela racionalização econômico-administrativa da previdência social, com vistas à necessidade do retorno ao trabalho para fins econômicos deste instituto. Não demonstra considerar em sua dinâmica a possibilidade de promover o reingresso ao trabalho de forma a favorecer os segurados, valorizando suas aptidões, promovendo a aquisição de

novos conhecimentos e realizando uma abordagem que considere a dimensão social dos indivíduos.

Sob a lógica da inclusão, igualdade social e proteção a todos os seres humanos, indiferente de credo, etnia, raça, opção sexual e aptidões físicas, a reabilitação profissional até poderia ser um caminho, se ampliasse seus objetivos, colocasse em primeiro plano o ser humano e considerasse a luta e as necessidades reais dos trabalhadores. Entretanto, isso não acontece na prática e não se evidencia nos interesses da Previdência Social. O correto seria garantir direitos previdenciários numa outra perspectiva: universalidade, efetiva proteção social e qualidade dos serviços e benefícios prestados.

Na Celesc Distribuição S.A. foi possível diagnosticar, através do impacto que a reabilitação profissional causa na vida do reabilitado, que há uma insatisfação com este serviço, justificada pela ausência de apoio, orientação e esclarecimentos aos usuários. Estes mostraram sentimentos de insegurança com relação a suas reais possibilidades de permanecer no trabalho, frustração com a forma que se operacionaliza a reabilitação e também com a forma burocrática que esta assume apenas com a troca de cargo e/ou função.

Nesta perspectiva faz-se fundamental a intervenção profissional do Serviço Social, que poderá participar do processo de reabilitação profissional e social, utilizando como base o seu projeto ético-político para realizar uma intervenção ou acolhimento que promova a socialização de informações e o apoio adequado a este segmento.

As assistentes sociais, através da investigação contínua e da reflexão crítica de sua intervenção poderão ter condições de repensar suas práticas, os programas e serviços oferecidos, bem como a efetividade dos mesmos. Também é importante sua participação na coletivização de demandas individuais, alertando para a necessidade de mudança e de lutas que repensem serviços na perspectiva dos usuários.

É fundamental frisar que se faz necessário maiores estudos na área da reabilitação profissional e que seria importante um resgate aprofundado da intervenção do serviço social na reabilitação profissional na sua origem, para realizar uma avaliação das mudanças ocorridas, bem como dos retrocessos, indicando o que precisa ser melhorado ou repensado.

No âmbito da Celesc, cabe as assistentes sociais articularem-se para proporem estratégias de intervenção na reabilitação, na superação dos problemas enfrentados pelos trabalhadores, repensando assim, sistematicamente, sua intervenção profissional.

As assistentes sociais deverão, antes de tudo, compreender e conhecer as condições de trabalho e de vida dos celesquianos, tanto no trabalho como em sua vida particular – família, comunidade, valores, identificando a forma como estes sujeitos se reconhecem e apreendem o

mundo em sua volta. A atuação profissional deverá caminhar no sentido de considerar as implicações decorrentes do mundo do trabalho, bem como na forma que repercutem na saúde e qualidade de vida do trabalhador, rompendo com o sentimento de impotência, carência e sofrimento, evitando assim o acúmulo de outras doenças e o isolamento social.

As profissionais deverão ter claro que a reabilitação profissional é um serviço oferecido pela empresa, que deverão fazer uma abordagem reflexiva e crítica, como já abordado, porém, reconhecendo que este serviço não é suficiente para a superação dos problemas apresentados e que é necessário muito mais para superar as expressões da questão social que afetam os celesquianos.

Apesar das dificuldades de ordem estrutural, de desmonte das políticas sociais e transformações organizacionais nos ambientes de trabalho, a ação profissional não pode cair numa cotidianidade, não deve ser limitada, mas vir com força total para a superação dessas questões, e com certeza a avaliação dos serviços oferecidos e o repensar da prática profissional constituem-se como um desses desafios.

REFERÊNCIAS:

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** : ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8ª ed. São Paulo: Cortez: Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2002.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000.

ANTUNES, Ricardo. **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

ARAÚJO, Nailsa Maria Souza. **O Serviço Social como trabalho:** alguns apontamentos sobre o debate. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Editora Cortez. nº 93 – ano XXIX – março de 2008.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. **A reforma da Previdência Social no Brasil e os impactos sobre o mercado de trabalho.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. nº 70. Julho de 2000. Editora Cortez.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Apresentação do Serviço de Reabilitação Profissional do INSS.** Florianópolis, APS. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. (Org.) LEI. **Plano de Benefícios da Previdência Social.** Lei N.º 8.2113 de 23/07/1991 e Decreto N.º 611 de 21/07/1992. 4.ª edição. Brasília, 1995.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL - INSS. **Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional.** Diretoria de Benefícios, Coordenação – Geral de Benefícios por Incapacidade. 3ª. Ed. Brasília: 2005.

_____, **Manual de Convênios:** Convênio de Cooperação Técnica no Âmbito da Reabilitação Profissional. Capítulo IV, Seção I – Homologação da Reabilitação. 18 p.

CABALLERO, Álvaro José Agramonte. **Adaptação Organizacional Estratégica e Evolução Financeira no Setor Elétrico:** O Caso das Centrais Elétricas de Santa Catarina – CELESC. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. 2002.

CARTAXO, Ana Maria Baima. **Análise da política previdenciária brasileira na conjuntura nacional** – da Velha República ao Estado autoritário. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 40. Editora Cortez. 1992.

CELESC. **Manual do Empregado**. 2004.

_____, **Jornal da Celesc**: Informativo da Celesc Distribuição n.º 17, Julho e Agosto de 2008.

_____, **Instrução Normativa I – 134.0006**, 2008.

DEPRESSÃO Disponível em: <<http://www.mentalhelp.com/depressão.htm>>. Acesso em: 30 set. 2008.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**/ Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ESTEVEVES, Manuel José de Lourdes. **O Ambiente e as Doenças do Trabalho**. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Segurança no Trabalho da faculdade Assis Gurgacz – FAG. Cascavel, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Desafios do Serviço Social na era da Globalização**. In: Serviço Social e Sociedade. Nº 61, São Paulo. Editora Cortez. 1999.

FIESP; CIESP. **Legislação de Segurança e Medicina no Trabalho**. Manual Prático. Realização Campanha Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho: Somos todos parte de uma mesma engrenagem. Janeiro de 2003.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.

FERREIRA, I. M. **A dignidade humana na reabilitação profissional**: uma visão crítica do trabalho social no CRP de Fortaleza, Ceará. Rio de Janeiro. 1983. (Dissertação –Mestrado – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro).

FRANÇA, Ana Cristina Limongi. **Qualidade de Vida no Trabalho – QVT**: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas, 2007.

GRAZIA, Giuseppina De. **Os trabalhadores do século XXI e seu “refazer-se” como classe:** utopia ultrapassada ou desafio atual. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Editora Cortez. Nº 93 – ano XXIX – março de 2008.

GONÇALVES, Rita de Cássia. **A Trajetória Laboral de Homens e Mulheres no Processo de Desligamento das Relações de Trabalho.** Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. p: 45-70.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna.** 6ª ed. São Paulo, Brasil, 1992.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 6ª edição, 2003.

MANUAL DE LEGISLAÇÃO ATLAS. **Segurança e Medicina do Trabalho.** 59ª Edição, 2006.

MARSIGLIA, R. M. G. **O Projeto de Pesquisa em Serviço Social.** In: Capacitação em Serviço Social. Módulo 05: Intervenção e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: CFESS – ABEP – CEAP – UNB, 2000.

MARX, Karl. **O Capital.** Crítica da Economia Política. Livro 1 – O Processo de Produção do Capital. Volume 1. 10ª Edição. DIFEL Difusão Editorial S.A., 1985.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O Manifesto Comunista.** Boitempo Editorial, 1998.

MPS. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Disponível em:
<http://www.previdenciasocial.gov.br/pg_secundarias/beneficios.asp> Acesso em: 20 jul. 2008.

MPS. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Disponível em:
<http://www.previdenciasocial.gov.br/pg_secundarias/servicos.asp> Acesso em: 20 jul. 2008.

MPS. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Disponível em:
<http://www.previdenciasocial.gov.br/pg_secundarias/legislacao.asp> Acesso em: 20 jul. 2008.

MONTEIRO, Antonio Lopes; BERTAGNI, Roberto Fleury de Souza. **Acidentes do Trabalho e Doenças Ocupacionais:** conceito, processos de conhecimento e de execução e suas questões polêmicas. São Paulo: Saraiva, 1998.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

NEUROCIÊNCIA Disponível em:

<<http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=DependenciaQuimica>>. Acesso em: 30 set. 2008.

NIERO, Edna Maria. **O Ambulatório de Saúde do Trabalhador em Florianópolis – SC**. Um Espaço de Resistência no Atendimento ao Trabalhador Acidentado e/ou Doente em Função do Trabalho. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. 2000.

OLIVEIRA, Carlos Eduardo Barbosa de; MATTOSO, Jorge Eduardo Levi. **Crise e Trabalho no Brasil**, modernidade ou volta ao passado? São Paulo: Scritta, 1996.

OLIVEIRA, A. A. **(Im) previdência Social**: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989, 356p.

PARANÁ, Fórum de Proteção ao Meio Ambiente do Trabalho do estado do Paraná. **Prevenção, Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho**. 24p. II.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas, 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SALEM, Diná Aparecida Rossignolli; SALEM, Luciano Rossignolli. **Acidentes do Trabalho**. São Paulo: IOB Thomson, 2005.

SILVA, Maria Isabel da. **A Centralidade da Categoria Trabalho e o Trabalho Docente Voluntário na UFSC**. Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. p: 76-118.

VARELLA, Draúzio. **Depressão**. Disponível em:

<<http://drauziovarella.ig.com.br/artigos/depressao.asp>>. Acesso em: 30 set. 2008.

VIANA, Fernando. **Manual didático de pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Didática Paulista, 1997. p: 604.

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA:

- 1) Nome _____
- 2) Idade _____
- 3) Sexo
Feminino [] Masculino []
- 4) Escolaridade _____
- 5) Profissão _____
- 6) Você teve algum trabalho antes da Celesc?
Sim [] Não []
Em caso afirmativo especificar _____

- 7) Ocupação na Celesc antes da Reabilitação: _____
- 8) Tempo de trabalho na Celesc?

- 9) Qual foi o motivo de seu afastamento do trabalho que o levou ao processo de Reabilitação Profissional?
Doença [] Especificar _____

Acidente do Trabalho [] Doença Profissional []
- 10) Quanto tempo ficou afastado do trabalho no processo de Reabilitação Profissional?

- 11) Você ficou com alguma seqüela?
Sim [] Não []
Em caso afirmativo especifique: _____

12) Em caso de ter recebido o auxílio-acidente considera que o mesmo foi importante?

Sim []

Não []

Justifique: _____

13) Você foi esclarecido acerca do Programa de Reabilitação Profissional?

Sim [] De que forma? _____

Não []

14) Qual foi sua expectativa ao ser encaminhado para o Programa de Reabilitação Profissional?

15) Como você avalia o processo de Reabilitação Profissional?

16) O Serviço Social da Celesc participou deste processo?

Sim []

Não []

17) Em caso afirmativo, explicita como:

18) Como você avalia a intervenção do Serviço Social no processo de sua Reabilitação?

19) O Programa de Reabilitação Profissional contemplou suas expectativas?

Sim [] Não []

Justifique: _____

20) Ao retornar ao trabalho isto ocorreu:

Na mesma função []

Em Outra Função [] Especificar: _____

21) Que sentimentos experimentou ao retornar ao trabalho:

Satisfação [] Insegurança com relação ao desempenho de sua função []

Outros [] Especificar: _____

Não sabe dizer []

22) Este momento de sua vida (da doença, tratamento, processo propriamente dito de reabilitação ao retorno ao trabalho), esta experiência, interferiu na sua relação junto aos colegas de trabalho?

Sim [] Não []

Justifique: _____

23) A reabilitação interferiu nas relações familiares?

Sim [] Não []

Justifique: _____

24) A reabilitação teve repercussão nas condições financeiras de sua família?

Sim [] De que forma? _____

 Não [] Por que? _____

25) Com a reabilitação a sua saúde:

Melhorou [] _____

Piorou [] _____

Não teve alteração [] _____

26) Durante a reabilitação foram consideradas suas dificuldades referente à sua saúde?

Sim []

Não []

Justifique: _____

27) No processo de reabilitação foram consideradas as suas possibilidades de desempenho profissional?

Sim []

Não []

Justifique: _____

28) Antes de retornar ao trabalho você foi submetido:

Treinamento []

Curso []

Nenhuma das opções []

29) Em caso afirmativo você considera que foi:

Suficiente []

Insuficiente []

Justifique: _____

30) Há quanto tempo você está reabilitado profissionalmente?

31) Em sua opinião, quais são os resultados do Programa de Reabilitação Profissional?

32) Você teve algum acompanhamento após a reabilitação profissional?

33) Qual é a sua situação atual?

Ativo [] Aposentado apenas [] Aposentado exercendo outra atividade []

34) Observações gerais: _____

35) Sugestões: _____

ANEXO B

Normas Regulamentadoras:

- NR – 1 – Disposições Gerais;
- NR – 2 – Inspeção prévia;
- NR – 3 – Embargo ou interdição;
- NR – 4 – Serviço especializado em engenharia de segurança e em medicina do trabalho – SESMT;
- NR – 5 – Comissão interna de prevenção de acidentes – CIPA;
- NR – 6 – Equipamentos de proteção individual – EPI;
- NR – 7 – Programa de controle médico de saúde ocupacional;
- NR – 8 – Edificações;
- NR – 9 – Programa de prevenção de riscos ambientais;
- NR – 10 – Segurança em instalações e serviços em eletricidade;
- NR – 11 – Transporte, movimentação, armazenagem e manuseio de materiais;
- NR – 12 – Máquinas e equipamentos;
- NR – 13 – Caldeiras e vasos de pressão;
- NR – 14 – Fornos;
- NR – 15 – Atividades e operações insalubres;
- NR – 16 – Atividades e operações perigosas;
- NR – 17 – Ergonomia;
- NR – 18 – Condições e meio ambiente de trabalho na indústria da construção;
- NR – 19 – Explosivos;
- NR – 20 – Líquidos combustíveis e inflamáveis;
- NR – 21 – Trabalho a céu aberto;
- NR – 22 – Segurança e saúde ocupacional na mineração;
- NR – 23 – Proteção contra incêndios;
- NR – 24 – Condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho;
- NR – 25 – Resíduos industriais;
- NR – 26 – Sinalização de segurança;
- NR – 27 – Registro profissional do técnico de segurança do trabalho no Ministério do Trabalho;

- NR – 28 – Fiscalização e penalidades;
- NR – 29 – Segurança e saúde no trabalho portuário;
- NR - 30 - Segurança e saúde no trabalho aquaviário;
- NR – 31 – Segurança e saúde no trabalho na agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e aquicultura;
- NR – 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;
- NR – 33 – Segurança e saúde no trabalho em espaços confinados.