



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-Eixo: Ênfase em Concepção

OS (DES)CAMINHOS DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS NA PERSPECTIVA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Camilla Muniz da Costa Pereira¹
Paula Cristina Nunes de Sá²

Resumo: O presente trabalho tem por objetivo analisar a trajetória do serviço de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) nos últimos anos, a partir dos seus documentos institucionais, especialmente, os Manuais Técnicos, a partir dos anos 2000, direcionados aos profissionais que atuam no serviço. Tal reflexão encontra-se pautada na perspectiva do Saúde do Trabalhador, campo de saber que surge no Brasil nos anos de 1980, período de efervescência política e social.

Palavras-chave: Reabilitação Profissional, Previdência Social, Saúde do Trabalhador

Abstract: This paper aims to analyze the trajectory of the Professional Rehabilitation service of the National Social Security Institute (INSS) in recent years, based on its institutional documents, especially the Technical Manuals, from the service. This reflection is based on the perspective of Worker's Health, a field of knowledge that arises in Brazil in the 1980s, a period of political and social effervesces.

Introdução

O INSS, que em 2019 completou 96 anos, é a autarquia federal responsável pela operacionalização da política de Previdência Social brasileira. Assim, além da atribuição de reconhecimento de direitos previdenciários e assistenciais (no caso do Benefício de Prestação Continuada), também é de sua responsabilidade a oferta de serviços previdenciários, como a Reabilitação Profissional.

A Previdência Social é uma política social integrante da Seguridade Social, garantida constitucionalmente no art. 194 da Constituição Federal de 1988, que tem como objetivo cobrir, através de regime contributivo, eventos de doença, invalidez, morte, idade avançada, proteção à maternidade (especialmente à gestante), proteção ao trabalhador em situação de desemprego, salário-família, auxílio-reclusão, pensão por morte (BRASIL, 1988, ART. 201). Ocorre que desde os anos 90, diversas Reformas vem sendo impetradas com intuito de desmonte do regime previdenciário público, tendo como resultado a restrição de direitos.

De acordo com a legislação vigente (art 89 da Lei 8.213-91 e Decreto nº 3.048-99), a Reabilitação Profissional é considerada como a assistência educativa ou reeducativa e de

¹ Profissional de Serviço Social, Instituto Nacional do Seguro Social, E-mail: camillamuniz@gmail.com.

² Profissional de Serviço Social, Instituto Nacional do Seguro Social, E-mail: camillamuniz@gmail.com.

adaptação ou readaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independente de carência, e às pessoas com deficiência, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem. Por se tratar de um serviço previdenciário de preparação do segurado em auxílio-doença ou auxílio-acidentário para retorno ao mercado de trabalho, após perda de parte da capacidade laborativa, é importante apontar a indissociabilidade da reflexão sobre a Reabilitação Profissional da conjuntura política e econômica, bem como de expressões da Questão Social, como o desemprego, por exemplo.

1 – Reabilitação Profissional, Acumulação Flexível e Saúde do Trabalhador

Segundo Takahashi (2008), a Reabilitação Profissional é uma resposta do Estado sobre a incapacidade laboral. Assim, podemos considerar como marco da prática da Reabilitação Profissional o Decreto nº 7.036, de 10 de novembro de 1944, quando da implantação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. No entanto, na década de 1970, o serviço ganha um redimensionamento dentro da política previdenciária.

A área de Reabilitação Profissional da Previdência Social, na década de 1970, concentrou o maior volume de recursos do instituto – equipamentos, financeiros e de pessoal técnico especializado de maior faixa salarial. O modelo de atenção convencional desses serviços era desenvolvido por equipes multiprofissionais formadas por médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos e sociólogos. As atividades de profissionalização eram desenvolvidas através de um quadro especializado de professores de ofício e de programas de alfabetização com classes de ensino básico. (TAKAHASHI e IGUTTI, 2008:2662).

Esse momento coincide com a crise capitalista mundial, na década de 70, em que há um descompasso entre produção e circulação (realização de mais-valia), que, como requisição para tentar superar a crise, dois movimentos aparecem como solução, quais sejam a reestruturação da produção e dos mercados (MOTA, 2008, p. 65)

Já nos anos 90, pode-se reconhecer o novo movimento referente à acumulação flexível no Brasil, tendo como características principais:

“Ela (a acumulação flexível) se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores da produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento dos serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas, de inovação comercial, tecnológica e organizacional”. (HARVEY apud MOTA, 2008, p. 74).

Os impactos sobre as formas de organização dos trabalhadores são vorazes, na medida em que os empregadores passam a dispor de maior poder de pressão sobre os

trabalhadores, tendo em vista o aumento do desemprego e pela crise econômica, além do enfraquecimento do poder sindical, somados ao aumento da incidência de regimes de contrato de trabalho flexíveis, sem contar com o aumento da informalidade e terceirização. Esses fatores influenciam diretamente no poder de barganha dos trabalhadores por melhores salários e condições de trabalho (MOTA, 2008, p. 75). As novas tecnologias têm importância significativa nessa reestruturação produtiva, na medida em que otimizam força de trabalho, apesar de não prescindir dela.

Em meio a esse contexto político-econômico referente às alterações, ou melhor, no acirramento da contradição capital-trabalho, estão os trabalhadores afastados do trabalho, por conta da percepção de benefício por incapacidade, seja auxílio-doença ou auxílio-acidentário, passando a serem atendidos pela política previdenciária. Em caso de doença, o trabalhador segurado pela Previdência Social passa a ter o direito de se afastar do trabalho, para recuperação da capacidade laborativa. Em determinado momento, quando a doença se encontra estabilizada, o mesmo pode ser encaminhado pela Perícia Médica para o serviço de Reabilitação Profissional, para a mudança de função, uma vez que há o reconhecimento de que as limitações são impeditivas ao retorno ao trabalho para a sua função, porém, o mesmo pode retornar para a mesma função com restrições ou em outra função, atividade. Esse momento de saída do benefício por incapacidade, gera enorme insegurança nos trabalhadores, que passam a preocupar-se não somente com a recuperação da saúde, como também com a possibilidade de desemprego após a alta do benefício. Tal insegurança não é aleatória, posto que somente aqueles trabalhadores que estão em benefício por conta de acidente de trabalho, acidente de trajeto ou doença profissional formalmente reconhecidos é que possuem direito à estabilidade de doze meses após a alta (art. 118 da Lei nº 8.213-91). Cabe ressaltar o alto índice de subnotificação de acidentes de trabalho, trajeto e doença profissional, sendo esta última a mais difícil de ser comprovada, ainda que sejam resultantes da exposição do trabalhador a condições de trabalho inadequadas à sua saúde e que têm como desdobramento adoecimento físico e ou mental (PRAUN, 2016, p. 72 a 73). Ainda conforme a autora,

“Cabe destacar que o uso das CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) como fonte de estudo das condições de segurança e saúde dos trabalhadores no exercício de suas atividades profissionais guarda uma série de limitações. Entre elas, pode-se destacar a incidência das subnotificações dos acidentes, assim como a impossibilidade de identificação por meio destes documentos do contexto no qual se desenvolvem os acidentes e seu impacto em relação aos demais trabalhadores. Entretanto, estes documentos acabam assumindo significativa relevância em estudos sobre essa temática na medida em que se constituem como uma das poucas fontes documentais públicas que permitem a construção do quadro dessas ocorrências nos locais de trabalho. Por essa razão, apesar das limitações, seu uso constitui em prática validada por diversas pesquisas acadêmicas, órgãos públicos brasileiros, assim como pela OIT (Organização Internacional do Trabalho)” (grifos nossos). (PRAUN, 2016, p. 72)

Em um contexto de altos índices de desemprego, esse receio é compreensível, uma vez que, a possibilidade do desemprego assola trabalhadores considerados “saudáveis”, quem dirá os que se encontram adoecidos, com a capacidade de trabalho reduzida. Para além das perdas financeiras para si e sua família, estar desempregado pressupõe ainda a alteração do papel social de trabalhador para desempregado, posto que “trabalhar constitui-se também em importante mecanismo de inserção e socialização” (idem, p. 138). A autora associa a pressão pela plena capacidade de produção dos trabalhadores, que devem estar cada vez mais articuladas às demandas do mercado, somada à necessidade de eliminar os tempos mortos, a crescente transformação de espaços de trabalho em espaços de adoecimento (idem, p. 143). Nesse sentido, “trabalhar, cada vez mais, fruto das necessidades do capital e a intensidade da atividade laboral, é submeter-se a ambientes propícios ao adoecimento e à descartabilidade” (idem, p. 175).

São esses trabalhadores que estão com a capacidade de trabalho reduzida que consistem no público-alvo da Reabilitação Profissional. Nada mais coerente que o serviço previdenciário pautar a sua forma de atendimento baseado na Saúde do Trabalhador, todavia, não é o que ocorre. Em análise dos Manuais Técnicos de 2002, 2005, 2011, 2016 e 2018 (vigente), apenas o Manual de 2016 é que estabelece a Saúde do Trabalhador enquanto norte da atuação das equipes de Reabilitação Profissional, compostas pelo Médico Perito e Responsável pela Orientação Profissional (atualmente, Profissional de Referência), este último pode ser assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, sociólogo, fisioterapeuta, dentre outras profissões afins de nível superior.

2. Comparativo dos Manuais Técnicos da Reabilitação Profissional do INSS dos anos 2002, 2005, 2011, 2018

2.1 Manual Técnico da Reabilitação Profissional de 2002.

Pode-se dividir a Reabilitação Profissional em dois momentos. O primeiro, quando a mesa era organizada na forma de Centros de Reabilitação, nos quais os segurados eram atendidos por equipes multiprofissionais, de acordo com as especificidades profissionais, por exemplo. Havia o atendimento com a Psicologia, no âmbito da pesquisa de interesse para reprofissionalização, com avaliação vocacional; a Fisioterapia (e ou Terapia Ocupacional) era a responsável pela troca de lateralidade in loco, na própria política de Previdência, além da prescrição de órteses e próteses; a Pedagogia realizava ela própria a melhoria de escolaridade, para que se alcançasse melhores oportunidades no mercado de

trabalho, em caso de troca de função; a Sociologia era a responsável pela pesquisa sobre o mercado de trabalho, fundamental na tomada de decisão na escolha da nova profissão a seguir; o Serviço Social estabelecia o contato com a empresa de vínculo, tendo como objetivo a solicitação de uma nova função para que o segurado fosse readaptado. Nessa estrutura organizacional, cada área do saber contribuía para que o Programa de Reabilitação fosse de fato efetivo em seu propósito, qual seja, o retorno ao trabalho daquele trabalhador que havia perdido parte da capacidade laborativa e não mais poderia retornar para a mesma função-profissão com todas as atividades, que realizava antes do afastamento do trabalho. O segundo momento se dá a partir da descentralização, em que há a criação da figura do orientador profissional, o que eliminou as especificidades profissionais. Inaugura-se a partir daí, um novo modelo de Reabilitação Profissional que ao longo das próximas duas décadas vem sendo reformulado com certa frequência. O atendimento em Reabilitação Profissional passa então a ser oferecido nas Agências da Previdência Social, através das Equipes de Reabilitação Profissional responsáveis pela “identificação da clientela, avaliação do potencial laborativo, orientação, acompanhamento e conclusão do programa” (MANUAL TÉCNICO, 2002, p. 4). Quanto à composição das equipes, cada equipe deveria contar com um profissional de nível superior (assistente social, psicólogo, pedagogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, sociólogo, por exemplo, dentre outros) e um servidor administrativo, “em número suficiente e adequado à realidade regional e às atribuições a serem executadas”. Esse dado é de extrema importância, pois mais tarde, essa composição será desmontada, o que comprometerá tanto o funcionamento da Reabilitação Profissional enquanto serviço previdenciário, que tem o objetivo da reinserção dos segurados no mercado de trabalho, como também a atuação profissional de forma qualificada, com as especificidades profissionais resguardadas. O acompanhamento do segurado reabilitado e a realização de pesquisa de fixação significava uma forma de mensurar a efetividade do Programa de Reabilitação Profissional após a alta do segurado, que poderia se constituir como uma base de pesquisa riquíssima, após análise.

A porta de entrada do segurado (em auxílio-doença ou auxílio-acidentário) na Reabilitação Profissional se dava, com o encaminhamento pela Perícia Médica do INSS, mediante o preenchimento da Avaliação do Potencial Laborativo. Apesar de a legislação prever ainda, como público-alvo da Reabilitação Profissional, aposentados por invalidez (que manifestassem interesse de forma voluntária na Reabilitação Profissional), dependentes de segurados e pessoas com deficiência (sem vínculo com a Previdência Social) através de convênios e acordos de cooperação técnico-financeira com instituições, são os segurados em benefício por incapacidade que até hoje acabam sendo o público-alvo do serviço. Na Avaliação do Potencial Laborativo devem ser analisados os seguintes aspectos: “perdas

funcionais, funções que se mantiveram conservadas, contra-indicações, potencialidades, e prognósticos para o retorno ao trabalho, habilidades e aptidões, potencial para aprendizagem, experiências profissionais e situação empregatícia, nível de escolaridade, faixa etária e mercado de trabalho” (MANUAL TÉCNICO, 2002, p. 09). De certa forma, o Manual de 2002 preservava a avaliação do Orientador Profissional enquanto determinante para a elegibilidade e condução do Programa de Reabilitação Profissional, especialmente, no que se refere a decisão de desligamento do Programa tendo em vista “intercorrência social”, casos em que fatores sociais são considerados impeditivos para a continuidade do Programa de Reabilitação, o que mais tarde, será retirado do Manual Técnico.

Todos esses aspectos deveriam ser levados em consideração para o prognóstico de sucesso do Programa de Reabilitação Profissional. Durante o acompanhamento, a condução propriamente dita, em que a escolha consciente de nova função-atividade era o objetivo, tornava-se necessário o conhecimento das exigências do mercado de trabalho, planejamento e preparação para o retorno ao mercado de trabalho através da disponibilização de recursos materiais com a oferta de cursos, treinamentos e estágios na comunidade e ou em instituições conveniadas.

A equipe técnica da Reabilitação composta pelo médico perito e orientador profissional, tendo o primeiro a prerrogativa de avaliar o potencial laborativo (aspectos físicos), intercorrências médicas, definir compatibilidade física de ocupações, participar com o orientador profissional de avaliação conjunta para a conclusão da avaliação do potencial laborativo (aspectos físicos + aspectos socioeconômicos profissionais) e elaboração de programa profissional, dentre outras atribuições. Já o orientador profissional (de nível superior, podendo ser assistente social, psicólogo, sociólogo, fisioterapeuta, técnico em assuntos educacionais, bem como outras áreas afins) tinha como principais atribuições a “avaliação do potencial laborativo do segurado no que se refere aos aspectos socioeconômicos-profissionais, coletando dados relacionados aos fenômenos variáveis frente à sua capacidade, a atividade anteriormente exercida, outras experiências, interesses profissionais, formação profissional, cursos e treinamentos realizados, situação familiar e econômica que influencie no processo de reabilitação, para fundamentar seu prognóstico de retorno ao trabalho. Para a conclusão de seu parecer, poderá utilizar-se de recursos técnicos, tais como, avaliações psicológicas, de escolaridade, de posto de trabalho e outros; participar com o médico perito da análise conjunta dos casos para conclusão da avaliação do potencial laborativo; orientar o segurado quanto à legislação, normas institucionais e ao processo de reabilitação profissional; orientar e conduzir o segurado à escolha consciente da atividade a exercer no mercado de trabalho, com base na análise do cadastro de ocupações da empresa de vínculo e requisitos necessários para o exercício da mesma;

planejar o programa profissional para o retorno ao trabalho; realizar com o médico perito reavaliações dos casos, com o objetivo de redirecionamento do programa e ou desligamento do segurado do programa de reabilitação profissional; participar de palestras e seminários para a divulgação da Reabilitação Profissional” (MANUAL TÉCNICO, 2002, p. 11).

A avaliação do potencial laborativo compreende três momentos. O primeiro é, propriamente a avaliação do potencial laborativo realizada pelo médico perito no momento do encaminhamento, quando há a indicação de Reabilitação Profissional aos segurados em benefício por incapacidade de acordo com os critérios do reconhecimento da incapacidade laborativa para as atividades da função exercida, identificação da estabilização do quadro clínico, solicitação de exames e pareceres à rede credenciada, inclusive quanto à necessidade de órtese e prótese, identificação da necessidade do desenvolvimento de novas habilidades por meio de readaptação, reabilitação profissional, solicitação de atendimento com o orientador profissional. No segundo momento, após o encaminhamento, o orientador profissional realiza o estudo socioeconômico-profissional do caso, através de entrevista individual com o segurado, faz o levantamento de experiências profissionais do segurado, solicita o preenchimento do formulário de Descrição de Função-Atividade à empresa de vínculo; faz correlação entre os dados levantados, a atividade de origem e o potencial laborativo; solicita avaliação psicológica, pedagógica, escolar, etc.; faz prescrição de recursos materiais necessários, por exemplo, Auxílio Transporte Urbano, para atendimento às convocações da RP, conforme parágrafo 2º do art. 137 do Decreto 3.048-99. O terceiro momento consiste na reunião entre o médico perito e o orientador profissional a fim de definir a elegibilidade e o programa profissional de acordo com os aspectos físicos e socioeconômicos-profissionais. Havendo divergência dos técnicos o caso deverá ser encaminhado para a análise do Núcleo-Equipe-Grupo Técnico e GBENIN.

A orientação e o acompanhamento do programa profissional serão realizados pelo orientador profissional, que formaliza o contato com a empresa de vínculo através de visita, para solicitar período de avaliação do segurado na mesma função-atividade ou a troca de função, por meio da entrega de ofício em que estarão as contraindicações e o potencial laborativo do segurado, em caso de oferta de treinamento na empresa, o OP deverá acompanhar sistematicamente o processo através de visitas à empresa, ao final do treinamento, haverá análise conjunta com o médico perito a fim de encerrar o programa.

2.2 Manual Técnico da Reabilitação Profissional de 2005.

Após a apresentação do Programa de Reabilitação Profissional de 2002, apenas apontar-se-á as principais diferenças em relação aos posteriores. O Manual Técnico de 2005, apresenta como diferencial um conjunto de atividades administrativas que seriam de

responsabilidade do servidor administrativo, que ficava exclusivamente na Reabilitação Profissional, tais como “atender e recepcionar o beneficiário para registro e cadastro nos Sistemas; abrir e montar prontuário, receber e enviar correspondências, documentos, ofícios e memorandos, conforme solicitação da Equipe de RP”, dentre outras.

2.3 Manual Técnico da Reabilitação Profissional de 2011.

A concepção de Saúde do Trabalhador aparece no Capítulo 1 do Manual de 2011, ainda de que forma breve, em uma página, porém, há a menção da concepção de Saúde do Trabalhador, inclusive com a menção de que o Brasil é signatário da Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, tendo ficado “incumbido de elaborar uma política nacional que direcionasse as ações em segurança, saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho”. Apresenta ainda, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST, apontando que o então Ministério da Previdência Social é integrante dessa Política, possuindo responsabilidades específicas, dentre elas as de reabilitação profissional, que atua ainda em consonância com a Convenção nº 159 da OIT, que estabeleceu princípios e medidas para o desenvolvimento do serviço de reabilitação profissional e para o emprego de Pessoas com Deficiência.

Neste sentido, ressaltamos que o serviço de reabilitação profissional prestado pelo INSS tem como objetivo contribuir cada vez mais com a melhoria da qualidade de vida dos segurados da Previdência Social. O resgate da cidadania, dos direitos básicos, a (re) qualificação profissional e a possibilidade de reinserção destes segurados no mercado de trabalho estão em consonância com a PNSST e constituem o objetivo maior do Serviço de Reabilitação Profissional do INSS (BRASIL, 2011, p. 13).

2.4 Manual Técnico da Reabilitação Profissional de 2018

O arcabouço teórico acerca da Saúde do Trabalhador é totalmente retirado do Manual Técnico de 2018. Além disso, são acrescentadas todas as atividades administrativas que antes eram realizadas por servidor administrativo, para os Profissionais de Referência, que passaram a realizar todos os procedimentos, bem como não foi estabelecido limite de casos para acompanhamento, o que compromete substancialmente a atuação técnica e acaba por adoecer os trabalhadores. As pesquisas externas foram restringidas ao acompanhamento de treinamentos. Ou seja, é a manifestação da conjuntura de precarização das políticas sociais e restrição de direitos, por meio da precarização das condições de trabalho dos Profissionais de Referência, outrora chamados de Orientadores Profissionais.

Considerações Finais

Podemos afirmar que o Manual Técnico de Reabilitação Profissional vigente trouxe perdas significativas ao serviço do ponto de vista qualitativo ao valorizar a atuação da

perícia médica na definição da elegibilidade ao serviço, subordinando as demais profissões. Acrescente-se a isso entraves para realização de serviço externo para contato com as empresas, o acúmulo de tarefas administrativas e a manutenção da ausência das especificidades profissionais, ressaltando aqui, o impedimento da avaliação e concessão de órtese e prótese pelos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, configurando prática de ato médico ao delimitar a atividade como exclusiva dos médicos peritos.

Percebe-se a necessidade urgente de compreensão da Reabilitação Profissional dentro do espectro de Seguridade Social, indo muito além de uma atividade administrativa. E, portanto, seria imperativo a proposta de uma diretriz teórica pautada na perspectiva de Saúde do Trabalhador, considerando a importância de todos os campos de conhecimento e saberes, bem como, na CIF entendendo a incapacidade para o trabalho associada aos fatores ambientais, sociais, culturais e não apenas a doença em si.

O modelo clássico biomédico vem demonstrando que é ineficaz para a compreensão do processo saúde-doença bem como para pautar políticas e ações preventivas na área de saúde do trabalhador.

É imprescindível a reestruturação das equipes multiprofissionais para o atendimento ao trabalhador de forma integrada. Atualmente, os profissionais de diversas formações são designados a realizar o mesmo trabalho (com exceção da perícia médica), qual seja, conduzir o processo de acompanhamento e orientação da Reabilitação Profissional dos segurados, ultrapassando suas competências e especificidades profissionais, culminando em divergências de condutas e compreensão. Soma-se a isso, a exigência de tarefas de cunho administrativo que vem sendo impostas a estes profissionais de nível superior por falta de profissional.

Outro ponto de destaque é a falta de interlocução entre as políticas, sobretudo Previdência e Saúde, onde os dados não são analisados conjuntamente para fins de políticas de prevenção e acidentes relacionados ao trabalho. Assim como é incipiente a participação dos trabalhadores como protagonistas do processo de reabilitação profissional, compreendendo seu adoecimento como ato isolado e desconhecendo o processo.

REFERÊNCIAS

TAKASHI e IGUTTI, 2008. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(11):2661-2670, nov, 2008.

MANUAIS TÉCNICOS DA REABILITAÇÃO PROFISISONAL, 2002, 2005, 2011, 2018.

BRASIL. DECRETO 3.048-99.

Proposta de Diretrizes para uma Política de Reabilitação Profissional, 2013. Fundacentro.

MOTA, Ana Elisabete. Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 2008.

PRAUN, Luci. Reestruturação Produtiva, saúde e degradação do trabalho. Campinas: Papel Social, 2016.