



5º Encontro Internacional de Política Social 12º Encontro Nacional de Política Social

Tema: “Restauração Conservadora e novas resistências”

Vitória (ES, Brasil), 5 a 8 de junho de 2017

Eixo: Mundo do trabalho.

O Serviço de Reabilitação Profissional e o paradigma urbano-industrial: emergência e colapso

Késia Miriam Santos de Araújo¹

Resumo: Trata-se de uma reflexão acerca do modelo que norteia o atendimento aos segurados do Instituto Nacional do Seguro Social pelo Serviço de Reabilitação Profissional. Para tanto, buscou-se compreender as raízes históricas do Serviço, quanto ao contexto sócio-político e econômico, bem como os procedimentos adotados. Conclui-se que o modelo vigente, paradigma urbano-industrial, é reducionista porque atende a apenas parcela da classe trabalhadora brasileira, sem considerar a diversidade regional e territorial do Brasil.

Palavras-chave: Trabalho; Reabilitação profissional; Industrialização.

Abstract: It is a reflection on the model that guides the service to the insured of the National Institute of Social Security of Vocational Rehabilitation Services. Therefore, we have tried to understand the historical roots of the service, since the socio-political and economic context, as well as the procedures adopted. We conclude that the current model, urban-industrial paradigm, is reductionist, since it fulfills only part of the Brazilian working class, without taking into account the regional and territorial diversity of Brazil

Keywords: Work; Professional rehabilitation; Industrialization

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo refletir acerca do modelo vigente que norteia o atendimento aos segurados pelo Serviço de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que o denominamos de paradigma urbano-industrial. Trata-se de um modelo forjado no início da instituição do Serviço no Brasil, nos idos de 1940, modelo esse que ainda se encontra em plena vigência.

O serviço de reabilitação profissional é uma prestação previdenciária não pecuniária regulamentado pela Lei 8.213 de 1991 e pelo Decreto 3.048 de 1999. As normativas nacionais atendem ao disposto na Convenção nº 159 sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), de 01 de junho de 1983, e somente ratificada pelo Brasil mediante Decreto 129, de 22 de maio de 1991.

¹ Mestre em Serviço Social pela UFRN. Servidora do INSS. E-mail: <kesiaraujo@ig.com.br>.

A prestação previdenciária é destinada aos segurados e dependentes desses, além de pessoas com deficiência. Ela independe de carência e visa proporcionar o retorno ao mercado de trabalho e no contexto social no qual vivem. Para tanto busca os meios que permitam o máximo desenvolvimento de toda pessoa atingida por qualquer tipo de limitação, sendo este resultado de um processo holístico, dialético, onde o biológico, o psicológico e o social estão imbricados.

De forma explícita o Decreto 3.048 indica que o serviço de reabilitação profissional desenvolve-se por meio das seguintes atividades: a) avaliação do potencial laborativo dos beneficiários, b) orientação e acompanhamento da programação profissional, desenvolvida mediante o oferecimento de cursos ou treinamento por meio de contratos, acordos e convênios, c) articulação com a comunidade, inclusive por meio da celebração de convênio para reabilitação física e d) acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho.

2. O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL: CONCEPÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

A reabilitação profissional surge no mundo depois das duas guerras mundiais, como esforço dos governos nacionais em reintegrar social, profissional e economicamente os soldados sequelados. Nesse contexto, a OIT inicia a sua atuação nesta seara por meio da publicação de relatório em relação ao emprego compulsório dos veteranos de guerra, em 1921 (DAKUZAKU, 1998).

O período pós Segunda Guerra Mundial impulsionou a criação e melhoria dos serviços de reabilitação, isso muito em razão da escassez de mão de obra naquele momento. Assim, o potencial de trabalho das pessoas com deficiência foi enfatizado.

Ao contrário da Europa, o Brasil não vivenciou a questão dos mutilados da guerra. Mesmo assim, o serviço de reabilitação profissional iniciou-se com a finalidade de promover a readaptação e reeducação para o trabalho de aposentados por invalidez e acidentados, por meio do Decreto Lei nº 7.036 de 1944, que destina um capítulo a “adaptação profissional e reaproveitamento do empregado acidentado”.

A Lei nº 3807 de 1960, a conhecida Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que trata da reeducação e readaptação profissional, que poderia ser prestada por delegação pela ABBR - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação e instituições

congêneres. Mas será o Decreto nº 53.264, de 13 de dezembro de 1963 que tratará especificamente acerca da Reabilitação Profissional da Previdência Social.

O Decreto supramencionado com base na concentração de beneficiários não justificava a implantação do serviço em grande número de estados, visto aumentar o custo e também devido ao reduzido número de especialista no território nacional em reabilitação profissional, decretou:

Art. 1º A reabilitação profissional dos beneficiários da previdência social, prevista no art. 53 da Lei número 3.807 de 26 de agosto de 1960, será prestada em regime de comunidade visando a proporcionar, aos beneficiários em geral o conjunto de medidas de reeducação e readaptação profissional indispensáveis à remoção das causas determinantes da incapacidade para o trabalho.

O referido Decreto criou a Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social (COPERPS), a quem cabia planejar, orientar, coordenar e fiscalizar a prestação do serviço de reabilitação profissional em todo território nacional. Também desvinculou o Serviço Social da Reabilitação Profissional, o cargo de Diretor do Departamento de Serviço Social e Reabilitação Profissional (DSRP), foram transformados em cargos de Diretor do Departamento de Serviço Social (DSS).

O Decreto-lei nº 66, de 21 de novembro de 1966 que alterou dispositivo da LOPS e introduziu a obrigatoriedade para o segurado do processo de reabilitação:

o segurado em gozo de auxílio-doença ficará obrigado, sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se aos exames, tratamentos e processos de reabilitação profissional proporcionados pela previdência social, exceto tratamento cirúrgico” (artigo 24, § 4º).

Ainda nesse mesmo ano, o Decreto-Lei nº 72¹ unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões e criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Foi uma importante mudança na prestação dos serviços previdenciário no Brasil e coube ao Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS) o acompanhamento das ações de reabilitação profissional.

¹ O referido Decreto não faz menção a Reabilitação Profissional. No entanto, o Decreto 60.501, de 14 de março de 1967, que deu nova redação ao Regulamento Geral da Previdência Social, possui uma seção sobre Reabilitação Profissional, e no seu artigo 127 afirma que ela será prestada de acordo com as normas gerais expedidas pelo DNPS. Essa atribuição é ratificada pelo O Decreto nº 61.784, de 28 de novembro de 1967, que aprovou o regulamento de Seguro de Acidentes de Trabalho: a reabilitação profissional do acidentado obedecerá às normas gerais que forem expedidas pelo DNPS (art. 33, § 1º).

O ápice do serviço se deu nos anos de 1970, quando concentrou o maior volume de recursos financeiros e pessoal técnico especializado do então INPS. As atividades eram desenvolvidas pelos Centros de Reabilitação Profissional (CRP), os quais eram

orientados por uma concepção de excelência, afinada com a tendência hospitalocêntrica da assistência médica vigente na época, na qual se disponibilizavam todos os recursos terapêuticos necessários no interior dos próprios serviços, com grandes estruturas físicas, equipamentos de fisioterapia e terapia ocupacional de alto custo e um grande contingente de profissionais (IGUTI ET TAKAHASHI, 2008. P.2).

Em unidades menores foram criados os Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP), com pequenas equipes, a qual em situação de maior complexidade referenciava os CRP. Ambos desenvolviam assistência à saúde, associando atividades de qualificação profissional. A Previdência Social custeava todas as despesas, como transporte, alimentação, medicamento, hospedagem, documentação e instrumentos de trabalho.

Na década de 1980 os CRP e NRP foram expandidos para todas as capitais dos estados e para cidades de grande porte. Mas foi também nesta década, que diante da falta de investimento governamental iniciou o dismantelamento da estrutura.

Já na década 1990 ocorre a intensificação desse processo com a diminuição significativa do quadro de profissionais, pois com as alterações providas pelo Governo na legislação concernente a aposentadoria dos servidores públicos, levou um grande número de servidores a se aposentarem proporcionalmente, ao mesmo tempo em que não ocorreu a recomposição deste quadro, fato que afetou significativamente a qualidade dos serviços públicos.

Com a criação do SUS, através da lei 8.080/1990, a reabilitação física até então oferecida pelo INPS passa a ser responsabilidade dos estados e municípios, fator decisivo para necessidade da revisão do modelo de reabilitação operacionalizado pelo Instituto.

Nesse cenário, em 1995, é apresentado um novo modelo de reabilitação profissional, cuja concretização legal ocorre mediante publicação do Decreto nº 2.172/1997, o qual definiu como função básica da reabilitação profissional: avaliação do potencial laborativo, orientação e acompanhamento do programa profissional, articulação com a comunidade, com vistas à reintegração no mercado de trabalho e acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho.

O processo de deterioração conduziu a desativação dos CRP e NRP na década de 2000, sendo implantado o Projeto Reabilita, em 2001, o qual previa a descentralização

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

Desde então, o serviço tem sido operacionalizado por equipes multidisciplinares no âmbito das Agências das Previdência Sociais (APS), e em algumas localidades em unidades centralizadas vinculadas aos serviços/seções de saúde do trabalhador no âmbito das gerências executivas (GEX) do INSS.

3. EMERGÊNCIA E CRISE DO PARADIGMA URBANO-INDUSTRIAL DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

É na primeira metade do século XX que no Brasil as novas forças sociais se estruturam principalmente no meio urbano, deteriorando a hegemonia da oligarquia do café que dominou de 1889 a 1930. Forma-se aí o proletariado brasileiro, constituído essencialmente pelos trabalhadores estrangeiros, por escravos libertos e trabalhadores rurais oriundos regiões mais pobres. Esses trabalhadores estavam submetidos a condições objetivas de trabalho precárias, baixos salários, jornadas de trabalho extenuantes, além da exploração do trabalho de mulheres e crianças.

Segundo Faleiros (2010), o período anterior a 1930, a política voltada aos operários relacionava-se a díade assistência-repressão: “frente aos acidentados do trabalho a prática mais comum é enviá-los à Santa Casa de Misericórdia através da polícia que investiga o acidente” (p.53).

Evidentemente que diante de condições de trabalho tão periclitantes, os trabalhadores pautam a questão do acidente de trabalho, além de outras pautas históricas, como redução da jornada de trabalho, questão salarial e melhores condições de trabalho. O início do século XX é marcado pela intensa mobilização dos trabalhadores, com destaque para greve de 1917.

É nesse contexto que se desenvolve a política de saúde e segurança dos trabalhadores. “A primeira legislação brasileira para acidentes do trabalho data de 1919. Baseava-se no ‘conceito de risco profissional’, ou seja, considerava-o como risco próprio da profissão, e sustentava-se no princípio da unicausalidade” (BARRETO, 2013, p.110). Essa lei estabeleceu o regime de indenização para os trabalhadores, quando perdas e danos decorrentes de acidentes de trabalho.

Ainda nesse período é sancionada em 24 de janeiro de 1923, pelo presidente Artur Bernardes, a Lei Eloy Chaves (Decreto-lei nº 4.682/1923), que institui as caixas de aposentadorias e pensões (CAP) nas companhias ferroviárias, assegurando o direito àqueles que contribuíssem: socorro médico para si ou familiar, medicamentos com preço especial, aposentadoria e pensão para herdeiros em caso de morte. Em caso de acidente que resultasse em incapacidade permanente fazia jus o empregado a aposentadoria por invalidez.

Com a crise do modelo agroexportador, a industrialização brasileira é impulsionada baseada na concepção de substituição de importações. No campo político inicia-se a “era” Vargas. Nesse período a legislação de saúde e segurança no trabalho é modificada por duas vezes, em 1934 e 1944.

A primeira modificação não é profunda, mas a segunda estabelece maior intervenção do Estado no domínio dos seguros contra acidentes de trabalho e constitui os primeiros passos de uma política de reinserção do trabalhador na produção. Essas modificações não foram realizadas sem lutas e foram justificadas por um discurso de harmonia social e de colaboração de classes (FALEIROS, 2010, 22).

É um período marcado pela “política de integração e de controle dos trabalhadores”. No tocante aos serviços previdenciários as caixas de aposentadorias e pensões são substituídas pelos institutos de aposentadorias e pensões, de acordo com a categoria profissional. “Essa divisão fragmenta os trabalhadores e centraliza a administração, ao mesmo tempo em que conserva a heterogeneidade estrutura da produção” (FALEIROS, 2010, p.116).

Com o fim da 2ª Guerra Mundial chega-se também o fim da “era” Vargas, corroída com o novo contexto sócio-político de então. Em 29 de outubro de 1945, Vargas é destituído do Governo, e inicia-se um novo período da história da República brasileira, que vai perdurar até o golpe de 1964, denominado pelos historiadores de populismo, ou Estado populista.

No plano econômico ocorre no país uma grande expansão da indústria de bens de consumo duráveis, com incentivo à exportação. É de notar a presença do Estado investindo em áreas como energia, transporte e indústria de base, garantindo, assim, a infraestrutura necessária para os investimentos industriais em bens de consumo duráveis por parte de capital estrangeiro, cujo auge será alcançado no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961).

Em consequência desse cenário, aumenta também o contingente de trabalhadores na indústria, que se mobilizam para pautar os seus direitos, dentre eles a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que irá ocorrer por meio do Decreto 3.807, de 26 de agosto de 1960.

O agravamento do conflito entre o capital e o trabalho ameaça a classe dominante, fato esse determinante para a intervenção militar no Estado, cujo período compreende de 1964 a 1985. Esse período foi marcado pelo cerceamento dos direitos civis e políticos e a expansão dos direitos sociais como uma política compensatória a supressão daqueles. No plano econômico, observou-se um perverso processo de acumulação de riqueza, que resultou no aumento da desigualdade social no Brasil.

No que se refere à proteção ao trabalhador, destaca-se o Decreto-Lei nº 293, de 28 de fevereiro de 1967, que trata acerca do seguro acidentes de trabalho, que vai ao encontro dos interesses das companhias de seguro. Pouco antes desse decreto foram unificados os Institutos de Aposentadoria e Pensão em um único Instituto, o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, que centralizou a política previdenciária no Governo.

Mesmo diante da política repressiva do governo ocorreu ampla mobilização em torno do Decreto nº 293, que é revogado e substituído pela Lei 5.316, de 14 de setembro de 1967. “A nova lei vai permitir a coleta, mesmo parcial, de dados referentes aos acidentes de trabalho e pela primeira vez a publicação de estatísticas que, mesmo incompletas e manipuladas, provocaram um grande impacto na opinião pública” (FALEIRO, 2010, p. 234).

Duas importantes legislações acidentárias têm destaques neste período, a Lei Nº 6.367, de 19 de outubro de 1976, a qual dispõe sobre o seguro de acidentes de trabalho a cargo do INPS; e a aprovação das Normas Regulamentadoras (NR) pela Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978, que obrigou as empresas a possuir serviço de segurança. Ambas as legislações diz respeito ao “complexo socioindustrial estabelecido pelo governo autoritário-arbitrário visando às políticas de retorno ao trabalho, aumento de

produtividade, diminuição dos custos da Previdência, diminuição dos custos da produção passando pela profissionalização da prevenção” (FALEIRO, 2010, p.273).

A década de 1980 é marcada pela redemocratização no Brasil. Um dos eventos que marcou essa década foi VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que consagrou as discussões do movimento da Reforma Sanitária. O relatório final dessa Conferência defendeu as condições dignas de trabalho, além do conhecimento e controle dos trabalhadores sobre processos e ambientes de trabalho como necessários ao pleno exercício do acesso à saúde (LACAZ, 2010).

Ainda em 1986 realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, com edições seguintes em 1994, 2005 e 2014. Um dos principais acontecimentos deste período democrático é a instituição da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) pela Portaria MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que a participação do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto dessa Política, além de definir diretrizes e estratégia da atuação do SUS nas diversas esferas para o desenvolvimento da atuação integral em Saúde do Trabalhador.

Concomitante a esse cenário econômico, o processo de exploração do trabalho assume nova roupagem com o avanço da tecnologia. Redefine-se a divisão do trabalho, mediante novas formas de gerenciamento se busca a produtividade e qualidade do produto. Coloca-se em pauta novas formas de relação de trabalho, como a terceirização, contrato temporário e a quarteirização, todas elas assentadas na lógica da flexibilização do uso do trabalho. O resultado dessa configuração é a precarização e eliminação de postos de trabalho, incidindo nas jornadas prolongadas, baixos salários, desemprego e criação de subempregos (BARRETO, 2013, p.98,99).

O que se tem posto é a reestruturação do capital nas últimas décadas acarretando na “precarização estrutural do trabalho” (ANTUNES, 2013). A esse respeito, Barreto alerta:

As novas tecnologias possibilitaram aumentar o acúmulo de capital, a produção massiva de bens de consumo e estimular a sociedade de consumidores; entretanto, a reestruturação capitalista também está criando uma sociedade de desempregados-despossuídos, impossibilitados de consumir ou mesmo sobreviver. A exigência quanto à qualidade do produto não acontece paralelamente a uma política firme de proteção à saúde dos trabalhadores. Homens e mulheres, feitos objetos da ganância e da negligência empresarial, adoecem, sofrem acidentes ou morrem suavemente no e do trabalho. Aqueles que adoecem no e do trabalho são demitidos, aumentando no contingente de adoecidos, de marginalizados do processo produtivo, dos bens de consumo e dos serviços da sociedade. Nas condições históricas atuais da produção capitalista, os trabalhadores foram alienados não somente da sua atividade, mas do produto,

do seu ser genérico e do outro homem, bem como de seus direitos fundamentais (2013, p.103).

Assim, a forma de organização do trabalho tem implicado no aparecimento de diversas patologias relacionadas ao trabalho, e ocasionamento de óbitos. Em um mundo globalizado todos os países, independente do lugar ocupado na divisão social do trabalho, vivenciam as consequências desta nova organização do trabalho.

Embora tenha havia mudanças profundas no cenário político e da forma de exploração do trabalho na sociedade brasileira, o Serviço de Reabilitação Profissional permanece com o mesmo *modus operandi*, pautado no paradigma urbano-industrial. Esse paradigma visa o re(inserção) do trabalhador na indústria.

É importante ressaltar que atualmente é o setor terciário que detém o maior contingente da população economicamente ativa brasileira. De 2003 a 2015, a representatividade do setor terciário, passou de 65,8% para 72,8% do valor adicionado ao Produto Interno Bruto (PIB). Os dados apontam para uma realidade diferente do proposto pelo modelo de Reabilitação Profissional. (MDIC. 2017).

É importante salientar que outras categorias de segurados foram incorporadas ao sistema previdenciário, como os trabalhadores rurais, em 1969 mediante o Decreto-Lei nº 564, de 01/05, que estendeu a Previdência Social ao trabalhador rural, especialmente aos empregados do setor agrário da agroindústria canavieira, mediante um plano básico; empregados domésticos; os empregados domésticos por meio da Lei nº 5859, de 11 de dezembro de 1972.

Além dessa heterogeneidade do perfil dos segurados, ainda há a questão da territorialização. O Brasil é um país continente, com características regionais bem específicas. Como tratar o segurado do norte do país, os ribeirinhos, por exemplo, sob o modelo urbano-industrial de reabilitação profissional?

Isso posto, percebe-se que esse modelo encontra-se esgotado. A expansão do serviço previdenciário de reabilitação profissional só será possível surgir um novo paradigma que atende as necessidades e demandas postas pelos segurados da previdência social.

Por outra lado, a alternativa posta em discussão pelo INSS ratifica o modelo arcaico. Em 2016 foi assinado protocolo de intenção entre a Federação das Indústria de Santa Catarina (FIESC) e INSS para implementação de projeto piloto visando a reabilitação dos trabalhadores afastados de suas atividades.

Nas 101 propostas para modernização trabalhista elaborada pela Confederação Nacional da Indústria (CNI, 2012). A proposta de número 40 trata da Reabilitação Profissional. Problematiza a questão, e aponta como resultando da não reabilitação em tempo hábil a elevação dos custos para empresa quanto ao FGTS e plano de saúde; além de apontar o ônus para Previdência Social.

Resumidamente aponta a seguinte proposta:

Fazer a implementação, pela Previdência Social, de um grande programa de reabilitação, utilizando parcerias com outros ministérios e o Sistema S e com a criação de um sistema eletrônico por meio do qual a empresa possa acompanhar a situação de seus funcionários afastados pelo INSS, assim como permitir contato para apoio em sua recuperação (IBIDEM, P.68).

Para tanto propõe a implementação de programa e projeto de lei, esperando obter os seguintes ganhos:

Possibilidade de reintegração mais rápida, com redução dos custos trabalhistas da empresa e aumento da produtividade, redução das despesas da Previdência Social com pensões e auxílios, bem como reinserção produtiva do trabalhador (IBIDEM, P.68).

O interesse do empresariado consiste em aumentar a produtividade mediante redução do valor da força de trabalho, obtendo cada vez mais mais-valia relativa. Pode-se colocar, além do já supramencionados, a redução do SAT (Seguro Acidente de Trabalho) e evitar ações regressivas por parte da Previdência Social.

Tem-se uma visão reducionista de Reabilitação Profissional que está em dominância, basta ver os acordos firmados entre INSS e FIESC. Como também a cooptação pelo setor empresarial é uma questão posta. Ao mesmo tempo, que não se discute a situação dos trabalhadores rurais, ribeirinhos, contribuintes individuais. Como ficará a situação desses trabalhadores em um modelo que não satisfaz as suas demandas?

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões realizadas sobre o Serviço de Reabilitação Profissional do INSS, quanto ao paradigma que assenta a sua intervenção, pautou-se na concepção de que a reabilitação profissional é um serviço que materializa uma política pública, e como tal deve responder as demandas postas pela sociedade.

O exame acurado do Serviço permitiu constatar que embora tenha havia mudanças profundas no cenário político e da forma de exploração do trabalho na sociedade brasileira, o Serviço de Reabilitação Profissional permanece com o mesmo modus

operandi, pautado no paradigma urbano-industrial. Esse paradigma visa o re(inserção) do trabalhador na indústria.

Por outro lado, nesses últimos anos novas categorias de trabalhadores foram incorporados ao sistema previdenciários, além da própria expansão da rede do INSS. Como atender essa demanda, com um modelo de atendimento que foi concebido para um determinado segmento da classe trabalhadora?

Eis o desafio que tem sido posto, e para tanto é preciso que (re)elabore um novo modelo de atendimento que atende as diversidades territoriais e a heterogeneidade da classe trabalhadora brasileira.

5. REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **A corrosão do Trabalho e a Precarização Estrutural**. In: LOURENÇO, Edivânia Ângela de Souza, NAVARRO, Vera Lúcia. **Avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

BARRETO, Margarida. **Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações**. São Paulo: EDUC, 2013.

BRASIL. **Decreto n.º 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048compilado.htm>. Acesso em: 20 mar. 2012.

_____. **Decreto n.º 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm>. Acesso em: 6 fev. 2016.

_____. **Decreto n.º 53.264, de 13 de Dezembro de 1963. Dispõe sobre a Reabilitação Profissional na Previdência Social**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-53264-13-dezembro-1963-393225-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

_____. **Decreto-Lei n.º 66, de 21 de novembro de 1966, Altera disposições da Lei n.º 3.607, de 26 de agosto de 1960, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0066.htm>. Acesso em: 6 mar. 2017.

_____. **Decreto-Lei n.º 293, de 28 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre o seguro acidentes de trabalho**. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-293-28-fevereiro-1967-374016-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 6 fev. 2016.

_____. **Lei Nº 6.367, de 19 de outubro de 1976, que dispõe sobre o seguro de acidentes de trabalho a cargo do INPS.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6367.htm>. Acesso em: 6 fev. 2016.

_____. **Lei 3807, de 26 agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm>. Acesso em: 6 mar. 2017.

_____. **Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 5 abr. 2012.

_____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 9 abr. 2016.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2016.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. **101 Propostas para Modernização Trabalhista.** Brasília, 2012.

DAKUZAKU, Regina Yoneko. **De deficiente a trabalhador: reabilitação profissional na perspectiva da pessoa com deficiência – um estudo de caso.** São Carlos: UFSCAR, 1998.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O trabalho da política: Saúde e Segurança dos Trabalhadores.** São Paulo: Cortez, 2010.

IGUTI Aparecida Mari; TAKAHASHI Maria Alice Batista Conti. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov. 2008.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: **AVESSO do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador.** São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MDIC. **A importância do setor terciário.** Disponível em: <<http://www.mdic.gov.br/comercio-servicos/a-secretaria-de-comercio-e-servicos-scs/402-a-importancia-do-setor-terciario>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

