

# Reabilitação profissional: vivências de funcionários com limitações físicas e psicossociais em um hospital universitário

Vocational rehabilitation: staff experiences with physical and psychosocial limitations in an university hospital

Lígia Vieira Soares<sup>1</sup>, Luciane Carniel Wagner<sup>2</sup>

## RESUMO

A prática da reabilitação profissional deve ser um processo dinâmico de atendimento global ao trabalhador para diminuir as dificuldades dos reabilitados na reinserção ao mercado de trabalho. O estudo foi realizado para conhecer melhor o tema da reabilitação profissional, compreender a percepção dos funcionários reabilitados pelo Instituto Nacional do Seguro Social em um hospital universitário e analisar o processo de reinserção laboral. Por meio de uma abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas, usando a análise de conteúdo de Bardin, foram verificadas seis categorias: o significado do trabalho e do trabalho em hospital; o significado do não trabalho; a via crucis na Previdência; o significado de ser reabilitado; dificuldades no (do) retorno ao trabalho; e expectativas para o futuro. Participaram da pesquisa os funcionários reabilitados pelo INSS durante os anos de 2009 e 2010. Todos eles disseram que gostam dos seus trabalhos e estão realizados com as atividades no hospital, particularmente no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Na maioria dos casos o não trabalho provocou sofrimento psíquico, fazendo com que vivenciassem preconceito, dificuldades na Previdência Social e no retorno ao trabalho. "Ser reabilitado" atingiu não só os corpos dos trabalhadores, mas a identidade, a autoestima, a confiança em si mesmo e a segurança no futuro. Os relatos mostraram momentos de desânimo, desorientação e sofrimento durante o longo período de afastamento do trabalho. A saúde do trabalhador, incluindo a reabilitação profissional, ainda é um direito constitucional e legal a ser conquistado na prática. Todas as partes envolvidas na reabilitação – a Previdência Social, as empresas com seus diretores, chefias e colegas de trabalho, bem como os próprios reabilitados – precisam rever as suas ações para que a reabilitação tenha resultados positivos.

**Palavras-chave:** reabilitação vocacional; pessoas com deficiência; reinserção no mercado de trabalho.

Recebido em: 21/08/2012 – Aprovado em: 05/10/2012

<sup>1</sup>Mestre em Reabilitação e Inclusão pelo Instituto Porto Alegre (IPA) da Rede Metodista de Educação; Médica do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – Porto Alegre (RS), Brasil;

<sup>2</sup>Doutora em Psiquiatria; Professora do IPA da Rede Metodista de Educação – Porto Alegre (RS), Brasil.

Endereço para correspondência: Lígia Vieira Soares – Rua Ramiro Barcelos, 2.350 – CEP: 90035-903 – Porto Alegre (RS), Brasil – E-mail: lvsoares@hcpa.ufrgs.br

## ABSTRACT

The practice of occupational rehabilitation must be a dynamic process of global care to the employee to reduce the difficulties of rehabilitated people in the reinsertion in the labor market. The study was conducted to better understand the issue of vocational rehabilitation, understanding the employees rehabilitated perception by Social Security in an university hospital and to analyze the process of return to work. Through a qualitative approach, with semi-structured interviews, using Bardin content analysis, six categories were verified: the meaning of work and hospital work; the meaning of non-work; the via crucis in Social Security; the meaning of being rehabilitated; the difficulties in (of) return to work; and expectations for the research future. Participants were employees rehabilitated by Social Security during the years 2009 and 2010. All staff said they liked their work and are happy with the work at the hospital, particularly in Porto Alegre Clinics Hospital. In the majority of cases, non-work caused suffering psychic, creating experienced prejudice, difficulties in Social Security and in the return to work. "Being rehabilitated" reached not only the bodies of workers, but the identity, self-esteem, self-confidence and security in future. The reports showed discouragement periods, confusion and suffering during the long period away from work. The workers' health, including vocational rehabilitation, is still a legal and constitutional right to be conquered in practice. All parties involved in rehabilitation – Social Security, companies with their directors, managers and coworkers, as well the rehabilitated people – need to review their actions for the rehabilitation be positive.

**Keywords:** rehabilitation vocational; disabled persons; employment supported.

## INTRODUÇÃO

A reabilitação de trabalhadores é um dos maiores desafios contemporâneos para o campo da saúde pública e da saúde do trabalhador. A complexidade disto reflete na multiplicidade e magnitude dos problemas de saúde e nas repercussões sociais envolvidas<sup>1</sup>.

A prática da reabilitação profissional é historicamente ligada aos sistemas previdenciários como resposta pública à questão da incapacidade. Os programas de reabilitação profissional tinham o papel estratégico de regulação econômica no sentido de reduzir o tempo de duração da concessão de benefícios por incapacidade, no intuito de restabelecer o mais rápido possível a condição de contribuinte. Por outro lado, produziam, também, o efeito de eliminar ou reduzir as desvantagens das pessoas com incapacidade, possibilitando o retorno ao trabalho<sup>2</sup>. A magnitude dos dados estatísticos das pessoas com incapacidades reforçam a importância das práticas de reabilitação profissional.

Nos resultados preliminares do censo de 2010, com uma população geral do Brasil estimada em 190.732.694, a percentagem de pessoas que disseram possuir alguma deficiência foi de 23,9% (no censo de 2000, o número era 14,3%)<sup>3</sup>.

No Brasil, os programas de reabilitação profissional foram consolidados no final dos anos 1960. Os anos

1970 e 1980 foram de construção e apogeu do modelo de atenção no âmbito da Previdência Social, concentrando o maior volume de recursos financeiros da instituição, tanto relativos a equipamentos quanto a equipes multiprofissionais, com pessoal técnico com maior faixa salarial.

Nos anos 1990, com a adoção, por parte do governo brasileiro, das ideias neoliberais, sob a égide de um ideário de ajustes macroeconômicos e de reordenação do papel do Estado, que atingiram principalmente os programas sociais, houve mudanças significativas das práticas de reabilitação profissional da Previdência Social. As principais foram o desmonte dos Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) e dos Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a desmobilização das equipes e a supressão das atividades terapêuticas<sup>4</sup>.

A redução do modelo previdenciário de reabilitação profissional leva à necessidade médica de prolongamento da prescrição de afastamento do trabalho pela permanência da incapacidade quando não ocorrem as altas precoces pela perícia médica do INSS, que não considera as questões de prevenção. Isso implica no aumento do grau de desvantagem dos trabalhadores adoecidos por ocasião do retorno ao trabalho.

As medidas de proteção social relativas à inclusão dos trabalhadores reabilitados e das pessoas com deficiência estão estabelecidas pela lei nº 8.213 de dezembro de 1991<sup>5</sup>, que trata dos benefícios da Previdência Social e refere-se às cotas de emprego a ambos os segmentos. A legislação estabeleceu a obrigatoriedade de as empresas com 100 ou mais empregados preencherem uma parcela de seus cargos com pessoas com deficiência e/ou reabilitadas — de 100 a 200 funcionários: 2%; de 201 a 500: 3%; de 501 a 1.000: 4%; de 1.001 em diante: 5%. O art. 36 diz que a dispensa de trabalhador reabilitado ou deficiente habilitado só poderá ocorrer após a contratação de substituto em condição semelhante<sup>6-10</sup>.

Neste contexto desfavorável de desmantelamento e de demandas forçosamente migradas da Previdência Social para as empresas (públicas ou privadas), inseriu-se o Programa de Reabilitação Profissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), cujo objetivo principal é reinserir na Instituição os funcionários já afastados pela Previdência por um longo período de tempo, com limitações físicas e/ou mentais provenientes de suas incapacidades. Estes profissionais recebem, por ocasião da alta da Previdência Social, um certificado de “reabilitação profissional”, o que significa que mantêm capacidade laboral, mas devem ser respeitadas as suas limitações e restrições. O presente trabalho discute a reabilitação profissional na reinserção do trabalhador com limitações ao mercado de trabalho e pretende unir três temáticas: a reabilitação profissional, limitações físicas e/ou psicossociais e reinserção de pessoas reabilitadas no mercado de trabalho.

Este estudo se refere a trabalhadores da saúde do HCPA com diferentes funções. Por motivo de adoecimento, permaneceram um longo período afastados do trabalho, recebendo benefício da Previdência Social para a realização de tratamentos médicos. Num determinado momento, a Previdência Social entendeu que, por causa de suas limitações físicas e/ou mentais, eles não poderiam exercer as suas antigas funções, necessitando de novos locais de trabalho, novas atividades ou restrições quanto às antigas atividades exercidas. A partir daí foram encaminhados para a reabilitação profissional.

A proposta inicial deste estudo foi analisar o processo de reinserção laboral de funcionários do HCPA

reabilitados pelo INSS, conhecer as percepções e sentimentos de funcionários do HCPA reabilitados sobre o seu processo de reinserção laboral e identificar as dificuldades que o rompimento com o trabalho produz na trajetória destes trabalhadores.

O método adotado tem como pressuposto teórico a reabilitação profissional como um conjunto integrado de ações cuja finalidade é resgatar as capacidades física, psicológica e social dos trabalhadores acometidos por agravos de saúde, que resultam na incapacidade para o trabalho. A prática da reabilitação é a resposta pública à questão da incapacidade profissional, decorrente de sequelas de acidentes de trabalho e agravos à saúde de etiologia ocupacional ou não. A construção teórica do modelo de atenção em reabilitação profissional é bastante escassa na literatura brasileira, bem como estudos em banco de dados.

Por reabilitação profissional entende-se uma intervenção estruturada com o objetivo de reduzir e superar as limitações funcionais, emocionais e sociais, intervindo no estabelecimento da incapacidade para o trabalho e possibilitando aos profissionais reabilitados os meios necessários para o retorno a um trabalho compatível e saudável<sup>1</sup>.

No artigo original “Programa de retorno ao trabalho em um hospital de São Paulo”, publicado nesta revista em agosto de 2010, os autores detectaram fatores facilitadores de sucesso no retorno ao trabalho: apoio gerencial, equipe multiprofissional, colaboração das chefias e participação efetiva dos trabalhadores no retorno.

Muitas são as dificuldades dos reabilitados para retornar ao trabalho<sup>5</sup>. A restrição laboral e este retorno estão entre os aspectos mais complexos das políticas de atenção à saúde do trabalhador.

É necessário pensar a reabilitação para além do que é feito no programa da Previdência Social e considerá-la um processo dinâmico de atendimento global ao trabalhador.

## MÉTODOS

Para a definição dos escolhidos neste projeto, foram levantados os dados dos funcionários reabilitados nos anos de 2009 e 2010, já reinseridos no HCPA. Um total de 17 pessoas encontrava-se nesta situação. Deste universo, excluímos os colaboradores que foram desligados da Instituição (por aposentadoria ou

demissão) e os que novamente se afastaram e retornaram ao INSS. Restaram 13, sendo que 3 não quiseram participar do estudo, restando 10. Após contato com todos, explicação detalhada da pesquisa e assinatura do Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido, fizemos uma entrevista semiestruturada, avaliando as vivências na reabilitação. Depois, transcrevemos as entrevistas que foram gravadas (para futura inutilização das fitas utilizadas).

A análise dos dados foi realizada por meio de processo de análise de conteúdo de Bardin, com a criação de categorias analíticas (categorização) e sua interpretação. Foram verificadas as seguintes categorias: significado do trabalho e trabalho em hospital; significado do não trabalho; a via crucis na Previdência; significado de ser reabilitado; dificuldades no (do) retorno ao trabalho; expectativas para o futuro.

O presente estudo segue as orientações do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 196/96. Foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCPA e do Instituto Porto Alegre (IPA) da Rede Metodista de Educação, com números de registro 120121 e 340, respectivamente.

## RESULTADOS

Os dez funcionários que participaram do estudo são do sexo feminino, dado que corrobora com a informação da Gestão de Pessoas do HCPA de que 73,15% dos 5.722 funcionários da Instituição são mulheres (números de 31 de março de 2012).

Nove funcionárias se afastaram do trabalho por problemas osteomusculares e uma por psiquiátricos. Estes achados confirmam os dados da Previdência Social de que as maiores causas de afastamento do trabalho são problemas osteomusculares seguidos de psiquiátricos. No Brasil, as informações pecuniárias do INSS, no ano de 2007, assinalam que 23,38% do auxílio doença previdenciário concedido são de doenças do sistema osteomuscular e tecidos conjuntivos e 11,86% são de transtornos mentais<sup>7-9</sup>. A Tabela 1 apresenta os dados encontrados.

## DISCUSSÃO

Os relatos são carregados de emoções. As funcionárias reabilitadas pelo INSS nos anos de 2009 e 2010 que participaram deste estudo relataram a dificuldade de resgatar a autonomia e autoestima durante o longo

**Tabela 1.** Idade, função inicial e causa do afastamento do trabalho

Funcionárias	Idade (anos)	Função inicial	Causa do afastamento
1	45	Auxiliar de enfermagem	Osteomuscular
2	47	Auxiliar de enfermagem	Osteomuscular
3	48	Enfermeira	Psiquiátrico
4	57	Auxiliar de enfermagem	Osteomuscular
5	42	Auxiliar de administrativo	Osteomuscular
6	52	Auxiliar de enfermagem	Osteomuscular
7	57	Auxiliar de higienização	Osteomuscular
8	47	Auxiliar de enfermagem	Osteomuscular
9	48	Enfermeira	Osteomuscular
10	49	Auxiliar de rouparia	Osteomuscular

período de afastamento do trabalho. Ficou evidente o significado do trabalho para todas e o sofrimento psíquico devido ao longo afastamento, com fases de tristeza, ansiedade, depressão, medo de demissão e medo de não mais poder retornar ao trabalho.

“Gosto de acordar, tomar café e saber que vou bater o meu cartão ponto” (funcionária 2).

“Tenho orgulho do que faço, adoro minha profissão, foi mais do que eu pedi a Deus” (funcionária 5).

O indivíduo constrói a sua vida em torno do trabalho, o que pode ser percebido desde o momento em que ele se apresenta a outro, conforme o cargo ou função que desempenha dentro de uma organização. O trabalho, seja ele formal ou informal, constitui fonte de construção da identidade, influenciando durante toda a vida “[...] as aspirações e o estilo de vida de cada um”<sup>11,12</sup>.

“Sinto que estou tendo a oportunidade de resgatar o que a doença roubou de mim, minha profissão, minha capacidade de trabalho e, de certa forma, parte de minha identidade” (funcionária 7).

Segundo Sznelwar et al.<sup>13</sup>, o trabalho é um dos grandes alicerces da constituição do sujeito e da sua rede de significados, uma vez que processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, além de estarem relacionados à realização do trabalho, estão vinculados à constituição da identidade e da subjetividade. E o contrário, a ofensa, a suspeita, a desqualificação da incapacidade, a violência e a injustiça interferem de forma negativa na identidade pessoal e social do trabalhador<sup>14</sup>.

“Só imagino a minha vida trabalhando em hospital, sabendo que estou ajudando outras pessoas, vendo que necessitam do meu cuidado” (funcionária 8).

Assim, trabalhar no hospital confere certo status ou lugar de reconhecimento social, pois este profissional tem como ofício “dar conta” daquilo que socialmente precisa ser ocultado, a dor, o sofrimento e a fragilidade do próprio ser humano por suas limitações no combate de sua finitude.

Trabalhar no Hospital de Clínicas parece ter um valor em si mesmo. O discurso de alguns participantes denota o orgulho em atuar lá.

“Trabalhei em outros hospitais e pensava que um dia viria trabalhar aqui e consegui, graças a Deus” (funcionária 4).

Curiosamente, nenhum dos nossos entrevistados referiu descontentamento ou insatisfação com a profissão e, muito menos, decepção com a instituição onde trabalham.

Na maioria, o não trabalho provocou sofrimento psíquico, vivência de preconceito e dificuldades na Previdência Social e no retorno ao trabalho.

“Acho que os médicos fazem treinamento para cada vez mais piorar o atendimento. A médica nem falou comigo sobre reabilitação, apenas entregou os papéis para assinar” (funcionária 7).

Estudo realizado por Melo<sup>15</sup> com médicos-peritos relata casos de desconfiança frente à veracidade das doenças dos segurados. O paciente deve convencer o médico-perito de sua doença por meio de elementos positivos, factuais, que embasem a conclusão pericial sobre a incapacidade e necessidade de reabilitação.

“Ser reabilitado” atingiu não só os corpos dos trabalhadores, mas a identidade, a autoestima, a confiança em si mesmo e a segurança no futuro.

“Durante todo o processo, fiquei muito tensa. Sentia muita dor e tristeza por não poder mais exercer minha função. Fiz um ano de acompanhamento psicológico para esquecer a antiga área e me acostumar com a nova” (funcionária 8).

“Sem este programa de reabilitação, não saberia o que fazer da minha vida; teria sido muito difícil ou impossível tentar retornar para o hospital” (funcionária 5).

Os relatos mostraram períodos de desânimo, desorientação e sofrimento durante o longo período de afastamento do trabalho.

“Foi uma fase muito triste: separei-me do companheiro, me sentia muito mal, tomava tranquilizantes e consultava psicóloga, pois a minha autoestima estava muito baixa” (funcionária 10).

De modo geral, as verbalizações das funcionárias mostraram que os adoecidos passam por períodos de desorientação, desânimo e sem a devida compreensão do seu adoecimento, o que lhes intensifica a condição de incapacidade. Encontramos sentimentos de inutilidade, desespero, insatisfação com a maneira como foram recebidos nas perícias médicas durante os longos e intermináveis tratamentos, além da incompreensão de alguns familiares e amigos.

“As perícias são muito demoradas, e, várias vezes, negadas. As pessoas ficam sem receber neste período e têm que aguardar nova perícia” (funcionária 7).

“No INSS, fui mal atendida; parecia que eu estava pedindo esmola” (funcionária 5).

Nos relatos, encontramos vivência de preconceito, estigma, dificuldades de aprender tarefas novas após uma certa idade, mas também a satisfação de aprender algo novo. Os reabilitados, na sua maioria, vivenciaram este estigma de pessoas “inferiores”.

“Eu sentia preconceito de colegas do tipo: do que será que ela é capaz e pode fazer? Ou quanto nós podemos contar contigo? Senti-me testada psicologicamente, embora meu problema fosse físico” (funcionária 6).

Assim, a incapacidade transcende o aspecto corporal/individual e afeta, conforme Takahashi e Canesqui<sup>16</sup>, a dimensão social/relacional e psíquica.

“Ouvi de colegas da minha antiga área no hospital que ninguém queria os reabilitados por perto; deveríamos encontrar um lugar onde nos quisessem (como se fôssemos o resto da humanidade, seres inferiores)” (funcionária 8).

Preconceito, estigma e a discriminação no trabalho interligam-se mutuamente e são relevantes no aprofundamento da análise da discriminação engendrada em face dos empregados vítimas de acidentes de trabalho ou acometidos por doenças que provocam limitações físicas e/ou psicossociais.

“No meu retorno, fiquei isolada, no início, até conseguir aprender todo o trabalho e entender como os outros iriam me tratar” (funcionária 10).

Questionadas sobre expectativas para o futuro em relação à reabilitação, ouvimos alguns relatos:

“A reabilitação é muito importante, pois dá oportunidades de tirar a angústia das pessoas quando permanecem paradas” (funcionária 3).

“Penso que a reabilitação não terminou nem vai terminar. Sempre corro o risco de recair e me incapacitar,



tendo que recomeçar mais uma vez. O reabilitado não teme somente por si, mas por todos que depositam nele a confiança de que tudo correrá bem” (funcionária 4).

Fica o desafio de manter um acompanhamento constante e permanente junto a estes trabalhadores, reinseridos no trabalho.

Apesar das limitações do presente estudo, acredita-se que seus dados permitem refletir sobre as questões que podem ser comuns aos trabalhadores reabilitados com demandas semelhantes, de outras empresas.

Todos os funcionários disseram que gostam dos seus trabalhos e estão realizados com a atuação no hospital, particularmente no HCPA. Na maioria dos participantes, o não trabalho provocou sofrimento psíquico, e eles vivenciaram preconceito, dificuldades na Previdência Social e no retorno ao trabalho. “Ser reabilitado” atingiu não só os corpos dos trabalhadores, mas a identidade, a autoestima, a confiança em si mesmo e a segurança no futuro. Os relatos mostraram períodos de desânimo, desorientação e sofrimento durante o longo período de afastamento.

Em síntese, o impacto do adoecimento, a insegurança quanto ao futuro, à violência simbólica sofrida no percurso institucional e as transformações no modo de andar a vida desde o diagnóstico da doença interferem negativamente nas relações sociais e afetivas dos trabalhadores incapacitados e reabilitados. Não há manual nem regras; nenhum programa de reabilitação é igual a outro. Este processo é um desafio, tanto para os funcionários quanto para as empresas, mas há necessidade urgente das empresas e da Previdência Social reavaliarem suas ações em relação a esta classe de trabalhadores, os reabilitados. É necessária a construção de uma política pública de reabilitação profissional e de reinserção dos trabalhadores no mercado de trabalho.

A reabilitação profissional, como meio de reinclusão social de trabalhadores com restrições, faz parte das conquistas futuras na trajetória da construção de um estado de bem-estar social, o que exige diretrizes claras por parte do Estado, como condutor deste processo, com definições conceituais, legais e inter-setoriais e com o desenvolvimento de projetos locais e regionais. Sobretudo, é preciso que a Previdência Social incorpore, no seu conceito de excelência, o seu caráter, de fato, público e o seu importante papel na implementação da seguridade social, com transpa-

rência institucional que permita a ampla participação da sociedade nas decisões.

A saúde do trabalhador, incluindo a reabilitação profissional, ainda é um direito constitucional a ser conquistado na prática. Nas ações de atenção ao tema, o acolhimento e o reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho pode melhorar a autoestima e a autoconfiança dos trabalhadores, o que é essencial para a criação de mecanismos positivos de enfrentamento que refletirão na melhora do desempenho.

As empresas também devem olhar com mais atenção para estes funcionários, que querem e necessitam trabalhar, não só pelo lado econômico, mas pela realização pessoal. Parece que, muitas vezes, é mais fácil aceitar o deficiente físico do que o reabilitado. O próprio reabilitado também deveria esforçar-se para buscar melhor qualificação e condições de enfrentamento para ressignificar a sua vida profissional. O seu dia a dia muda, as coisas serão diferentes a partir da reabilitação, mas é preciso olhar para o futuro, não viver do passado. Só assim poderemos diminuir o preconceito de colegas e chefias em relação aos reabilitados.

Concluindo, podemos dizer que todas as partes envolvidas na reabilitação — a Previdência Social, as empresas, com seus diretores, chefias e colegas de trabalho, bem como os próprios reabilitados — precisam rever suas ações para que a reabilitação tenha resultados positivos.

## REFERÊNCIAS

1. Takahashi MABC, Iguti AM. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cad Saúde Pública* 2008;24(11):2661-70.
2. Vieira GS, Glima DMR, Pustiglione M, Rocha LE, Costa-Black KM. Programa de retorno ao trabalho em um hospital de São Paulo: resultados iniciais, fatores facilitadores e obstáculos de uma perspectiva administrativa. *Rev Bras Med Trab São Paulo* 2010;8(2):105-14.
3. Lima MAG, Neves RF, Tironi MOS, Nascimento AMDN, Magalhães FB. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. *Acta Fisiátrica* 2008;15(4):229-35.
4. Moom W, Geicker O. Disability: concepts and definitions. In: *Disability and work. Encyclopedia of occupational health and safety*. Geneva: OIT; 1998. p. 17.14-17.18. CD-ROM.
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Censo 2010. Brasília: IBGE, 2010 [cited 2012 Apr. 3]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/resultados>
6. Takahashi MABC. Incapacidade e Previdência Social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990 [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006. 265 p.
7. Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos [internet]. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília [cited 2011 Jul. 3]. Available from: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L8213cons.htm>

8. Brasil. Ministério da Previdência Social [internet]. Anuário estatístico de 2007. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2007 [cited 2011 Jul.3]. Available from: <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=507>
9. Brasil. Ministério da Previdência Social [internet]. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1999 [cited 1999 Mai. 12]. Available from: [www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm](http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm)
10. GBENIN. Gerência de Benefícios por incapacidades. Manual técnico de atendimento da área de reabilitação profissional. 3 ed. Brasília: INSS; 2003.
11. Brasil. Ministério da Previdência Social [internet]. Instrução normativa INSS/PRES nº 20, de 11 de outubro de 2007. Brasília: Diário Oficial da União, 2007 [cited 2012 Jun. 7]. Available from: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/38/INSS-PRES/2007/20/CAP5.htm>
12. Zanelli JC, Silva N. Interação humana e gestão: a construção psicossocial das organizações de trabalho. Brasília: Casa do Psicólogo; 2008.
13. Sznelwar LI, Lancman S, Wu MJ, Alvarinho E, Santos M. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. Revista Produção 2004;14(3):45-57.
14. Bernardo LD. Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. 65 p.
15. Melo MPP. Condições do exercício profissional do médico perito da Previdência Social [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003. 105 p.
16. Takahashi MABC, Canesqui AM. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. Cad Saúde Pública 2003;19(5):1473-83.