

TRABALHO, ADOECIMENTO, VOLTA E READAPTAÇÃO DO TRABALHADOR

Data de aceite: 01/03/2024

Moara Ludmila Rosa Lima

Centro Universitário do Triângulo,
Uberlândia, Brasil

Winston Kleiber De Almeida Bacelar

Universidade Federal de Uberlândia,
Uberlândia, Brasil

Priscila Castro Cordeiro Fernandes

Centro Universitário do Triângulo,
Uberlândia, Brasil

Thiago Rodrigues Oliveira

Secretaria de Educação do Estado de
Minas Gerais, Tupaciguara, Brasil

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação Profissional, Afastamento por Motivo de Saúde, Trabalho, Readaptação ao Emprego.

INTRODUÇÃO

O modo de produção capitalista tem como algumas características importantes o trabalho assalariado e relações assalariadas de produção. Segundo Marx (1989) [1], o trabalho é condição natural eterna da vida humana e é por meio dele que o homem se torna um ser social, apropriando-se dos elementos naturais e transformando-os para atender as necessidades humanas. Navarro e Padilha (2007, p. 14) [2] também afirmam que:

RESUMO: As dimensões contraditórias do trabalho, o sofrimento humano nas organizações e as relações de trabalho são frequentemente estudadas. O ser social que antes era transformado pelo trabalho, hoje adocece e se torna vítima do próprio labor e dos vieses do modo de produção capitalista. Por meio de revisão da literatura e análise crítica de publicações buscamos refletir sobre o processo de reabilitação no Brasil, desde seu histórico e construção até a forma como é aplicado hoje. Com isso, buscamos compreender se o processo de reabilitação cumpre a sua finalidade de reinserção do indivíduo de maneira plena.

O trabalho tem caráter plural e polissêmico e que exige conhecimento multidisciplinar; é também a atividade laboral fonte de experiência psicossocial, sobretudo dada a sua centralidade na vida das pessoas: é indubitável que o trabalho ocupa parte importante do espaço e do tempo em que se desenvolve a vida humana contemporânea. Assim, ele não é apenas meio de satisfação das necessidades básicas, é também fonte de identificação e de auto-estima, de desenvolvimento das potencialidades humanas, de alcançar sentimento de participação nos objetivos da sociedade. Trabalho e profissão (ainda) são senhas de identidade.

Quando se analisa o “Ser Social” inserido no modo de produção capitalista, observamos as contradições daí advindas e as consequências no mundo do trabalho: o homem perde a dimensão do trabalho como fonte de humanização e produção de coisas úteis para atender suas necessidades e passa a atender a necessidade do capital tornando-se alienado e estranhado daquilo que produz (MARX, 1989) [1].

Com o advento do capitalismo no século XIII, a partir da desestruturação do sistema feudal, observam-se as primeiras modificações do setor produtivo e das relações de trabalho, caracterizadas pela transformação dos camponeses em trabalhadores assalariados e a exploração do seu tempo de trabalho em troca de um salário. A progressão para as mudanças mais impactantes e que ressoam até hoje se iniciaram na segunda revolução industrial, entre o século XIX e XX, com o aparecimento dos modelos de produção Taylorista/Fordista, que levou ao aumento da divisão entre conhecimento e execução do trabalho, trazendo prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores em consequência de prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado da produção, fadiga física, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas.

Nessa lógica, o trabalhador é um ser que não reconhece aquilo que produz por meio do seu trabalho; inserido em condições de trabalho precárias; buscando alcançar metas para satisfação do capital; sofrendo pressão do próprio grupo de trabalhadores em que está inserido e das lideranças a que está subordinado. Por fim, parece lógico que o próximo passo seja o adoecimento físico e/ou psíquico desse trabalhador.

Dejours (1994) [3] afirma que as relações de trabalho, frequentemente, espoliam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito e fazendo do homem uma vítima do seu trabalho. O desencadeador do sofrimento humano nas organizações é a insatisfação pessoal gerada pela frustração de expectativas da promessa de um mundo do trabalho que traz felicidade e satisfação pessoal, porém ao adentrar nesse mundo o trabalhador apresenta insatisfação pessoal e tristeza levando ao sofrimento humano nas organizações.

Ainda conforme Dejours (1999) [4], as experiências de sofrimento no trabalho aparecem associadas à divisão e à padronização de tarefas com desvalorização do potencial técnico e da criatividade; rigidez hierárquica, com demasia de procedimentos burocráticos, centralização de informações, falta de participação nas decisões, não-reconhecimento e baixa perspectiva de crescimento profissional. Dessa forma, adoecimento e afastamento

do trabalho começam a parecer processos naturais na estrutura produtiva atual do modo de produção capitalista.

No Brasil, a legislação assegura o afastamento em decorrência de doença ou acidente como direito do trabalhador e após o término desse período tem-se o processo de reabilitação norteado pelas diretrizes e manuais do Instituto Nacional do Seguro Social. Segundo Prado Filho, (2014) [5]:

A reabilitação visa restaurar o indivíduo incapacitado para o trabalho ao mercado de trabalho, cumprindo assim o preceito previsto no art. 193 da Constituição, no Título VIII, que trata da Ordem Social, o qual tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça social. A reabilitação profissional prevista na Constituição e legislação infraconstitucional passa a ser atribuição do INSS, sendo que uma de suas atribuições de caráter obrigatório é proporcionar o reingresso ao mercado de trabalho e no contexto em vivem, os beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, e as pessoas portadoras de deficiência.

A partir dos anos 1990, no Brasil, o neoliberalismo imperante na economia e política interna impõe o processo de reestruturação produtiva, caracterizado por condições de exploração peculiares e elementos produtivos e gerenciais que avançam as relações de produção e organização empresarial com novas formas de acumulação flexível, os programas de qualidade total, o sistema *just-in-time* e *kanban*. A eles se atrelam os ganhos salariais vinculados à lucratividade e à produtividade a programas de participação nos lucros e nos resultados, culminando na precarização das condições de trabalho e na informalidade que graça até os dias atuais. Segundo o INSS (2011, p. 14) [6], a reabilitação funcional é:

A assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação ou reabilitação profissional, visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independente de carência, e às "pessoas portadoras de deficiência", os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem. A readaptação profissional procura tornar o indivíduo apto a retornar às atividades profissionais, proporcionando meios de adaptação às funções compatíveis com suas limitações.

Por meio de análise reflexiva e crítica de publicações e Manuais Governamentais buscamos entender o processo de reabilitação no Brasil, desde seu histórico e construção até a forma como é aplicado hoje. Com isso, buscamos compreender se o processo de reabilitação cumpre a sua finalidade de reinserção do indivíduo de maneira plena.

A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL.

O decreto nº 7.036, de 10 de novembro de 1944 [7] foi a primeira legislação a regulamentar a execução dos Serviços de Reabilitação Profissional (RP) no Brasil, com foco na prática da fisioterapia, na cirurgia ortopédica e reparadora e no ensino profissional em escolas profissionais especiais. As ações de Reabilitação Profissional foram desenvolvidas por Instituições Previdenciárias, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), devido à característica da Previdência Social no Brasil à época: prestar atendimento à saúde além de assistência ao trabalhador. Tal procedimento demonstra o modelo hospitalocêntrico nos primórdios da Reabilitação Profissional, o qual é focado no modelo curativista.

Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), de número 3.807 de 26 de agosto de 1960 [8], autorizou a Previdência Social delegar o Serviço de Assistência Previdenciária de Reabilitação Profissional para a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e instituições afins. Três anos depois, no decreto nº 53.264 de 13 de dezembro de 1963 [9], a Reabilitação Profissional retorna à responsabilidade da Previdência Social. “A assistência passaria a ser custeada por vários IAPs, porém a prestação do Serviço caberia a apenas um Instituto, cuja escolha seria de responsabilidade do Departamento Nacional de Previdência Social – DNPS”. Esse decreto também criou a Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social – COPERPS com a finalidade de planejar, orientar, coordenar e fiscalizar o serviço no território brasileiro.

Entre 1970 e 1980, o Serviço de Reabilitação Profissional funcionava nos Centros de Reabilitação Profissional – CRP - unidades de grande porte, compostas de equipes multiprofissionais – e nos Núcleos de Reabilitação Profissional - NRP – unidades de pequeno porte, sendo composto de uma ou duas equipes multiprofissionais. As equipes eram compostas por médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professores de nível secundário e superior, o atendimento era feito usualmente ao acidentado com sequelas físicas.

Na década de 1980, com a constituição Federal de 1988 e o advento da responsabilidade do Estado sobre a saúde da população, temos a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, marco que carregou e carrega consigo diversas e profundas mudanças nas políticas de saúde, uma delas poderia envolver a Reabilitação Profissional, conforme a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), de 19 de setembro de 1990 [10]:

Entende-se por Saúde do Trabalhador, para fins desta Lei, o conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Com as mudanças políticas e estruturais ocorridas, principalmente aquelas capitaneadas pela Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde no início da década de 1990, surgiram questionamentos a respeito da subordinação da gestão do serviço de Reabilitação Profissional ao SUS e conseqüentemente ao Ministério da Saúde. Com isso, no II Seminário de Atividades Previdenciárias de 1994 foi decidido que a Reabilitação Profissional passasse a ser vinculado à Previdência Social e não a Saúde, seu acesso não deveria ser universalizado e estaria, assim, condicionada a Seguridade Social.

Contudo, face à importância do assunto, faz-se necessário alguns comentários sobre seguridade social. No Brasil, a seguridade social é um conjunto de políticas sociais e composta de três pilares: 1) Previdência social - mecanismo de proteção social proporcionado mediante contribuição cuja função é garantir que as fontes de renda do trabalhador e de sua família sejam mantidas quando ele perde a capacidade de trabalhar; 2) Assistência social - política social de proteção não contributiva, que prove os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. 3) Saúde pública - espécie da seguridade social destinada a promover redução de risco de doenças e acesso a serviços básicos de saúde e saneamento (CAVALLIERI, 2009) [11].

Desde 1994, Mendes [12] ressalta a importância da Vigilância em Saúde do Trabalhador propondo uma mudança em relação ao modelo assistencial adotado; a inclusão de promoção e saúde, atuação nos determinantes sanitários, análise e ampla divulgação de informações sanitárias e atenção clínica. De acordo com esse modelo, estabelecer o território como elemento integrador das ações de assistência à saúde dos trabalhadores e de prevenção de agravos relacionados ao trabalho é primordial no entendimento de vigilância em saúde do trabalhador.

Por meio do Decreto nº 2.172, de 06 de março de 1997 [13], a Reabilitação Profissional foi reestruturada, os Centros de Reabilitação Profissional e Núcleos de Reabilitação Profissional foram desativados e as atividades transferidas para as agências de benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social.

Em 2001, em uma orientação interna que definia a descentralização dos procedimentos de Reabilitação Profissional e com a criação do Manual “Programa Reabilita”, foi aconselhado que o atendimento ao trabalhador fosse realizado por um perito médico e outro profissional de nível superior e não por uma equipe multiprofissional.

Já em 2006, o Ministério da Saúde define:

Devido à abrangência de seu campo de ação, a Saúde do Trabalhador apresenta caráter intra-setorial, envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo no SUS, e intersetorial (incluindo a Previdência Social, o trabalho, o meio ambiente, a Justiça, a educação e os demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), o que exige uma abordagem interdisciplinar, com a gestão participativa dos trabalhadores (BRASIL, 2006, p. 14).

Reforçando a importância da intersectorialidade, interdisciplinaridade e atuação multiprofissional, em 2012, a portaria 1.823 [14], de 16 de agosto, institui a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), que traz em seu escopo a importância do desenvolvimento de ações articuladas no Ministério do Trabalho, no Ministério da Previdência Social e no Ministério da Saúde para que o trabalho seja realizado sem prejuízo a saúde e integridade física e mental do trabalhador.

Contudo, na trajetória histórica da criação e consolidação do serviço de reabilitação no Brasil observa-se dificuldades ao se tratar dos aspectos intersectorialidade e multidisciplinaridade. Como quesitos primordiais e necessários para um melhor atendimento aos segurados, e maneira efetiva na pronta reabilitação, também deveriam englobar os programas preventivos no ambiente de trabalho, visto que, em parte dos casos de afastamento, a fonte geradora de doença é o próprio trabalho.

Tal entendimento deriva do fato de que os profissionais envolvidos no processo de avaliação, reabilitação e reinserção profissional dos trabalhadores, sejam eles ligados ao Instituto Nacional do Seguro Social ou aos próprios órgãos empregadores, recorrem a exames diagnósticos para comprovação da situação/lesão do trabalhador, não tendo visão ampliada e holística da situação do adoecimento (MININEL et al., 2012) [15]. Tal situação não é totalmente recíproca em outros países. A título de exemplo veremos a situação do Canadá e Dinamarca.

No Canadá, existe um guia de entrevista estruturado que estabelece um diagnóstico situacional de incapacidades no trabalho, sob as diversas perspectivas que envolvem esse contexto. O *Work Disability Diagnosis Interview*, desenvolvido pela Universidade de Sherbrooke, subsidia os profissionais de saúde a detectarem os fatores preditivos de maior importância para incapacidades, relacionadas ao trabalho, e a identificarem uma ou mais causas de absenteísmo prolongado. Após entrevista realizada por dois profissionais de saúde treinados são identificados indicadores da situação de incapacidade para o trabalho e sinais vermelhos que funcionam como um sistema de bandeiras sinalizadoras de alerta. É importante estar atento aos indicadores da situação de incapacidade para o trabalho e sinais vermelhos ao longo da entrevista, pois são eles que irão respaldar a proposição do plano de intervenções para o retorno ao trabalho. (MININEL et al., 2012) [15].

Na Dinamarca, um estudo publicado pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho demonstrou a importância de equipes multidisciplinares no processo de retorno ao trabalho. O estudo analisou equipes formadas por fisioterapeuta, psicólogo, médico clínico geral ou do trabalho e psiquiatra que desenvolviam planos individuais de retorno ao trabalho junto ao trabalhador. Os participantes do estudo demonstraram satisfação e destacaram a importância de participarem nas decisões e o estabelecimento de uma relação de confiança com a equipe multidisciplinar.

De volta ao Brasil, em 2004, com a publicação do documento inicial e de preparação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), desenha-se o

primeiro esboço para diretrizes que finalmente norteariam a segurança do trabalhador e assuntos como a Reabilitação, porém em uma das poucas frases que a referida Política cita a Reabilitação, as determinações são vagas e difíceis de serem praticadas. A exemplo, podemos citar a descrição da seguinte estratégia:

“[...] Desenvolver programa de capacitação dos profissionais, para ações em segurança e saúde do trabalhador, abrangendo a promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, assistência e reabilitação [...]”(BRASIL, 2004, p.13) [16].

Em 2005 foi realizada uma consulta pública da primeira versão da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, apenas em 2008 é instalada a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST) entre os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, com o objetivo de avaliar e propor medidas para implementação no país da Convenção nº 187 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que trata da Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho com objetivo de revisar e atualizar PNSST.

Em 2012 fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e no tema Reabilitação observa-se novamente a amplitude de conceitos com pouco aprofundamento, orientações gerais sem fundamentações e explicações do como realizar na prática.

Conforme Maeno, Takahashi e Lima (2009) [17] é urgente pensar a reabilitação profissional com objetivo de combater as condições de trabalho precárias e adoecedoras. Não se identificam ainda por parte do Ministério da Previdência Social propostas que incluam alguns quesitos imprescindíveis para a construção de base de uma política pública, que permita efetivamente a reabilitação profissional, entendida como a inserção do trabalhador e que permita sua integração social plena. Políticas Públicas no Brasil geralmente apresentam noções muito amplas de conceitos e estratégias pouco delimitadas e direcionadas, a responsabilidade é transferida para as empresas e a Política serve apenas como guia, podendo gerar erros de interpretação e adequação de regras conforme conveniência do empregador.

O estudo de Ramos, Tittoni e Nardi (2008) [18], demonstra que o retorno ao trabalho com restrições, se torna um modo de individualização do adoecimento. Assim, os casos ficam resolvidos de maneira pontual e individual sem a análise e intervenções nos ambientes, na organização e nas práticas laborais que possam estar sendo nocivas aos trabalhadores. “As práticas de reabilitação, dessa forma, também marcam a incapacidade e a quase inutilidade dos trabalhadores, nas quais a vergonha e a culpa são as faces mais evidentes dessas estratégias de dominação” (RAMOS; TITTONI, NARDI, 2008, p. 219) [18]. Essa situação quando recorrente provoca novamente adoecimento e sofrimento, tornando o processo de reabilitação ele mesmo o início de um novo ciclo de afastamento do trabalho.

Segundo Cestari e Carlotto (2012) [19], os trabalhadores têm a percepção que o programa de reabilitação profissional auxilia, mas não garante efetivamente o seu retorno para a empresa de forma eficaz, por não considerar suas potencialidades e limitações. O INSS é percebido como elo que sustenta o retorno, porém é a organização quem define a realização das atividades, reajustes não são considerados, não são feitas adaptações ao trabalho realizado anteriormente, destreza e aptidões são desconsideradas. Dessa forma, importante sugerir a interação entre INSS e empresas considerando que “a incapacidade laboral não envolve somente um recomeço a partir de uma seqüela física, um retorno à possibilidade de sustento, significa, ademais, a retomada de sua autoestima, identidade, autonomia e inclusão social” (CESTARI; CARLOTTO, 2012, p. 112) [19]. Mais uma vez observa-se a distância entre as normas e a prática, a falta de interação entre órgãos que deveriam guiar o serviço de reabilitação e garantir a efetividade do programa de reabilitação. Além disso, o processo de participação do trabalhador no seu retorno é primordial para o sucesso da sua readaptação ao trabalho.

De acordo com Pereira (2013) [20], para a construção de um serviço de Reabilitação Profissional efetivo faz-se necessário a superação da lógica previdenciária de diminuição de custos, buscando o atendimento real da necessidade do trabalhador de forma articulada intersetorialmente. Os sistemas de referência, contra referência e os serviços especializados são importantes no atendimento desse trabalhador para acolhimento, orientação e direcionamento efetivos, podendo evitar novos afastamentos.

Além disso, a análise do ambiente de trabalho como fonte de adoecimento deve ser prioritária. Ela perpassa desde a formação dos gestores com boas habilidades sociais; cultura organizacional bem descrita e estabelecida; desenvolvimento pessoal e educação continuada; programas de qualidade de vida e bem-estar; programas efetivos de análise de riscos ambientais e proposição de medidas que realmente mitigam os riscos de doenças ocupacionais.

O Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional de 2016 [21] traz em seu escopo uma visão ampliada e multicêntrica que considera diversos aspectos do processo de trabalho, como: relação entre trabalho e adoecimento, importância do território e o mundo do trabalho, interdisciplinaridade e atendimento da equipe multiprofissional para reabilitação profissional, evolução do modelo biomédico e desenvolvimento do modelo biopsicossocial por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Observa-se a tentativa de evolução no sistema, porém ainda fica a sensação que é o “outro” que julga a situação do segurado e que este não se torna parte ativa da sua própria reabilitação. Também não observamos nenhuma menção a programas preventivos no trabalho. Assim, até no próprio processo de reabilitação o capital reafirma sua imposição para manutenção do lucro e das relações de trabalho adoecedoras, onde o trabalhador é “manipulado” para a perpetuação do modo de produção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a centralidade do trabalho na vida humana, meio pelo qual o indivíduo se reconhece como ser social, se relaciona, constrói a si próprio, inserido no modo de produção em que vivemos e o consequente interesse destinado à acumulação do capital. Além da precarização do trabalho cada vez mais disseminada, temos uma realidade trabalhista longe do inicialmente imaginado quando adentramos no “mundo do labor”, o que era para ser uma fonte de renda, sentido e significado transformou-se em sinônimo de adoecer, parece cada vez mais impossível desvincularmos o processo de trabalho e adoecimento. Vivemos um momento político onde o foco não é a promoção da saúde do trabalhador, tão pouco se pensa em investimentos nas áreas preventivas. A precarização do trabalho tem aumentado e a falta de análise do ambiente como gerador de adoecimento não são prioridades nas Políticas Públicas. Visto que o processo trabalhar e adoecer tem se vinculado de maneira preocupante, é necessário pensar agora na “doença do trabalho”.

Com a falta de efetividade das políticas de consolidação do SUS, a criação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e as tentativas de superação do modelo biomédico no contexto da reabilitação profissional, podemos observar que o caminho para um sistema sólido e que considere o ambiente de trabalho como gerador de adoecimento deve ser melhor estruturado e permeado por ações intersetoriais e multidisciplinares. Essas duas palavras “intersetorialidade” e “multidisciplinaridade” aparecem repetidamente nos manuais de Reabilitação, mas demonstram-se pouco praticadas no processo de retorno ao trabalho. Os sistemas de referência e contra referência, tão enfatizados na PNSST, que já não funcionam na Saúde Pública propriamente dita, também encontram seus entraves na Reabilitação Funcional, gerando mais uma lacuna para o sistema e para o trabalhador.

Enquanto continuarmos trabalhando e adoecendo, faz-se importante pensar na criação e implantação de políticas internas de reabilitação no trabalho que norteiem diretores, gerentes e os próprios trabalhadores. O retorno ao trabalho pode apresentar aspectos positivos que promovem inclusão e verdadeira reinserção do trabalhador. Além da análise e mudança do ambiente de trabalho, desde que líderes conscientes e comprometidos estejam envolvidos no processo.

O retorno ao trabalho também pode apresentar aspectos negativos, gerando sentimento de inutilidade, discriminação, gerando novo afastamento do trabalhador. É necessário que a equipe que recebe de volta esse trabalhador esteja preparada para seu retorno.

Enquanto o trabalhador continuar sendo colocado como o centro do problema e não como parte do processo de adoecimento, teremos poucos avanços no processo de Reabilitação no Brasil. É importante que sejam realizados mais estudos e propostas de intervenção na temática como forma de subsídio as Políticas Públicas.

REFERÊNCIAS

MARX, K. **O capital, crítica da economia política**: v. 1. Livro 1. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 1989.

NAVARRO, V. L.; P., Valquíria. **Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo**. Revista Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, v. 19, Edição Especial 1, p. 14-20, 2007.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuição da escola dejouriana** à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

PRADO FILHO, J. M. **A reabilitação profissional no regime geral de previdência social**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, v.12,

n. 121, 2 fev. 2014. Disponível em:<http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14301&revista_caderno=20>.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional**. Brasília, DF, 2011. 89 p.

BRASIL. Decreto-lei nº 7.036, de 10 de Novembro de 1944. **Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov.1944. Seção 1, p. 19241.

BRASIL. **Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960**. Lex: Coleção de Leis do Brasil, Brasília, v. 5, p. 196, 1960.

BRASIL. Decreto nº 53.264, de 13 de Dezembro de 1963. **Dispõe sobre a Reabilitação Profissional na Previdência Social**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 1963. Seção 1, p.10606.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lex: Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p. 18055, 1990.

CAVALLIERI, M. P. **Estado, Políticas Públicas e Previdência Social no Brasil: uma Análise a partir da Aposentadoria por Tempo de Contribuição**. 2009. 104 f. (Dissertação) - Mestrado em Sociologia - Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2009.

MENDES, R.; DIAS, E. C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-9, 1991. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>>.

BRASIL. **Decreto nº 2.172, de 5 de Março de 1997**. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 mar. 1997 Seção 1, p. 4199.

BRASIL. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção 1, p. 43.

MININEL, A. V. et al. **Adaptação transcultural do Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI) para o contexto brasileiro**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 20, p. 1-9, 2012.

BRASIL. Ministérios do Trabalho e Emprego. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2004. 18 p.

MAENO M.; TAKAHASHI, M. A. C.; LIMA, M. A. G. **Reabilitação profissional como política de inclusão social**. Acta Fisiátrica, São Paulo, v.16, p. 53-58, 2009.

RAMOS, M. Z.; TITTONI, J.; NARDI, H. C. **A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, S.l. vol. 11, n. 2, p. 209-22, 2008.

CESTARI, E.; CARLOTTO, M.S. **Reabilitação profissional: o que pensa o trabalhador sobre sua reinserção**. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 12, n. , p. 93-115, 2012.

PEREIRA, M. C. C. **O serviço de reabilitação profissional previdenciário: desafios para sua consolidação**. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional Volume I**. Brasília, DF, 2016. 261 p.