



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Conseqüências Sociais do Acidente de Trabalho**  
Experiências, narrativas e reestruturação da vida cotidiana de  
trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais graves em  
Salvador – Bahia – Brasil.

**Gustavo Ribeiro de Araújo**

Salvador – Bahia  
2008



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Conseqüências Sociais do Acidente de Trabalho  
Experiências, narrativas e reestruturação da vida cotidiana  
de trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais  
graves em Salvador – Bahia – Brasil.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

**Gustavo Ribeiro de Araújo**

Área de Concentração: Ciências Sociais e Saúde  
Orientador: Jorge Alberto Bernstein Iriart (Ph. D)

Salvador – Bahia

2008

#### Ficha Catalográfica

A663 Araújo, Gustavo Ribeiro.

Consequências sociais do acidente de trabalho experiências, narrativas e reestruturação da vida cotidiana de trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais graves em Salvador – Bahia – Brasil/ Gustavo Araújo Ribeiro. – Salvador: UFBA, 2008.

174 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Mestrado em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Ph. D. Jorge Alberto Bernstein Iriart.

1. Acidente de trabalho 2. Experiência da enfermidade – Trabalhador  
3. Incapacidade – Trabalhador I. Título.

CDU 614.8(813.8)

**Este trabalho é dedicado àquelas pessoas que são essenciais em minha vida:**

**A meus Pais, Hélio e Conceição, exemplos de vida e dedicação;  
com eles aprendi que amar e cuidar são os  
maiores valores que se pode ensinar.**

**A minha amada esposa, Rosana;  
que dia-a-dia me ensina  
a ser feliz.**

**Aos meus irmãos Eduardo e Rafael;  
sempre companheiros.**

**A todos vocês, meu sincero MUITO OBRIGADO!**

## **AGRADECIMENTOS**

Esta dissertação não teria o mesmo sabor se não contasse com as valiosas contribuições de vocês; o partilhar de experiências nos mais diversos encontros trouxe a sabedoria e maturação necessárias ao processo de composição e finalização desta. Portanto, é fundamental agradecê-los, pessoas especiais que são e que contribuíram tanto para que eu conseguisse chegar ao final dessa caminhada.

À Deus, sempre presente nos momentos de busca daquilo que a Ciência não explica;

Aos meus Pais, Hélio e Conceição, por todo amor, dedicação e compreensão para comigo. Sem eles, não seria nada.

À Rosana, sempre presente em todos os momentos difíceis. Sem seu amor, não chegaria lá.

Aos meus familiares, que souberam me entender no momento de minhas ausências. Tios (as) e Primos (as), e, em especial, Eduardo e Rafael Araújo, Antonio Rui, Edelzuita Santos, Silvana e Érica Santos, Emília Ribeiro, Antonio José, pessoas especiais em minha vida.

Ao meu orientador, professor Jorge Iriart, sempre com excelentes contribuições no processo de orientação, respeitando minhas opiniões e me direcionando no caminho correto a tomar. Sem sua disposição em me ajudar, não concluiria a dissertação.

Aos professores Paulo Pena, Lígia Rangel e Paulo César Alves pelas valiosas contribuições durante o processo de construção dessa dissertação. Levo comigo a generosidade de vocês.

À professora Vilma Santana, por me ensinar a fazer pesquisa sempre engajada com compromisso social. Sem a experiência adquirida no PISAT, com certeza seria ainda mais difícil.

Aos meus amigos de vida, mais que companheiros, presentes sempre em meu coração: Shirlei Xavier, Alane Mendara, Roberval Oliveira, Antônio Maia, Jonatas Espírito Santo, Josali Vicente, Yuri Ávila e Vera Rocha. Sem o apoio e a amizade de vocês, não teria o mesmo sabor.

Aos amigos mais que especiais, amigos e irmãos, companheiros dessa jornada acadêmica: Aílton Santos, Alice Firmino, Pedro Pairazaman, Juliana Maia, Tasio Lessa e Yara Oyam. Companheiros de lamentos, alegrias, correrias e, sempre, força!

Aos amigos do PISAT, sempre valiosos, e em especial: Rosane Oliveira, Martha Valois, Renata Sousa, Cibele Xavier, Maria Cláudia Peres, Maria Cláudia Lisboa, dentre outros que fazem parte dessa família.

À Anunciação e Taís, anjos da guarda de todos os pós-graduandos do ISC, e todos da Pós-graduação. Meu muito obrigado por tudo!

A todos os amigos do ISC, em especial Edileuza, Moisés, Clinger, Zé, Jéferson, Elenaldo e Lito, sempre presentes com boas conversas e muitas risadas.

Aos meus informantes, sem vocês não existiria esse trabalho!

A todos os outros amigos, inúmeros e tão especiais quanto os citados, que com certeza imprimiram sua marca na minha história.

*“Enquanto as maneiras de ser ou de agir de certos homens forem problema para outros homens, haverá lugar para uma reflexão sobre essas diferenças que, de forma sempre renovada, continuará a ser o domínio da Antropologia”.*

*(Claude Lévi-Strauss)*

*“O trabalho é indispensável à existência do homem, quaisquer que sejam as formas de sociedade; é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza e, portanto, de manter a vida humana”.*

*(Karl Marx)*

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	09
<b>Artigo I: Conseqüências sociais do acidente de trabalho: a experiência de trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais graves em Salvador, Bahia, Brasil</b>	
Resumo	15
Abstract	16
Introdução	17
Considerações teóricas	24
Metodologia	34
Plano de análise	39
Aspectos éticos	41
Resultados e discussão	
Santos: da estiva corrida ao marasmo de “estar sempre em casa”.	42
Silva: “cicatrizando ao contrário”.	45
Safira: a providência divina x a dura rotina pós-acidente.	48
A reconstrução da vida após os acidentes de trabalho	49
O acidente de trabalho: ponto de virada	50
O tortuoso percurso terapêutico após o AT.	53
A reorganização do cotidiano e as conseqüências sociais do AT.	54
O apoio familiar e o suporte social.	61
Novos enredos, uma busca de significados para projeção de futuro.	69
Conclusões	
Repensando a experiência de acidentados no campo da Saúde do Trabalhador.	71
Referências Bibliográficas	74
<b>Artigo II: O caminho tortuoso: o INSS e sua perícia na visão de trabalhadores acidentados</b>	
Resumo	83
Abstract	84
Introdução	85



A Seguridade Social no Brasil: breve histórico.	90
Considerações teóricas	94
Metodologia	100
Resultados	
Santos	103
Safira	111
Silva	115
Repensando o conceito de incapacidade e a concessão de benefícios do INSS através perícia médica	119
Referências Bibliográficas.	128
Anexos	
Projeto de Pesquisa	135
Metodologia do projeto “Custos ocupacionais diretos e indiretos do AT”	166
Fotos	169
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-ISC/UFBa)	172

## **Apresentação**

Os acidentes ocupacionais são, sabidamente, um problema de saúde que ainda acomete grande parte da população mundial. Apesar de serem potencialmente evitáveis, é comum que sejam associados por parte dos trabalhadores como obra de azar ou infortúnio. Isso traz sérias conseqüências nos modelos de gestão de trabalho por parte dos empregadores, que, mesmo implantando programas de segurança no trabalho, alimentam nas classes trabalhadoras a idéia de auto-culpabilidade. Com a crescente onda de precarização do trabalho, advindo de processos de implantação do modelo neoliberal vigente no Capitalismo Globalizado, os pesquisadores lidam com o desafio crescente de entender quais as determinações, causas e conseqüências do acidente de trabalho (AT) nas esferas econômica, política, governamental, empresarial, sócio-cultural, familiar e psicológica, para, assim, apontar perspectivas de melhoria para a prevenção e saúde do trabalhador.

O AT tem sérias repercussões em todos os âmbitos de análise. Podem constituir um grande custo para o governo, com os gastos previdenciários com AT's; custam muito para os empresários, que devem arcar com as responsabilidades sobre os problemas de saúde decorrente do acidente ocupacional para o empregado que sofreu o agravo, bem como contabilizar prejuízos como os dias de trabalho perdidos, que está diretamente ligado à produção e à contratação de novos funcionários; mas, de certa forma, quem mais sofre é o trabalhador, que vê sua vida desestruturada ao enfrentar o dilema de passar por um problema de saúde e tornar-se incapacitado, parcial ou não, para exercer a sua profissão.

Esses custos do trabalhador são monetários, como o gasto de dinheiro empregado no seu tratamento e recuperação (remédios, transporte, alimentação, fisioterapia, dentre muitos outros) e sócio-culturais, na medida em que o AT traz à tona motivações (ou "não-motivações), sentimentos, angústias, medo, desconhecido, estigmas, e uma série de signos culturais que estas pessoas e todos os que estão interligados a ele (familiares, vizinhos, amigos, etc.) passam a lidar em seu cotidiano de vida a fim de fazer com que o AT se torne parte de seu cotidiano de vida.

E é sobre isso que este trabalho procura trazer questões para reflexão: as consequências sociais do acidente ocupacional no cotidiano destas pessoas que sofreram AT's graves e estão forçosamente lidando com o desafio contínuo de criar uma ordenação do seu cotidiano de vida, tentando criar uma naturalidade para o desafio de viver com as limitações impostas pela deficiência – provisória ou não – que este evento trouxe para suas vidas. Não é um trabalho que versa sobre estatísticas e quantidades para validar questões alarmantes e obviamente importantes para conhecer a dimensão e a magnitude dos AT; mais do que isso, traz à tona a importância e a voz dos sujeitos, daqueles que realmente sofrem *“in facto”* com essa situação.

Através dos discursos e narrativas dos trabalhadores que participaram desta dissertação, é possível mergulhar no universo simbólico do acidentado, para entender como eles lidam com o desafio constante de ordenar a vida cotidiana, de modo a conhecer o seu ponto de vista nessa “narração da vida cotidiana”. Mergulhar na vida destas pessoas possibilitou trazer à tona uma série de questões para debate no âmbito acadêmico, a fim de propor melhorias e políticas que visem sempre fortalecer a rede de suporte social à estes trabalhadores.

Devo comentar aqui que esta tarefa não foi das mais fáceis; como Antropólogo, por mais que o nosso senso de relativização (tarefa do Cientista Social, segundo o professor Roberto DaMatta) nos leve a buscar sempre a necessária dialética entre o ouvir e o observar, o aproximar e o afastar, lidar com o sofrimento de pessoas é uma tarefa bastante árdua, ainda mais para quem não é da área das Ciências da Saúde; no entanto, vivenciar essa experiência foi também uma forma de me aproximar do objetivo de todo antropólogo: desvendar e conhecer os mistérios que compõem, no dizer de Clifford Geertz, um dos mais importantes teóricos da Antropologia moderna, *essa rede de emaranhados simbólicos que tecem as teias de significação que compõem a Cultura.*

O interesse em pesquisar esse problema surgiu das inquietações fomentadas no núcleo de pesquisa ao qual tenho o privilégio de fazer parte. O PISAT (Programa

Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador) vem realizando diversas pesquisas que procuram mostrar a relevância de se estudar, na Saúde Pública, os acidentes ocupacionais. No seu mais recente estudo, realizado na cidade de Salvador/Bahia, no ano de 2005, intitulado “Custos econômicos diretos e indiretos dos acidentes de trabalho”, de cunho quantitativo, procurou estimar quanto custa esse evento para o governo, empresários, SUS e, especialmente, para o trabalhador.

Participando ativamente das fases deste projeto, uma questão começou a se tornar freqüente à medida que o trabalho ia se desenrolando: os acidentes ocupacionais geram apenas custos econômicos? Existem outros tipos de “custos” que estes eventos acometem nas pessoas, que não sejam somente monetários?

A partir disso, desenvolveu-se a temática desta dissertação, com base na idéia de que, como todo evento que provoque uma “marca simbólica” nas pessoas que convivem com ele, o AT leva à necessidade dos indivíduos reverem o seu cotidiano de vida, a fim de, no dizer de Schultz, “converter o extraordinário em ordinário”. Trata-se de conhecer as estratégias usadas por pessoas que sofreram acidentes de trabalho graves para que seu cotidiano de vida ganhe novamente sentido para eles, como lidar com essa deficiência e como o processo de “estar acidentado” traz conseqüências diretas no viver deles.

Foi necessário, então, aproximar-se de uma abordagem teórica que fosse capaz de dar conta do entendimento dessa multiplicidade de sentidos atribuídos ao acidente ocupacional no cotidiano. A Fenomenologia tornou-se, desse modo, importante ferramenta para desvelar esse labirinto que é a vida cotidiana, que serviu de eixo para mergulhar no universo dessas pessoas e execução dessa dissertação. Como Antropólogo, aproximar-se de um terreno diferente do já tradicional modelo de pensamento interpretativo proposto pela Antropologia Geertziana foi um desafio constante e prazeroso.

No entanto, para entender também os fundamentos que norteiam e servem de guia para que a vida cotidiana dos acidentados ganhasse sentido e senso de ordem, foi

necessário o aporte teórico conjunto de outro norteador, a Antropologia Médica, no sentido de conhecer os signos culturais que o acidentado constrói no processo de adoecimento decorrente do acidente ocupacional, como ele significa essa experiência e, através desses signos, atribui sentido a essa convivência com a enfermidade para, então, reorganizar o seu cotidiano. Conhecer as narrativas da enfermidade, no dizer de Good, contribui para se entender essa dinâmica das conseqüências sociais dos AT's na vida das pessoas que são acometidas por este problema e re-significam essa experiência à luz do seu cotidiano.

O trabalho de campo durou cerca de 4 meses, onde me deparei como um estrangeiro que navega em mares que não pertencem a sua rota. Tal como o grande antropólogo fundador da etnografia pautada na observação participante Bronislaw Malinowski, convivi com aspectos sócio-culturais que, apesar de compartilhar da mesma cultura em espaço geográfico próximo, que é a cidade de Salvador/Ba., a realidade dessas pessoas se faz diferente da minha. Esse “choque de representações” permitiu um trabalho de campo prazeroso, num constante processo de aprendizado com a experiência de vida de pessoas que convivem com desafios a cada dia que passa. Cada resolução de um problema é uma vitória cotidiana.

Importante ressaltar aqui as dificuldades que perpassaram esse processo. No decorrer do trabalho de campo, um informante desistiu de participar e recusou-se a fazer entrevistas gravadas, fatos que me levaram a considerar nesta dissertação as narrativas dos trabalhadores que aceitaram participar de todo o processo do campo. No entanto, a receptividade e a disponibilidade dos informantes em me deixar participar de suas vidas, para permitir a reflexão sobre este aprendizado que é o trabalho de campo, foi deveras importante para a finalização deste trabalho.

A análise das narrativas se deu seguindo os aportes teóricos pautados na Fenomenologia de Schultz, particularmente no que tange o entendimento de conceitos como atitude natural, cotidiano, e como esses conceitos se inter-relacionam formando a estrutura simbólica que vai trazer à tona no cotidiano o modo como esses trabalhadores representam e conferem significado à sua condição de enfermo. Aliado a isso, tal como Kleinman explicita, as concepções populares sobre

a doença não são um “modelo unitário”, mas, pelo contrário, como afirma Alves, são resultado das experiências pessoais, das combinações e interações que os atores e grupos sociais desenvolvem em diferentes contextos.

A etapa de qualificação do projeto revelou-se norteadora e importante para os rumos críticos e metodológicos que esta dissertação assume no decorrer dos artigos. Nela, pontuou-se a importância de se entender como as relações saúde x trabalho e os diferentes processos de trabalho históricos marcaram continuamente o processo do adoecimento e da ocorrência de acidentes ocupacionais, bem como isso se repercute a nível sócio-econômico e cultural. Também foi colocada a importância de se fazer um trabalho de campo aprofundado e constante, para que se conseguisse, no jargão antropológico, “chegar ao sentido do nativo”, a fim de se mergulhar nas narrativas dessas pessoas para se apreender a maneira como eles conferem relevância sobre a sua realidade e como lidam com ela.

Do aprofundamento das análises das narrativas, as discussões em âmbito acadêmico e o diálogo com a bibliografia resultaram na produção de dois artigos, que compõem o corpo dessa dissertação.

O primeiro, denominado “consequências sociais do acidente de trabalho: a experiência de trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais graves em Salvador, Bahia, Brasil”, apresenta uma abordagem crítico-descritiva das consequências sociais do AT e como essa experiência é significada através das narrativas destes trabalhadores, com base na experiência do adoecimento, partindo das reflexões de Arthur Kleinman, Byron Good, Paulo Cesar Alves, e da recomposição da realidade e ordenamento das estruturas simbólicas do cotidiano, conhecendo-se, assim, as consequências sociais do acidente de trabalho do ponto de vista do trabalhador, suas narrativas e experiências sobre tal evento.

O segundo surgiu da necessidade de estabelecer um diálogo com um ponto importante que me chamou a atenção durante todo o processo do trabalho de campo: a relação com a Previdência Social. A relação dos trabalhadores com o INSS é ambígua e problemática. Viver acidentado é um constante processo de auto-

afirmação do seu problema para o INSS. Perícias constantes, problemas com o benefício, desconfiança e medo de perder o pagamento são aspectos não noticiados nos jornais, que a todo o momento denunciam as centenas de fraudes do INSS, e que, para os trabalhadores, trouxe constantes indagações e problemas. Portanto, este artigo, denominado “o caminho tortuoso: o INSS e sua perícia na visão de trabalhadores acidentados”, buscou, à luz das reflexões teóricas já explícitas no artigo anterior, entender sobre essa relação conflituosa e como torná-la ordinária no cotidiano.

As possibilidades de retorno desses estudos se traduzem no esforço de trazer à tona debates ainda pouco estruturados no âmbito acadêmico, para que políticas públicas culturalmente eficazes sejam elaboradas no sentido de trazer melhorias à estes profissionais que têm suas vidas um desafio muito grande, e que necessitam de melhores condições para ter um cotidiano de vida mais digno e uma efetiva melhora no seu quadro bio-psico-social de saúde para, assim, continuarem a construir seus projetos de vida, mesmo com as marcas deixadas por um evento tão forte, que é o acidente ocupacional grave.

Nesse sentido, segue agora um esforço de narrar a vida dos informantes, anônimos, mas com certeza iguais a centenas de marias, joões, marcos, sandras, e tantos outros que nesse momento passam por problemas parecidos. Justamente por isso, resolvi chamá-los por sobrenomes que são frequentes em nossa população, resguardando, assim, o anonimato dos informantes e buscando homenagear as pessoas que convivem diariamente com esses problemas.

## **CONSEQÜÊNCIAS SOCIAIS DO ACIDENTE DE TRABALHO: A EXPERIÊNCIA DE TRABALHADORES QUE SOFRERAM ACIDENTES OCUPACIONAIS GRAVES EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL.**

*Gustavo Ribeiro de Araújo  
Jorge Alberto Bernstein Iriart*

### **RESUMO**

Este artigo objetiva conhecer a experiência de “estar acidentado” por trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho (AT) não-fatais graves na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, na perspectiva fenomenológica e da antropologia médica, utilizando as “narrativas da doença” e a “experiência da enfermidade”. Durante aproximadamente quatro meses, acompanhou-se o cotidiano de três trabalhadores, para conhecer o significado dado por eles à experiência pós-AT. De acordo com suas narrativas, o caminho do tratamento é sofrido, na medida em que a falta de perspectiva de melhora leva-os a refletir sobre questões como o atendimento recebido no SUS, o processo de recuperação interminável e a (des)crença em voltar à vida de antes. Predomina o negativismo de ser uma pessoa limitada pela seqüela do AT, em um processo de descaracterização do indivíduo enquanto parte da sociedade. Problemas de ansiedade e nervoso foram comuns a estes atores sociais, presos a um cotidiano fechado entre as paredes da casa, por medo constante de se re-inserir na sociedade. O apoio da família é fundamental na adaptação desses indivíduos, dando suporte emocional e conforto para eles contra uma experiência sofrida. Esse processo fez com que eles se apegassem a espiritualidade na tentativa de dar significado ao sofrimento vivido, buscando na família e na religião formas de escape para esse constante processo de sair do mundo social. Pode-se afirmar que o AT ultrapassa os limites dos custos econômicos, gerando graves conseqüências sociais para os trabalhadores. Só é possível compreender essa dimensão quando mergulhamos no universo destes atores sociais, buscando entender o significado dessa experiência em seu cotidiano.

### **Palavras-chave**

Acidente de trabalho; experiência da enfermidade; incapacidade;



## **SOCIAL CONSEQUENCES OF THE OCCUPATIONAL INJURIES: THE EXPERIENCE OF WORKERS WHO HAD SUFFERED SERIOUS OCCUPATIONAL INJURIES IN SALVADOR, BAHIA, BRAZIL.**

### **ABSTRACT**

This article objectives to know the experience “to be caused an accident” for workers who had suffered serious non-fatal occupational injuries (OI) in the city from Salvador, Bahia, Brazil, in the phenomenological perspective and of the medical anthropology, using the “illness narratives” and the “illness experience”. During approximately four months, the daily routine of three workers was accompanied by, to after know the meaning of the experience of them after-OI. In accordance with its narratives, the way of the treatment is suffered, in the measure where the lack of improvement perspective takes them to reflect it about questions as the attendance received in the SUS, the process of interminable recovery and disbelief in coming back to the life of before. The negativism of being a person limited predominates for the sequel of OI, in a process of mischaracterization of the individual while it has left of the society. Problems of anxiety and sinewy had been common to these social actors, imprisoned to a closed in a daily routine between the walls of the house, from constant fear of if reverse speed-inserting in the society. The support of the family is very important in the adaptation of these individuals, giving emotional support and comfort for they against a painful and suffered experience. This process made with that they became attached the spirituality in the attempt to give meant to the suffering lived. It can be affirmed that OI exceeds the limits of the economic costs, generating serious social consequences for the workers. It is only possible to understand this dimension when we dive in the universe of these social actors, searching to understand the meaning of this experience in the daily one.

### **Keywords:**

Occupational injuries; illness experiencies; incapacity;

## Introdução

Este artigo pretende descrever os processos de reorganização da vida cotidiana e da experiência de “estar acidentado” por trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais não-fatais graves na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Os acidentes de trabalho, AT, continuam a ser um importante problema de saúde pública, inclusive nos países desenvolvidos. Segundo a Organização Internacional do Trabalho, OIT, ocorrem anualmente cerca de 270 milhões de acidentes do trabalho. Anualmente dois milhões de trabalhadores falecem no exercício laborativo, sendo 19% dessas mortes decorrentes de acidentes ocupacionais. A OIT estima que 4% do produto interno bruto dos países centrais são utilizados com gastos referentes aos acidentes ocupacionais, e 10% para os países periféricos (ILO, 2003).

No Brasil, no período de 1999-2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes ocupacionais, sendo concedidos 854.147 benefícios por incapacidade temporária ou permanente decorrente de AT. (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2005). Santana et al. (2006), estimaram que na Bahia, no ano de 2000, 62,8% dos benefícios ocupacionais concedidos eram decorrentes de AT. Esses dados referem-se aos trabalhadores segurados, que dispõem de vínculo formal de trabalho. Estudos demonstram que, no Brasil, o sub-registro de AT atinge valores de 70% para acidentes fatais (SANTANA et al., 2005) e 90% para os não fatais (SANTANA et al., 2003). Apesar da taxa de mortalidade ocupacional no Brasil vir apresentando decréscimo nos últimos anos, esta é considerada ainda alta, de 4 a 5 vezes maior que a de vários países da América Latina, e demais continentes, em que pese a já referida subestimação (IUNES, 2002; WUNSCH-FILHO, 1999).

Essa preocupação tem se refletido nas ações de organismos internacionais (ILO, OMS) no sentido de promover campanhas para a redução dos AT's e segurança no trabalho. O poder público tem periodicamente alocado recursos para planos de ação e campanhas visando à segurança no trabalho e a promoção da saúde do trabalhador, tornando o problema do AT objeto crescente de atenção do

senso comum e da mídia (LIEBER, 2005). Apesar desses esforços, dados do INSS demonstram que houve significativo aumento do número de incapacitações temporárias e permanentes nas últimas décadas (BOFF et al, 2002), o que leva a concluir que o trabalho continua a atingir a saúde das pessoas de maneira mutilante.

O Brasil, nos últimos 50 anos, aumentou em quase dez vezes o seu tamanho populacional, originando os “cinturões de pobreza urbanos, formando um imenso estoque de reserva de mão-de-obra não-qualificada, mal acomodada no subemprego. A face da pobreza no Brasil passou a ser predominantemente metropolitana” (CHESNAIS, 2001, p. 144). Em Salvador, durante a década de 90, o desemprego, a precarização das relações de trabalho e a desproteção social cresceram a níveis alarmantes (DRUCK, 2002), entrando no século XXI com uma incerteza em relação às relações trabalhistas.

O aumento do número de desempregados e a queda da qualidade de empregos são reflexos, no Brasil, das disposições políticas evidenciadas no modelo neoliberal, pautado no crescimento da informalidade e da fragmentação do trabalho (GOMES E LACAZ, 2005; ANTUNES, 2002). Especificamente para Salvador-Bahia, a redução dos empregos formais e o aumento do desemprego aparecem de forma marcante (BRAGA E FERNANDES, 1999), atestado quando comparado a outras capitais do país (AZEVEDO, 1999).

Convém salientar que o trabalho, enquanto categoria de análise, é peça fundamental na constituição do *ethos* dos indivíduos, marcando a sua identidade, enquanto ator social imerso em um determinado contexto cultural. Segundo Nardi (1998, p. 101)

“O trabalho adquiriu, em nossa sociedade, um valor com contornos sacralizados e sacrificiais; sacralizado por comportar um valor moral, qualificando como honestos e valorosos aqueles que trabalham e desonestos e sem valor aqueles que não o fazem; sacrificial porque, em seu nome, em nome da 'produção', milhares de trabalhadores adoecem e morrem submetidos a condições perigosas e insalubres”.

Relatos sobre a relação trabalho e adoecimento existem desde o período egípcio e da civilização Greco-romana (MENDES, 2003). Ramazzini (1998), em seu

livro *“De Morbis Artificum Diatriba”*, escrito no século XVII, evidenciou em seus relatos a doença como um importante fator de sofrimento para os indivíduos, mostrando a centralidade do trabalho para essas pessoas e apontando a incapacidade como uma falha moral a ser considerada na dinâmica do adoecimento).

Trabalho pode ser definido como “a atividade humana de transformar a natureza, produzindo objetos com valores de uso e valores de troca” (RANGEL-S e PENA, 2004, p. 36). Essa atividade se desenvolve através de um processo de trabalho, onde um objeto determinado se transforma em produto por meio da atividade humana, com o uso dos meios de trabalho. Embora o trabalho possa ser considerado produtor de saúde, já que exerce influência na constituição identitária e permitem a inserção social dos indivíduos, os contornos pelos quais o trabalho vêm se organizando na sociedade atual resultam em efeitos negativos tais como doenças e acidentes, que podem provocar incapacidade permanente ou temporária, ou mesmo levar a óbito (MENDES E DIAS, 2000). Dentre vários aspectos, Facchini (1994) aponta elementos físico-químicos (poeira, substâncias químicas, ruídos, calor ou frio excessivo, etc.), elementos ergonômicos, como postura adequada, movimentos requeridos pelo trabalho, uso de materiais pesados e elementos psicológicos e relacionais, como stress decorrente de tensão, pressão por produção são fatores responsáveis por danos à saúde.

Apesar de todas as transformações ocorridas no mundo do trabalho, este ainda permanece como a principal fonte de satisfação moral e material do trabalhador, e ainda se mantém como o principal constituidor da identidade dos trabalhadores (DUARTE, 1986). O trabalho nunca é neutro em relação à saúde; ou é operador de saúde, ou patogênico (DEJOURS, 1992).

No Brasil, historicamente presenciamos momentos de avanços e retrocessos no que se refere à saúde do trabalhador e a melhoria das condições de trabalho (LUCCA E FÁVERO, 1994). Dentre essas medidas, convém ressaltar a lei 6.367, de 19/07/1976, ainda em vigor, que transferiu a responsabilidade dos primeiros quinze dias de afastamento dos acidentados para as empresas, desvinculando o acidente

ocupacional da Previdência para diminuir o custo securitário (CORTEZ, 2001). Outra questão grave é a já conhecida falta de informações oficiais sobre o trabalho informal, que dificulta a efetivação de políticas públicas visando à melhoria da condição de trabalho das pessoas inseridas neste setor (WUNSCH-FILHO, 1999).

A Constituição brasileira (BRASIL, 1988), em seu artigo 200, garante ações que se dirigem à saúde dos trabalhadores. Os AT's e doenças do trabalho passaram a ser de notificação compulsória desde 1989, através da resolução nº. 23 da CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento (CORTEZ, 2001). Atualmente, a portaria nº. 777, de 28 de abril de 2004, estabelece a notificação compulsória de acidentes de trabalho graves no SINAM (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), permitindo o registro de acidentes ocupacionais graves independente do vínculo de trabalho. Infelizmente, essa medida ainda não foi incorporada junto aos sistemas de atendimento médicos, persistindo o problema da sub-notificação dos AT's. Vale ressaltar que as estatísticas oficiais utilizam apenas o registro da CAT (Comunicação do Acidente de Trabalho), obrigatória apenas para trabalhadores formais, sendo as informações de morbi-mortalidade de AT's para o setor informal provém de pesquisas realizadas em metrópoles brasileiras (SANTANA et al, 2003).

Os acidentes de trabalho, segundo a Previdência Social, ocorrem pelo “exercício do trabalho a serviço de uma empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporário” (RANGEL-S E PENA, 2004, p. 41). Para o INSS, a incapacidade para o trabalho é definida como “a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade (ou ocupação), em consequência de alterações morfopsicológicas provocadas por doença ou acidente” (MENDES, 2003, p. 60). Essa concepção é limitada quando comparada à formulada pela OMS, que amplia a noção de incapacidade afirmando que este termo denota um “fenômeno multidimensional que resulta da interação entre pessoas e seu ambiente físico e social” (CIF/OMS, 2003).

Estima-se que os acidentes de trabalho contabilizem 14% do total dos custos estimados devido a agravos e doenças relacionados ao trabalho (ROZOV, 1999),

embora estatísticas sobre esses eventos sejam reconhecidamente sub-registradas (DORMAN, 2000). Os AT afetam diretamente o governo, as empresas e o trabalhador acidentado, representando gastos significativos para o setor público de saúde, na medida em que é necessário arcar com o processo de reabilitação dos acidentados (DEMBE, 2001). Apesar dessa estrutura não necessariamente dar conta de deixar os trabalhadores aptos a voltar ao trabalho<sup>1</sup>. Outras conseqüências seriam as reduções da renda, a desestruturação familiar, distúrbios psicológicos, dentre outros aspectos sociais e emocionais (TAKALA, 1999; DORMAN, 2000; DEMBE, 2001).

A maioria dos estudos sobre a dinâmica e as conseqüências dos AT's para trabalhadores recaem em análises epidemiológicas da distribuição e magnitude desse evento (SANTANA et al., 2004) ou a estimativa de custos econômicos para governo e empresas (DORMAN, 2000; LEIGH et al., 1997; MILLER, 2002; RIKHARDSON, 2004; TAKALA, 1999; WEILL, 2001). O acidente ocupacional provoca profundas alterações na vida das pessoas acometidas por esse problema. Por ser um evento que pode incapacitar, de maneira temporária ou permanente, o AT provoca uma ruptura do cotidiano do trabalhador, que necessita reorganizar o seu modo de viver, adaptando-se as limitações impostas pelo problema físico, tendo efeitos diretos na sua rede de relações sociais, além de provocar significativo impacto econômico em seu orçamento (DORMAN, 2000).

Takala (1999) afirma que os ATs têm impacto relevante, na medida em que provocam custos diretos, como gastos com assistência médica, hospitalar e ambulatorial, transporte, alimentação, reformas na casa, dentre outros custos econômicos. Além disso, traz custos indiretos para as empresas, que necessitam contratar trabalhadores e treiná-los para substituir o acidentado, ou ter a produtividade comprometida pela falta do trabalhador sem reposição. Para além das aferições econômicas, o AT traz seqüelas psicossociais, tais como decréscimo do potencial de trabalho, da auto-estima, da qualidade de vida, problemas psicossociais (depressão, stress, raiva, estigmatização, violência, isolamento, ansiedade, suicídio),

---

<sup>1</sup> Este tema é abordado mais atentamente no artigo número dois desta dissertação.

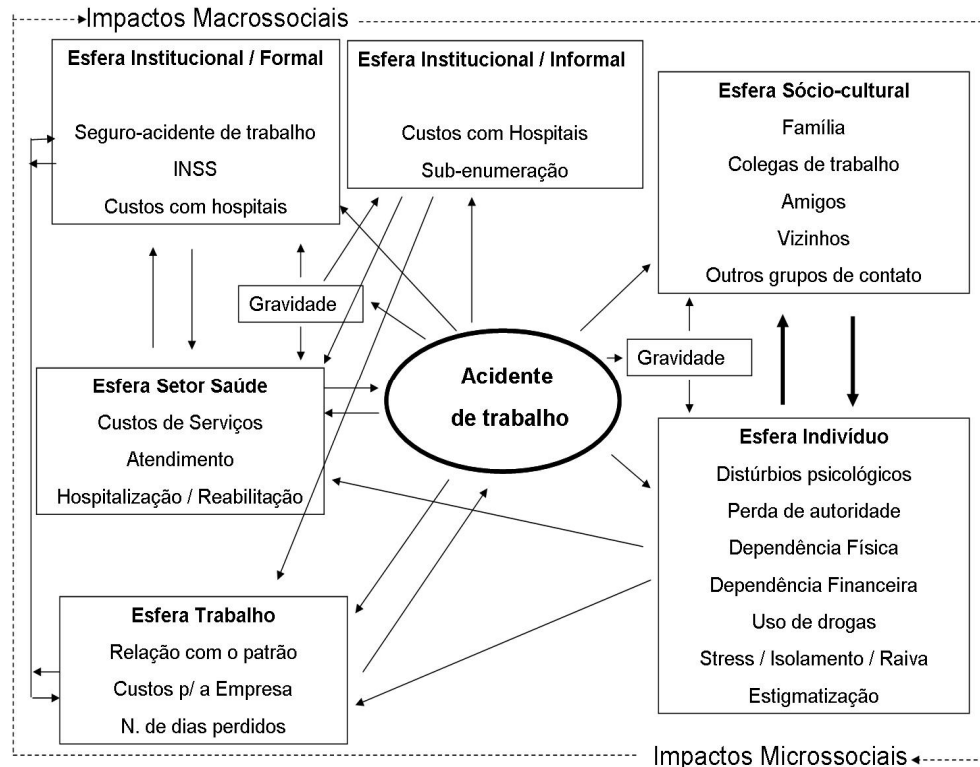
desemprego, abuso de drogas, dentre outros efeitos físico-biológicos e sócio-culturais. (DORMAN, 2000).

Essas conseqüências são de difícil mensuração, pois estão ocultas no seio de representações e experiências vivenciadas no cotidiano, onde os problemas econômicos são apenas parte de um mosaico de narrativas da doença. Dembe (2001) afirma que as conseqüências sociais ou ocultas do AT são difíceis de mensurar ou isolar, pois, apesar do trabalhador ser a pessoa mais diretamente afetada pelo agravo, o acidente pode causar efeitos potencialmente diretos em sua família, colegas de trabalho, seguradoras de saúde, e uma série de grupos sociais onde o trabalhador acidentado faz parte e estabelece vínculos de convivência e relações sociais. Segundo o autor, as repercussões do acidente ocupacional ultrapassam os limites do domicílio da vítima, sendo estendida para sua vizinhança e até outros locais onde haja algum tipo de interação entre a vítima e a comunidade.

Ou seja, existe uma série de fatores sociais, econômicos e culturais que fazem parte da vida cotidiana do trabalhador que, ao ser acometido por um AT grave – seja permanente ou provisório e que o deixe incapacitado para realizar seu trabalho – faz com que altere de maneira significativa sua constituição enquanto “ser que trabalha” e, também, enquanto membro e/ou provedor de uma família, experiência que o deixará frente ao desafio de reconstruir a própria vida. Através das experiências narrativas destes trabalhadores, é possível desvelar os processos pelos quais os indivíduos reconstituem sua experiência, essencialmente cultural e localizada em contextos interativos específicos (Rabelo, 1999).

A figura da página posterior mostra como o AT inter-relaciona, em contextos macro e micro-social, os diferentes processos que envolvem custos monetários e problemas sociais para os trabalhadores, formalizados ou não, com as diferentes esferas, de acordo com a gravidade do agravo:

Figura 1.0: Impactos macro e microsociais do AT.



É escassa ainda a produção de trabalhos de cunho antropológico que foquem a experiência de “estar acidentado” e seu impacto no cotidiano das pessoas que passam por este processo. Segundo Tittoni (1994), estudos que privilegiem o ponto de vista do trabalhador, com base nas experiências vivenciadas, se torna possível apreender a “subjetividade da relação do trabalhador com o seu trabalho, que age sobre ele instituindo formas de pensar, de sentir, de ser e delimita práticas sociais nele referenciadas” (COSTA, 2007), permitindo compreender a complexidade das questões relativas à saúde dos trabalhadores (MINAYO-GOMEZ E THEDIM-COSTA, 2003).

Portanto, é importante conhecer a visão destes trabalhadores sobre a sua experiência em relação ao “estar acidentado”, pois essas narrativas possibilitam compreender as dificuldades destes atores sociais, que interpretam, refletem, subvertem e agem sobre essa realidade construindo uma visão de mundo que reflete as contradições e conflitos presentes nas condições sociais em que estão inseridos (MINAYO, 1992).



Boden et al. (2001) destacam que estudos que revelem os aspectos não-econômicos do AT são necessários e devem ganhar destaque na produção científica. Segundo este autor, cientistas sociais, recentemente, começaram a “pintar o quadro das conseqüências sociais que os economistas acham tão difícil de capturar” (p. 1). No entanto, essas previsões são ainda na esfera conceitual de definição dos custos dos ATs, sem pesquisas empíricas que privilegiem as narrativas dos trabalhadores na compreensão da experiência do AT.

Nesse sentido, esse artigo objetiva compreender as conseqüências sociais do AT, através das narrativas de 3 trabalhadores que sofreram AT grave, com seqüelas, através da descrição da experiência de “estar acidentado”, suas características e aspectos, bem como a maneira como essa vivência se reflete no cotidiano de vida destas pessoas.

### **Considerações Teóricas**

Este artigo fundamenta-se no aporte teórico-metodológico da Fenomenologia e da Antropologia Médica, ferramentas teórico-conceituais indispensáveis para o desvelamento do cotidiano dessas pessoas, bem como da apreensão inter-subjetiva do processo saúde-doença, caucada na noção de experiência da enfermidade, e desenvolvido através das narrativas da doença (*illness narratives*), expressas no mundo do cotidiano.

Sempre que se deseja dar destaque à experiência de vida das pessoas, a Fenomenologia surge como instrumental teórico adequado para o acesso e conhecimento dessa realidade, na medida em que o informante, ao contar a sua história, narrando os fatos subjacentes à sua experiência, “nos introduz na sua vida, sensibiliza-nos e coloca-nos como participantes da sua experiência, fazendo do pesquisador sujeito dessa experiência” (DUTRA, 2002, p. 01). A Fenomenologia, segundo Merleau-Ponty (1962 apud GOOD, 1994), oferece “um relato de espaço,

tempo e o mundo como nós ‘o vivenciamos’, e tenta dar uma descrição direta de nossa experiência como ela é”.

A pesquisa fenomenológica enfatiza a dimensão existencial do ser humano, propondo a apreensão da realidade através de uma “volta às coisas mesmas”, no dizer de Husserl. É tarefa da Fenomenologia, conforme Merleau-Ponty (1999), o estudo das essências, a partir da facticidade, da existência do homem no mundo, descrevendo o significado das experiências inter-subjetivas das pessoas em sua vida cotidiana (CRESWELL, 1998), e analisando as vivências intencionais da consciência para, assim, perceber o sentido dos fenômenos (MOREIRA, 2002). Estes estudos, segundo Alves (2006), emergiram no início da década de 80, inicialmente preocupando-se com a experiência e significados construídos por doentes crônicos e, atualmente, encontra-se difundido em quase todas as áreas das Ciências Sociais em Saúde.

Alfred Schutz, fundador da chamada Fenomenologia Social, afirma que a tarefa desta disciplina é a “compreensão da atitude-natural do homem no seu mundo-vida” (LAPASSADE, 2005, p. 37). Este mundo-vida é o seu cotidiano, que, segundo Berger e Luckmann (1966, p. 35), “apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente”. Nesse sentido, Schutz (apud. MACEDO, 2006) afirma que o homem encontra-se imerso a um conjunto dos objetos e dos acontecimentos do mundo cultural e social, vivido pelo pensamento do senso comum, emergindo num mundo de numerosas relações de interação. Um mundo inter-subjetivo, potencialmente acessível a cada um de nós.

Vivemos em um mundo de múltiplas realidades, onde a realidade da vida cotidiana se apresenta como a realidade por excelência, apresentando-se como natural, onde repousa a validade de todos os objetos existentes (SCHUTZ E LUCKMANN, 1973). Esse mundo cotidiano se apresenta a nós como uma realidade *exterior e objetiva*, que independe de nossas vidas e vontades. Para Berger e Luckmann (1966), as pessoas apreendem a realidade da vida diária como uma realidade ordenada, sendo considerada normal. A linguagem utilizada na vida

cotidiana é que nos proporciona continuamente estas objetivações indispensáveis e dispõe a ordem dentro das quais estas adquirem sentido e, também, onde a vida adquire sentido (SCHUTZ & LUCKMANN, 1973).

Nesse mundo da vida cotidiana, organizado de maneira ordinária, as pessoas desenvolvem o que Schutz (1979) chama de “atitude natural”, que mostra como a vida cotidiana se apresenta a nós como uma realidade exterior, objetiva, independente de nossas vontades e vidas. Um mundo pré-existente, que pressupõe a existência dos objetos independente dos indivíduos, do significado independente da vontade individual, constantes e inquestionáveis, para onde nossos interesses se dirigem. Portanto, o *self* constrói-se no seio das interações cotidianas, onde a inter-subjetividade é condição primordial para a atribuição de sentidos e construção de significados socialmente mediados (MACEDO, 2006).

A linguagem da vida cotidiana é que permite continuamente essas objetivações indispensáveis e dispõe a ordem pela qual elas adquirem sentido, onde o cotidiano adquire sentido e é partilhado inter-subjetivamente. Para isso, a linguagem adquire papel importante, pois permite a verbalização das experiências socialmente construídas e significadas continuamente no cotidiano. Essa experiência provém de um estoque de conhecimentos, onde uma pequena parte do conhecimento individual tem origem na experiência pessoal. A parte mais importante da experiência é transmitida pelos amigos, pais, professores, sendo de origem social (LEITER, 1980 apud. MACEDO, 2006).

Assim, o mundo da vida cotidiana funciona como um código de referência para os indivíduos (SCHUTZ, 1979), legitimado sócio-culturalmente por seus semelhantes. Essa produção de significados é resultante da interação com os outros. Portanto, é um *saber social* socialmente distribuído e tácito, fundada no interesse prático e concreto pelo mundo (LAPASSADE, 2005). Nesse sentido, quando comparadas com a realidade da vida cotidiana, outras realidades, como a religiosa ou a arte, aparecem como zonas limitadas de experiência e significado, incrustadas no mundo cotidiano (BERGER E LUCKMANN, 1979).

É, portanto, no mundo da vida cotidiana que a experiência reflete os significados que cada cultura confere aos fenômenos sociais. Desde o final do século passado, pesquisadores como Good (1994), Kleinman (1978) Young (1982) argumentam que saúde e doença são culturalmente elaborados, interpretados e vivenciados. Cada cultura tem sua própria linguagem para se lidar com a enfermidade e os processos de saúde-doença, através de significados socialmente construídos e compartilhados (HELMAN, 1994).

O processo de adoecimento, e também de “estar acidentado”, é uma experiência que, em sua essência, é um fenômeno cultural (GOOD, 1994). Segundo Alves e Rabelo (1999, p. 171), a experiência da enfermidade significa “a forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação”. Para a pessoa que está doente, e também para o médico, a doença é “experienciada como presente no corpo. Mas, para o sofredor, o corpo não é simplesmente um objeto físico ou estado fisiológico, mas uma parte essencial do *self*” (GOOD, 1994). Mais ainda, esse processo experiencial, as “respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores” (ALVES E RABELO, 1999, p. 171), sendo a experiência da enfermidade uma realidade construída por processos significativos intersubjetivamente partilhados (ALVES, 1993).

É através da experiência que os antropólogos de orientação fenomenológica acreditam ser possível conhecer as formas culturais de construção da enfermidade. O acidente ocupacional, ao deixar seqüelas decorrentes de alta gravidade, marca a experiência dos indivíduos. Tal experiência se torna um “todo”, uma experiência de totalidade. Ultrapassa um simples quadro de sentimentos, sendo uma dimensão de toda a sua percepção (GOOD, 1994). Essa situação invade seu cotidiano e suas atividades diárias, onde se percebe com mais clareza as ações dos indivíduos frente aos dilemas e dificuldades decorrentes do estar no mundo. A linguagem utilizada na vida cotidiana é que nos proporciona continuamente estas objetivações indispensáveis e dispõe a ordem dentro das quais estas adquirem sentido e, também, onde a vida adquire sentido (RECORDER, 2005).

Assim, ao afirmar o caráter subjetivo da enfermidade, e da experiência decorrente do acidente ocupacional, tomamos como referência a idéia de que a enfermidade é construída em um contexto cultural, que dota a experiência de adoecer, ou de “estar acidentado”, um processo simbólico compartilhado com o outro, onde existem parâmetros que norteiam e dão o significado da enfermidade. Estes quadros de referência são internalizados entre os indivíduos, como uma espécie de estoque de conhecimentos (SCHUTZ, 1979), onde o mundo da vida cotidiana funciona como um código de referência legitimado sócio-culturalmente. Os parâmetros culturais servem de suporte social para que os indivíduos interpretem suas dores e queixas decorrentes da enfermidade, e ajudam a dar sentido à vida cotidiana outrora diferente. Somente dentro das coordenadas estabelecidas intersubjetivamente a enfermidade e o acidente ocupacional são admitidas como fatos evidentes *per si* (ALVES, 2006).

A Antropologia, nesse sentido, traz um importante arcabouço para o entendimento desses processos, na medida em que conhecer o cotidiano significa, também, deparar-se com o complexo jogo simbólico que permeiam as relações sociais. Numa sociedade pautada em relações assimétricas e medicalizadas do processo saúde-doença, é necessário pensar que os sistemas médicos são sistemas sociais e culturais (KLEINMAN, 1978). A cultura é aqui entendida como um sistema simbólico, onde as pessoas interpretam e dão sentido ao mundo (GEERTZ, 1989). Esse sistema de signos forma um conjunto de princípios, regras e significados que moldam a forma de viver das pessoas, expressas em contextos sócio-históricos localizados e que articulam representações, onde se inclui conceitos culturalmente construídos de saúde, doença e trabalho (IRIART, 2004).

Tomar a enfermidade como algo culturalmente construído e imanente a um contexto social, nos leva a diferenciar o modo como o “estar doente” é apreendido e interpretado na visão médica e na do paciente. Segundo Buchillet (1991), as representações e as práticas relativas à doença e seu tratamento, recobrem diferentes realidades que são dificilmente apreendidas pela linha conceitual da biomedicina. Isso porque o sistema médico oficial, pautado na biomedicina, dá

ênfase à doença enquanto *disease*, conceituada como apenas a desordem de funcionamento orgânico, que leva o indivíduo a apresentar sintomas físicos que alteram a sua saúde (KLEINMAN, 1978). Não inclui a dimensão social ou o contexto cultural em que aparece (HELMAN, 1994). Sua causa e quadro clínico serão sempre os mesmos, independente das sociedades onde ocorra.

É sabido que, nas sociedades ocidentais, o saber médico se impõe às percepções do senso comum (HELMAN, 1994), por questões históricas que resultaram na criação de uma classe médica que se auto-proclama como a que pode resolver os problemas de saúde, medicalizando a relação médico-paciente e resumindo a consulta a um sistema de exames de identificação de patologias e problemas de funcionamento do organismo (ADAM E HERZLICH, 2001). Além disso, o caráter dominador da medicina tem induzido a prática médica a controlar cada vez mais o corpo, os eventos da vida humana, os ciclos biológicos e a vida social (BOLTANSKI, 1979).

Antropologia no contexto da saúde serve de ferramenta importante no desvelamento de processos que envolvem a construção cultural do conceito de saúde-doença nas sociedades modernas, que produz estruturas simbólicas, metáforas e outras figuras ligadas à doença (CAPRARA, 2003). Na perspectiva da Antropologia, “o universo sócio-cultural do doente é o contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e o comportamento diante delas” (UCHÔA & VIDAL, 1994, p. 503), buscando, através da descrição dos processos de adoecer das pessoas mostrar as formas com que à sociedade e os indivíduos ressignificam em seu contexto a condição de doente, é a pesquisa qualitativa. Assim, a antropologia médica permite relativizar os conceitos convencionais da perspectiva da biomedicina, re-elaborando formas de entender as diferentes relações dentro dos setores biomédicos.

A experiência decorrente de acidentes de trabalho e outras enfermidades constituem formas de expressar um sistema cultural de saúde-doença e, para entendê-la, devem-se ultrapassar os limites da relação biomédica, de modo que este processo saúde-doença, como um processo *cultural* que é, seja entendido como

algo polissêmico – como é difundido o conceito de “cultura” na antropologia interpretativa –, ou seja, dotada de diversas formas de interpretação, vivências, significados e experiências que são a todo o momento reforçado na esfera social, e vivenciado no cotidiano das pessoas.

A doença faz parte dos processos simbólicos e não é uma entidade percebida e vivenciada universalmente e, da mesma forma, é um processo experiencial; suas manifestações dependem dos fatores culturais, sociais e psicológicos que operam em conjunto com os processos psico-biológicos (Good 1994; Alves 1993). Essa experiência, segundo Alves e Rabelo (1993), é complexa porque sempre fornece modelos inacabados de uma realidade sempre dinâmica. Nesse processo, os indivíduos experienciam a doença modelados por orientações sócio-culturais de um contexto.

No entanto, no decurso do processo, negociações em diferentes situações sociais e em redes particulares de relação, na interação social, faz com que cada doente “negocie” maneiras de uma mobilização no sentido de recompor a ordem fragmentada, instituindo novas maneiras e adquirindo novos significados que possam dar conta da reconstrução da “atitude natural” perdida, ou “converter o extraordinário novamente em ordinário, estabelecer uma nova ordem das coisas e uma nova cotidianidade significativa” (ALVES E RABELO, 1999).

Para Good (1994), estudar a experiência da doença é o campo que interessa à antropologia médica. A cultura, tomando em sua afirmativa a asserção de Kleinman (1973 apud GOOD, 1994, p. 53), provê a “ponte simbólica entre os significados intersubjetivos e o corpo humano”. Entender o “idioma cultural” que traduz as representações da doença torna-se a tarefa do pesquisador. Para tanto, Geertz (1989) traz uma importante contribuição acerca do conceito de cultura, definido como um sistema simbólico; formas de pensar e agir que conformam uma visão de mundo; valores e motivações conscientes e inconscientes; uma espécie de lente através da qual as pessoas interpretam e dão sentido ao seu mundo.

Cada realidade cultural tem sua lógica interna, a qual se deve procurar conhecer para que façam sentido as suas práticas, costumes e concepções. De acordo com essa perspectiva, as percepções, as interpretações e as ações são culturalmente construídas (COSTA, 2006). É no mundo cotidiano que essas maneiras de ver o mundo encontram-se difundidas, atentando para a importância do saber local como recurso de interpretação das formas simbólicas culturalmente construídas que se mostram externalizadas na vida cotidiana das pessoas (GEERTZ, 1997).

Para se chegar à essência do fenômeno experienciado, neste caso o modo como trabalhadores acidentados significam a experiência do acidente ocupacional, a narrativa da doença, *illness narratives* (GOOD, 1994) é a ferramenta-chave para o processo de descrição e entendimento do processo de viver cotidianamente a doença e suas conseqüências.

GOOD (1994) afirma que estudos interpretativos que utilizam referenciais da Fenomenologia para entender “a relação de significado e experiência como fenômenos intersubjetivos”, e de que maneira tal relação se configura no mundo do senso comum, imediato e de experiências vividas, podem ajudar a entender a experiência de “estar doente”, e é nas narrativas daqueles que vivenciam esta realidade que se provê a base para se aprofundar no mundo das enfermidades – incluo aí os AT`s -, examinando como o mundo do dia-a-dia é sistematicamente subvertido, “desconstruído” e ressignificado.

As narrativas apontam para o futuro, com esperança e ansiedade, normalmente mantendo várias leituras provisórias do passado e do presente. Nesse sentido, as narrativas devem ser organizadas como forma de uma série de eventos, mas esta série é apenas uma rede pela qual se alcança algo mais. As “*illness narratives*” (id.) são, então, estruturadas em termos culturais e dão forma a modos distintos de experiências vividas.

A narrativa, segundo Ricoeur (apud MISHLER, 2002, p. 99), “é considerada como uma técnica verbal para recapitular a experiência”, que apresenta um enredo,



que determina uma seqüência de eventos e é transformada em história (RICOEUR, 1980). Uma narrativa é mais do que uma coisa sobre a outra, onde os eventos narrados assumem uma dimensão temporal com base na significância para o narrador. O significado dos eventos e seqüências estão constantemente sendo re-enquadrados dentro do contexto das vidas em curso (MISHLER, 2002).

O “contar histórias” é um tipo importante de atividade porque as narrativas ajudam as pessoas a “organizar suas experiências em episódios significativos que retratam modos culturais de racionalização e representação” (BERGER 1977 apud FRASER, 2004, p. 180). É o caminho fundamental de dar significado à experiência, permitindo aos narradores comunicar o que é significativo em suas vidas. As narrativas oferecem um poderoso meio de modelar a conduta, porque os narradores dizem o que dá significado e inspira suas vidas (GARRO E MATTINGLY, 2000).

Ao sofrer um acidente ocupacional grave, o trabalhador inicia o processo de conferir significação ao seu processo de enfermidade. Há uma ruptura de seu cotidiano de vida, antes ordenado e orientado por condutas que precisarão ser revistas, adaptadas à sua situação de doente. Suas narrativas, portanto, não são mera expressão de uma subjetividade isolada, mas uma tomada de posição em um campo interativo (RABELO, 1999). Nesse sentido, as narrativas que os indivíduos produzem não são meras representações individuais imperfeitas de seu mundo fechado, tampouco reflexo do que viram e fizeram, mas meios significativos de organização de sua experiência no convívio com os outros, tendo uma ordem coerente e significativa.

Essa quebra do cotidiano leva a processo de gerenciamento da enfermidade, criando novas práticas, ressignificando ou excluindo outras, para ,levar o sujeito acidentado a uma mobilização no sentido de recompor a ordem fragmentada, instituindo novas maneiras e adquirindo novos significados que possam dar conta da reconstrução da “atitude natural” perdida, ou “converter o extraordinário novamente em ordinário, estabelecer uma nova ordem das coisas e uma nova cotidianidade significativa” (ALVES E RABELO, 1999).

Nesse contar de histórias, o tempo possui uma dimensão própria da narrativa, no qual Mischler chama de pontos de virada (2002) se tornam os agentes seqüenciadores da lógica narrativa. Esses pontos de virada levam a uma releitura do passado, ressignificando-o de acordo com o contexto atual da história. Freqüentemente, segundo Ochs (1997, p. 197), a história procura especificar um “evento-chave que quebra o equilíbrio do ordinário, revendo circunstâncias”. O acidente ocupacional, bem como doenças crônicas, são eventos que se tornam enredos que orientam o contar das histórias, e, ao narrá-los, descreve-se um processo inter-subjetivo e sócio-cultural construtivo, situado em cenário contextual específico de interação e histórico. Nesse processo, “texto, contexto e significado são entrelaçados” (GARRO & MATTINGLY, 2000, p. 22).

Como afirma Geertz (1989), o homem está preso a uma teia de significados que ele próprio teceu. A cultura é, então, entendida como maneiras de viver, pensar e criar significados simbolicamente construídos, e o discurso do nativo, portanto, possui relevância para desvelar os processos sócio-cognitivos da interação social do homem com o seu semelhante, criando formas de agir, pensar e viver culturalmente compartilhado (id., 1997). Essas formas são evidenciadas no cotidiano e nas narrativas, permitindo-se conhecer a essência da experiência dos indivíduos. As *illness narratives*, segundo Kleinman (1978, p.3), refletem a “experiência inata do homem de sintomas e sofrimento”.

Portanto, conhecer a maneira como os trabalhadores dão significado ao processo de estar acidentado, suas dificuldades e tensões, enfim, o que se convencionou nesse artigo denominar as conseqüências sociais do AT, é fundamental para compreender como esses atores sociais lidam cotidianamente com os problemas da doença física e sócio-cultural, no contexto de uma metrópole brasileira.

## Metodologia

Esta pesquisa é de cunho qualitativo e de aproximação etnográfica, confrontando as experiências de trabalhadores acidentados, suas angústias e seu cotidiano, com o próprio movimento dialético do pesquisador de suas pré-noções, onde “seus valores ou suas visões de mundo deixam de ser obstáculos e passam a ser condição para compreender as diferenças e superar o etnocentrismo” (CARDOSO, 1986, p. 102).

A pesquisa se insere no contexto de um projeto maior<sup>2</sup>, coordenado pela Profa. Dra. Vilma Santana, coordenadora do Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador (PISAT), do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Tal projeto, de nome “Custos Econômicos e Sociais Diretos e Indiretos dos Acidentes de Trabalho: um estudo de coorte”, de desenho longitudinal prospectivo realizado com indivíduos vítimas de acidentes de trabalho atendidos em serviços de emergência de dois hospitais públicos de Salvador que integram a rede SUS. O projeto maior teve por objetivo estimar os custos mensais dos acidentes de trabalho e o seu impacto social e familiar de acordo com a gravidade do acidente, a partir de uma abordagem epidemiológica. Já a presente pesquisa, lançou mão de metodologias qualitativas, buscando dar conta da dimensão sócio-cultural do processo saúde-doença e de como este processo implica em conseqüências sociais do AT.

Os informantes-chave da pesquisa foram selecionados a partir do trabalho de campo do projeto maior, que identificou trabalhadores acidentados por causas externas relacionadas ao trabalho nos referidos hospitais. Por acidente de trabalho entendeu-se “qualquer dano infligido ao corpo por transferência de energia durante o trabalho (típico), ou no deslocamento casa/trabalho/casa (trajeto), que envolvesse uma curta duração entre exposição e efeitos identificáveis, aproximadamente 48 horas após a ocorrência do evento/circunstância” (HAGBERG et al. apud SANTANA

---

<sup>2</sup> A metodologia do Projeto “Custos...” encontra-se na seção “Anexos”.

et al., 2003). Para efeito de operacionalização desta pesquisa considerou-se AT grave aquele que manteve o trabalhador afastado por, pelo menos, seis meses de seu trabalho, ou tenha deixado o trabalhador total ou parcialmente incapacitado, e com a classificação AIS=5.

Durante um período de aproximadamente dois anos, a depender da gravidade de cada caso, os acidentados foram acompanhados mensalmente pela equipe do projeto epidemiológico. Ao final do projeto, identificaram-se 446 casos de AT's, sendo 89 classificados como casos graves ou críticos (AIS = 4 ou 5), seguindo a classificação internacional da *Abbreviated Injury Scale*<sup>3</sup> (SANTANA et al, 2005).

Excluindo-se os trabalhadores que faleceram durante a pesquisa, 9 trabalhadores acidentados foram classificados com o AIS=5. Destes, 5 casos foram selecionados para o acompanhamento qualitativo, pois, passados 2 anos da entrada no hospital, quando teve início o trabalho de campo da presente pesquisa, ainda estavam em fase de tratamento. Houve 2 recusas em participar do projeto, sendo uma delas recusa em fazer as entrevistas gravadas.

O trabalho de campo foi realizado de acordo com três níveis de organização, seguindo a estrutura proposta por Bibeau (1992): (1) nível factual e comportamental em que as práticas cotidianas são observadas, bem como informações complementares, coletadas para dar ao pesquisador a noção da extensão do problema; (2) nível narrativo onde se realiza a coleta de narrativas sobre casos que expressam a interpretação que os informantes têm sobre os signos, significados e práticas do problema pesquisado; e (3) nível interpretativo: trabalho cooperativo visando desenvolver uma “hermenêutica propriamente antropológica” dos discursos.

---

<sup>3</sup> A escala AIS tem base anatômica, classificando as lesões de acordo com partes do corpo (cabeça, tórax, abdômen, membros superiores e inferiores, superfícies externas); e a gravidade das lesões (extensão e profundidade do ferimento, comprometimento de órgãos internos, como ruptura de vísceras, etc.), empregando-se uma escala ordinal de seis pontos: 1- gravidade leve, 2- moderada, 3 – grave, sem ameaça à vida, 4- grave com perspectiva de morte, porém com sobrevivência provável, 5- gravidade crítica com sobrevivência incerta, e 6-gravidade máxima quase sempre fatal. Estudantes de enfermagem do PISAT fizeram a classificação de gravidade com base na narrativa do acidentado, a marcação no instrumento de pesquisa dos locais do corpo onde houve lesões, no diagnóstico inicial anotado na FIT e no tempo de afastamento que o AT ocasionou no indivíduo.

Desenvolveu-se nas residências dos informantes, através de visitas domiciliares consentidas para se realizar o trabalho etnográfico de observação participante. Os três informantes-chave foram acompanhados em seu cotidiano durante os meses de maio à agosto de 2007, utilizando-se as seguintes técnicas de apreensão dos dados qualitativos (MINAYO, 1992): (1) entrevistas narrativas gravadas e, posteriormente, transcritas; (2) observação-participante, em geral do contexto familiar e da relação do informante com cônjuge e filhos (as); e (3) uso do diário de campo, a fim de tomar nota de informações importantes não captados pelas entrevistas.

Ao identificar esta pesquisa para os informantes, explicou-se que se tratava de uma continuação da realizada anteriormente. Isso contribuiu para que eles aceitassem participar, permitindo adentrar no universo simbólico dos informantes e no viver dessas pessoas, utilizando suas biografias e histórias de vida para construir redes de significados em torno do cotidiano do trabalhador acidentado (VELHO, 2003).

As características gerais dos informantes:

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Est. Civil</b>	<b>Filhos</b>	<b>Renda atual</b>	<b>Estado de saúde atual</b>
A. (Silva)	42	M	Casado	4	R\$ 898,00	Ainda em tratamento
E. (Santos)	39	M	Casado	2	R\$ 1194,00	Ainda em tratamento
N. (safira)	36	F	Casada	1	R\$ 380,00	Ainda em tratamento

Todos os informantes moram em imóveis alugados, e tem em torno de 2 anos de tratamento pós AT. Além disso, recebem auxílio do INSS.

Apesar de saber que o processo de construção e reconstituição do cotidiano do trabalhador acidentado envolve vários sujeitos, como a família, amigo, patrões e

colegas de trabalho, o bairro onde vive, orientação religiosa e tantos outros que estão correlacionados neste microcosmo simbólico, este trabalho limita-se a analisar as conseqüências sociais do AT do ponto de vista das experiências e narrativas do trabalhador acidentado.

Para tanto, a principal ferramenta de apreensão de dados foi a **etnografia**, onde o trabalho do antropólogo, segundo Geertz (1989) através da “descrição densa” – escrita etnográfica sobre esses símbolos, mitos, rituais e o ato de reflexão sobre essa própria escrita antropológica, também inscrita numa determinada cultura – seria a de “desvendar” de forma mais acurada possível a realidade observada. Geertz destaca ainda os conceitos de experiência próxima e experiência distante, para referir-se respectivamente à forma como os sujeitos de uma cultura compartilhada definem aquilo que seus semelhantes vêem, sentem, pensam, imaginam e que ele próprio entenderia facilmente, se outros utilizassem a mesma maneira e, à forma como os especialistas de qualquer tipo: analista, um pesquisador, um etnógrafo utilizam para levar a cabo seus objetivos científicos, filosóficos ou práticos. O pesquisador deve, então, imergir no universo do grupo ou cultura pesquisada. Para Geertz (id., p. 15), a etnografia interpretativa possui três características na sua descrição: *“ela é interpretativa, o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o ‘dito’”*.

Merleau-Ponty (apud MACEDO, 2006) afirma que a etnologia não é uma especialidade definida por um objeto particular, as sociedades ditas primitivas; é uma maneira de pensar, aquela que se impõe quando o objeto é o outro, e exige que nós nos transformemos. Portanto, tomar os pressupostos teóricos e do trabalho de campo da Antropologia serve de grande valia para a análise de problemas de saúde vivenciados pelos grupos sociais, sendo a etnografia ferramenta importante para dar conta dessa multiplicidade simbólica. A observação-participante permite ao pesquisador assumir um papel de possível aceitação no ambiente do sujeito observado, convivendo com ele no seu próprio contexto com o objetivo de compreender seu idioma “cultural”, ou ver as coisas do ponto de vista do nativo, tal como Geertz (1997) sugere.

A Antropologia ampliou seus limites de atuação e de entendimento de mundo. A cidade torna-se objeto privilegiado de estudo e os antropólogos crescentemente identificam e constroem objetos de investigação no meio urbano (VELHO, 2003). Ao estudar grupos que compartilham de um mesmo sistema de representações que o pesquisador, deve-se sempre atentar em certos cuidados para não cair em reducionismos ou excessos. Conforme aponta Velho (1981),

[...] há descontinuidades vigorosas entre o 'mundo' do pesquisador e outros mundos, fazendo com que ele, mesmo sendo nova-iorquino, parisiense ou carioca, possa ter experiência de estranheza, não-reconhecimento ou até choque cultural comparáveis à de viagens a sociedades e regiões 'exóticas'<sup>4</sup>.

A observação participante permite que o observador fique em relação face-a-face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (SILVA, 2006). Além disso, esta técnica possibilita a detecção de reações afetivo-emocionais sobre os temas investigados, que são pouco detectáveis em entrevista.

Os trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa foram extremamente receptivos e se prontificavam a “bater um papo<sup>5</sup>” sobre o AT e as conseqüências dele em suas vidas. Em um primeiro momento houve encontros com conversas informais para, após ganhar a confiança dos informantes, realizar as entrevistas gravadas.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos informantes, em horários previamente marcados por eles, com duração em torno de duas horas.

---

<sup>4</sup> “*Tornar o exótico familiar e o familiar exótico*”. Retirando quaisquer tipos de pré-noções que estes termos carregam, esta frase de Gilberto Velho resume toda a metodologia etnográfica. A qualidade dos dados são obtidas graças a uma literatura sistemática e atualizada do pesquisador, e sua capacidade de *ver, ouvir, pensar*, sempre registrando em sua caderneta de campo.

<sup>5</sup> Essa estratégia de gravação das narrativas se mostrou eficaz, na medida em que os informantes se sentiam à vontade pra falar, e mesmo sabendo da existência do gravador, não ficavam receosos.

Para a etapa de produção de dados, foi desenvolvido um roteiro de entrevista (anexo) elaborado a partir do agrupamento de temáticas relevantes a serem abordadas nas entrevistas em profundidade com o intuito de atender aos objetivos da pesquisa narrativa. Esse roteiro servia apenas de orientação para não se esquecer de mencionar ou perguntar tópicos importantes, e o entrevistado ficava livre para abordar em sua narrativa esses aspectos da maneira que melhor entendesse. Assim, dividiu-se as entrevistas gravadas em 3 módulos narrativos, realizados em sucessivos encontros e com os seguintes temas:

1. Módulo 1 – narrativas sobre o trabalho;
2. Módulo 2 – narrativas do acidente ocupacional;
3. Módulo 3 – narrativas sobre as conseqüências do acidente de trabalho na sua vida cotidiana.

As narrativas são amplamente usadas no âmbito da Antropologia e da Saúde Coletiva como forma de “obter acesso aos sentidos atribuídos e à experiência dos indivíduos e de seus esquemas interpretativos no que concerne à realidade da vida cotidiana, com enfoque no fenômeno do adoecimento humano” (LIRA et al., 2003, p. 1-2). Para melhor dimensionar e compreender a experiência desses trabalhadores acidentados com o mundo, sua rede de interação social, é necessário conhecer o contexto em que fora produzido (CAPRARA & VERAS, 2005).

### **Plano de análise**

As estratégias utilizadas para a análise de dados nesta pesquisa seguiram a vertente qualitativa, buscando elaborar articulações utilizando conceitos de tradições sócio-antropológicas aparentemente distintas, mas com conexões importantes para se entender o processo AT – Cotidiano – Cultura: a Fenomenologia, a Antropologia Interpretativa e a Antropologia Médica, pautada nas noções das chamadas “illness narratives” (GOOD, 1994. ALVES & RABELO, 1999). O objetivo, portanto, de estudos qualitativos de abordagem interpretativa da cultura é de procurar sentido e significação para o “emaranhado de signos e significados” que fornecem maneiras



de agir e de pensar de grupos sociais específicos (GEERTZ, 1989). Ela não se constitui num processo mecânico, mas o trabalho intuitivo e criativo do pesquisador é parte essencial da análise qualitativa (BAUER, 2002).

Os dados foram analisados através da criação de categorias êmicas/éticas utilizando o referencial fenomenológico, analisando os significados e a essência de cada experiência para construir um quadro de referência de como o fenômeno foi experienciado (CRESWELL, 1998). Nesse sentido, a articulação com o conceito com o conceito de cultura na perspectiva antropológica permitiu conhecer os símbolos e significados que permeiam o universo social dos trabalhadores acidentados, privilegiando seus pontos de vista, através de uma abordagem fenomenológica para dar conta de suas narrativas acerca do AT, entendendo o cotidiano como o *locus* onde as experiências se manifestam com mais intensidade.

Mais do que isso, no cotidiano os signos culturais são expressos, e é onde a multiplicidade que forma essa rede de significados torna-se “concreto” na realidade. A abordagem etnográfica, então, permite entender e interpretar esse “idioma” culturalmente construído.

Portanto, todo o processo de análise passou pela interação entre os conceitos presentes nas narrativas das doenças (GOOD, 1994), enquanto processo de descrição de como o fenômeno foi experienciado (CRESWELL, 1995), com os da antropologia interpretativa, assumindo que todo o processo de interação social é, também, permeado pelos símbolos e significados partilhados pela cultura destas pessoas (GEERTZ, 1989). Assim, o trabalho dá conta de fazer uma análise antropológica da realidade da ação humana (JACOBSON, 1991), buscando, assim, elucidar o objetivo deste projeto, que é entender e conhecer as conseqüências sociais do AT do ponto de vista dos trabalhadores informais acidentados.

Foram criadas matrizes de análises com o objetivo de aproximar as falas dos informantes com as informações do caderno de campo, agrupadas por experiência, a fim de estabelecer um diálogo entre os trabalhadores, os pressupostos teóricos e as observações do pesquisador. Nesse sentido, categorias de análise aparecem

como “mediadores” deste processo, sempre em constante mutação, pois o campo é quem prediz muito sobre o surgimento de categorias e a exclusão de outras. Assim, a interpretação coloca-se “entre a linguagem e a vida vivenciada por meio de uma série de conceitos interpretativos entre os quais o distanciamento, a apropriação, a explicação, a compreensão” (RICOEUR apud CAPRARA & VERAS, 2005). Dessa maneira, seguiu-se um processo dialético de aproximação e distanciamento do *corpus* da pesquisa para torna-lo algo familiar, próprio e dotado de significação.

As entrevistas foram codificadas no NUD-IST (programa que permite armazenar, categorizar e cruzar informações não estruturadas), versão N-Vivo, facilitando a análise das categorias. As entrevistas narrativas foram agrupadas em categorias de análise para, assim, compor o quadro de referências da análise. Com base no que foi relatada acima, a preocupação foi conhecer as experiências dos atores, e a importância delas na constituição da cultura que permitiu expressar-se nas falas e práticas dos mesmos.

### **Aspectos Éticos**

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-ISC) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, com o protocolo 022-07/CEP-ISC, de 12 de julho de 2007. É garantido que, na seleção dos participantes deste estudo, não houve exclusão por gênero, raça ou outras características sociais e econômicas. O investigador está consciente do cuidado necessário no trato de pessoas que acabaram de sofrer um trauma físico, que além das lesões corporais freqüentemente se encontram sob forte impacto psicológico, sofrendo dores ou temerosos de seqüelas e incapacidades temporárias ou permanentes. Portanto, os temas serão abordados na hora certa e com delicadeza por parte do pesquisador, respeitando as opiniões do pesquisado.

A natureza voluntária da participação e os procedimentos de garantia de confidencialidade e anonimato dos dados foram descritos para os participantes. Vale ressaltar que os mesmos já aceitaram participar do estudo maior, sendo, portanto,

desnecessário que o acidentado e sua família assinassem outro termo de consentimento. Não existe indicação de que os procedimentos do estudo ofereçam riscos para os seus participantes. Todavia, relatos de experiências passadas desagradáveis, como um acidente, podem causar algum desconforto psicológico, embora possa ampliar a consciência dos perigos nos locais de trabalho. Este desconforto pode ser minimizado pelo reconhecimento de que isto pode ser uma contribuição relevante para a comunidade e contribuição na adoção de medidas de proteção no trabalho. Experiências prévias com a população desta cidade têm indicado grande receptividade a pesquisas dessa natureza. Vale lembrar que foi garantido o anonimato dos participantes, sendo de importância maior os dados fornecidos por estes. Adotou-se como estratégia para assegurar o anonimato dos participantes o uso de sobrenomes comumente encontrados na sociedade brasileira.

## **Resultados e Discussão**

Muitos aspectos do que se denominou conseqüências sociais do acidente ocupacional, pautado em narrativas dos trabalhadores com base na experiência vivida (GOOD, 1994) se assemelharam, permitindo, através da descrição do processo vivido, identificar pontos de convergência nas experiências. Entretanto, mesmo apresentando algumas características comuns, o discurso de cada pessoa é próprio, e as trajetórias individualizadas de acordo com aspectos sociais, econômicos e culturais de cada família.

### **Santos: da estiva corrida ao marasmo de “estar sempre em casa”.**

Santos é um rapaz simpático, do alto de seus 39 anos. Quando o vi pela primeira vez, internado em um hospital da rede SUS de uma capital do Brasil, era magro, muito falastrão e aparentava sempre um sorriso nos lábios. Estive com ele muitas vezes na ocasião em que participava do projeto do componente epidemiológico, justamente pelo fato de que ele estava internado no hospital onde participava como pesquisador de campo.

É casado, possui duas filhas (no momento da pesquisa com 8 e 9 anos) e sua esposa é quem está com ele para todos os momentos. É ela quem administra todas as despesas e problemas da casa, tendo se tornado uma espécie de “braço de apoio” para o marido, na medida em que o ajuda a realizar todos os seus afazeres, agora mais difíceis, devido às limitações impostas pelo acidente ocupacional. Santos mora com a esposa e os filhos em um conjunto habitacional de classe média-baixa, e possui um apartamento simples, mas muito bem mobiliado. Segundo Santos, os vizinhos sempre estão prestes a ajudá-lo no que precisar e não há muita violência no bairro.

Santos entrou na estiva no período em que as vagas eram passadas de pai para filho. Um momento em que, na falta de oportunidades melhores, a estiva apresentava-se como uma possibilidade de ganhar um bom salário. Toda o suporte de contratação e administração dos trabalhadores era realizado pelo sindicato, que se tornava um espécie de patrão dos estivadores. Segundo Santos, os trabalhadores da estiva do cais desse centro urbano são contratados em regime informal. No entanto, a empresa faz no INSS um cadastro de trabalhador autônomo para que estes tenham os direitos estabelecidos por lei e segurados pela Previdência Social.

Trabalho pesado, de embarque e desembarque de carga, onde Santos ganha pela produção; quanto mais tempo embarcado, mais horas ele faz de trabalho, mais ele recebe em dinheiro. Há 14 anos ele é estivador. Antes disso, ele trabalhou em fábrica de biscoito e segurança. Mas como o salário era baixo, a estiva se tornou a profissão que o levaria a ter certa “estabilidade” e segurança em termos de salário. Herdou a vaga por um fato que o causou tristeza: era o seu irmão mais velho o dono da oportunidade, mas, devido ao seu falecimento por assassinato, Santos ganha a vaga para suceder o pai no sindicato. Foi uma das últimas pessoas a usufruir desse “benefício”, pois, pouco antes do período em que sofreu o acidente ocupacional, o Ministério do Trabalho impôs uma comissão gestora que passou a administrar a contratação de novos estivadores, eliminando o direito hereditário ao cargo e instaurando a contratação por concurso.

A demanda de trabalho é muito alta; Santos vivia uma correria em que, na maioria das vezes em que estava embarcado, passava de dois a três dias no navio, saía em desembarque, descansava em torno de 10 horas em casa, voltava a embarcar em outro navio, para poder ter um bom salário no fim do mês. Às custas de muito esforço físico, Santos ganhava em torno de quatro salários-mínimos, numa jornada de trabalho de mais de 80 horas por semana. Ele desembarcava e embarcava grandes contêineres dos mais variados produtos, em geral gêneros hortifrutigranjeiros. Os contêineres eram desembarcados em pallets<sup>6</sup>, vindo principalmente de países da América do Sul.

Santos considera sua atividade de trabalho perigosa, já tendo visto vários amigos falecidos por acidente ocupacional, bem como outros sofreram AT com a mesma gravidade do seu. Além do risco de quedas e esmagamento, cargas inflamáveis também é parte do cotidiano de trabalho deles. Santos trabalhava nos dois cais da região metropolitana, e lidava tanto com cargas do que ele chama de “leves”, pois não eram produtos perigosos, como produtos “perigosos”, a exemplo de produtos químicos vindos do Pólo Petroquímico. Nestes casos, eles utilizavam uma roupa de amianto para proteger da contaminação e ingestão dos resíduos desses produtos. Não se usava o cinto por achar que atrapalha em casos do contêiner se soltar, podendo a pessoa ser morta esmagada por ele. O EPI utilizado é o protetor auricular, capacete e luva. Na verdade, faltam equipamentos adequados e adaptados aos riscos ocupacionais inerentes a essa profissão, e nem o Sindicato nem os estivadores parecem perceber essa necessidade.

*Porque veja bem, você trabalha não é com grama, não é com quilo nem não, é com tonelada, entendeu? Então, o mínimo que pode acontecer ali é uma fratura, o mínimo, entendeu, muito mais é vítima fatal.*

---

<sup>6</sup> Grandes plataformas de madeira que sustentam os contêineres e ajudam no desembarque, através de guinchos presos no cais.

Foi nesse contexto de trabalho que Santos teve sua rotina de vida interrompida, ao cair de um contêiner, a uma altura de dez metros sobre o convés de um navio. Sua vida tomaria um novo rumo, com sérias conseqüências psicológicas, econômicas e sócio-culturais. Atualmente, encontra-se recebendo benefício de auxílio-doença do INSS, sem condições de exercer uma atividade de trabalho.

**Silva: “cicatrizando ao contrário”.**

Silva é um rapaz simpático, de 42 anos de idade e sorriso largo, que mora com a esposa, seus 2 filhos e o neto numa casa muito simples em um bairro periférico de Salvador. Eu o encontrei pela primeira vez já no trabalho de campo, quando marcamos a nossa primeira visita para lhe convidar a participar da pesquisa.

A primeira impressão que se tem dele é que parece ser uma pessoa feliz. Sempre de bom humor com as pessoas, não o vi durante o período do trabalho de campo maltratando ninguém, ou demonstrar irritação com qualquer pessoa. Assim também parece a sua condição física. Sempre com uma tipóia no braço direito, devido ao que ele mesmo denomina de sua “fatalidade”. Aparentemente acredita-se que ele está apenas com uma torção no braço imobilizado para tratamento ortopédico. Mas tudo, na verdade, é uma grande fachada, física e pessoal, para o seu problema de saúde. Seu braço está totalmente sem movimentos e seu sorriso, sem a graça.

Sua casa, ainda sem reboco, reflete sua condição financeira. Está sem trabalhar há dois anos por causa da sua condição física. Recebe a aposentadoria do INSS por incapacidade para o trabalho. Sua casa está inacabada. A sala possui poucos móveis, sua cozinha apenas fogão e geladeira velha, e o banheiro não possui sequer encanamento sanitário. Ele é responsável pelo sustento da casa, pois sua esposa teve que parar de trabalhar assim que ele se acidentou. Seus filhos o ajudam em alguns “bicos” que ele faz como vendedor de mariscos no próprio bairro, para complementar a renda familiar.

A trajetória ocupacional de Silva é bem variada. Ele começou a trabalhar ainda pré-adolescente como camelô, vendendo mariscos numa feira. Ele mesmo pescava, enchia os baldes e levava para vender. Mais tarde, quando alistou-se no exército e não foi chamado, passou a buscar empregos com estabilidade ou “fichados”<sup>7</sup>. Trabalhou na construção civil como ajudante de pedreiro, até que, há 20 anos, um vizinho o colocou no ramo da eletricidade.

No início, o desejo de se fixar em um emprego com carteira assinada superava a idéia de não saber nada de eletricidade. Silva começou a trabalhar como ajudante de eletricista, e aos poucos foi aprendendo as “manhas” de se trabalhar com algo tão perigoso. Cinco anos depois, já era eletricista “de gabarito” e sempre recomendado às empresas pelo cabo de turma<sup>8</sup>. Nunca leu manuais e sequer chegou a fazer cursos de eletricidade. Aprendeu tudo que sabe na prática perguntando para os colegas. Orgulha-se em dizer que é um dos poucos eletricistas que conhecem redes difíceis de montar, de tecnologia estrangeira.

Silva fala de sua profissão com muito orgulho. Um de seus maiores ressentimentos reside no fato de não poder mais trabalhar como eletricista. Ser reconhecido como bom profissional em seu meio apesar de ter aprendido tudo sobre eletricidade na prática e só ter estudado até a 5ª. série do ensino fundamental, o deixa muito envaidecido. Ao mesmo tempo, é justamente por ter sido um grande profissional que ele se sente triste e psicologicamente abalado com o rumo que sua vida sofreu após o acidente ocupacional.

Sua rotina de trabalho era árdua; apesar de sempre falar que seu trabalho era tranquilo. A pressão sobre ele era imensa: as interrupções no fornecimento de energia elétrica para que os eletricistas pudessem trabalhar sempre tinham horários determinados e eles precisavam administrar bem o tempo para dar conta da

---

<sup>7</sup> Fichado é o termo utilizado pelos trabalhadores para denominar o trabalho com carteira assinada.

<sup>8</sup> Pessoa responsável por administrar o trabalho do eletricista e seu ajudante, observando se eles estão fazendo suas atividades de acordo com os projetos.

quantidade de serviços a fazer. Entre outras coisas, suas atribuições principais eram consertar problemas na rede elétrica da cidade, quase sempre subindo em postes e lidando com uma rede de alta voltagem, além de instalar novos postes nas ruas da cidade. Silva diz que eles só podiam voltar à empresa com o serviço concluído, independente do horário que terminassem.

A relação de Silva com os riscos inerentes ao seu trabalho é consciente, porém conflituosa. Consciente porque ele compara a eletricidade com uma amizade antiga:

*“eletricidade é que nem você tivesse um amigo, um amigo irmão, nasceu junto os dois, uma amizade de vinte anos. Ela pode terminar em questão de segundos...se ele te pronunciar uma palavra, te ofender, você vai brigar com ele até antes de você matar ele ou ele te matar. Aí você vai dizer o quê depois, fulano é meu amigo, a gente foi criado junto, por causa de uma besteirinha dessa a gente foi ao murro! É igualmente a eletricidade. Você tem que saber que o que ela corre é perigo. Eu sei que a energia tá ali quieta, você sabe que ela trabalha com fogo, você não vê esse fogo, só sabe desse fogo quando fecha uma rede na outra, mas se não fechar tá ali quietinha”. (Silva)*

Ela é também conflituosa, pois mesmo sabendo do risco de morte ao trabalhar com eletricidade, não dispunha de equipamentos de proteção suficientes em bom estado de conservação. Apesar das empresas fornecerem os EPI (botas, calça, luvas anti-condutoras, óculos e capacete), estes equipamentos estragavam com facilidade e havia muita demora para substituí-los por novos. Silva dizia que tinha de procurar no estoque de EPI's usados e velhos, aqueles que tinham melhor condição de uso.

O eletricista é o responsável por todo o andamento do projeto elétrico de qualquer obra. No caso de Silva, que trabalhava em uma empresa terceirizada de uma Companhia Elétrica, ele e sua equipe faziam de tudo, desde revirar cimento, levantar postes, desligar/ligar redes elétricas, construir novas redes nas áreas que necessitavam deste serviço, subir em postes para fazer reparos, dentre outras



atividades ligadas a este tipo de serviço. Quase sempre os serviços eram feitos com rapidez, pois a alta demanda de trabalho os colocava sempre em posição de correr contra o tempo. Silva afirma que muitas vezes ficou sem almoçar por falta de tempo, ou chegou em casa muito tarde por ter de ficar trabalhando depois do seu horário de trabalho. No dia em que sofreu o acidente, estava saindo de uma rota de desligamento para, correndo, seguir para outra. Um poste caiu em sua cabeça e ombros, deixando seu braço esquerdo sem nenhum movimento. De lá para cá, ele diz que essa ferida “cicatrizou ao contrário”, deixando marcas profundas ao invés de sarar.

### **Safira: a providência divina x a dura rotina pós-acidente.**

Safira mora em um bairro violento e periférico da cidade. Aos 36 anos, é casada e mãe de um garoto esperto, que sempre se mostrava curioso em saber por que a mãe estava sendo “entrevistada”. Sua casa simples, porém aconchegante foi o local onde as entrevistas e todo o processo de observação-participante aconteceram. Como ainda estava em construção, devido à falta de dinheiro para terminar, não havia sala, que era o amplo espaço da parte da frente da casa. Apenas os dois quartos, a cozinha e o banheiro estavam terminados.

Já no primeiro contato percebe-se que Safira tem uma inclinação religiosa forte. Não raro em suas narrativas aparecem referências a Jesus Cristo, Virgem Maria e Santo Antonio, este último, segundo ela, seu protetor. Vai regularmente à Igreja, mesmo tendo problemas de locomoção devido ao acidente, em que foi atropelada indo para o trabalho.

Seu marido trabalha como vigilante patrimonial, e Safira trabalhava como empregada doméstica em um apartamento de bairro de classe alta. Vinda do interior, chegou a trabalhar como empacotadora em um supermercado, mas ficou apenas 8 meses e foi dispensada. Como queria estudar, achou no trabalho em serviços domésticos uma possibilidade de tentar conciliar a necessidade de trabalho e estudo. Passou por algumas famílias, ficou desempregada, fez bico vendendo

cosméticos, casou-se e, então, um ano antes do acidente ocupacional, passou a trabalhar em seu último emprego como trabalhadora doméstica.

Safira tinha por função na casa onde trabalhava preparar a alimentação e cuidar da limpeza; não tinha horário fixo, porém, na maioria das vezes, ao terminar logo suas tarefas saía mais cedo. Os patrões eram mais flexíveis e negociaram o trabalho aos sábados, de 15 em 15 dias. Safira referiu que conseguiu as liberações quinzenais se impondo aos chefes, pois se não tivesse feito isso trabalharia até aos domingos.

Ela não acha a atividade de trabalhadora doméstica perigosa. Como trabalhava em um apartamento com muitos empregados, a divisão de tarefas era seguida rigidamente. Safira diz até que o que faz é “simples, coisas do lar”. Não usava EPI's, segundo ela, “por não precisar disso pra fazer coisas de casa”. Mesmo assim, relatou ter cortado os dedos diversas vezes por usar faca afiada demais e ficou com um problema dermatológico nas mãos por usar um produto de limpeza sem luvas que ela descobriu ser alérgica.

Ela chegou a terminar o Ensino Médio, mas a necessidade de criar o filho e ajudar nas despesas da casa a fez decidir continuar trabalhando em serviços domésticos, ganhando um salário mínimo. Entretanto, trabalhando há pouco tempo na casa dessa família, uma tentativa de assalto seguida de atropelamento viria a trazer uma reviravolta em seu cotidiano de vida. Atropelada, perdeu quase cinco centímetros da perna direita e, por consequência, seu trabalho e fonte de sustento.

### **A reconstrução da vida após os acidentes de trabalho**

Após conhecermos as biografias de cada um dos participantes, o esforço que se segue é de compreender os fatos comuns da vivência cotidiana, ressaltando que estas nos revelam “um processo contínuo contextualizado pelas interações sociais, culturais e econômicas, por vezes alterado pela doença” (CAPRARA & VERAS, 2005).

## O acidente de trabalho: ponto de virada

O momento do acidente de trabalho foi uma experiência angustiante e sofrida para os três trabalhadores; marcando uma etapa diferenciada de seu cotidiano ordenadamente construído. Mischler (2002) afirma que pontos de virada são eventos especialmente marcantes, que obrigam a pessoa a rever sua experiência e dar um novo significado para a sua existência social. Descrevem o AT sempre na perspectiva de que poderia ter sido pior; por sorte ou providência divina, não morreram.

*Quando foi em torno de 22:30, aí o navio tava jogando muito, por que tava chovendo, o tempo tava meio ruim. O operador do guincho pegou a carga. Quando ele pegou a carga não teve como ele aprumar devidamente. Com o balanço do navio, eu em cima (do contêiner), aí eu fui tentar “amurar” o contêiner, mas só que ele foi pro lado do mar e depois voltou pro lado do navio. Quando ele voltou, a única opção que eu tinha era pular, porque se eu não pulasse ele ia me esmagar. Aí eu pulei, não tive noção de quantos metros tinha, porque a minha intenção era me salvar, e graças a Deus estou vivo né, porque se eu ficasse eu morreria esmagado, aí pulei aí no lance que eu pulei tive a felicidade de Deus, porque se não fosse ele eu não estaria aqui, e, do mal, aconteceu o melhor né, porque eu fracturei as duas pernas, entendeu, mais foi a única alternativa que eu tive, o pensamento rápido... coisa rápida, e, foi a melhor saída, foi isso aí, foi ter pulado. (Santos).*

*A gente colocou o poste na balança, aí a gente tirou o poste podre e ia repor com um poste bom. Aí colocou o cabo de aço no poste, os colegas correram para trás do carro, e eu fiquei para pegar o pé do poste para colocar em cima do carro. Quando eu fui para pegar o pé do poste, aí me mandam correr. Corre! Aí eu corri para o fundo do carro para ver se dava tempo de eu sair. Quando eu fui chegando no fundo do carro, eu não vi*

*mais nada, só ouvi aquela porrada na cabeça, a vista escureceu e eu caí com a cara no chão. Aí desmaiei e nessa hora não vi mais nada. Dois minutos depois tomei respiração, dizendo que eu era forte, que eu não ia morrer não você é forte... Aí quando procuro um braço para levantar, quem disse? (Silva).*

*Eu saí cedo pra ir pro ponto de ônibus. Aí quando eu vi a arma, eu disse esse homem vai matar todo mundo e depois vai me matar, e aí pronto... foi então que eu entrei em pânico, sei lá o quê, que eu olhei pra pista e não tinha carro nenhum, o sinal tinha fechado e nisso foi o tempo que ele chegou a mim e disse: é um assalto, deixe a bolsa aí! Eu comecei a me tremer toda, aí eu lembro que a bolsa foi descendo... e eu corri pra pista... e depois disso eu não lembro mais de nada... porque eu já estava morta, esticada do outro lado ali da pista... estava olhando pra mim mesmo, e dizendo eu tô bem! As pessoas não me ouviam. Depois eu me vi, aí que eu vi uma luz azul, não esqueço porque todas as cores que eu for escolher pra mim é azul. Chegou perto de mim, de meu coração e me empurrou. Eu voltei pro corpo e falei rapidinho onde é que eu morava, o meu nome, meu endereço... depois desmaiei... (Safira).*

Vale ressaltar também que as narrativas dos trabalhadores enfatizam o acidente como uma fatalidade, algo súbito e inesperado, que os acometeu por força extraordinária (BINDER et al, 1997). Os trabalhadores, em suas narrativas, acreditam que o AT marcou a sua vida como uma fatalidade, onde estavam na hora errada. Apenas Santos chega a formular a idéia de que o patrão poderia tê-lo deixado realizar suas atividades de trabalho depois, mas não o culpa. Em geral, o senso de fatalidade faz com que eles pensem que poderia ter sido com qualquer pessoa, mas aconteceu com eles e teriam de enfrentar o AT.

*Eu acho que a operação foi feita errado, entendeu. A gente tá ali pra executar ordem. Se nós fizéssemos uma movimentação anterior, talvez não tivesse acontecido isso. Mas eu só não podia tomar essa iniciativa, quem tinha que tomar essa iniciativa era os dois técnicos que tava*

*trabalhando no navio. Era pra dizer que não ia fazer o trabalho, porque não tava sendo feito certo e a gente tava botando nossa vida em jogo, como realmente, um milagre de Deus eu não morri né, porque acidentei eu acidentei, mas não, não morri. (Santos).*

*Ninguém teve culpa. E eu digo a você, o acidente, por mais que a gente esteja atento, acontece. Porque quando se fala em periculosidade, é área de risco. Então não tem como, a gente tenta evitar o máximo possível, mais sempre acontece. (Silva).*

*O pessoal já tinha me avisado que aquele ponto sempre tem assalto. Fazer o quê? Dei azar... você sempre escuta: aconteceu com alguém, com fulano de tal, mas jamais vai pensar que aconteceu com você. E quando aconteceu comigo eu pensei assim: oh Deus, por que é que aconteceu comigo? (Safira).*

Embora seja comum nas narrativas dos trabalhadores que, por mais que tenham cuidado, o risco é imanente, e que dependem da sorte e de si para não se acidentarem, Santos enfatiza que o trabalhador não tem sua opinião levada em conta no momento que uma situação pode oferecer perigo. Mesmo assim, como os outros, acredita o acidente a uma situação de “estar lá na hora errada”. Lieber (1998) afirma que essa percepção não-racional e científica do AT está longe de estar ausente do pensamento moderno. Tal uso “não está restrito aos ‘ignorantes’, mas é próprio da condição humana” (id., p. 270).

Convém ressaltar que práticas seguras e de prevenção ao acidente ocupacional é de responsabilidade do Governo, patrões e empregados, sendo, portanto, o AT um acidente prevenível com ações multi-setoriais, que envolvem segurança no trabalho e ao se deslocar para o trabalho. Não é um jogo de sorte, mas um contexto de medidas sócio-culturais. O discurso dominante que atribui a determinação dos acidentes ocupacionais às características pessoais que levam ao ato ou condição insegura, culpabilizando a vítima pelo acidente (JACOBINA et al, 2002; LIMA et al, 1999) leva os trabalhadores a acreditar sempre que o agravo

acontece por um jogo da vida, por infortúnio, que, por mais que o trabalhador se proteja, ele está sujeito.

### **O tortuoso percurso terapêutico após o AT .**

O percurso dos trabalhadores para receber tratamento para seu problema foi sofrido; os três queixaram-se do atendimento recebido, em um hospital de grande porte da rede SUS em Salvador. Um ponto comum nos relatos reside no descaso pelo qual seus problemas foram tratados, que resultaram na intensificação das seqüelas do AT. A experiência da atenção médica recebida pós-AT foi sofrida: Santos pediu para ser transferido de hospital, pois onde estava não fora corretamente diagnosticado, Safira foi mandada para casa no mesmo dia com tratamento inadequado, apesar de ter sofrido fratura exposta; e Silva se deparou com a falta de informação e o descaso, recebendo alta 24 horas após ter sofrido o agravo, sem receber a devida atenção, que resultou na perda dos movimentos do braço esquerdo.

*Cheguei no Hospital, fiz logo uma cirurgia porque havia rompido os vasos sanguíneos da perna. Depois, fui transferido pra outro hospital, consegui botar os pinos. Depois me mandaram pra casa, e não conseguia marcar a cirurgia, não tinha vaga. Consegui com outro médico, porque meu plano de saúde estava marcado como inadimplente. Mas o médico falou: eu vou agilizar seu lado, você é uma pessoa legal, trabalhador. Deus usou ele né, graças a Deus me iluminou o médico. (Santos)*

*Entramos no hospital, o médico chegou falando lá: olha essa operação é muito delicada, mas eu faço. Isso serviu até de palestra entre eles lá, vinha um colocava o raios-X, perguntavam aonde era a fratura, chamando os estagiários para mostrar. Aí o médico falou que ia operar. entrei dia 9 e já no dia 10 me deram alta. Aí, por azar meu, esse médico tava largando tudo lá naquele horário. o outro médico não sabia de nenhum problema, porque o outro não passou para ele. Me deram alta, aí vim para casa.*

*Quando eu deitei tô vendo a ponta do osso aparecendo da costela. Aí minha esposa disse para a gente ir a outro local. Quando a gente chega lá, eu falei com o médico que fiquei no hospital e no outro dia me deram alta. Aí me disseram: rapaz, porque você não processa esse médico? Você tá com 3 costelas fraturadas, a clavícula fraturada e ainda o braço sem movimentos. Nesse seu caso você tem é que estar internado! E ainda operar! (Silva)*

*Quando cheguei lá (no serviço de emergência) só fiquei 1 dia. Evidenciaram que houve uma fratura, mas me mandaram pra casa que o osso ia consolidar bem, que não houve fratura exposta. Que eu procurasse um posto pra ficar fazendo os curativos. Lá só colocaram a tala, e disse que com dois meses eu engessasse a perna, que houve a fratura mais que ia voltar, que o osso ia consolidar, só isso aí eu fiquei indo, ia pra um posto, um puxava a perna de um jeito, ia pra outro. Cada vez era um negócio diferente. Só sei que o osso consolidou no lugar errado e eu fiquei com uma perna menor que a outra. (Safira)*

Para estes trabalhadores, depender do SUS no momento em que sofreram o AT resultou em uma sucessão de erros, descaso e omissões, que gerou um tortuoso caminho do atendimento médico. Como consequência disso, os trabalhadores desenvolveram rancor contra o SUS, pautado nesse caminho de tratamento por que passaram; não acreditam que terão perspectiva de melhora e não confiam no sistema de saúde que os trata, resultado da maneira como receberam os primeiros atendimentos quando sofreram o agravo.

### **A reorganização do cotidiano e as consequências sociais do AT.**

O AT provoca uma ruptura no cotidiano, causando aos indivíduos acometidos uma série de problemas que ultrapassam as questões econômicas, já conhecidas, na medida em que a falta de capacidade para o trabalho irá acarretar a saída do mercado destes atores sociais. Os trabalhadores, em suas experiências, mostram

que não poder trabalhar suscita sentimentos profundamente negativos, como a dependência dos outros para realizar atividades corriqueiras e a incapacidade física para realizar atos cotidianos com a mesma destreza de antes. Não poder trabalhar significa, para eles, estar fora da sociedade, em um mundo “alternativo”, onde a temporalidade adquire outro significado. Enquanto trabalhadores sadios, enfrentavam um ritmo de vida frenético, onde o tempo assume uma dimensão de regulador das atividades. Hoje o tempo assume uma dimensão estática, que não passa, levando-os a experimentar todos os dias a mesma sensação no cotidiano: acordar, assistir tv, almoçar, descansar a tarde, assistir tv e dormir.

A dependência de outras pessoas para realizar atividades corriqueiras é vivenciado pelos trabalhadores acidentados como forma de sofrimento. Provoca neles pesar por não conseguir desenvolver adequadamente coisas que antes faziam sem mesmo refletir sobre isso; para Santos, sair de manhã para trabalhar e só voltar quando os navios estivessem descarregados, ou para Safira, poder arrumar a casa a seu gosto, algo que não consegue mais devido a falta de força nas pernas, bem como, na experiência de Silva, que se sentia feliz por desenvolver seu trabalho, algo que valorizava como a coisa mais importante de sua vida.

A falta de liberdade e a dependência devido as limitações físicas são os problemas mais significativos na experiência desses trabalhadores. Nelas pautam as suas noções ressignificadas de (con)viver com seu problema de saúde; caucadas na idéia de que são pessoas sem prestígio social, na medida em que não teriam mais utilidade para a sociedade; por isso preferem viver no mundo construído entre as paredes do lar, local de abrigo e proteção contra os perigos do mundo que está lá fora.

*Pra mim mudou. Por que você tem uma vida limitada em tudo, entendeu? Dependendo de outras pessoas pra fazer determinada coisa. Pra mim é ruim demais, a pessoa quando tinha a sua liberdade prá sair, prá resolver seus problemas, entendeu? (Santos)*



*Ave Maria! Meu dia hoje é péssimo, hoje eu acho que o dia demora mais de passar... fico ainda com aquela na ansiedade de trabalho, tem vezes que até sonho trabalhando. Já sonhei trabalhando, olha pra isso! E a alegria que eu tava no sonho, dizia assim no sonho... fiquei bom, tô trabalhando! (Silva)*

*Depois do acidente a minha vida... Olha, chato por essa parte do trabalho, que até hoje eu fico na minha mente: meu Deus do céu, como é que eu vou trabalhar, como é que eu vou fazer as minhas coisas... aí eu fico só pensando nisso. (Safira)*

Sabemos que, mesmo com as mudanças por qual a categoria “trabalho” vem assumindo no contexto da Globalização e dos avanços neoliberais (ANTUNES, 2002), o trabalho ainda é uma categoria central na definição da identidade dos atores sociais, conferindo-os a situação de ser parte ativa da sociedade, parte do *ethos* que constitui o trabalhador (NARDI, 1998). Para estas pessoas que sofreram o AT e se viram fora do ambiente de trabalho, o significado de “ser trabalhador” aflora com uma intensidade ainda maior. No momento em que eles estão afastados das atividades ocupacionais que se percebe com maior clareza a importância do trabalho na constituição da identidade deles. Silva é quem melhor define essa condição, quando frequentemente expressa que se sente inútil, que sua vida acabou porque não tem mais condição de trabalhar; era parte “ativa” da sociedade, hoje está relegado à margem. Tal pensamento também se manifesta em Santos e Safira, agora presos a um cotidiano de vida centrado na expectativa de um dia poder voltar a, pelo menos, realizar as atividades cotidianas de maneira independente.

Predomina na experiência destes trabalhadores o negativismo de estar acidentado. A limitação imposta pelo AT provoca, no pensar destas pessoas, uma mutilação do seu ser. Não é somente uma parte física que não está bem. Pensar na experiência destes trabalhadores remete-nos a ver holisticamente o processo de constituição do doente. O impacto do AT ultrapassa as fronteiras econômicas e recai, na experiência desses trabalhadores, num profundo processo de descaracterização do indivíduo enquanto pessoa. As marcas impressas pelo tempo,

que traz, de um lado, uma perspectiva de melhora futura e, do outro, essa melhora que nunca chega, bem como o constante conviver com a dor traz na experiência destes atores sociais um contínuo processo de desconstrução do indivíduo enquanto parte integrante da sociedade, retirando deles a sociabilidade e a vontade de “estar no mundo”, provocando uma ressignificação do cotidiano, antes ativo e cheio de altos e baixos, para um viver desacelerado, pautado entre tristezas e expectativas.

*Rapaz! A princípio eu ficava imaginando não poder mais andar e ter seqüela maior. Eu pensei que tinha fraturado o joelho. Aí, bate aquele tédio, tava naquela pensando quando eu vou poder voltar a ser o que eu era antes e o tempo vai passano... o tempo vai passano... Você vai sentindo a melhora, mas não o suficiente pra você se garantir. Prá dizer assim: eu tô bom!, entendeu? (Santos)*

*Esse acidente que aconteceu comigo, eu penso que morri. Que eu estou em outro lugar. Tô com as mesmas pessoas que eu vivia antes, minha esposa, meus filhos, meus irmãos, mas penso que estou em outro lugar, porque você fica pensativo diante do acidente, de que aconteceu um acidente com você... Eu penso assim, que morri naquele acidente... (Silva)*

Nesse processo inter-subjetivo, o cotidiano desses trabalhadores, com base em suas experiências, recai na sensação de prisão, visto que a incapacidade e as limitações impostas pelo AT levam à reclusão, a ficarem restritos ao mundo da sua própria casa. Se, antes, essas pessoas saíam, se divertiam, tinham uma rotina de vida corrida, hoje eles vivem justamente o contrário: o dia-a-dia lento, repetitivo e cansativo de acordar, fazer as atividades possíveis e dormir. A rotina só muda com as idas ao INSS e aos serviços de fisioterapia. No início do tratamento, eles relatam que era pior; aos poucos, vão tentando se integrar à sociedade, na medida do possível.

*Eu levanto, faço minhas necessidades, tomo banho, tomo um café... Fico na televisão, sento, e aí e fico só vendo imagem... almoço, vejo o jornal, mas quando dá duas horas, que termina todos esses programas jornalísticos, eu pego e boto um DVD, quando eu tenho DVD, coloco e assisto até quatro horas da tarde, às vezes tiro uma soneca... Tomo um banho, a esposa já vai preparando se eu vou jantar ou se eu vou tomar café. Tomo meu café e televisão... quando dá dez horas ou dormir. No outro dia, a mesma coisa. O lazer é casa, janela, vídeo, televisão. (Santos)*

*Meu dia-a-dia é acordar, ir ali na feira comprar o de comer, voltar pra casa, assistir televisão e dormir. Eu hoje ando triste. Não tenho aquela vida que tinha antigamente, tô incapacitado, não vou mais mover meu braço, e para mim foi o fim. Não tenho mais aquela vida de antigamente. Hoje eu não sou mais o mesmo. Sinto saudade de ir pra casa de minha mãe pegar caranguejo de um braço só... quando eu tava bem, na época jovem, remava canoa, tomava banho, lá é beira de rio, que tem aquela lamazinha preta que dá caranguejo, tomava banho mais os colegas, corria, brincava... fui lá meses atrás e foi muito triste, não poder fazer nada por causa do braço. (Silva)*

*Nos dias que eu faço fisioterapia eu acordo cedo, porque é muita gente e a casa fica cheia, então eu acordo cedo faço a fisioterapia. Depois disso, chego em casa, tento fazer algumas coisas de casa até a perna doer, assisto televisão, vou na igreja, depois vou dormir. Estou me acostumando a sair, de vez em quando eu saio mais meu marido e meu filho. (Safira)*

Essa rotina diária fez com que estas pessoas desenvolvessem problemas de ansiedade, obesidade e nervoso. Ficar em casa sem atividades, devido às limitações impostas pela doença, levou-os a viver sempre apreensivos e depressivos. Sentir-se incapacitado, não ter perspectiva, sua vida sempre da mesma maneira, num processo cotidiano sem novidades, afetam a experiência dos

trabalhadores pós AT, haja visto que este marasmo leva aos problemas citados acima.

*Falta do que fazer dá ansiedade... qualquer pessoa parada, a única coisa que vem é dormir, pensamento ruim... outra coisa, turbulência na mente, aí a gente procura, mas você dormir e acordar sabendo o que vai fazer não tem novidade nenhuma, é horrível. Eu só fico ansioso aqui, aí me dê um pão com manteiga aqui, um fresco, pego um negocio desse aí ou qualquer coisa parecida. (Santos)*

*Eu hoje tenho até esse problema de ficar nervoso, dentro de casa, deve ser até isso. Porque estou sem trabalhar e não tenho mais outra coisa a fazer. Hoje se eu sair, andar umas duas, três horas pela rua, o braço começa a doer, e tenho que voltar para casa, quando eu sento é que para, mais quando começo a andar... (Silva)*

*Depois desse acidente que começou essa insônia... quando terminava a novela, eu deitava e já tava dormindo... agora eu não sei mais o que é isso, acordo até chorando, porque eu quero dormir e não consigo né. Ansiedade na parte alimentícia, quando é meio dia em diante, até a hora de dormir é comendo... quando não é um biscoito, eu vou comendo outra coisa, e assim vai. Nada de encher a barriga, como se tivesse um vulcão ali. Não passa a vontade de comer. (Safira)*

Para Santos e Silva, chama a atenção o “ficar em casa”. O espaço da rua, antes seu território, torna-se ameaça devido ao forte estigma de acidentado. Nesse processo de viver sempre em casa, aliado a dor sentida quando se faz algum esforço de mudar essa rotina, leva-os a expressar momentos de irritação com os filhos, problemas de nervoso e falta de paciência constante. Safira ficou traumatizada com o AT, pois a violência a que fora submetida no momento do agravo deixou profundas marcas psicológicas na experiência dela. Hoje, vivendo mais em casa, pois tem medo de estar em locais com muitas pessoas, conviver observando o resultado do AT (as cicatrizes no corpo e a perna cinco centímetros

menor) torna-se uma desagradável maneira de lembrar o ocorrido, deixando-a sempre ansiosa e com momentos de depressão.

Além disso, o acidente levou-os a evitarem o mundo e a socialização com os outros, limitando seu espaço de relações sociais com familiares e poucos vizinhos, bem como seu mundo social o espaço do lar. Medo de violência e de serem julgados os levam a buscar refúgio dentro de casa. Santos usa a expressão “estar numa gaiola”, preso a um mundo que o acolhe, o seu lar, onde não precisa dar explicações sobre sua situação ou ter medo de sofrer algum tipo de violência. Essa metáfora ilustra a percepção que essas pessoas têm do mundo que o cerca: algo que os estigmatiza, que os deixa à margem, fora do tempo corrido, outrora vivenciado por eles. Silva enfatiza a idéia de estar incapacitado, resultando na morte social, simbolicamente construída nessa noção de pessoa que não se adequa ao ritmo imposto pela vida cotidiana de “seres normais”, resultando, na experiência dele, no fim de sua vida, restando viver em constante processo de luto social.

*É a mesma coisa você pegar um passarinho que convive na mata e botar numa gaiola... depois de dois anos, solte ele na mata, vê como ele fica? Perdido! Ele quer voltar pra gaiola, a mesma coisa sou eu. Por que eu perdi o convívio com a sociedade. Eu tenho medo, entendeu? Por que eu tô indefeso e a violência tá proliferando aí. Eu prefiro ficar dentro de casa, entendeu? Eu fico todo cismado, olho pro lado, olho pro outro, qualquer pessoa pra mim é suspeita. Por que eu perdi o convívio, entendeu?*  
(Santos)

*Tem uma vez mesmo, que eu fui cortar o cabelo, uma pessoa que eu não tenho muito intimidade entrou na barbearia. Vagou um lugar pra eu ir cortar cabelo, levantei com as muletas e com aquele ferro. Aí, o cara: rapaz o que foi isso? Aí a mesma coisa que você fala mais de trezentas e tantas vezes... é melhor você gravar um cd e passar botar pra ele ouvir... o cara falou: você não vai ficar bom não, eu tenho um colega que ficou assim, o cara tá aleijado até hoje... a gente fica mal... (Santos)*

*Hoje eu me considero incapaz... Eu sei que, para mim, foi o fim da minha vida, foi o fim. É tanto que depois do acidente eu não tenho mais sono para dormir. A hora que você chegar e bater aí, seja uma hora da manhã, eu tô acordado. Só sono de passarinho mesmo. Tiro um cochilo mesmo e daqui a pouco tô acordado. (Silva)*

*Eu estou com síndrome do pânico, que às vezes eu vou em algum lugar e, se eu ver muita gente, me dá um medo... uma ansiedade, o coração dispara, eu acho que eu vou desmaiar, a perna vai quebrar de novo e aí pronto! Começa tudo de novo. (Safira)*

Essas pessoas tentam reconstruir o próprio *self*, perdido entre a vontade de voltar ao trabalho e o medo constante de não ser aceito como parte dessa sociedade que se pauta no tempo corrido, estigmatizando-os em relação aos demais, pois as limitações impostas pelo AT aparecem nessas experiências sob a forma de um tempo diferente, mais lento, ritimado pela falta de liberdade e busca de refúgio contra os males sociais e o se pensar rejeitado pelos pares.

### **O apoio familiar e o suporte social.**

Segundo Silva e Shimizu (2007), por apoio social entende-se o processo de interação entre pessoas, estabelecendo vínculo mútuo de auxílio, oferecendo apoio afetivo ou material. Caracteriza-se também como qualquer atividade que permita, em um determinado espaço de tempo, compartilhar vivências com familiares e outros grupos sociais. O apoio social impacta diretamente sobre o bem-estar da pessoa acometida por um problema, promovendo a adaptação dos indivíduos, quando estes são confrontados com situações difíceis, impostas pelas doenças.

*Eu não poder mais trabalhar devido a perna, não sinto mais firmeza, eu não vou ter mais condições de arranjar um trabalho doméstico, lavar... dependo de meu marido pra tudo, então eu digo: meu Deus do céu como*

*vai ser, meu esposo, o que ele ganha é pouco, como é que vai ser... Ai eu acho que isso tudo fica na mente, você fica depressiva... (Safira)*

A preocupação de sobreviver economicamente é mais um desafio imposto ao cotidiano desses trabalhadores. Como eles possuem carteira assinada, deram entrada no benefício concedido pelo INSS para pessoas afastadas do trabalho por doenças ou acidentes ocupacionais<sup>9</sup>. Durante os meses que não receberam o benefício, a família foi importante na manutenção das despesas da casa, ajudando-os com cestas básicas e pagamentos de contas de água e luz. Todos começaram a receber o benefício após três meses de entrada, que permitiu reduzir os problemas econômicos e estabelecer uma manutenção das despesas da casa.

O apoio dos parceiros (as) é fundamental na recuperação dessas pessoas. São os que, no decorrer do processo, amparam e cuidam dos acidentados, confortando-os nos momentos de desespero, lazer e ajudando-os nas tarefas simples do cotidiano. Além disso, o marido/esposa auxilia no processo de gerenciamento do lar e do próprio AT, como levar documentos e auxiliar o acidentado a ir ao INSS, fisioterapia e consultas médicas. São eles (as) que ajudam a reconstruir significados positivos a um processo de sofrimento constante a que estas pessoas vivem.

Nesse processo de vivência, os familiares constituem o elo de ligação entre o mundo real, a sociedade ameaçadora e o seu mundo cotidiano, acolhedor e adaptado às suas limitações. Nesse sentido, a família é ressignificada no processo temporal desses acidentados, onde o desacelerar do ritmo frenético também incorpora os filhos e esposo (a), que passam a prover a sustentação moral deles, evitando-os que aprofundem os sentimentos de desgosto e tristeza, permitindo, em meio a tantos processos que resultam em sofrimento, ressignificar a vida cotidiana pautada nas relações familiares.

---

<sup>9</sup> A relação dos trabalhadores acidentados com o INSS, mais especificamente com a perícia médica, é uma dimensão importante da experiência destes trabalhadores e será desenvolvida no artigo número dois.

*Veja bem você pode tá ruim prá caramba, a pessoa tá vendo ali, mas ela não passa pra você, ela passa o melhor, entendeu? A minha família nunca disse que eu tava ruim, sempre que eu tô bom. É lógico que eu sei que ela não vai dizer que eu tô ruim, mesmo ela vendo, entendeu? E com o passar do tempo você vai convivendo com aquilo e vai passando. Minha família é o suporte, é o alicerce pra você conseguir certas coisas. se você não tiver o apoio de alguém, você... aí eu fiz, eu acho uma coisa muito pesada, você nunca faz só, você tem que ter a ajuda de sua família, porque ela não ajuda financeiramente mas esta aí, pra lhe dar uma palavra, pra lhe dar conselho. (Santos)*

*Hoje minha esposa tem que me ajudar, a tomar um banho, amarrar um cadarço do sapato, amarrar um cordão do short. Se minha esposa me desse às costas depois desse acidente, o que será de mim? Para fazer comida, tomar banho, será que eu ia achar uma pessoa assim diretamente para cuidar de mim? Onde eu ia achar? Ela hoje é o braço que eu não tenho... (Silva)*

*Eu falando com as meninas (da fisioterapia) elas diz: olhe, você tem que agradecer a ele viu, porque é um maridão. Depois de tudo isso que aconteceu com você e tal, sempre tá ali do meu lado, onde ele tiver em qualquer lugar ele me liga e fala: oi Binha tô aqui, daqui a pouco chego em casa é assim. (Safira)*

Os trabalhadores afirmam em suas narrativas que sua relação com os familiares melhorou significativamente. Ao “desacelerar” seu cotidiano e estar sempre em casa, houve a chance de repensar a maneira de lidar com esposa/marido e filhos (as), participando mais ativamente das atividades familiares. Apesar de sua experiência ser marcada por um processo de sofrimento pela sua incapacidade para exercer as atividades cotidianas, a família é o ponto re-ordenador do cotidiano, com papel fundamental para trazer esses atores sociais de volta ao mundo e ao seu contexto sócio-cultural. Santos consegue ficar mais perto de suas filhas, ajudar na educação delas e participar de reuniões escolares. Safira encontra



em seu filho um referencial de amizade e vontade de continuar vivendo em meio a tantos problemas e Silva procura dar o carinho que antes não conseguia pelo tempo corrido do trabalho.

*Hoje sou uma pessoa mais equilibrada... Eu trabalhando tinha vida muito agitada, dormia muito pouco, mexia muito com minha mente. A única coisa de bom que aconteceu com o acidente foi o tempo que eu adquiri pra ter contato com minha família e minhas filhas. No trabalho eu não tinha participação na educação dela, quando eu chegava já estava dormindo e quando eu saía ela ainda tava dormindo. Eu ficava uma semana ou até mais sem entrar em contato com a minha família, principalmente com minhas filhas, e agora não. Agora eu tenho tempo suficiente pra fazer parte da educação delas, do aprendizado, do crescimento em si né, foi a única coisa de boa que me sobrou foi isso.*  
(Santos)

*A gente não tinha tempo, e minha mulher não gosta de sair só com os meus filhos. Sempre que ela sai, quer que eu vá com ela, e eu trabalhava de domingo a domingo e não tinha como. O que eu não fazia antes e faço hoje é conversar com meus filhos. Tenho que ser um pai mais carinhoso pra eles, explico a eles que tenha um pouco de paciência, que respeite a mãe deles. Se algum dia eu faltar e que procure respeitar todos. Que eles vão conhecer pessoas boas e pessoas ruins, todo tipo de gente. Não fazer o jogo das pessoas, fazer o seu jogo. Se você é do bem, vai ter que ser do bem até o fim.* (Silva)

*Hoje mudou. Filho único, aí eu prefiro dar mais chamego... sabe, eu acho que com ele é a mesma coisa, não mudou não. Só muda as coisas assim, que eu chamo mais a atenção dele. Hoje estou sempre do lado do meu filho, ajudando ele em tudo. Não é obrigado, eu prefiro mil vezes ficar na minha casa cuidando do meu filho e cuidando melhor da minha família.*  
(Safira)

Para os trabalhadores acidentados, no contexto experiencial do AT, a família e a espiritualidade são os catalisadores da expectativa de melhora diante da enfermidade. Para Saad et al. (2001), a espiritualidade é a propensão humana para a busca de significado para a vida – e para a doença/AT – por meio de conceitos que transcendem o tangível. A espiritualidade é um veículo, já comprovado cientificamente, capaz de reduzir o sofrimento das pessoas, relacionado com a qualidade de vida (PANZINI et al., 2007). Segundo Rabelo (1993, p.1), as terapias religiosas “curam ao impor ordem sobre a experiência caótica do sofredor e daqueles diretamente responsáveis por ele”.

Embora seja difícil mensurar o impacto da religiosidade e espiritualidade na experiência da doença, as Ciências Sociais desenvolveram vasta literatura sobre a eficácia simbólica da religião no alívio do sofrimento das pessoas acometidas por doenças (GUIMARÃES E AVEZUM, 2007). Para os trabalhadores desse estudo, a fé tem papel predominante na perspectiva de melhora, e a religião atua como uma válvula que mantém acesa a possibilidade de melhora completa.

O fato de passar por uma experiência ruim como o AT, de estar ainda com seqüelas fortes, seja físicas ou do cotidiano, perpassa na experiência destes trabalhadores o fato de que são pessoas abençoadas, escolhidas por Deus para continuar a viver no mundo terreno. O significado conferido à espiritualidade na experiência cotidiana dessas pessoas remete ao fato de que eles poderiam ter morrido, ou mesmo em uma situação muito pior. É tanto que os três passaram a freqüentar assiduamente igrejas após o acidente, como forma de agradecer a bênção conferida por Deus a eles e a aceitar, também, a provação que lhes foi conferida.

*Eu me acho uma pessoa abençoada por Deus em ter esse livramento, que eu tive seqüela do acidente, mas hoje eu estou aqui conversando com você, passando pra você o acidente, mas eu sou um cara consagrado e Deus me libertou desse acidente fatal. A parte espiritual é muito importante, porque queira ou não queira, tudo que você faz, se não tiver Deus, você não vai a lugar nenhum. A parte espiritual ajuda! Ajuda*

*no cotidiano da sua vida, é Jesus Cristo, é Deus, e não vai deixar de falhar nunca. Desde quando eu sofri o acidente pra cá, até antes né, sempre me ajudou. A parte espiritual é muito importante. Depois do acidente eu me dediquei mais a ela. (Santos)*

*Rapaz, a fé que cura. Deus tem um plano em minha vida, esse acidente era para eu ter morrido, e que Deus não quis. Depois do acidente eu comecei a freqüentar a igreja, porque eu só não morri porque Deus não quis... (Silva)*

*Eu acredito muito em Deus. Se eu tô bem foi porque Deus me deu vida e me deu força pra mim viver. Depois do acidente vou mais a igreja, faço minhas orações aqui em casa, sento aqui nessa mesa e pego a bíblia, começo a ler, faço minhas orações. Me sinto como um representante de Deus aqui. Sempre que eu posso ajudo as pessoas, onde eu vou conto todo meu problema e o pessoal fica assim admirado como eu arrumo força. Minha força é a fé. (Safira)*

Nas narrativas dos trabalhadores os patrões aparecem como pessoas que não ofereceram qualquer tipo de ajuda; restringiram-se a cumprir as obrigações legais, mas não deram nenhum suporte emocional ou ajuda durante o tratamento, que passou a ser custeado pelo INSS, sendo o contraponto do apoio encontrado na família. Mesmo que nas narrativas não apareça um sentido forte de culpa atribuído aos patrões, percebe-se claramente o rancor dos trabalhadores com a falta de atenção que lhes fora atribuída, como uma máquina que dá defeito e não se consegue trocar; põe-se de lado e adquire outra.

*Vou ser franco a você, quem correu atrás não foi nem eu, por que eu não podia sair de uma cama pra correr atrás, quem correu atrás foi minha família, a empresa só fez a parte dela, me deu a CAT e mandou pro INSS, pronto, acabou entendeu? E cada um que corra atrás de seu prejuízo. (Santos)*

*Eu tive falando com eles: porque vocês não me colocaram logo numa clínica quando eu me acidentei? Se me botasse em uma clínica, assim que eu me acidentei, e operasse, e fosse para a fisioterapia, talvez eu ficasse bom. O que eu mais queria era retornar a atividade. Aí enrolaram, e me deixaram do jeito que estou aqui hoje, não veio procurar saber se eu tava precisando de alguma coisa, depois dos quinze dias, não deram ligaram mais, não vieram mais aqui. Eu dizia para eles virem me ver... da ultima vez que eu falei com chefe da empresa, ele disse que depois de quinze dias ele não tinha nada a ver, que o INSS é que ia saber o que ia fazer comigo... (Silva)*

*Safira falou que a patroa ligava para ela nos três primeiros meses, perguntava como estava, se estava melhorando, etc. No entanto, não ofereceu qualquer ajuda posterior. Não pagou o salário de 15 dias, nem os demais direitos assegurados pela carteira. Safira ainda me disse que ela “ajudou” emprestando cento e cinquenta reais para que ela pagasse em três prestações, quando começasse a receber do INSS. (Diário de campo)*

As limitações físicas do acidente ocupacional provocaram dependência física e emocional dos familiares e amigos. Não conseguir realizar tarefas simples como tomar um banho, vestir uma roupa, pagar uma conta ou varrer a casa se tornam fortes motivos para que o trabalhador se sinta depressivo. Tarefas cotidianas realizadas sem pensar se tornam, neste momento, passíveis de reflexão e compreensão da sua experiência de doente. Situações que levam a embaraço público e vergonha de mostrar suas limitações com medo de estigmas. Safira desenvolveu a síndrome do pânico e somente há pouco tempo começou a sair em público. Já Santos evita ao máximo expor-se na rua, pois não consegue ainda conviver com o fato das pessoas lhe tratarem de forma estigmatizada. Silva não se adaptou à vida social, e cada vez que sai sofre algo que o deixa mais triste e envergonhado com a sua situação. Tais experiências remetem ao fato de que não há um preparo para essas pessoas enfrentarem o mundo que o cerca, para criar estratégias de enfrentamento frente aos dilemas impostos pela vida cotidiana.

*Com limites, porque nem tudo você pode fazer só. Até pra tomar um banho, com ajuda de alguém, por que eu posso escorregar, qualquer coisa assim, ela vai me segurar. Pra vestir minha roupa, no caso um short, pra eu me abaixar, tô com limitações né. Minha vida ficou restrita a quase nada sabe, não posso fazer caminhada, exercício físico... o que eu posso fazer é dentro de casa, não vou pra rua pra não agravar o meu problema... se eu não ficar cem por cento ideal, que eu fique oitenta ou setenta, o importante é eu ficar em contato com o mundo, que eu estou afastado há dois anos e pouco, minha vida ficou restrita, sou um prisioneiro residencial. (Santos)*

*Uma vez viajei pro interior e me deu vontade de ir ao sanitário. Cheguei no banheiro, tirei a roupa. Foi o maior trabalho, suspendia a calça, a calça descia. Cadê a outra mão pra amarrar o cordão da calça? A parte da cintura, aquele elástico que ela tem, ficou folgado... não consegui amarrar. Peguei o ônibus e toda hora a calça caía, a carteira pesada, já com moeda na carteira, toda hora a calça arriando e eu suspendendo. Eu fiquei triste nessa hora porque tem coisas mesmo que eu não faço mais, então não tem coisa pior... sei lá, eu acho que se fosse uma perna eu tava me desenvolvendo melhor do que um braço... porque de menos, eu tava com meus dois braços, e aí eu usava uma muleta, mas tava com os braços... quando me acidentei não sabia que existia esse tipo de fratura pra aleijar a pessoa não, pra mim só aleijava quando decepasse. (Silva)*

*Mudou muita coisa, agora acho não posso mais correr, andar rápido também não posso. Se tiver um ônibus ali já saindo, andando rapidinho com a muleta eu chego lá, o motorista tem que ter muita paciência. No final de semana eu ficava aqui em casa e cuidava da minha casa toda, fazia faxina, depois passava na casa de um amigo ou vizinho, ia pra igreja, e hoje eu não posso fazer isso. Quando penso em sair, penso que vou chegar cansada, isso mudou praticamente tudo na minha vida. Lavar louça, por exemplo, roupa só pouca, porque se for muita a perna incha, já dói a coluna toda, abaixar como eu te falei não posso, outro dia isso aqui (a coluna) travou, aí pronto! Ave Maria, foi uma dor horrível, então mudou*

*tudo na minha vida. Trabalho doméstico pra mim hoje é difícil... eu já estou cansada de me sentir tipo uma prisioneira... porque quando aconteceu tudo isso, eu ficava só daquele quarto olhando pela janelinha quem passava ali... (Safira)*

Portanto, a família exerce papel preponderante no cotidiano dessas pessoas e na construção de significados positivos frente à experiência do AT. O suporte psicossocial da família ajuda-os a criar estratégias de enfrentamento da doença, pautada no gerenciamento do seu mundo do lar, na tentativa de criar um *lócus* confortável e que o aceite na condição em que se encontra. O mundo da rua, com sua dinâmica não é mais passível de inserção para eles, mas apenas de incursões ocasionais que sinalizam a sua existência e, na experiência deles, acentuam as diferenças entre o antes e o depois do AT. A família e a espiritualidade ajudam a conviver e a se conformar com a situação, permitindo a construção de significados positivos sempre pautados na possibilidade de intensificar essa convivência.

### **Novos enredos, uma busca de significados para projeção de futuro.**

Nota-se nos entrevistados uma forte descrença em relação a um projeto de vida futuro, mesmo revendo a experiência do AT em seu cotidiano. A perspectiva de projeto, que se formulam a luz de propósitos práticos, derivam da experiência intersubjetiva e da biografia de cada ator. Nesses contextos de ação e em sua experiência presente que os indivíduos, decidem, modificam e ressignificam o curso de seus projetos (SCHUTZ, 1973). Existe uma perspectiva de que essa experiência passará, ao mesmo tempo que eles convivem com a situação cotidiana de não perceber grandes avanços, bem como a possibilidade das seqüelas se tornarem permanentes. O tempo de melhora/cura é ainda mais devagar que o tempo da experiência do AT, levando esses trabalhadores a constantemente alternar estados de humor; cogita-se melhora futura, ao mesmo tempo que não se sabe quando esse futuro chegará.

*Isso vai passar na minha vida. Tem gente que também tá sofrendo, não é só eu. E eu creio, tenho fé em Deus que isso vai passar, não sei quando. Não posso dizer que amanhã já vou sair correndo aí, jogando bola e tal. Mas um dia vai passar, eu sei disso, eu durmo acordo pensando nisso... quero ver meus filhos criados. É objetivo que eu imagino... se não for bem sucedido na vida, que pelo menos tenha uma certa estabilidade. Tocar a minha vida, quem sabe... Deus me der à oportunidade de melhorar e trabalhar em outro ramo, conseguir alguma coisa pra mim mesmo, ficar inserido na sociedade. (Santos)*

*O que eu mais queria, que esperava acontecer, é que eu ficasse bom. Eu pensava que fosse só uma pancada, uma pancadinha só, o médico vai me operar, vou voltar à ativa, vou ter meu braço de volta, vou ter meu movimento de volta... E não foi nada disso. E hoje eu perdi a esperança mesmo. O médico me disse para eu me acostumar, que eu não sou o primeiro, que eu ainda tive sorte de estar vivo. E quantos têm aí pior que eu... então vou dando continuidade a minha vida desse jeito, ficando com minha família. (Silva)*

*O que eu espero do meu futuro? Sei lá, acho que melhorar né? (risos) Poder estar com saúde para ver meu filho crescido, continuar fortalecendo a minha fé em Deus, que eu vou melhorar... ficar com meu marido, ser feliz... terminar de construir minha casa... acho que é isso... (Safira)*

Segundo Rabelo (1999), os indivíduos decidem seu projeto baseando-se, de um lado, nas percepções e opiniões sobre o mundo do senso comum, fora de questionamento, e constroem sua biografia, de outro lado, através das experiências que delimitam sua posição social, que permitem discernir sobre os elementos do mundo dado que se pode controlar e modificar. Quando se pensa no AT, tais indivíduos remetem seus projetos a expectativa de poder ficar bom, ou pelo menos diminuir as limitações físicas e a dependência dos familiares. Constroem uma biografia pautada na possibilidade de poder voltar a exercer suas atividades

cotidianas, independente de poder ou não trabalhar; qual seja, ganhar a liberdade do refúgio da casa e da dependência dos familiares, e continuar aprofundando as relações de convivência entre eles e esposo (a) e filho (as).

## **Conclusões**

### **Repensando a experiência de acidentados no campo da Saúde do Trabalhador**

Com base na experiência desses trabalhadores, podemos afirmar que o AT ultrapassa os limites dos custos econômicos, gerando graves conseqüências sociais para os trabalhadores, ocultas entre esse contínuo processo de mensuração de gastos (DEMBE, 2001). Só é possível compreender essa dimensão quando mergulhamos no universo destes atores sociais, buscando entender o significado dessa experiência no cotidiano.

Problemas de inserção na sociedade, estigma de ser acidentado, problemas sérios de atendimento médico no momento dos primeiros-socorros, descaso patronal com relação aos sentimentos do trabalhador, dentre outros ora discutidos constituem essa complexa rede simbólica que explode na experiência cotidiana dessas pessoas. Somente com o apoio social da família e a busca na espiritualidade de conferir um sentido a essa experiência é que eles conseguem encontrar um ponto de apoio para não morrer simbolicamente. O trabalho possui contorno central na definição da identidade desses sujeitos, atualmente em processo de reconstrução devido a esse deslocamento, que provoca uma ruptura no cotidiano anterior, corrido e sem espaço para a sociabilidade familiar, para o cotidiano novo, lento e sem espaço para a sociabilidade da rua.

As reflexões trazidas no decorrer deste artigo, com base na experiência de atores sociais que sentem o desafio cotidiano de enfrentar os problemas decorrentes do acidente ocupacional são fundamentais para se estabelecer políticas públicas que viabilizem melhores condições de prevenção dos riscos, qualidade de vida e saúde para esses indivíduos. A saúde dos trabalhadores, ST, conforme aponta



Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), devem envolver tanto setores sindicais atuantes frente a problemas de suas categorias, quanto ações institucionais em diversas instâncias, conduzidas por profissionais comprometidos pela opção de desenvolver melhorias ocupacionais.

Nas últimas décadas, a preocupação da incorporação da atenção à saúde do trabalhador é crescente, visando preencher a lacuna existente nesse setor para o tratamento e vigilância epidemiológica da saúde ocupacional. Segundo Otani (2003), a saúde do trabalhador no SUS não acompanhou a efetividade construída na justiça do trabalho, e aponta uma série de problemas de ordem estrutural e conjuntural na área de saúde ocupacional do SUS, tais como a ausência de uma cultura institucional sanitária em face dos problemas decorrentes da relação saúde-trabalho; baixa qualificação dos quadros generalistas do SUS e a alta complexidade da abordagem, tanto a nível normativo quanto operacional.

A III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em novembro de 2005, trouxe como contribuição a necessidade de pensar a saúde do trabalhador extrapolando os limites da saúde ocupacional, garantindo condições dignas de vida e emprego, acesso a serviços de saúde com capacidade resolutiva, dentro outros importantes aspectos que caracterizam o trabalho sadio (III CNST, 2005). Diante do atual quadro político-econômico que o país atravessa, intensificar as ações em ST deve envolver esforços de todas as instâncias sociais, a fim de garantir o direito ao trabalho, problemática mais urgente (MINAYO-GOMEZ E THEDIM-COSTA, 2003).

Para o SUS, é necessário que se fortaleça o controle social, com ações específicas na área de Saúde do Trabalhador a fim de buscar implementações que superem a visão tecnicista e biomédica do processo saúde-doença, possibilitando a construção de uma agenda de prioridades que visem a prevenção das doenças e acidentes ocupacionais, o correto acompanhamento do trabalhador acidentado, para reinseri-lo na sociedade, ações de vigilância em ST, fiscalização de empresas e postos de trabalho, inclusão do trabalhador informal nas estatísticas de morbimortalidade, garantindo acesso aos benefícios, etc., para que o trabalhador possa

realmente ter acesso a serviços de saúde dignos e eficaz no tratamento da sua doença ou condição de acidentado.

No final de 2002, a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) se tornou uma importante ferramenta para a consolidação, no âmbito do SUS, da informação e práticas em Saúde do Trabalhador (DIAS E HOEFEL, 2005), fazendo com que o sistema funcione em consonância com a proposta da política nacional de saúde, enfocando aspectos da promoção e da atenção à saúde ocupacional. Além disso, a portaria 777/2002, que dispõe a obrigatoriedade do registro do acidente ocupacional grave no sistema nacional de notificação (SINAM-NET), trouxe a oportunidade de dar uma maior visibilidade deste problema. Infelizmente, a efetivação dessas políticas esbarra ainda no hiato existente entre a política nacional de saúde e o modo são efetivadas, na medida em que o registro do AT persiste ainda como grande problema nos serviços de saúde.

De acordo com a experiência dos trabalhadores participantes deste estudo, a dificuldade de tratamento e a impossibilidade de retorno ao trabalho são os desafios mais importantes enfrentados no seu cotidiano. O AT trouxe uma série de dificuldades, tais como a dependência de familiares, a construção do cotidiano pautado na limitação imposta pelo AT, gerando sofrimento e problemas psicológicos, como ansiedade, medo de socializar-se, depressão e nervoso.

É importante ressaltar que o SUS, mesmo com os avanços nos últimos anos, ainda não reflete o modelo preconizado na I Conferência Nacional de Saúde. É necessário continuar repensando e problematizando a relação médico-paciente, em virtude das diferenças ainda existentes entre o saber médico e o paciente nesta relação. A proposta de humanização do SUS, política implantada pelo ministério da saúde, merece atenção especial por parte dos gestores, para que problemas como os que aconteceram com esses trabalhadores não se repitam.

Por fim, vale ressaltar a importância de trazer para o campo da saúde estudos qualitativos pautados na experiência de pessoas que vivenciam processos de doenças e problemas de saúde no seu cotidiano, a fim de sensibilizar os setores

responsáveis pela execução de políticas sociais, no sentido de trazer melhorias para esta população, que sofre com a falta de políticas de efetivação de melhorias para o mundo do trabalho e se vê constantemente refém das ofensivas macro-econômicas, refletindo em sérias conseqüências sociais para a saúde dos trabalhadores acidentados.

### **Referências Bibliográficas.**

ADAM, P. & HERZLICH, C.. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

ALVES, P. C. B. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. v.9, n.3, p. 263-271, 1993. ISSN 0102-311X.

ALVES, P. C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8), p.1547-1554, ago, 2006.

ALVES, P. C. B. & RABELO, M. C. M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo, M. C. M.; Alves, P. C. B. & Souza, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 171-86, 1999.

ANTUNES, Ricardo. As novas formas de acumulação do capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação). **Caderno CRH**, Salvador, n. 37, p. 23-45, jul./dez. 2002.

AZEVEDO, J.S.G. Mudanças no Padrão de Ocupação na RMS. **Bahia Análise de Dados**, Salvador, SEI, v.8, n.4, p. 9-26, mar.1999.

BAUER, M.W. & GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 189-217.

BERGER, P. L. & LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**: Petrópolis: Vozes, 1966.

BIBEAU, G. Hay una enfermedad em las Americas? Outro caminho de la antropología médica para nuestro tiempo. **Anais do VI Congresso de Antropologia**. Santa Fé de Bogotá: Universidad de los Andes, 1992.

BINDER, M.C.P.et al. Análise Crítica de Investigação de Acidentes de Trabalho Típicos Realizados por Três Empresas Metalúrgicas de Grande Porte do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo: Fundacentro, vol.23, nº85/86, 1997. p.103-115.

BODEN, L. I. et al. Social and Economic Impacts of and Injury: Current and future Research. **American journal of industrial medicine**. N. 40, p. 398-402, 2001.

BOFF, B. M. et al. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.3, São Paulo, jun. 2002.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. RJ: Graal, 1979.

BRAGA, T.S. e FERNADES, C.M. Informalidade e Ocupação Não-Registrada na RMS. **Bahia Análise de Dados**. Salvador, SEI, vol.8, nº4, 1999. p. 27-35.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **3ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. 3ª. CNST: “trabalhar sim, adoecer não!”: coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 214 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Federal nº 777/GM, de 28 de abril de 2004**. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília.

BRASIL. Constituição, 1998. 9ed. São Paulo: Atlas, 2007. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

BUCHILLET, D. **Medicinas tradicionais ocidental na Amazônia**. Belém: CEJUP, 1991.

CAPRARA, Andrea. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, vol.19, no.4, p.923-931, ago 2003. ISSN 0102-311X

\_\_\_\_\_. & VERAS, M. S. C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface (Botucatu)**, , vol.9, no.16, p.131-146, fev. 2005. ISSN 1414-3283

CARDOSO, Ruth. Aventuras de antropólogos em campos ou como escapar das armadilhas do método. In. Ruth CARDOSO. (org). **A aventura antropológica: teoria e pesquisa.** Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1986.

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design.** London: SAGE publications, 1998.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital.** São Paulo: Xamã, 1996.

CORTEZ, S. A. E. **Acidente de trabalho: uma realidade ainda a ser desvendada.** Ribeirão Preto/São Paulo – 1996. Dissertação (Medicina Social). Faculdade Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001, 181 p.

COSTA, A. M. **É um trabalho muito puxado:** significados e práticas associados ao trabalho do vendedor ambulante e suas implicações para a saúde - um olhar etnográfico. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2006. 129 p.

DIAS, E. C. & HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.10, no.4, p.817-827, dez 2005. ISSN 1413-8123

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª edição. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992, 168p.

DEMBE, A. E. The social consequences of occupational injuries and illnesses. **American Journal of Industrial Medicine**, n. 40, pp. 403-417, 2001.

DORMAN P. The economics of safety, health, and well-being at work: an overview. **Infocus Program on Safework**, ILO, May, 2000.

DRUCK, Graça. Flexibilização e precarização: forma contemporâneas de dominação do trabalho. **Caderno CRH**, Salvador, n. 37, p. 11-22, jul./dez. 2002.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, v.7, n.2, p. 371-378, 2002.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador In: BUSCHINELLI et al (Orgs). **Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil.**, pp.178-186, São Paulo: Vozes, p. 178-186, 1994.

FRASER, H. Doing Narrative Research. Analysing Personal Stories Line by Line. **Qualitative Social Work**. London, v.3, n.2, p. 179-201, 2004.

GARRO, L. & MATTINGLY, C. **Narrative and the cultural construction of illness and healing**. Berkeley and Los Angeles: U. of California Press, 2000.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1989.

\_\_\_\_\_. **O saber local**. 4ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

GOMEZ, C.M. e LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, nº4, p. 797-807, 2005.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). **Safety in numbers**: points for a safety culture at work. Geneva: International Labour Office Geneva, 2003. ISBN: 92-2-113741-4

GOOD, B. **Medicine, rationality an experience: an anthropological perspective**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GUIMARÃES, H. P. & AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiq. Clín**, n.34, supl 1; 88-94, 2007.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). **Safety in numbers**: points for a safety culture at work. Geneva: International Labour Office Geneva, 2003. ISBN: 92-2-113741-4

IRIART, J. A. B. **Métodos qualitativos aplicados à segurança e saúde no trabalho**. Brasília: SESI/DN, 2004. v. 1. 77 p.

IUNES, Roberto F. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. **Revista de Saúde Pública**, 31, 4 supl., p. 38-46, 1997.

JACOBINA, A. et al. Vigilância de Acidentes de Trabalho Graves e com Óbito. In: Bahia, Secretaria da Saúde do Estado; Superintendência de Normas e Proteção da Saúde e CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR. **Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância da Saúde do Trabalhador**: SESAB/SUVISA/CESAT. Salvador: CESAT/SESAB, 2002. p. 87-107.

JACOBSON, David. **Reading ethnography**. New York: State University of New York Press, 1991.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. And Med.**, 12, 1978, p. 85-93.

LAPASSADE, G. **As microssociologias**. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Liber Livro, 2005.

LEIGH J.P. et al. Occupational injury and illness in the United States – Estimates of costs, morbidity, and mortality. **Arch Intern Med**; n. 157, p. 1557-1568, 1997.

LIEBER, R. R. **Teoria e metateoria na investigação da causalidade**: o caso do acidente de trabalho. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP), 1998. 291 p.

LIMA, R.C. et al. Percepção de exposição a cargas de trabalho e riscos de acidentes em Pelotas, RS (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, nº2, p. 137-146, 1999.

LIRA GV, et al. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Rev Bras Promoção Saúde**, n.16, p.59-66, 2003.

LUCCA, S. R. & FAVERO, M. Os Acidentes do Trabalho no Brasil - Algumas Implicações de Ordem Econômica, Social e Legal. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, n. 81, p. 07-14, 1994.

- MACEDO, R. S. **Etnopesquisa crítica, etnopesquisa-formação**. Brasília: Líber Livro, 2006.
- MENDES, R. & DIAS, E.C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. [S.1.: s.n.]. 2000. p.431-456.
- MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003.
- MERLEAU-POUNTY, M. **A fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MILLER P. et al. Demonstrating the economic value of occupational health services. **Occupational Medicine**, n. 52, p. 477-483, 2002.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992, 269p.
- MINAYO-GOMES, C. e THEDIM-COSTA, S.M.F. Incorporação das Ciências Sociais na produção de conhecimento sobre trabalho e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, nº1. 2003.
- MISHLER, Elliot G. Narrativa e identidade: a mão dupla do tempo. In: LOPES, L.P.; BASTOS, L. C. **Identidade. Recortes multi e interdisciplinares**. Campinas: Mercado das Letras, 2002.
- MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: pioneira Thomson, 2002.
- NARDI, H. F. O *ethos* masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F.(Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- NEVES, Robson F. **Significados e (re)significados: o itinerário terapêutico dos trabalhadores com LER/DORT**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2006.
- OCHS, E. Narrative. In: VAN DIJK, T. (eds.). **Discourse: a multidisciplinary introduction**. London: SAGE publications, 1997.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. Tradução de Cássia Maria Buchalla. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003.

OTANI, K. Rede de saúde do trabalhador para o estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, vol.17, no.1, p.86-97, Mar 2003. ISSN 0102-8839

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clín**, n.34, supl 1, p. 105-115, 2007.

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº.800. Texto com base na minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. **Diário Oficial da União**, 03 de maio de 2005.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 9(3), p. 316-325, jul/set, 1993.

\_\_\_\_\_. Narrando a doença mental no nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. In.: RABELO et al. (orgs). **Experiência de doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. Trad. Raimundo Estrela. São Paulo: Fundacentro, 1998.

RANGEL-S, M.L. e PENA, P.G.L. **Saúde e processo de trabalho industrial**. Brasília: SESI/DN, 2004. 83p.

RIKHARDSSON, Pall M., IMPGAARD, Martin. Corporate cost of occupational accidents: an activity-based analysis. **Accident Analysis and prevention**. N. 36, 2004, p. 173-182.

ROZOV I. Occupational Health – Ethically Correct, Economically Sound. **World Health Organization**, Paper # 84, June 1999.

SAAD, M. et al. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica* 8(3):107-112, 2001.

SANTANA, V. S. et al. Acidentes de trabalho - custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1004-1012, 2006.

SANTANA, V. S. et al. Custos sociais diretos e indiretos dos acidentes de trabalho. Projeto de Pesquisa. **Instituto de Saúde Coletiva**, Universidade Federal da Bahia, 2005.

SANTANA, V. S. et al. Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. **Cad. Saúde Pública**, vol.19, no.2, p.481-493, Abr 2003. ISSN 0102-311X

SANTANA, V.S. et al. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.10, no.4, p.841-855, out./dez. 2005. ISSN 1413-8123.

SCHUTZ, A. Bases da fenomenologia. In: WAGNER, H. (Org). **Fenomenologia e relações sociais**: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SCHUTZ, A. & LUCKMANN, T. **The structures of the life-world**. Evanston, Ill: Northwestern, 1973.

SILVA, E. & SHIMIZU, H. E. A relevância da rede apoio ao estomizado. **Revista brasileira de enfermagem**, 60(3), p. 307-311, mai-jun 2007.

SILVA, V. G. **O Antropólogo e sua magia**: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras. 1ed. São Paulo: EDUSP, 2006.

TAKALA J. Global estimates of fatal occupational accidents. **Epidemiology**, v.10, n.5, p. 640-646, 1999.

TITTONI, J. **Subjetividade e trabalho**. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.4, p. 497-504, out/dez 1994.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia das sociedades contemporâneas. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. Cap.9, p. 121-132.

\_\_\_\_\_. O desafio da proximidade. In: VELHO, G: & KUSCHINIR, K. *Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2003.

VÍCTORA, C.G. et al. Corpo, Saúde e Doença na Antropologia. In: **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WEILL D. Valuing the economic consequences of work injury and illness: a comparison of methods and findings. **American Journal of Industrial Medicine**, n. 40, pp. - 418-437, 2001.

WUNSCH-FILHO, V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. **Cadernos de Saúde Pública**, v.1, n.15, p. 41-51, 1999.

YOUNG, A. The Anthropology of illness and disease. *Ann. Rev. Ant.*, n.11, p. 257-285, 1982

## O CAMINHO TORTUOSO: O INSS E SUA PERÍCIA NA VISÃO DE TRABALHADORES ACIDENTADOS

*Gustavo Ribeiro de Araújo*

*Jorge Alberto Bernstein Iriart*

### RESUMO

No Brasil, os acidentes de trabalho (AT) constituem um importante problema de saúde pública, pois gera boa parte dos benefícios de auxílio-doença temporários concedidos pelo INSS. Nesse artigo buscou-se conhecer a experiência de trabalhadores que sofreram acidente ocupacional grave com o INSS, mais especificamente com a perícia médica, a fim de conhecer os significados conferidos por eles aos momentos de perícia. Acompanhou-se o cotidiano de três trabalhadores que estão recebendo benefício do INSS, valendo-se da fenomenologia e da antropologia médica como ferramentas teóricas para aprofundar os sentidos e significados conferidos por eles a essa experiência. Para esses trabalhadores, pensar na perícia remete a um constante processo de acreditar que a Previdência os trata como inimigos, pessoas que estão ali sob a desconfiança do INSS que, na figura do perito, trata-os com injustiça e insensibilidade, provocando profunda revolta, por parte desses trabalhadores, de como são conferidas as aposentadorias. É necessário trazer à discussão o modo como o INSS lida com a questão da reabilitação profissional, conhecendo a experiência de trabalhadores para confrontar com o sistema, a fim de propor um modelo de assistência realmente eficaz e capaz de dar conta, da maneira correta e justa, da demanda que assiste.

### Palavras-chave:

Acidentes de trabalho; INSS; Previdência Social; Perícia médica; experiência da enfermidade

## **THE CROOKED WAY: THE INSS AND ITS MEDICAL SKILL IN THE VISION OF INJURED WORKERS**

### **ABSTRACT**

In Brazil, the occupational injuries (OI) constitute an important problem of public health; therefore it generates great part of the temporary benefits of sick pay granted by the INSS. In this article one searched to know the experience of workers who had suffered serious non-fatal occupational accident with the INSS, more specifically with the medical skill, in order to know the meanings conferred for them to the skill moments. The daily routine of three workers was accompanied by who are receiving benefit of the INSS, using themselves the phenomenological and the medical anthropology as theoretical tools to deepen the directions and meanings conferred for them to this experience. For these workers, to think about the skill sends to one constant process to believe that the Providence treats them as enemy, people who are there under the suspicion of the INSS that, in the figure of the expert, treats them with injustice and insensibilities, provoking deep revolt, on the part of these workers, of as the retirements are conferred. It is necessary to bring to the discussion about the way how the INSS deals with the question of the professional rehabilitation, knowing the experience of workers to confront with the system, in order to consider a model of really efficient assistance and capable to give account, in the fair and correct way, the demand that attends.

### **Keywords:**

Industrial accidents; INSS; Social Security; Medical investigation; Illness experience

## **Introdução**

Este artigo tem por objetivo conhecer a experiência de trabalhadores que sofreram acidente ocupacional grave com o INSS, mais especificamente com a perícia médica. Durante a realização das entrevistas, este tema se impôs como categoria temática importante no discurso dos trabalhadores, aspecto que conduziu o interesse do pesquisador durante o trabalho de campo.

As constantes modificações no mundo do trabalho têm sido alvo de inquietações e debates no âmbito da Ciência. Tais mudanças englobam um cenário de diferenciação das relações de trabalho, acarretando profundas modificações na vida social dos trabalhadores. É comum nos países subdesenvolvidos o aparecimento de trabalhos temporários e sub-empregos, caracterizando a precarização do trabalho nestes países (MENEZES, 2003).

No Brasil, o governo Vargas estabeleceu um amplo código de leis de proteção trabalhista, resultando em um modelo de beneficiamento do trabalhador promovido pelo Estado, onde acordos coletivos tiveram papel secundário. Assim, o Governo retirava de cena as negociações por melhorias presentes apenas em algumas categorias trabalhistas, como bancários, trabalhadores da indústria ferroviária, siderúrgica, entre outros (NORONHA, 2003). Gradualmente, as diversas categorias sociais foram ganhando sua legitimidade no processo de incorporação ao mercado de trabalho formalizado.

No entanto, o processo de industrialização brasileira não acompanhou a demanda por empregos formais e, no final do século passado, percebeu-se a influência do modelo neoliberal no país, com a constante redução dos postos de trabalho e conseqüente crescimento, tanto nas grandes capitais quanto nas cidades pequenas, dos trabalhadores sem vínculo formal de trabalho (MCKINSEY e COMPANY, 2004). No emprego informal, além de ser comum a remuneração abaixo do nível mínimo legal, os trabalhadores são privados dos benefícios de seguridade social e não se encontram cobertos por medidas de proteção à saúde.

Sem a formalização do contrato de trabalho, não há garantia da compensação financeira em casos de doenças e acidentes, como nas licenças médicas, ou em casos de negligência por parte dos empregadores, abusos e de situações de perigo reconhecidos, porque o trabalhador se encontra fora do controle do Estado e totalmente às margens de proteção (IRIART et al, 2006). Além disso, os próprios trabalhadores formais encontram-se hoje em constante processo de pauperização, instabilidade e medo, decorrente do modelo neoliberal, que vem mantendo uma política de “enxugamento” de custos e demissões constantes, fazendo com que mesmo os trabalhadores segurados se sintam inseguros diante da situação de poder perder o emprego (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1999).

Os acidentes de trabalho, AT, afetam grande parte da população em todo mundo. Segundo Driscoll et al. (2005), a Organização Mundial do Trabalho estima que 350 milhões de pessoas morrem de acidentes de trabalho típicos no mundo. É certo que tais números aumentem consideravelmente ao se incluir os acidentes de trajeto, sem contar a subnotificação dos AT's, seja por inadequações do sistema de

registro (WUNSCH-FILHO, 1999), seja pela crescente onda de informalização que acomete os países no contexto da atual fase do Capitalismo Globalizado. Como afirma Antunes (2000, p. 209)

*“O mundo do trabalho viveu, como resultado das transformações e metamorfoses em curso nas últimas décadas, particularmente nos países capitalistas avançados, com repercussões significativas nos países de Terceiro Mundo dotados de uma industrialização intermediária, um processo múltiplo: de um lado verificou-se uma despolarização do trabalho fabril nos países de capitalismo avançado, (...), mas, paralelamente, efetivou-se uma significativa subproletarização do trabalho, decorrência das formas diversas de trabalho parcial, precário, terceirizado, subcontratado, vinculado à economia informal, ao setor de serviços, etc. Verificou-se, portanto, uma significativa heterogeneização, complexificação e fragmentação do trabalho”.*

No Brasil, segundo a Pesquisa Mensal de Emprego (IBGE, 2007) em seis Metrôpoles Brasileiras, 43,4% da população ocupada possuem vínculo empregatício com a carteira de trabalho assinada. Esta parcela desfruta das garantias trabalhistas proporcionadas pelo vínculo formal de trabalho, tais como a aposentadoria por tempo de serviço ou por afastamento devido a AT's ou doenças ocupacionais. Essa proteção é importante, pois garante ao trabalhador, em caso de afastamento por acidentes ou doenças, amparo legal para garantir o seu sustento.

Sabe-se que os acidentes e doenças ocupacionais geram um alto custo para os trabalhadores, empresas e o Estado (SANTANA et al, 2006). Estima-se, ainda, que 4% do Produto Interno Bruto (PIB) dos países são gastos com agravos e doenças do trabalho, a maior parte com a concessão de aposentadorias ou seguros acidentários ou por doenças ocupacionais (ILO, 2003). Isso sem contar os problemas de sub-registro encontrados largamente em países como o Brasil, o que elevaria ainda mais este percentual.



No entanto, vale ressaltar que são poucos os estudos que abordam a questão da experiência dos trabalhadores acidentados com o INSS, trazendo essa discussão para o âmbito acadêmico. Nesse sentido, é preciso conhecer como esses trabalhadores vivenciam e dão significado a essa experiência no momento do afastamento por agravo ocupacional, a fim de promover aperfeiçoamentos no sistema de proteção social do Brasil.

Segundo Diniz e colaboradores (2007), existiam em 2004 3.300 médicos peritos concursados do INSS no Brasil. Tais profissionais são fundamentais na identificação da situação de saúde dos pacientes e posterior concessão do benefício do INSS. O principal instrumento da Previdência Social para atestar a condição do requerente ao benefício por incapacidade, temporária ou permanente, é a perícia médica. O acidentado passa por uma consulta para que um médico perito contratado pelo INSS possa examiná-lo, para assim conseguir a liberação do seguro. Durante o período em que o trabalhador está afastado, são feitas perícias trimestrais ou semestrais, com o intuito de verificar a possibilidade de fraude ou se o beneficiário estaria apto a desempenhar atividades de trabalho, na mesma ocupação ou não.

A perícia médica do INSS é uma situação controversa, na medida em que cria uma relação de diferentes olhares sobre a doença. Por um lado, a percepção do perito sobre condição de retorno ao trabalho e, de outro, o discurso de doente do acidentado, que se vale da sua situação de saúde comprovada em relatórios médicos que, no caso das classes mais pobres da sociedade, são atestados no

tratamento dos pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, observa-se constantemente em noticiários e jornais que a Previdência Social busca identificar fraudes entre beneficiários, e que, por isso, parece que os peritos passaram a adotar posturas rígidas na avaliação dos casos. Não raro se observa nos noticiários protestos de pessoas contra a forma de atendimento nos postos do INSS e, particularmente, no modo como a perícia é realizada.

Sabe-se que, no atual contexto de precarização das relações de trabalho, cresce a demanda por pesquisas que observem a relação da informalidade na vida das pessoas, e de como essa desproteção acarreta problemas sérios relacionados à saúde do trabalhador. Entretanto, estudar trabalhadores formais deve, da mesma forma, merecer destaque na produção científica, pois, mesmo tendo as garantias do Estado adquiridas por lei e asseguradas pela formalidade do vínculo empregatício, conhecer que tipo de proteção social os trabalhadores possuem, e mesmo como ela se formaliza principalmente no âmbito de trabalhadores de classes populares, se faz importante para que seja possível delimitar medidas eficazes e culturalmente sensíveis para a proteção desses trabalhadores e, em consequência, para a sua saúde.

Este artigo busca conhecer a experiência de trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais com incapacidade permanente ou temporária com o INSS, tomando como ponto mais importante a perícia médica.

## **A Seguridade Social no Brasil: breve histórico.**

No Brasil, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) é o órgão do Ministério da Previdência Social responsável por gerir e garantir o direito à previdência por parte dos trabalhadores segurados. Este tem por objetivo prover seguridade social aos segurados, concedendo benefícios como a compensação pela perda de renda quando o trabalhador encontra-se impedido de trabalhar por motivo de doença, invalidez, idade avançada, morte, desemprego involuntário, maternidade ou reclusão (SANTANA et al, 2006).

A Lei n. 5.316 de 14 de setembro de 1967 já estabelecia a Previdência Social como órgão gestor das concessões de benefícios decorrentes de doenças ou acidentes de trabalho (PAVÉSIO, 1978, p. 01). A Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991, estabelece que todos os contribuintes devem ter direito ao benefício por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente. Dentre os tipos de benefícios, o auxílio-doença e auxílio-acidente englobam a maior parcela dos trabalhadores que estão afastados por problemas de saúde decorrentes de seu processo de trabalho (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2008).

A legislação define também que acidentes ocupacionais envolvem tanto os que acontecem no trabalho, chamados de típicos, quanto àqueles agravos decorrentes do trajeto casa-trabalho-casa, como atropelamentos, assaltos,

incêndios, desabamentos, inundações, dentre outros, conforme lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 14/08/1991). Cabe ao INSS estabelecer perícias para determinar se o acidente tem ou não relação com o trabalho, para então o beneficiário entrar com o requerimento de concessão do benefício. Caso o seja concedido, cabe a empresa pagar ao acidentado 15 dias de salário a partir da data do acidente, cabendo ao INSS o pagamento dos dias subsequentes e o benefício.

Os Sistemas Previdenciários são diferentes de uma sociedade para outra; aspectos sócio-econômicos, políticos e culturais são fundamentais para se entender tais diferenciações. No Brasil, a iniciativa de se criar um órgão que possa gerir a proteção da população inserida no mercado de trabalho do setor privado nasce dos próprios trabalhadores, com a criação de fundos de auxílio mútuos entre trabalhadores de uma mesma empresa (BATICH, 2004, p. 01).

Na década de 20 do século passado, surgiram as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), criados por trabalhadores com o objetivo de assegurar proteção a sua classe em caso de acidentes e para aposentadorias e pensões. Vale ressaltar que os sindicatos e demais organizações trabalhistas tiveram papel preponderante nas profissões que conseguiram instituir as CAP. (Id., ).

A partir do Estado Novo (1930), as CAP's foram gradativamente anexadas ao Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP) do Estado. Vale ressaltar que nesse período o governo da República utilizava as sobras de recursos (que neste período eram altas, devido ao fato dos contribuintes serem, em sua maioria, jovens iniciantes

no mercado de trabalho, com número reduzido ainda de trabalhadores aposentados) para aplicações em empreendimentos industriais e outros setores da economia, tornando a Previdência o principal sócio do Estado no financiamento da industrialização do país (ANDRADE, 2003).

Em 1966 é criado o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social (id.), agregando os IAP's e homogeneizando as relações previdenciárias sem diferenciação de classes de trabalho. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, para ser organizada de forma independente do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, como era até então. Com a constituição de 1988, a Seguridade Social integra Previdência, Saúde e Assistência Social, e em 1990 o INPS é substituído pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS. Nesta altura, o sistema previdenciário chegaria a sua fase de maturação, com o requerimento de aposentadorias dos trabalhadores que contribuíam desde as CAP's. Ao mesmo tempo, a invasão neoliberal trazia cada vez menos oferta de empregos e, em consequência, redução das contribuições previdenciárias (BATICH, 2004, p. 05).

Segundo estudo do Ministério da Previdência Social, na década de 50, oito contribuintes financiavam um aposentado. Na de 70, essa relação era de 4,2 para um e, nos anos 90, baixou para 2,3 pessoas trabalhando para um aposentado (BRASIL, 1997). O uso de capital previdenciário para financiamento da industrialização, envelhecimento da população, aumento da expectativa de vida e decréscimo da taxa de crescimento anual da população foram fatores importantes para a atual crise que a Previdência Social vem passando.

Portanto, no desenrolar histórico da constituição e crise da Previdência, o trabalhador vem perdendo constantemente direitos assegurados em legislações anteriores, sob a desculpa de tentar equalizar o chamado “rombo da previdência”, acontecido devido ao fato de se retirar dos fundos da Previdência empréstimos para outros fins que não a concessão de benefícios, principalmente a empresários da Construção Civil e da rede de Sistemas Hospitalares. São dispensadas diversas concessões às empresas devedoras à Previdência, como ter “8.900 séculos para quitarem sua dívida”, citando manchete do jornal *Folha de São Paulo* de fevereiro de 2004 (BATICH, 2004, p. 07), resultando sempre em déficit no orçamento.

Entre 1999 e 2003, estima-se que a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes ocupacionais, concedendo 854.147 benefícios devido a acidentes de trabalho. Em 2003, os gastos com pagamentos de benefícios acidentários e aposentadorias especiais pelo INSS foram estimados em cerca de 8,2 bilhões de reais (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2005)

Segundo Santana et al (2006), o INSS concedeu 39.061 benefícios com diagnóstico clínico relacionados à saúde no Estado da Bahia, em 2000. 11,7% destes referiam-se a problemas de saúde ocupacional, e, dentro destes, 62,8% correspondiam a benefícios concedidos por acidentes. Para haver a liberação do benefício, o segurado deve passar por uma perícia médica do INSS, previsto no artigo 337 do decreto 3.048/99. O perito deverá, através do nexo técnico (reconhecimento técnico no nexo causal), evidenciar que foi o trabalho a causa do acidente (ALVES, 2003, p. 45) para, assim, encaminhá-lo para receber o benefício.

Sabe-se que os noticiários trazem constantemente relatos sobre fraudes previdenciárias, onde pessoas simulam doenças a fim de obter ou prolongar o benefício. Com isso, o INSS se tornou mais rígido na concessão dos benefícios. No entanto, convém ressaltar que faltam estudos para se apurar como são essas fraudes e como o INSS vem agindo para diminuí-las sem onerar as pessoas honestas que buscam apenas ter seus direitos assegurados. Algumas medidas têm surtido efeito na diminuição de filas e tempo de espera para marcação de perícia (como o uso do telefone), porém não são ainda eficazes para dar conta da problemática historicamente construída que envolve a Previdência Social.

### **Considerações teóricas.**

A Antropologia hoje constitui um importante pilar na compreensão da distribuição e ocorrência das doenças, na medida em que traz importantes considerações de como a população interpreta e significa culturalmente a doença, e como a sociedade elabora formas culturalmente construídas de lidar com essas enfermidades. Através da análise antropológica é possível compreender que o estado de saúde da população é associado ao seu modo de vida e universo sócio-cultural, simbolicamente construído (UCHÔA & VIDAL, 1994),

O indivíduo não vive isolado. Ele mantém constantemente relações com outros indivíduos, em situações diversas e com níveis de intensidade relacional variáveis. Essas experiências de relacionamento é que fundamentam a vida das

peças, de acordo com as normas sócio-culturais onde elas estão inseridas. Nosso mundo é formado de realidades múltiplas, onde estas estão interligadas por redes de significados que fazem com que as pessoas estejam sempre travando relações sociais em maior ou menor grau. Essas redes simbólicas que compõem o emaranhado de representações e que atribuem significado aos fenômenos sociais são o que a Antropologia Interpretativa denomina de *cultura* (GEERTZ, 1989). O processo de “estar acidentado” é, também, um fenômeno social, e é no mundo cotidiano que esta experiência reflete os significados que cada cultura confere a determinado fenômeno social.

Portanto, é necessário também observar que as pessoas constroem modelos de vida baseados na interação com os outros, conferindo significados às suas práticas com base no que Geertz (id.) chama de “teia de significados”; uma rede de signos correlacionados e interpretáveis que está inserida em um contexto que pode ser descrito de forma inteligível. Nessa abordagem o pesquisador procura conhecer o que é particular e universal na maneira como os sujeitos constroem suas instituições e sua representação da realidade vivida (OLIVEIRA, 1996). Assim, através da cultura é possível acessar a forma pela qual os grupos sociais atribuem significação as coisas (VÍCTORA et al., 2000). Vale ressaltar que a cultura sempre está inserida em um contexto próprio, e não é um conjunto homogêneo de significados, pois, tal como a sociedade, a cultura é complexa e multifacetada (IRIART et al, 2006). A tarefa do pesquisador é interpretar as visões de mundo dos atores sociais para, assim, conhecer a maneira como a cultura é ressignificada por esses indivíduos.



As abordagens da Fenomenologia e da Antropologia Médica são os arcabouços teóricos que norteiam este trabalho. Entender as implicações de “estar doente”, diferenciando os termos *illness*, *sickness* e *disease* (GOOD, 1994; KLEINMAN, 1988; YOUNG, 1985) são importantes. Estas revelam que o olhar sobre o direito ao benefício se dá a partir do momento em que o AT é normativamente entendido como incapacitante, com critérios estabelecidos e aceitos pelo sistema médico oficial do País e, também, pelo INSS (NEVES, 2006). Estes entendem a idéia de “acidentado” do ponto de vista biomédico e, a partir daí, definem a condição de incapacidade e condição de trabalho junto ao sistema da Previdência Social.

*Disease* designa a doença em si, um distúrbio dos processos biológicos ou psicológicos, resultando em uma anormalidade do funcionamento dos órgãos e estruturas do corpo. A racionalidade da ação médica e do sistema de saúde oficial é centrada nesse conceito, pois, independente da maneira como o sujeito se reconhece como doente e a subjetiva em seu modo de vida, são apenas através dos sinais biológicos concretos e observáveis irão definir a condição de “doente” institucionalmente aceito. O INSS centra suas decisões acerca de concessão de benefícios também no universo da *disease*, já que a função da perícia médica é delimitar se o paciente está apto ou não a voltar ao trabalho.

Já a enfermidade, *illness*, refere-se ao modo como o acidentado representa a sua condição, sendo uma experiência subjetiva, onde o indivíduo constrói interativamente com sua rede de suporte social (família, amigos, etc.) sua concepção de “estar doente”. Essa concepção perpassa pela experiência que o trabalhador acidentado constrói junto com seus familiares e outros que interagem

com ele nesse processo. Já *Sickness*, ou doença, perpassa pela experiência de como a população significa a idéia de doença, através do senso comum construído pelas forças macrossociais (economia, política, cultura, instituições e organizações) que determinam socialmente o conceito de *doente* (YOUNG, 1982).

Sabe-se que o modo como as pessoas criam significados para a legitimação da doença é construída culturalmente, e quase sempre difere da visão institucional, pautada na idéia de *disease* e, com isso, propondo a relação médico-paciente unicamente como a de análise de uma disfunção físico-biológica do corpo.

É fundamental, então, que se entenda a doença em todas as suas extensões, física e psicossocial, para que se possa dimensionar o real impacto da enfermidade na vida das pessoas. Entender a cultura em seu sentido semiótico poderá “auxiliar-nos a ganhar acesso ao mundo conceptual no qual vivem os nossos sujeitos, de forma a podermos, num sentido mais amplo, conversar com eles” (GEERTZ, 1989, p. 17) e assim ter acesso às suas concepções e percepções acerca do mundo que os cerca com os seus códigos, signos e significados. É possível assim compreender como a sociedade confere diferentes significados ao processo saúde e doença, bem como observar quais são os impasses e discrepâncias entre o conceito de doença construído no senso comum e o que é aplicado nos sistemas de saúde e segurança social, como a Previdência.

Essa rede de signos correlacionados atua diretamente no modo de viver das pessoas, em seu cotidiano, nem sempre percebidos por elas. A linguagem utilizada na vida cotidiana é que nos proporciona continuamente estas objetivações

indispensáveis e dispõe a ordem dentro das quais estas adquirem sentido e, também, onde a vida adquire sentido (SCHUTZ & LUCKMANN, 1973). Segundo Schutz (1979), o mundo da vida é constituído de múltiplas realidades, aonde diversos momentos de experiências vão margeando a vida das pessoas. Nessa multiplicidade, estão inseridas as experiências religiosas, sonhos, fantasias, música, arte, ciência e o senso comum. Este, segundo Schutz (id.), seria como a mola principal da realidade da vida cotidiana.

Nesse sentido, é no mundo da vida cotidiana, a realidade por excelência, que aparecem as maneiras de vivenciar e significar os processos culturalmente construídos pelas pessoas que compartilham de um mesmo sistema de significados, aqui compreendidos como a interação entre pensamento e experiência, indissociado do conceito de cultura (MARTIN et al., 2006). O mundo da vida cotidiana é caracterizado por ser intersubjetivo, o que a diferencia de outros mundos, como o dos sonhos. Essa realidade é apreendida de maneira ordenada e já objetivada (BERGER & LUCKMANN, 1966).

Essa “atitude natural”, que significa a própria realidade superior e objetiva, representando sentidos comuns precisamente por ser um mundo comum a muitos sujeitos (id.), é construído intersubjetivamente e condiz com a maneira como as pessoas lidam com sua realidade cotidiana. Um agravo, como o acidente ocupacional, pressupõe a ruptura dessa atitude natural, levando o trabalhador a

buscar maneiras de reorganizar o seu cotidiano, para transformá-lo novamente em algo ordinário e dotado de significação objetiva para ele<sup>10</sup>.

Portanto, essa tentativa de ordenação do cotidiano traz, na sua experiência, diversos fatores que intervêm nessa busca da atitude natural perdida (ALVES & RABELO, 1999). Para os trabalhadores acidentados, a relação com o INSS traz maneiras diferenciadas de lidar com problemas como a insegurança da perícia, a falta temporária do pagamento e a negação da doença como grave pelos peritos, acarretando conseqüências no seu viver e na própria constituição pessoal da experiência do acidente.

A narrativa, “uma técnica verbal para recapitular a experiência, em especial uma técnica para construir unidades narrativas que correspondem à seqüência temporal daquela experiência” (RICOEUR, 1980, p. 13), permitiu a compreensão da fluidez com que os trabalhadores representam simbolicamente essa relação com o INSS em seu cotidiano, de modo a conhecer a maneira como eles lidam com a perícia médica.

Mishler (apud LOPES & BASTOS, 2002) afirma que a experiência da doença é sempre marcada por “pontos de virada”, rupturas nas trajetórias de carreira, e que fazem com que essas pessoas repensem suas vidas a partir desse momento de mudança. O AT é um ponto de virada que faz com que o acidentado repense a sua experiência no mundo cotidiano, para tentar reconstruir a atitude natural perdida, pondo ordem naquilo que se tornou desordenado em face de um evento tão

---

<sup>10</sup> Esta questão encontra-se melhor discutida no artigo 1 desta dissertação.

desestruturante. Nesse processo aspectos psicológicos e sociais são inter-relacionados, criando a interface que conduzirá a biografia dessas pessoas na realização de seus projetos de vida face a esse momento que estão enfrentando (ALVES & SOUZA, 1999), conferindo significados e colocando-os frente ao desafio constante de enfrentar estigmas e construções culturais em torno de seu estado de saúde

## **Metodologia**

Trata-se de um trabalho qualitativo, de aproximação etnográfica, da experiência vivida por trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais, e que provocaram incapacidade de exercer suas atividades por um longo período. Para tal empreendimento, a abordagem qualitativa mostrou-se adequada, visto que esta é uma estratégia capaz de lidar com a complexidade que envolve o tema e o trabalho de campo, ao lidar com pessoas em estágio de sofrimento e de ordenação de suas vidas devido ao AT.

Este estudo caracterizou-se pelo acompanhamento de três trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais há aproximadamente 2 anos, recebendo benefício da Previdência Social do Brasil por “auxílio-doença”, conforme regulamentado pelos arts. 71 e 80 do Decreto n. 3.048/1999 (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1999). Os informantes são dois homens e uma mulher, que pertencem a classes sociais de baixa renda, com nível de lesões e gravidades diferenciadas, bem como circunstâncias de ocorrência do AT variados. O regime de trabalho deles também

era diferenciado, e os três estão sem realizar nenhuma atividade formal de trabalho, devido à gravidade do acidente.

O trabalho de campo foi realizado de acordo com três níveis de organização, seguindo a estrutura proposta por Bibeau (1992): (1) nível factual e comportamental em que as práticas cotidianas são observadas, bem como informações complementares são coletadas para dar ao pesquisador a noção da extensão do problema; (2) nível narrativo onde se realiza a coleta de narrativas sobre casos que expressam a interpretação que os informantes têm sobre os signos, significados e práticas do problema pesquisado e (3) nível interpretativo: trabalho cooperativo visando desenvolver uma “hermenêutica propriamente antropológica” dos discursos.

A entrevista narrativa compõe a principal técnica de apreensão dos dados, junto com a observação-participante e o caderno de campo. Tais técnicas, tradicionais da pesquisa qualitativa, compõem o quadro de ferramentas utilizadas no trabalho de campo.

A coleta foi realizada nos meses de maio a outubro de 2007, sendo divididas em fases de entrevistas informais não gravadas para conhecer e ganhar a confiança do informante para, posteriormente, proceder com as entrevistas narrativas, divididas em três módulos, a fim de conhecer a visão de mundo destes trabalhadores sobre o seu trabalho, sua relação com o AT e seu processo de reordenamento cotidiano. Cada módulo narrativo teve uma duração média de aproximadamente duas horas. Esse material foi posteriormente transcrito para se realizar a análise dos dados.

Kleinman (1988) afirma que as narrativas da doença servem para dar coerência a eventos distintos e ao curso da doença, funcionando como uma forma de dar sentido ao processo vivenciado e percebido pelos informantes. A entrevista, segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (2003), é um instrumento que se torna revelador de condições estruturais, sistemas de valores, símbolos e crenças com interfaces conectadas à cultura que este indivíduo está imerso.

Optou-se por analisar as narrativas seguindo o referencial da Fenomenologia, buscando a interface entre o AT, cotidiano e cultura, analisando os significados e a essência de cada experiência para construir um quadro de referência de como o fenômeno foi experienciado (CRESWELL, 1998). Assim, a interpretação coloca-se entre a linguagem e a vida vivenciada por meio de uma série de conceitos interpretativos entre os quais o distanciamento, a apropriação, a explicação, a compreensão (RICOEUR apud CAPRARA & VERAS, 2005).

Esta pesquisa teve seu projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sendo adotados os procedimentos éticos na pesquisa em seres humanos, de acordo com a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de saúde. Não houve exclusão por gênero, etnia ou religião, e os nomes dos entrevistados foram preservados, utilizando-se sobrenomes fictícios para nomeá-los neste trabalho.

## **Resultados**

### **Santos**

Santos trabalhava no cais do porto como estivador. No dia do acidente, o mar estava forte, mas ele teve de descarregar contêineres de um navio, a contragosto. Sabia que não tinha condições de segurança suficientes para executar o serviço. No entanto, fora ordenado a fazer e deveria cumprir o serviço, pois naquele dia os trabalhadores precisavam dar conta do desembarque rápido da carga para posterior transporte. Estava pendurado no contêiner, quando o mar bravo jogou a carga contra o navio, fazendo com que ele acabasse caindo de uma altura de dez metros para não ser esmagado. O AT ocasionou múltiplas fraturas nas pernas, deixando-o sem condição de andar por quase um ano e meio. Hoje, dois anos depois do ocorrido, anda com dificuldade, porque ainda está em tratamento de recuperação das lesões.

O caminho para receber o benefício durou três meses após o AT, tempo que todos os trabalhadores aguardam para que o auxílio-doença comece a ser transferido regularmente. Vale ressaltar que eles recebem o valor dos 3 benefícios após esse período. Santos está recebendo o auxílio há um ano e 6 meses no momento da pesquisa, e já passou por três perícias para saber o período que deve retornar ao INSS a fim de conhecer se continua ou não incapacitado para o trabalho e, assim, tendo direito a receber o benefício.



Ele se prepara para mais uma das muitas perícias que já fez. Junto com sua esposa, pega o seu par de muletas e vai de ônibus ao local onde elas são realizadas. Chega sempre uma hora antes, conforme foi pedido pelo INSS. Não leva mais que 10 minutos na sala do perito, para depois se dirigir ao guichê de atendimento e ir para casa aguardar a carta do benefício. Ganhou mais seis meses para recuperação amparada, apesar de, em seus relatórios médicos do SUS, a previsão de tratamento se estenda por muito mais tempo. Durante a perícia, apenas o perito médico faz as perguntas e observa se fisicamente as lesões ainda o impedem de trabalhar, o que lhe deixa inseguro sobre como ficará a sua situação junto ao INSS.

*O pessoal do INSS? Rapaz, o pessoal do INSS é muito assim... o que eles acham que... em relação ao paciente... eles ficam pra eles, eles não passam pra gente nada, entendeu? Mesmo que você tente conversar com ele em relação a sua situação, ele não fala nada, a única coisa que ela pergunta pra você lá é o seguinte:*

*- Você trouxe o relatório? Tem algum exame aí pra gente analisar? (Perito)*

*Ele chega lá e olha, lança no computador, e daí manda você falar com a recepção. Chegando na recepção, você leva os documento necessário, mostra a ele lá, ele diz:*

*- Ó, volta aqui com dois dias, três dias, ou senão a carta vai chegar em sua casa. (atendente)*

Santos passa por essa situação trimestralmente, sem previsão de se aposentar, há dois anos até o momento da pesquisa, quando tem de voltar para provar sua condição de incapacitado. Ele tem a expectativa de se aposentar, pelo seu quadro atual, mas acha que o perito não tem essa opinião. Para Santos, o perito avalia sua condição para realizar outra atividade de trabalho e, dentro de sua avaliação, concede o número de meses que o trabalhador deve ainda ser tratado. Percebe-se que existe aí um choque na concepção de “condição de doente”, até mesmo de incapacitado, entre Santos e o perito.

Esse choque causa em Santos a impressão de que o INSS é uma instituição que não observa o trabalhador, apenas se preocupa se ele está ou não apto a trabalhar dentro dos critérios físico-biológicos, não importa se ele está se sentindo capaz ou não. Por essa linha, o INSS seria uma instituição normatizadora de uma condição de doente com base na dimensão biológica (*disease*), e o trabalhador se vê em uma situação de incapacidade decorrente do AT, se pensando enquanto ser que não pode desenvolver mais a mesma ocupação, sem treinamento adequado para seguir em frente, com baixa escolaridade e desprovido de renda segura.

O INSS procura observar apenas a evolução clínico-biológica do tratamento, para atestar a aptidão da pessoa para voltar a trabalhar. Uma questão importante é saber se o trabalhador se sente em condições de ingressar no mercado de trabalho sem o devido preparo psicológico e treinamento. É possível que uma pessoa com condição sócio-econômica mais alta tenha mais condições de reinserção no mercado de trabalho. Mas no caso de Santos, que trabalhou sempre na mesma ocupação e se vê sem expectativa de melhora real para voltar ao seu trabalho, o

fato de perder o benefício causa grande sensação de medo e desespero, gerando a idéia, na concepção dele, de que o perito pode (e deve) contribuir para que ele não se sinta desamparado socialmente.

Santos acredita que ele tem direito a ser tratado com mais atenção porque, mais do que um trabalhador acidentado que está pedindo amparo, é um cidadão que contribuiu com a Previdência Social e agora se vê reclamando o direito. Essa dimensão de “sentir-se lesado” perpassa toda a sua experiência com a perícia, pois, ao se valer da premissa que contribuiu corretamente e agora não consegue ver amparo ou preocupação. É na situação de perícia que converge, na visão do informante, a idéia de que ele é réu, que precisa provar que está inapto. Isso traz para ele situação de revolta e de tristeza. Ultrapassa a questão de necessidade do benefício para chegar ao direito a uma vida sem maiores perdas.

*(...) ver você contribuindo com a previdência, ele não quer que a previdência te dê, ele quer que você dê a previdência, a finalidade da previdência é essa, entendeu? Porque, segundo o presidente de república, ele fala que a previdência gasta mais do que recebe, entendeu, então o país tá com um rombo tamanho de pagar trabalhador sem trabalhar. Mas quem são esses trabalhadores? Tem que ver, entendeu, eu não tenho que pagar por você que tá simulando uma doença que não tem, eu não vou pagar por você...*

*Me penaliza, muito, como eu já fui penalizado! Perdi um mês de salário, que talvez pra eles não seja nada, mais pra mim é muita coisa, por que além de mim tem duas, duas não, três ou mais pessoas que depende desse salário, entendeu? O que aconteceu comigo não foi eu que quis... foi ironia do destino, foi Deus que quis assim, e ele mesmo me salvou, então, eu não posso fazer nada, eu sou cidadão brasileiro, sou cidadão brasileiro, contribuo, pago meus impostos e ando corretamente com a justiça, não devo nada a justiça, não devo nada a ninguém...*

Ele reclama muito do INSS; ele considera injusto o modo como é tratado, principalmente pela falta de reconhecimento da sua condição de incapacitado permanente para o trabalho, pois, de acordo com a sua visão do tratamento que faz, se considera incapaz de realizar qualquer outra atividade ocupacional. Isso gera uma situação angustiante para ele, pois acha que ir diversas vezes no ano “provar” a sua condição o coloca sempre numa situação de réu, como se estivesse falseando sua condição de doente. Fica revoltado com a maneira com que acredita ser visto pela Previdência Social; segundo ele, de “criminoso que tenta provar a inocência”, já que, como contribuiu muitos anos para a Previdência, acha incorreto não conseguir reconhecimento pelo seu estado de saúde.

*(...) é sim rapaz, é penoso, é penoso você depender da previdência! Porque você é tratado com indiferença, entendeu... porque você tá ali reivindicando seus direito, você*

*é tratado com indiferença, você é bom quando você tá trabalhando, contribuindo, [mas] quando você passa a recorrer os seus direitos trabalhista, tá pagando pra ter esses direito, eles viram a cara pra você...*

*(...) você vira inimigo deles, quando era pra ser o contrario. Desde quando você passa a depender do INSS, eles vê você como inimigo, porque você tá tirando dinheiro do cofre, entendeu, não tá botano, você tá tirando, uma coisa que você já pagou há muito tempo...*

Santos sempre se refere ao INSS de maneira rancorosa e desconfiada. Algo que o chamou a atenção e sempre estava presente em suas narrativas foi o fato de ter perdido, durante um período, o seu benefício. Segundo ele, uma informação dada erroneamente pela atendente do serviço *call-center* da Previdência fez com que ele perdesse o número do seu benefício inicial, datado no momento em que deu entrada no INSS, tendo de abrir novo benefício. Com isso, ele perdeu um ano na contagem de tempo de afastamento devido ao AT, além de ter ficado um mês sem receber o benefício (sem posterior reembolso), deixando-o em situação financeira complicada. Ele acredita que não ter esse tempo contabilizado o prejudicará ainda mais para ter a aposentadoria aceita pela perícia, fato que o deixa ainda mais revoltado com o INSS, fato que o deixa irritado com a maneira que a Previdência conduz o seu caso.

Ele acredita que o INSS deve repensar a maneira como trata casos como o dele, considerando a importância de reconhecê-lo como um trabalhador que teve sua carreira interrompida e merece a assistência devida. Realocá-lo em outro posto de trabalho, sem o devido treinamento e aviso prévio (pois depende da perícia considerá-lo apto ou não), pode trazer conseqüências desastrosas para o trabalhador, principalmente a nível psicológico; envolve desde o perigo de não se adaptar a uma nova ocupação, quanto o desenvolvimento de traumas psicológicos como a depressão.

*Questão de consciência! É isso que eu falo pra você, a previdência só quer saber mesmo se você não tem mais condição de botar o dinheiro lá, quando você tá sem poder se movimentar nem os olhos, entendeu, enquanto você tiver com os olhos “assim” (faz um piscar referindo-se ao poder movimentar), ele acha que você tem condição de trabalhar, em uma tela de computador, de qualquer coisa.*

Santos espera definir a situação de seu benefício com o INSS para poder se reorganizar financeiramente, pois gastou suas economias durante o período em que não recebeu o auxílio, ficando sem nenhuma reserva financeira. Assim, a aposentadoria serviria de ponto de reestruturação financeira, que lhe permitiria voltar a garantir o sustento da esposa e das duas filhas.

*Eu não tenho condições físicas nem psicológicas pra exercer a funções que eu exerço. Então, no meu modo de ver, eu não*

*sou especialista nisso... Isso cabe a eles que são peritos do INSS... eu espero que um dia eles tenham essa conclusão porque eu acho que é a mais certa.*

*Agora, meu grande plano mesmo é ficar bom, e o resto é consequência, ficar bom. Resolver os meus problemas com o INSS, ver o que ele pode me dar, o que tenho direito..., não quero nem a mais nem a menos, eu quero o que tenho direito, ele reaver minha situação e ... e me dar o que eu tenho direito.*

Percebe-se que o trabalhador busca sua estabilidade financeira frente ao seu problema de saúde. Ao se deparar com a perícia médica, o medo de se ver sem o benefício e sem condições de voltar ao trabalho, leva esse trabalhador a pensar no benefício como forma de garantia. No entanto, vale ressaltar que cabe ao INSS garantir que esses sujeitos acometidos por AT tenham tratamento adequado para voltar a trabalhar, pois aposentadoria precoce em casos onde há condições de trabalho leva a uma perda da identidade do indivíduo, isolando-o da sociedade e podendo provocar na pessoa sofrimento e depressão. Cabe então melhorar o sistema de atenção à saúde do trabalho, provendo treinamento adequado e tratamento capaz de dar conta dos problemas físicos e emocionais do indivíduo, para que a aposentadoria seja a última alternativa.

## **Safira**

Por volta das seis horas da manhã, Safira foi ao ponto de ônibus onde todos os dias pega um coletivo para dirigir-se ao seu trabalho. Nesse momento, dois homens armados em uma moto anunciaram assalto, ordenando que todas as pessoas no ponto de ônibus entregassem seus pertences e o dinheiro que possuíam para eles.

Transtornada e sem pensar direito, Safira correu em direção a pista, sem perceber que se tratava de uma avenida extremamente movimentada. Apenas pensava em defender seus pertences. Foi atropelada por um carro, causando-lhe múltiplas fraturas nas pernas e escoriações no corpo. Ao longo dos cerca dois anos de tratamento, Safira acabou ficando com a perna esquerda menor que a direita, com uma diferença de quase cinco centímetros. Atualmente ela está afastada das atividades, recebendo benefício de auxílio-doença do INSS.

A cada três meses, Safira deve ir ao INSS para submeter-se a perícia médica, a fim de saber se poderá renovar o seu benefício ou se será considerada apta a voltar ao trabalho. Seus exames médicos comprovam que os ossos estão parcialmente calcificados por causa da gravidade da lesão, sendo difícil para ela se locomover. Além disso, seus exames revelam que é necessária ainda fisioterapia para re-estabelecer os movimentos da perna. A perícia, portanto, é o momento que define ao INSS que ela necessita ainda de mais tempo para desenvolver o seu tratamento.



*Eu vou ter que ter o apoio sempre da muleta, mas eu agradeço por isso; pelo menos já da pra sair né, por que depender dos outros... antes eu era carregada, sentava em uma cadeira, botava a cadeira na porta e vinha duas pessoas e me levava (risos).*

Sempre ao sair, ela desce com bastante cuidado acompanhada do marido. A entrada de sua casa possui uma descida de barro íngreme. Ao sair para a perícia, estava preocupada porque a Previdência Social pediu que ela levasse uma confirmação dos patrões de que o acidente era ocupacional. Mas sua preocupação era outra:

*Eu não me preocupo mais com isso não, a minha preocupação é se vai me adiantar mais ou me cortar é isso, mas eu creio que vão dar continuidade sim.*

Chegando ao INSS, Safira não espera muito para ser atendida; também não demora muito no momento da perícia médica, que, segundo ela, é procedida da seguinte maneira:

*A perícia, chegando lá ele sempre conversa comigo, sobre o acidente. Ele olha assim mais a perna, ele olha a radiografia, mas hoje, como diz meu médico, não tá mais pela radiografia. Por que é o nervo, agora não é mais o osso, o osso tá consolidando bem agora é os nervos.*

*Ele manda levantar, suspender a roupa até o joelho, que é pra poder ver como é que fica a batata da perna, manda eu movimentar o pé... Só isso, pega no joelho e manda levantar com a mão o joelho que é pra ver se tá com força, é só isso.*

Safira sempre leva os exames de seu médico ortopedista e da clínica onde faz fisioterapia regularmente, que atestam seu estado de incapacidade para voltar ao trabalho. Ela acredita que deveria ter direito à aposentadoria, justamente porque sua deficiência de locomoção e falta de forças para o trabalho doméstico a deixam sem opção de trabalho. Com baixa escolaridade, sem possibilidade de ingressar no mercado de trabalho e com problemas de depressão e ansiedade, seu receio é não poder ajudar no sustento da família.

*É difícil eles falar disso (da aposentadoria), é mais fácil eles falar de mandar trabalhar de que falar de aposentadoria. Esse da última vez que eu fiz foi que... ele não me disse nada, olhou também não me deu a folha na sala... aí ele disse: quando você sair, pega uma folha com o rapaz aí ao lado.*

*Agora mudou, antes eles mesmos iam lá, chegava e entregava... olha é assim, e você vai ficar até esse tem e tal e se não melhorar retorna novamente. Mas dessa vez não. Dessa vez ele [não] falou comigo nem conversamos direito, ele anotou tudo lá, pronto! Terminou a perícia, falou que quando eu*

*saísse eu pegasse na mão do rapaz e eu peguei. E aí tava com três meses.*

*O primeiro deu quatro meses, perguntei: porque o senhor não põe logo seis meses? aí ele disse: não, você não quer trabalhar né? Eu disse trabalhar nessas condições? Você trabalhava? ,Aí ele riu e disse que quatro meses é o período do osso consolidar. Aí eu disse tá bom.*

*Perguntei ao meu médico, e ele disse que é isso mesmo, do osso ele disse que é isso aí, só que do meu caso não é mais o osso, o nervo que endureceu e tal. E aí tem que dar mais tempo, assim de um ano para o meu caso (para a próxima perícia). Mas não dá não, todas as vezes quando eu vou é assim , quatro meses, quatro meses, agora que deu três meses porque já viu o osso bem consolidado.*

Mais uma perícia se passa e Safira ganha, desta última vez, quatro meses de benefício. Ela não reclama do pagamento; pelo contrário, a Previdência paga corretamente a quantia de R\$ 380,00 que ela recebe. A questão não é o recebimento do benefício. É corrente no discurso dela que a única vez em que ficou sem receber fora nos três primeiros meses, quando acabou necessitando de ajuda de parentes. Depois recebeu os valores retroativos, ainda que não corrigidos.

Viver com essa expectativa de saber se continuará a receber o benefício é o que deixa Safira mais apreensiva; no momento em que ela busca refazer sua vida

em torno de suas limitações, conviver com o desafio constante de provar que está enferma é um dos fatores a deixa com problemas psicológicos. Não é a toa que ela precisa tomar remédios anti-depressivos e relaxantes para diminuir seus problemas constantes de ansiedade, enxaqueca e insônia, implicando em constante sofrimento emocional.

*Tem que ter muita fé em Deus; porque viver dessa maneira é muito estressante... não posso comprar uma geladeira à prazo porque não sei o dia de amanhã, se o médico [perito do INSS] vai me dar mais 3 meses... não compro nada pra casa, não posso fazer um crediário, porque não sei o dia de amanhã, quando for fazer a perícia...*

## **Silva**

O trabalho de Silva era instalar redes elétricas para a empresa de energia em período de tempo determinado, geralmente de duas a três horas, quando a rede elétrica do local é desligada para a realização de serviços de manutenção. Em um desses dias, sua atividade era instalar um poste elétrico, fixando-o no chão com o seu ajudante, para depois proceder com a parte de cabeamento.

O poste estava amarrado a cabos de aço. Foi quando um desses cabos partiu, caindo o poste entre a cabeça e o ombro de Silva, ocasionando uma lesão séria nos ligamentos do ombro, que retirou os movimentos de seu braço esquerdo, deixando-o, como ele mesmo se denomina, inválido.

Silva já havia conseguido a aposentaria quando participou da pesquisa. Nos seus exames, comprovou-se que seu braço esquerdo estava atrofiado e não tinha movimento, impedindo-o de exercer qualquer atividade de trabalho que exija uso das mãos. A de eletricitista, que tanto valoriza, não tem mais condições de exercer. Por isso, sente-se sempre triste e inútil. Não precisou passar por muitas perícias para conseguir o benefício da aposentadoria, apesar de não haver referência no INSS com o acidente ocupacional.

*Sei lá, eu acho que se fosse uma perna eu tava me desenvolvendo melhor do que um braço, se fosse a perna... porque de menos eu tava com meus dois braços, e aí eu usava uma muleta... mas tava com os braços... e sei lá... eu quando me acidentei não sabia que existia esse tipo de fratura pra aleijar a pessoa não, pra mim só aleijava quando decepasse. Eu passei a crer que acidente pra deixar seqüela foi depois que aconteceu comigo...*

Apesar de informar que demorava a conseguir o atendimento, e que não usava o número do INSS para marcar perícia porque não confiava, Silva atribui que a desonestidade de muitas pessoas é que leva a Previdência a tomar atitudes mais drásticas em relação às perícias, sendo mais rígidos.

*Rapaz todo mundo lá falava mal dos médicos, dizendo que os médicos era ruim, era isso e aquilo... Mas eu acho que o*

*medico ele acompanha, ele tem que acompanhar o paciente, e tem que tratar o paciente conforme o que o paciente tem, não adianta ninguém tirar vantagem lá, porque médico não tá lá pra tirar vantagem de ninguém.*

*Muita gente tava falando lá mau dos peritos lá... que esse daí é ruim... o único perito que encrespou comigo, dizendo que foi falha do medico aqui do hospital, é um que dizem que ele era ruim, um alto lá, um altão.*

Seu discurso é confuso e, por vezes, contraditório em relação ao INSS; apesar de relatar em um momento que a Previdência precisa adotar essa postura, relata em suas narrativas que um perito duvidou de sua honestidade, acusando-o de tentar forjar um exame, mesmo vendo os sinais físicos que atestavam a sua condição de doente.

*Levei o relatório medico, e o médico do hospital... ele preencheu o relatório e não assinou, mandou o colega dele assinar. Quando eu chego lá na primeira perícia, eu com todo nervoso do mundo, minha primeira perícia, aí ele (o perito) falou a mim:*

*- Seu problema é o que?*

*- Doutor, houve um acidente de trabalho comigo, o poste caiu em cima de mim.*

*Aí ele pegou, leu o relatório medico. Eu disse ao doutor se aqui não é a letra dele, não paguei a ninguém pra fazer relatório pra mim, me acidentei trabalhando, por sinal gosto muito de meu trabalho, só estou aqui porque estou incapacitado. Eu não tenho conhecimento de medico, não tenho estudo, não conheço letra de medico, toda vez que bota remédio pra mim eu não sei olhar, porque eu não tenho estudo, aí o senhor liga pro hospital pra procurar sabe.*

Silva procura justificar sua credibilidade nesse sistema com base na idéia de que as pessoas são desonestas com o INSS. Ele mesmo já ouvira falar de pessoas que omitiam sua melhora a fim de obter a concessão do benefício. Como ele afirma, é possível observar casos como esse nos telejornais.

*Semana passada tava assistindo pela TV... é por isso que dizem que o justo paga pelo pecador... o cara parou o carro do outro lado (do posto do INSS), pegou o par da muleta, suspendeu as duas muletas e saiu correndo pra o INSS. Chegou, sentou na cadeira do médico e ficou lá, choramingando, lá na sala do perito. Rapaz como é que você está? (o perito pergunta), eu não tô podendo nem dirigir, tá doendo tudo, a máquina tinha filmado tudo do lado de fora, não sei se você viu, tá vendo que eu não tô mentindo...*

A última perícia feita por Silva atestou seu estado de incapacidade, apesar de não haver no seu benefício algum documento que estabeleça que foi decorrente de acidente ocupacional. Ele mesmo não sabe dizer se lá registraram, porque, segundo ele, “ninguém pergunta”. Ele acredita que o fato de ter conseguido, além de “sorte divina”, foi o seu braço estar totalmente sem movimentar, visivelmente lesionado. Diferente dos demais, não tem previsão de recuperação, tornando-se incapacitado para realizar o seu antigo trabalho, o que levou o INSS a aposentá-lo.

### **Repensando o conceito de incapacidade e a concessão de benefícios do inss através perícia médica.**

As narrativas apresentadas, apesar de ter pontos em comum no que diz respeito à experiência desses trabalhadores com a perícia médica e com o INSS, possuem dimensões distintas para o mesmo problema. Santos, Silva e Safira se depararam com a necessidade de reconstruir economicamente sua vida a partir das regras impostas pela Previdência Social. Good (1994) afirma que o dispêndio de benefícios por incapacidade se constitui em um grande desafio para o discurso médico e para o debate político, na medida em que a busca pela legitimação da doença tem representado para os sofredores um objetivo importante. É evidente nas narrativas dos informantes a tentativa de construir significação para a relação de incapacidade, centrando suas narrativas no descompasso existente entre a sua percepção de doença e a do órgão oficial que dispensa o benefício e que legitima a condição de enfermo do paciente junto às estruturas sociais.



Essa luta pela legitimação de sua condição esbarra na burocracia da Previdência, que atualmente, devido aos excessos de fraudes largamente denunciadas na mídia, trata o requerente como réu, deixando-o no desafio constante de provar que está incapacitado. E, mesmo provando com laudos médicos, persiste o entrave burocrático na concessão do tempo do benefício, levando-os a perícias trimestrais que constantemente os forçam a esperar do perito que legitime a sua condição de incapacitado para o trabalho. Neves (2006) aponta o mesmo problema para trabalhadores com Lesões por Esforço Repetitivo (LER), salientado que, ao contrário destes trabalhadores, os acometidos por essa doença desejam voltar ao trabalho, mas a limitação faz com que a busca pelo benefício se torne um meio de se definir enquanto trabalhador que necessita de cuidados médicos e, também, de compensações financeiras pelo seu estado.

Essa relação de desconfiança do INSS com os trabalhadores, o julgamento na perícia como aptos ou inaptos para realizar uma atividade de trabalho deve ser repensada. Por um lado, é importante que se conscientize o trabalhador acidentado que ele deve se preparar para voltar ao trabalho, para se sentir útil a sociedade, evitando que, ao longo do tempo afastado, venha a se tornar uma pessoa depressiva e triste. No entanto, de outro lado, pessoas como as deste estudo, que com baixa renda e escolaridade, ao se deparar com um problema de saúde grave que os deixe muito tempo afastados e que os impede de voltar à mesma atividade anterior, não conseguem se re-inserir facilmente no mercado de trabalho.

Na situação de perícia, o médico recebe treinamento para avaliar a condição físico-biológica do requerente para voltar a trabalhar, seja na sua ocupação anterior,

ou outro posto de trabalho. Sabe-se que definir termos como incapacidade, deficiência ou aptidão são desafios constantes no caso da Saúde, da Educação e das Ciências Sociais, sem um consenso entre elas. Para a o Ministério da Previdência Social, a Lei 8.213, de 24 de julho de 1991, em seus artigos 89 e 92, prevê a obrigatoriedade da reabilitação profissional dos acidentados, através de tratamento específico do caso, para, assim, cessar o benefício após recuperação do trabalhador, deixando-o apto a exercer atividades ocupacionais. Ou seja, apenas após certificado que o indivíduo está apto a trabalhar o benefício cessa.

Como esses trabalhadores, muitos outros na mesma situação de baixa renda não têm oportunidades de se realizar profissionalmente através de capacitação, proporcionada por um sistema educacional que permitisse a essas pessoas buscar trabalhos de melhor remuneração. Acabam em trabalhos informais, ou coagidos a buscar ocupações formais que não exigem a qualificação educacional (IRIART et al, 2006). Quando um evento incapacitante como o AT grave provoca uma ruptura no seu cotidiano, o trabalhador se vê dependente do INSS, buscando nele sua única alternativa para sobreviver economicamente frente aos desafios impostos pela vida cotidiana.

Portanto, é necessário trazer à discussão o modo como o INSS lida com a questão da reabilitação profissional, pois, como visto na descrição dos casos destes trabalhadores, não é simples pessoas de nível de escolaridade baixa saírem de uma ocupação e se transferirem para outra, principalmente após sofrerem seqüelas decorrentes do AT, que, nos casos relatados, os impede de trabalhar na sua

ocupação. Destituídos treinamento adequado e sob a constante tensão de prover a si e a sua família, o sofrimento torna-se ainda maior.

Batich (2004) afirma que a década de 90 foi marcada pela implementação de políticas neoliberais no Brasil, buscando diminuir, através de um falso discurso de flexibilidade no trabalho, os ganhos e benefícios acumulados historicamente pelo trabalhador (ANTUNES, 2002). Resultou em um momento histórico para a Previdência, de aumento contínuo de pedidos de aposentadoria, decorrentes dos trabalhadores das CAP's. Aliado a isso, a informalidade e o desemprego contribuíram significativamente para a drástica redução de contribuições previdenciárias. Isso trouxe sérios problemas para o INSS, que se encontra em constante déficit na relação entre contribuintes *versus* número de aposentados.

Com isso, a Previdência Social vem pensando a sua política de concessão de benefícios com base no enxugamento de custos e na constante monitoração por busca de fraudes nos benefícios. Este discurso, apesar de necessário para desmontar redes de benefícios fraudulentos, mostra-se perigoso, pois quando se pensa nos trabalhadores como os entrevistados, observa-se que pautar um discurso pericial baseado apenas na racionalidade biomédica leva o trabalhador, como afirma Neves (2006), a transitar entre dois pólos: (1) o de incapacidade para o trabalho segundo as Instituições que legitimam sócio-economicamente a sua condição de doente e (2) a sua visão de doente, com base na sua trajetória de tratamento e nas implicações dessa trajetória na sua constituição de sujeito-doente.

A marca da medicalização pautada na hegemonia do discurso biomédico (DONNANGELO & PEREIRA, 1979) se mostra cada vez mais presente no discurso pericial, que procura legitimar a condição de doente ou incapacitado com base apenas no seu diagnóstico físico, a *disease* (KLEINMAN, 1998). O INSS define incapacidade como “a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade (ou ocupação), em consequência de alterações morfopsicológicas provocadas por doença ou acidente” (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1999, p. 60). Essa redução a parâmetros puramente biomédicos leva a se desconsiderar as dimensões experienciais do AT.

Mas que condições devem ser levadas em consideração para saber a aptidão do trabalhador a exercer outra ocupação? Vale ressaltar que não existe uma perícia psicológica, para que se conheçam os impactos do AT na identidade pessoal dos trabalhadores, como eles se sentem na condição de acidentado e se realmente estão aptos a trabalhar. Muito menos uma perícia econômica, a fim de analisar as chances desse indivíduo entrar no mercado de trabalho e conseguir se inserir para não precisar do benefício.

Ao se demarcar a fronteira entre a incapacidade laborativa e a volta ao trabalho por questões físico-biológicas (*disease*), sem considerar a dimensão sócio-econômica pela qual esses sujeitos passam em seu cotidiano, leva a problemas de adaptação desses trabalhadores ao mercado de trabalho, gerando mais pobreza e sofrimento para eles. Por outro lado, pensar essas dimensões simbólico-culturais na legitimação da condição de doente (*illness*) para concessão de benefícios também requer cuidado, na medida que o perito deve possuir sensibilidade para definir essa

aptidão para trabalho, levando em conta todo o processo do acidentado e as implicações disso na sua volta ao mercado de trabalho.

A racionalização científica da medicina moderna, que se baseia na mensuração objetiva para definir os parâmetros de doença, bem como o dualismo corpo-mente (HELMAN, 1994), estão ainda enraizados na medicina ocidental. Observam-se atualmente propostas de humanização no atendimento aos pacientes no SUS, a exemplo da campanha Humaniza SUS do Ministério da Saúde, visando criar um vínculo de sensibilidade por parte dos médicos, estabelecendo confiança e dando credibilidade ao processo terapêutico (BRASIL, 2004), embora estas medidas não foram totalmente implementadas nos programas de governo (DESLANDES, 2005).

Tal empreendimento expressa a necessidade de práticas do modelo de humanização também na perícia médica do INSS, onde ainda se assenta a relação do modelo biomédico ocidental, onde o médico incorpora o detentor de conhecimentos acerca do corpo e da saúde que o paciente não tem, buscando a dimensão fisiológica do processo de adoecimento (CAPRARA & RODRIGUES, 2004). Para tanto, o perito deve pensar o paciente em sua totalidade, percebendo o significado do adoecer para este trabalhador, e quais as conseqüências diretas desse acidente para o acidentado, em uma perspectiva sócio-cultural, para assim compreender melhor as necessidades dessas pessoas. Os informantes reclamaram do pouco tempo de duração das consultas, caracterizada apenas pela anamnese, nem sempre feita de maneira coerente. É necessário que os profissionais do INSS reconheçam a necessidade de maior sensibilidade durante o atendimento.

Para o INSS, Safira e Santos não podem andar, mas podem trabalhar, por exemplo, sentados em um computador. Silva conseguiu a aposentadoria após provar que, fisicamente, ele é incapacitado para realizar qualquer tipo de atividade. No entanto, para os trabalhadores, contribuir para o INSS e, conseqüentemente, ser trabalhador “fichado”, ou com garantias e benefícios que contribuir para a Previdência Social garante, traria segurança e amparo em caso de acidente ou doença ocupacional. A incerteza da renda leva à desorganização cotidiana destes trabalhadores, sempre se deparando com a necessidade de legitimar a sua condição de enfermo, e a idéia de que o INSS é inimigo do trabalhador.

Segundo Berger & Luckmann (1966, p. 127), a legitimação “produz novos significados que servem para integrar os significados já ligados a processos institucionais díspares”. Serve, então, para reificar, no universo macro-simbólico, estruturas de significação que se mostram presentes nas narrativas e experiências vivenciadas no cotidiano e continuamente estruturadas de acordo com os eventos e significância deles para as pessoas (GOOD, 1994). Segundo Alves & Rabelo (1999, p.171), “as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores”.

Portanto, é necessário ampliar o conceito institucional de incapacidade para o trabalho, respeitando o modo como as pessoas constroem culturalmente o acidente ocupacional (illness). A Organização Mundial de Saúde (CIF/OMS, 2003) entende a incapacidade como um fenômeno multidimensional, abarcando tanto a deficiência física como as conseqüências sociais (DEMBE, 2001), sempre invisíveis e pouco

mensuráveis. Esse descompasso entre o modo de lidar com a incapacidade reverbera diretamente do trabalhador, que entre notícias de fraudes e atentados a peritos, sempre se prejudica.

Para além dos entraves institucionais, propõe-se que se renovem as práticas de legitimação da condição de enfermo. Segundo Dias & Hoefel (2005), a falta de informações prejudica continuamente a qualidade da assistência prestada pelo SUS à saúde do trabalhador. A construção e efetivação da rede de atenção integral à saúde do trabalhador (RENAST), iniciada em 2003, para implementação de ações diferenciadas visando à melhoria e qualidade da prestação de serviços na área de saúde ocupacional é fundamental para garantir os direitos dos trabalhadores (DIAS & HOEFEL, 2005).

Essa efetivação deve gerar melhorias na qualidade da notificação, estabelecendo desde o momento da ocorrência do agravo o nexo com o trabalho. Partindo daí, a efetivação posterior da condição do trabalhador pelo INSS necessita também de constantes modificações e as redes de suporte social ao trabalhador, pautadas a partir da RENAST, como os centros de referência em saúde do trabalhador (CEREST's), as Delegacias do Trabalho e o Ministério Público devem propor ações conjuntas de monitoramento e suporte social para estes trabalhadores, a fim de garantir os reais direitos deles.

É fundamental a integração de ações entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, para que as garantias historicamente conquistadas pelos trabalhadores e garantidas por lei (PAVESIO, 1978) sejam efetivadas. Observa-se

avanços crescentes de melhoria de atenção e notificação na saúde ocupacional (DIAS & HOEFEL, 2005), sendo necessário um caminhar compartilhado com a Previdência Social para a melhoria conjunta de ambos os sistemas de suporte social.

Conhecer o ponto de vista dos trabalhadores, suas experiências e narrativas são um suporte metodológico importante, e faz-se, portanto, necessário o crescimento de pesquisas que utilizem esse referencial no entendimento de como é o cotidiano dessas pessoas (BROCKMEIER & HARRÉ, 2003). A experiência da doença, segundo Alves (1993, p. 264), permite “tornar ‘inteligível’ o movimento pelo qual as práxis individuais e a generalidade do social se constituem e reconstituem entre si. Essa experiência é vivenciada de acordo com a cultura inserida, conferindo-lhe significados no cotidiano de como lidar com a situação de enfermo (ALVES & RABELO, 1999). Essa construção intersubjetiva permite conhecer narrativas que podem se tornar instrumentos poderosos de implementação de políticas de saúde e previdenciárias culturalmente sensíveis.

É importante ressaltar que essa discussão está longe de findar; este artigo reflete apenas sobre as narrativas de trabalhadores acidentados, com base em sua experiência relatada sobre a perícia médica. Convém que se desenvolvam estudos que observem o ponto de vista dos peritos, a fim de confrontar as opiniões e, assim, buscar melhorias para o sistema de concessão de benefícios da Previdência Social.

Estudos sobre a dimensão simbólica e de significados construídos na experiência de trabalhadores acidentados ainda são escassos. Faz-se necessário



entender essa relação sob vários ângulos. Atualmente, são crescentes os trabalhos que focam as conseqüências da informalidade na vida sócio-cultural e do processo de trabalho nas diversas classes de trabalho. No entanto, convém salientar que é preciso tornar a discussão sobre a Globalização e seus efeitos muito maior, observando suas conseqüências nos âmbitos formais e informais.

Buscou-se, nesse artigo, mostrar que trabalhadores com garantias previdenciárias, que supostamente estão segurados pelo Estado, também sofrem com as mazelas e conseqüências de uma sociedade cada vez mais focada na escassez de suporte social. É necessário que se tomem medidas universalmente eficazes, a fim de garantir cada vez mais o acesso das pessoas a um emprego justo e formal, e, também, a uma aposentadoria digna e justa para pessoas que realmente contribuíram com honestamente com a Previdência Social e não são culpados pelos problemas estruturais e históricos que a acometem.

### **Referências Bibliográficas.**

ALVES, P. C. B. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. v.9, n.3, p. 263-271, 1993. ISSN 0102-311X.

ALVES P.C. & SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. CRISTINA; ALVES, P. C. e SOUZA, I. M. **Experiência de Doença e Narrativa**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, p. 125-138, 1999.

ALVES, P. C. B. & RABELO, M. C. M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo, M. C. M.; Alves, P. C. B. & Souza, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 171-86, 1999.

ALVES, Lucia H. N. **Entraves institucionais para concessão de auxílio doença acidentário da previdência social no Município de Indaiatuba**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2003.

ANDRADE, E.I.G. **Estado e Previdência no Brasil: uma breve história**. A previdência social no Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

ANTUNES, Ricardo. As novas formas de acumulação do capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação). **Caderno CRH**, Salvador, n. 37, p. 23-45, jul./dez. 2002.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. Boitempo Editorial, Campinas, SP, 2000.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**. vol.18 no.3 São Paulo July/Sept. 2004

BERGER, P. L. & LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**: Petrópolis: Vozes, 1966.

BIBEAU, G. Hay una enfermedad em las Americas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. **Anais do VI Congresso de Antropologia**. Santa Fé de Bogotá: Universidad de los Andes, 1992.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. **Por que reformar a Previdência?** Livro Branco da Previdência Social. Brasília, DF: 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=390](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390)>. Acesso em 08 de dezembro de 2007.

BROCKMEIER, J. & HARRE, R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.16, n.3, p.525-535, 2003. ISSN 0102-7972.

CAPRARA, A. & RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & saúde coletiva**, 2004, vol.9, no.1, p.139-146, 2004. ISSN 1413-8123

CAPRARA, A. & VERAS, M. S. C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface (Botucatu)**, , vol.9, no.16, p.131-146, fev. 2005. ISSN 1414-3283

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design**. London: SAGE publications, 1998.

DEMBE, A. E. The social consequences of occupational injuries and illnesses. **American Journal of Industrial Medicine**, n. 40, pp. 403-417, 2001.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface (Botucatu)**, vol.9, n.17, p.401-403, ago/2005. ISSN 1414-3283

DIAS, E. C. & HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & saúde coletiva**, vol.10, no.4, p.817-827, dez 2005. ISSN 1413-8123

DINIZ, D. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11):2589-2596, nov, 2007

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2ª edição. São Paulo: Editora Livraria Duas Cidades, 1979.

DRISCOLL, T. et al. Review of estimates of the global burden of injury and illness due to occupational exposures. **Am J Ind Med**, n.48, p. 491-502, 2005.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1989.

GOOD, B. **Medicine, rationality an experience: an anthropological perspective**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Mensal de emprego 2007**. Disponível em: [<ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Mensal\\_de\\_Emprego/fasciculo\\_indicadores\\_ibge/>](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Mensal_de_Emprego/fasciculo_indicadores_ibge/). Acesso em 15 de janeiro de 2008.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). **Safety in numbers**: points for a safety culture at work. Geneva: International Labour Office Geneva, 2003. ISBN: 92-2-113741-4

IRIART, J. A. B. et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 1-21, 2006.

KLEINMAN, A. **The illness narrative**: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic book, 1988.

LEI Nº. 3.048. Regulamento da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, 12 de maio de 1999.

LEI Nº. 8.213. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 14/08/1991.

MARTIN, Denise et al. Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da Antropologia. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v.1, n.40, p. 178-180, 2006.

MCKINSEY & COMPANY. **Eliminando as barreiras ao crescimento econômico e à economia formal no Brasil**. Mckinsey & Company, p. 1-57, 2004.

MENEZES, W.F. Uma análise estrutural do desemprego na Região Metropolitana de Salvador: 1997-2000. In: **Descaminhos no mercado de trabalho**: transições ocupacionais e mobilidade social. Salvador: SEI, 2003.

MINAYO-GOMES, C. e THEDIM-COSTA, S.M.F. Incorporação das Ciências Sociais na produção de conhecimento sobre trabalho e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, nº1. 2003.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Anuário estatístico da previdência social – 2004. disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/estatisticas>> Acessado em 10 de novembro de 2007.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Boletim estatístico da previdência social – janeiro de 2008. Disponível em: <[http://www.previdenciasocial.gov.br/pg\\_secundarias/previdencia\\_social\\_13\\_05.asp](http://www.previdenciasocial.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_13_05.asp)>. Acesso em 23 de fevereiro de 2008.

MISHLER, Elliot G. Narrativa e identidade: a mão dupla do tempo. In: LOPES, L.P.; BASTOS, L. C. **Identidade. Recortes multi e interdisciplinares**. Campinas: Mercado das Letras, 2002.

NEVES, Robson F. **Significados e (re)significados: o itinerário terapêutico dos trabalhadores com LER/DORT**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2006.

NORONHA, Eduardo G. "Informal", ilegal, injusto: percepções no mercado de trabalho do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.18, n.53, p. 111-129, 2003.

OLIVEIRA, R.C. O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever. **Revista de Antropologia**. São Paulo: USP. Vol. 39, nº 1, p.13-37, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. Tradução de Cássia Maria Buchalla. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003.

PAVÉSIO, Luiz. O papel do instituto nacional de previdência social nos acidentes de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Pública**. São Paulo, n.7, p. 51-61, 1973.

RICOEUR, P. Narrative time. In.: MICHEL, W (Ed.). **On narrative**. Chicago/London: University of Chicago Press, 1980.

SANTANA, V. S. et al. Acidentes de trabalho - custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1004-1012, 2006.

SCHUTZ, A. & LUCKMANN, T. **The structures of the life-world**. Evanston, Ill: Northwestern, 1973.

SCHUTZ, A. Bases da fenomenologia. In: WAGNER, H. (Org). **Fenomenologia e relações sociais**: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

UCHÔA, Elizabeth; Vidal, Jean M. Antropologia médica: elementos conceituais e para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.4, p. 497-504, out/dez 1994.

VÍCTORA, C.G. et al. Corpo, Saúde e Doença na Antropologia. In: **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WÜNSCH-FILHO, Victor. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo n.15, vol.1, p. 41-51, 1999.

YOUNG, A. The Anthropology of illness and disease. *Ann. Rev. Ant.*, n.11, p. 257-285, 1982.

Anexo 1



**Universidade Federal da Bahia**

**Instituto de Saúde Coletiva**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

## ***Conseqüências Sociais do Acidente de Trabalho***

***Experiências, narrativas e reestruturação da vida cotidiana de trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais graves em Salvador – Bahia – Brasil.***

**Gustavo Ribeiro de Araújo**

**Salvador**



2007

**Sumário**

1. Introdução .....	04
2. Pergunta de investigação .....	10
3. Objetivos geral e específicos .....	10
4. Ruptura e continuidade: reestruturação social frente ao acidente ocupacional .....	11
5. Antropologia no contexto da saúde .....	14
6. Metodologia	
A etnografia como recurso de obtenção de dados .....	17
Seleção de informantes e conceitos utilizados nesta pesquisa .....	18
Plano de análise de dados .....	20
7. Aspectos Éticos .....	23
8. Referências bibliográficas .....	24
9. Anexos .....	29

## I - Introdução

Os acidentes de trabalho, AT, afetam uma considerável parcela da população brasileira e do mundo. Segundo a Organização Internacional do Trabalho, OIT, entre 1990 a 1995, ocorreram anualmente cerca de 250 milhões de acidentes do trabalho, com 300 mil mortes. Estima-se que os acidentes de trabalho contabilizem 14% do total dos custos estimados devido a agravos e doenças relacionados ao trabalho (ROZOV, 1999), embora estatísticas sobre esses eventos sejam reconhecidamente sub-registradas (DORMAN, 2000). No Brasil, a taxa de mortalidade por acidente de trabalho, AT, caiu de 31 por 100.000 em 1970 para 17 por 100.000 trabalhadores segurados, em 1998. Em 2000, a taxa de mortalidade por acidentes de trabalho no Brasil foi de 17,3 por 100.000 trabalhadores segurados, e para a Bahia foi de 21 por 100.000 (RIPSA, 2001). Apesar dessa diminuição, estas taxas são consideradas altas e maiores que a de vários países da América Latina, e demais continentes, em que pese a já referida subestimação (IUNES, 2002).

Conseqüências econômicas dos acidentes de trabalho afetam o governo, empresas, e os próprios trabalhadores e suas famílias. Pode representar um significativo custo para o setor público de saúde e empresas de seguro saúde, tanto com a assistência médica e psicológica, transporte e reabilitação, quanto também para seguradoras, devido a indenizações, compensações salariais, além de queda de produtividade e lucros, danos à imagem das empresas, etc. (DEMBE, 2001). Outras conseqüências seriam as reduções da renda e desestruturação familiar, distúrbios psicológicos, dentre outros aspectos sociais e emocionais (TAKALA, 1999; DORMAN, 2000; DEMBE, 2001).

As estatísticas oficiais referem-se apenas a trabalhadores do setor formal da economia. Tais dados são reconhecidamente subestimados e de pouca qualidade, notadamente por inadequações do sistema de registro, e não refletem a crescente realidade da precarização dos empregos (WUNSCH-FILHO, 1999). No emprego informal, além de ser comum a remuneração abaixo do nível mínimo legal, os trabalhadores são privados dos benefícios de seguridade social e não se encontram cobertos por medidas de proteção à saúde. Sem a

formalização do contrato de trabalho, não há garantia da compensação financeira em casos de doenças e acidentes, como nas licenças médicas, ou em casos de negligência por parte dos empregadores, abusos e de situações de perigo reconhecidos, porque o trabalhador se encontra fora do controle do Estado e totalmente às margens de proteção (IRIART et al, 2006).

Dados do Banco Mundial indicam que 50% da mão-de-obra não rural brasileira estão no mercado informal da economia. Isto tem acontecido de modo mais expressivo nos grandes centros urbanos onde os trabalhos sem carteira assinada correspondiam a 87% das ocupações no período de 1992 a 2002 (MCKINSEY & COMPANY, 2004). Na região metropolitana de Salvador, terceira maior do país (IBGE, 2005), estudos comprovam o aumento da informalidade na cidade, o que caracteriza a crescente precarização do emprego nesta área urbana do país (BRAGA & FERNANDES, 1999). Estudos sobre a informalidade e seus aspectos na saúde do trabalhador vêm tomando importante espaço nos estudos epidemiológicos e na área das Ciências Sociais em Saúde, apesar de ainda não representarem o ideal, devido à dimensão e importância que este fenômeno vem assumindo na chamada “era da Globalização” (CACCIAMALI, 1997; DRUCK, 2002; SANTANA et al., 2005; IRIART et al., 2006).

As formas com que a regulação do trabalho tem se assumido nos últimos 15 anos, centrado na desregulação coletiva do processo de trabalho e na crescente precarização e flexibilização nas relações de trabalho fazem com que cresçam novas maneiras de gerir o mundo do trabalho, fruto da “invasão neoliberal” que fez parte do modelo político brasileiro da década passada. Este regime, chamada de acumulação flexível, tem por objetivo intensificar as condições de exploração da força de trabalho, reduzindo os seus ganhos sociais sob falsos discursos da vantagem de “ser informal”.

Ele se fundamenta num padrão produtivo organizacional e tecnologicamente avançado, resultado da introdução de técnicas de gestão da força de trabalho próprias da fase informacional, bem como da introdução ampliada dos computadores no processo produtivo e de serviços. Desenvolve-se numa estrutura mais flexível, recorrendo, freqüentemente, à desconcentração produtiva, às empresas terceirizadas etc. (ANTUNES, 2002, p. 29).

No Brasil, o governo Vargas estabeleceu um amplo código de leis de proteção trabalhista, resultando em um modelo de beneficiamento do trabalhador promovido pelo Estado, onde acordos coletivos tiveram papel secundário (NORONHA, 2003). Gradualmente, as diversas categorias sociais foram ganhando sua legitimidade no processo de incorporação ao mercado de trabalho formalizado. Um processo de “cidadania regulada”, onde “as diversas categorias de trabalhadores obtiveram direitos sociais (e do trabalho) de acordo com a sua posição no mercado”. Contudo, com o avançar das décadas e posterior processo de mecanização das atividades agrícolas, a população rural seguiu para a cidade, engrossando a fileira do desemprego e da alternativa de fonte de renda que começava a emergir: o trabalho informal. Nesse sentido, entender os problemas sociais acarretados pelo mercado informal da economia remete-nos a pensar que esta construção de processo de trabalho advém da própria construção da formalidade, e de como estes conceitos do mundo do trabalho tem uma estreita correlação, quando pensado no processo histórico da formação dos trabalhadores urbanos do Brasil.

Segundo o IBGE (2005), os trabalhadores sem carteira cresceram mais no período de 1991-2001, em relação aos empregos com contrato de trabalho formalizado, que decaiu (a população ocupada no setor informal da economia representava 28,1% da força de trabalho, contra 12,8% com carteira assinada, em 2001). Com a ofensiva neoliberal no Brasil, evidenciada na década de 90 do século passado, afetou também a relação saúde-trabalho, visto que, se de um lado implementa-se uma Constituição (1988) que assegura o direito à saúde de maneira universal e não-excludente, de outro o processo de implementação deste sofre com as investidas do Capital para a consolidação do Estado Mínimo no Brasil (ABRAMIDES & CABRAL, 2003).

Pesquisas realizadas em outros países mostram que trabalhadores temporários, terceirizados ou do setor informal estão em maior risco para acidentes e outras enfermidades ocupacionais (QUINLAN et al. 2001), o que justifica a necessidade crescente de estudos que mostrem a realidade destes trabalhadores. No entanto, como salientado anteriormente, a maioria dos estudos são quantitativos e focalizam a dimensão econômica e epidemiológica das conseqüências deste processo sobre os indivíduos.

Portanto, cresce a necessidade de estudos que focalizem a dimensão das conseqüências econômicas e sociais que os acidentes de trabalho incorre sobre os sistemas de saúde, sejam público ou privados, os empresários, os trabalhadores e sua família. Estudos sobre as

dimensões e conseqüências dos acidentes de trabalho, por sua vez, estão constantemente recaindo para uma análise de custos (gastos da empresa, da previdência, do Estado e de sistemas de saúde particulares), e, nesse sentido, sempre partindo de uma perspectiva econômica (DORMAN, 2000; LEIGH et al., 1997, 1999; MILLER, 2002; RIKHARDSON, 2004; TAKALA, 1999; WEILL, 2001).

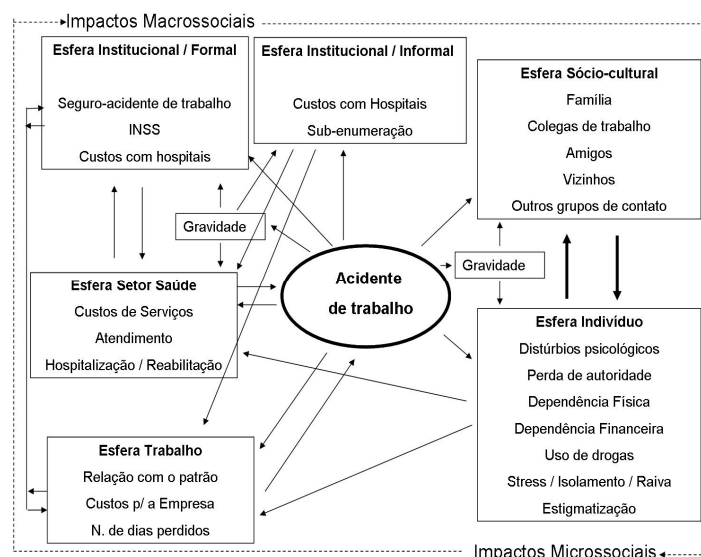
Por ser um evento incapacitante, o acidente de trabalho não-fatal grave pode provocar profundas alterações no indivíduo, na sua família e nas suas relações interpessoais. Pode provocar custos diretos, como assistência médica, hospitalar e ambulatorial, incluindo-se sessões de fisioterapia, e psicoterapia, medicamentos, aplicações, exames clínicos e laboratoriais, procedimentos cirúrgicos, honorários médicos e/ou para profissionais de saúde, transporte, alimentação (quando necessário), como também decréscimo do potencial de trabalho, da auto-estima, da qualidade de vida, problemas psicossociais (depressão, stress, raiva, estigmatização, violência, isolamento, ansiedade, suicídio), tempo para realizar cursos de reciclagem, desemprego, abuso de drogas, perda de potencial sexual, dentre outros efeitos físico-biológicos e sócio-culturais. (TAKALA, 1999; DORMAN, 2000; DEMBE, 2001). São as chamadas “conseqüências sociais ocultas” dos acidentes de trabalho (DEMBE, 2001), na medida em que esses fatores, apesar de potencialmente recaírem sobre o acidentado, afetam também sua estrutura familiar, seu emprego, o sistema de saúde ao qual utilizou, e outros grupos sociais que direta ou indiretamente participam da vida social de pessoas que foram acometidas por este tipo de agravo. Tais estudos, que abordam as conseqüências sociais dos acidentes de trabalho, são importantes, pois procuram dar conta de avaliar o verdadeiro impacto que o acidente ocupacional faz na vida cotidiana do trabalhador e de sua família, sendo, então, necessários para que se criem políticas voltadas para a proteção do trabalhador, melhoria do sistema beneficiário e prevenção dos acidentes ocupacionais.

Dembe (2001), afirma que as conseqüências sociais ou ocultas do AT são difíceis de mensurar ou isolar, pois, apesar do trabalhador ser a pessoa mais diretamente afetada pelo agravo, o acidente pode causar efeitos potencialmente diretos em sua família, colegas de trabalho, seguradoras de saúde, e uma série de grupos sociais onde o trabalhador acidentado faz parte e estabelece vínculos de convivência e relações sociais. Segundo o autor, as repercussões do acidente ocupacional ultrapassam os limites do domicílio da vítima, sendo estendida para sua vizinhança e até outros locais onde haja algum tipo de

interação entre a vítima e a comunidade. Ou seja, existe uma série de fatores sociais, econômicos e culturais que fazem parte da vida cotidiana do trabalhador que, ao ser acometido por um AT grave – seja permanente ou provisório e que o deixe incapacitado para realizar seu trabalho – faz com que altere de maneira significativa sua constituição enquanto “ser que trabalha” e, também, enquanto membro e/ou provedor de uma família, experiência que o deixará frente ao desafio de reconstruir a própria vida. Através das experiências narrativas destes trabalhadores, é possível desvelar os processos pelos quais os indivíduos reconstituem sua experiência, essencialmente cultural e localizada em contextos interativos específicos (Rabelo, 1999).

Portanto, cresce a necessidade de estudos de caráter antropológicos e/ou etnográficos que possam ajudar a entender a dinâmica social que se (re) forma em torno do acidentado, na medida em que o mesmo, quando grave, representa profundas modificações fisiológicas, econômicas, psicológicas, sociais e culturais, tendo, portanto, conseqüências de grande impacto na vida do trabalhador acidentado e de todos ao seu redor. As narrativas e experiências do trabalhador que vivencia este problema tornam-se, nesse sentido, ferramenta importante para que se dimensione um evento que pode provocar uma ruptura tão grande no cotidiano e na constituição sócio-cultural das pessoas. As narrativas não só apresentam e recontam as experiências ou eventos, descrevendo-os numa perspectiva do presente, como também projetam as atividades e experiências para o futuro, organizando desejos e estratégias teleológicas, direcionando-os para fins imaginados. Antropólogos de orientação fenomenológica consideram, assim, que a experiência é em sua essência um fenômeno cultural, acessado através de formas simbolicamente significadas (GOOD, 1997).

Figura 1.0. Quadro Teórico – articulação entre os diversos tipos de custos dos AT's e suas interlocuções com diversos grupos sociais, em esferas macro e micro na dimensão da sociedade.



## II – Pergunta de Investigação

A pergunta de investigação que norteia este estudo é:

Como os trabalhadores que sofreram AT grave vivenciam a experiência de ser/estar acidentado?

## III – Objetivos:

### 1. *Geral*

Investigar os processos de organização da vida cotidiana e da experiência de “estar acidentado” por trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais não-fatais graves em uma metrópole do Brasil.

### 2. *Específicos:*

- a) Conhecer as conseqüências sociais do AT do ponto de vista do trabalhador acidentado;
- b) Analisar as estratégias de sobrevivência que os trabalhadores desenvolvem após o AT;
- c) Conhecer os significados atribuídos ao AT pelo trabalhador acidentado;
- d) Analisar como os trabalhadores constroem a experiência do “estar acidentado”.

## IV – Quadro teórico

### 1. Ruptura e continuidade: reestruturação social frente ao acidente ocupacional.

O indivíduo não vive isolado. Ele mantém constantemente relações com outros indivíduos, em situações diversas e com níveis de intensidade relacional variáveis. Essa premissa básica constitui a base de toda a formação das Ciências Sociais. Essas experiências de relacionamento é que fundamentam a vida das pessoas, de acordo com as normas sócio-culturais onde elas estão inseridas. Nosso mundo é formado de realidades múltiplas, onde estas estão interligadas por redes de significados que fazem com que as pessoas estejam sempre travando relações sociais em maior ou menor grau, e atribuindo significado aos fenômenos sociais. O processo de “estar acidentado” é, também, um fenômeno social, e é no mundo cotidiano que esta experiência reflete os significados que cada cultura confere a determinado fenômeno social. A cultura, portanto, enquanto sistema de signos correlacionados e interpretáveis está inserido em um contexto que, segundo Geertz (1989), pode ser descrito de forma inteligível. Essa rede de signos correlacionados atua diretamente no modo de viver das pessoas, em seu cotidiano, nem sempre percebidos por elas. A linguagem utilizada na vida cotidiana é que nos proporciona continuamente estas objetivações indispensáveis e dispõe a ordem dentro das quais estas adquirem sentido e, também, onde a vida adquire sentido (SCHUTZ & LUCKMANN, 2001).

A noção semiótica de “cultura” proposta por Clifford Geertz (1989) soa muito elucidativa para tentar dar conta dessa complexidade que são as sociedades: “acreditando (...) [que] o homem é um animal amarrado em uma teia de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como uma dessas teias e a sua análise, portanto, [...], como uma ciência interpretativa”. Assim, a cultura enquanto sistema de signos correlacionados e interpretáveis está inserido em um contexto que, segundo Geertz, podem ser descritos de forma inteligível. Essa rede de signos correlacionáveis atua diretamente no modo de viver das pessoas, em seu cotidiano, nem sempre percebidos por elas<sup>11</sup>. Antropólogos de orientação fenomenológica consideram, também, que a experiência é, em sua essência, um fenômeno

---

<sup>11</sup> Como diriam os clássicos da Antropologia Social, o nativo “apenas vive”. Cabe ao antropólogo a preocupação em conhecer, examinar, subverter e interpretar a realidade.



cultural (GOOD, 1997). Enfocam a experiência de estar doente, re-problematizando o lugar da narrativa e sua importância como ferramenta analítica que permite ter acesso à tríade cultura, formas simbólicas e experiência. Essas narrativas, então, situam-se em um contexto de ação, mediados por formas simbólicas advindas da cultura onde esse indivíduo que externaliza essa experiência sob a forma de discursos e práticas está inserido. O discurso não é expressão de uma subjetividade isolada, mas uma tomada de posição em um campo interativo (Rabelo, 1999). Nesse sentido, as narrativas que os indivíduos produzem não são meras representações individuais imperfeitas de seu mundo fechado, tampouco reflexo do que viram e fizeram, mas meios significativos de organização de sua experiência no convívio com os outros, tendo uma ordem coerente e significativa. Segundo Alves & Rabelo (1999, p.171), “as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores”. Caprara (2005) afirma que, portanto, a pesquisa com enfoque nas narrativas da experiência de estar doente/acidentado é apropriada, pois

(...) a pesquisa narrativa adquire um significado importante, pois permite verbalizar a história colocada no centro de interesse da pesquisa. Por ser a narrativa uma projeção, e estando em continuidade com a vida individual, reflete o *cotidiano de cada um de nós*, permitindo a *exteriorização* de esquemas e emoções internas (p. 132, grifo do autor).

Segundo Alves & Rabelo (1999, p. 171), a experiência da enfermidade significa “a forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação”. No mundo da vida cotidiana os indivíduos desenvolvem ações e atividades que permitam a eles “gerenciar” o seu acidente, a partir dos desdobramentos do processo de inclusão-exclusão, significados e sentidos, que vão fazer com que haja a adoção e/ou abandono de práticas frente ao processo vivido. O AT, como toda enfermidade, pressupõe uma ruptura do cotidiano. Portanto, essa quebra leva o sujeito acidentado a uma mobilização no sentido de recompor a ordem fragmentada, instituindo novas maneiras e adquirindo novos significados que possam dar conta da reconstrução da “atitude natural” perdida, ou “converter o extraordinário novamente em ordinário, estabelecer uma nova ordem das coisas e uma nova cotidianidade significativa” (id.).

E é no cotidiano que se percebe com mais clareza as ações dos indivíduos frente os dilemas e dificuldades próprias dos problemas sócio-econômicos – aí incluído problemas de doenças, acidentes de trabalho e qualquer tipo de outras enfermidades. O mundo da vida cotidiana é, então, onde “repousa a validade de todos os objetos existentes” (SCHUTZ & LUCKMANN, 2001). A linguagem utilizada na vida cotidiana é que nos proporciona continuamente estas objetivações indispensáveis e dispõe a ordem dentro das quais estas adquirem sentido e, também, onde a vida adquire sentido (RECORDER, 2005). Portanto, experiências e significados que são constantemente trocados entre indivíduos de maneira intersubjetiva faz com que, mesmo que existam diferentes perspectivas e visões de mundo, na interação do cotidiano elas adquirem um sentido comum que constitui uma determinada realidade (CAPRARA, 2005).

Recorder (2005), ao fazer uma breve análise da importância no estudo do cotidiano, objeto da Fenomenologia, conclui que é fundamentalmente neste mundo que se elaboram e se desenvolvem as ações conjuntas para se lidar com as enfermidades. Da mesma maneira, o AT é também uma enfermidade, e pressupõe uma ruptura do cotidiano. Portanto, essa quebra leva o sujeito acidentado a uma mobilização no sentido de recompor a ordem fragmentada, instituindo novas maneiras e adquirindo novos significados que possam dar conta da reconstrução da “atitude natural<sup>12</sup> perdida, ou “converter o extraordinário novamente em ordinário, estabelecer uma nova ordem das coisas e uma nova cotidianidade significativa” (ALVES & RABELO, 1999). No mundo da vida cotidiana, então, os indivíduos desenvolvem ações e atividades que permitam a eles “gerenciar” o seu acidente<sup>13</sup>, a partir dos desdobramentos do processo de inclusão-exclusão, significados e sentidos, que vão fazer com que hajam a adoção e/ou abandono práticas frente ao processo vivido.

GOOD (1997) afirma que estudos interpretativos que utilizam referenciais da Fenomenologia para entender “a relação de significado e experiência como fenômenos intersubjetivos”, e de que maneira tal relação se configura no mundo do senso comum, imediato e de experiências vividas, podem ajudar a entender a experiência de “estar doente”, e é nas narrativas daqueles que vivenciam esta realidade que se provê a base para se aprofundar

---

<sup>12</sup> A atitude natural significa a própria realidade superior e objetiva, representando sentidos comuns precisamente por ser um mundo comum a muitos sujeitos (SCHUTZ & LUCKMANN apud. RECORDER, 2005).

<sup>13</sup> Trazendo para o meu objeto de estudo. Os autores citados na bibliografia usam o termo “enfermidade”.

no mundo das enfermidades – inclui aí os AT`s -, examinando como o mundo do dia-a-dia é sistematicamente subvertido, “desconstruído” e ressignificado. A narrativa, então, é a forma na qual a experiência é recontada, e as atividades e eventos, bem como as significações que as pessoas lhe atribuem, são descritos em conjunto com as experiências a eles associadas (id.). As narrativas apontam para o futuro, com esperança e ansiedade, normalmente mantendo várias leituras provisórias do passado e do presente. Nesse sentido, as narrativas devem ser organizadas como forma de uma série de eventos, mas esta série é apenas uma rede pela qual se alcança algo mais. As “illness narratives” (GOOD, 1997) são, então, estruturadas em termos culturais e dão forma a modos distintos de experiências vividas.

## 2. Antropologia no contexto da saúde

Estudar sistemas culturais é o *locus* privilegiado da Antropologia. Arthur Kleinman (1978) procura dar conta de relacionar toda a dimensão da doença, trazendo a noção de cultura para o âmbito da saúde. Sua argumentação centra-se na idéia de que teorias e conceitos podem ser usados no sentido de “comparar sistemas médicos como *sistemas culturais*”. Não simplesmente sistemas de normas e comportamentos, mas comportamentos e normas ligados às relações sociais particulares e cenários institucionais. Seu esforço foi de entender como *cultura* – aqui definida como um sistema de significados simbólicos que molda ambas a realidade social e experiência pessoal – media os parâmetros “externos” e “internos” de sistemas médicos, e são desse modo um principal determinante de seus índices e efeitos, bem como as mudanças que eles sofrem.

Esta idéia de saúde como um modelo cultural pode ser aplicado a todos os contextos onde existam parâmetros relacionados ao processo saúde-doença. Enquanto muitos pesquisadores da tradição empiricista costumavam tratar doença como parte da natureza, sendo externa à cultura, a relação cultura e enfermidade (*illness*) é trazida para o centro da análise. Saúde, enfermidade (*illness*) e cuidado devem ser entendidos em relação uns com os outros (id.). O “sistema de cuidado” articula a enfermidade como um idioma cultural, combinando convicções sobre causa da doença, a experiência de sintomas, padrões específicos de comportamento da doença, decisões relativas às alternativas de tratamento, práticas terapêuticas atuais, e avaliações de resultados terapêuticos.

Young (1990) reforça a necessidade de se fazer estudos de caráter antropológico no âmbito da saúde, e abre um leque maior de possibilidades de argumentações ao revisar e analisar criticamente a obra de Kleinman. A Antropologia Médica deve contribuir para entender as diversas práticas culturais em saúde, e assim servir de novo paradigma para assistir nos enfoques convencionais das perspectivas da biomedicina, e não apenas reproduzi-las no âmbito de entender as diferentes relações dentro dos setores biomédicos. Isso posto, acidentes de trabalho e outras enfermidades constituem formas de expressar um sistema cultural de saúde-doença e, para entendê-la, devem-se ultrapassar os limites da relação biomédica, de modo que este processo saúde-doença, como um processo *cultural* que é, seja entendido como algo polissêmico – como é difundido o conceito de “cultura” na antropologia interpretativa –, ou seja, dotada de diversas formas de interpretação, vivências, significados e experiências que são a todo o momento reforçado na esfera social, e vivenciado no cotidiano das pessoas.

Clifford Geertz, o mais importante antropólogo de matriz teórica interpretativa, reforça a importância crescente da Antropologia como ciência para entender questões relevantes que cercam o cotidiano das pessoas, atentando para a importância do saber local como recurso de interpretação das formas simbólicas culturalmente construídas que se mostram externalizadas na vida cotidiana das pessoas.

Se observarmos a opinião das pessoas que chegam a conclusões diferentes das nossas devido à vivência específica que tiveram, ou porque aprenderam lições diferentes com as surras que levaram na escola da vida, logo nos daremos conta de que o senso comum é algo muito mais problemático e profundo do que parece quando o ponto de observação é um café parisiense ou uma sala de professores em Oxford. (...). O senso comum mostra muito claramente o impulso que serve de base para a construção dos subúrbios: um desejo de tornar o mundo diferente. (Geertz, 1997, p. 117/118).

Assim, a Antropologia no contexto da saúde serve de ferramenta importante no desvelamento de processos que envolvem a construção cultural do conceito de saúde-doença nas sociedades modernas, que produz estruturas simbólicas, metáforas e outras figuras ligadas à doença (CAPRARA, 2003). Na perspectiva da Antropologia, “o universo

sócio-cultural do doente é o contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e o comportamento diante delas” (UCHÔA & VIDAL, 1994, p. 503). O campo da saúde torna-se, hoje, campo privilegiado de estudo dessa disciplina, e seus conceitos e metodologia ajudam a elaborar estudos sistemáticos de “maneiras culturais de agir e pensar associados à saúde” (id.). Ao examinar as relações e articulações entre os indivíduos, o processo saúde-doença, e o modelo sócio-cultural onde as pessoas estão inseridas, a Antropologia fornece parâmetros de análise para a reformulação de políticas de saúde que se adequem à realidade sócio-cultural, fazendo com que os programas e ações de saúde tornem-se mais eficazes e culturalmente sensíveis a estes grupos sociais.

## V – Metodologia

### 1. A etnografia como recurso de obtenção de dados

Apesar de saber que o processo de construção e reconstituição do cotidiano do trabalhador acidentado envolve vários sujeitos, como a família, amigo, patrões e colegas de trabalho, o bairro onde vive, orientação religiosa e tantos outros que estão correlacionados neste microcosmo simbólico, este trabalho limita-se a analisar as conseqüências sociais do AT do ponto de vista das experiências e narrativas do trabalhador acidentado.

No entanto, a principal ferramenta de obtenção de dados será a **etnografia**, onde o trabalho do antropólogo, segundo Geertz (1989) através da “descrição densa” – escrita etnográfica sobre esses símbolos, mitos, rituais e o ato de reflexão sobre essa própria escrita antropológica, também inscrita numa determinada cultura – seria a de “desvendar” de forma mais acurada possível a realidade observada. Geertz destaca ainda os conceitos de experiência próxima e experiência distante, para referir-se respectivamente à forma como os sujeitos de uma cultura compartilhada definem aquilo que seus semelhantes vêem, sentem, pensam, imaginam e que ele próprio entenderia facilmente, se outros utilizassem a mesma maneira e, à forma como os especialistas de qualquer tipo: analista, um pesquisador, um etnógrafo utilizam para levar a cabo seus objetivos científicos, filosóficos ou práticos. O pesquisador deve, então, imergir no universo do grupo ou cultura pesquisada. A etnografia interpretativa possui três características na sua descrição: “*ela é interpretativa, o que ela*

*interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o 'dito' (GEERTZ, 1989, p. 15)".*

A Antropologia ampliou seus limites de atuação e de entendimento de mundo. A cidade torna-se objeto privilegiado de estudo e os antropólogos crescentemente identificam e constroem objetos de investigação no meio urbano (VELHO, 2003). O “observar o familiar” se faz importante dentro deste projeto. Ao estudar grupos que compartilham de um mesmo sistema de representações que o pesquisador, deve-se sempre atentar em certos cuidados para não cair em reducionismos ou excessos. Conforme aponta Velho (1981),

[...] há descontinuidades vigorosas entre o ‘mundo’ do pesquisador e outros mundos, fazendo com que ele, mesmo sendo nova-iorquino, parisiense ou carioca, possa ter experiência de estranheza, não-reconhecimento ou até choque cultural comparáveis à de viagens a sociedades e regiões ‘exóticas’<sup>14</sup>.

A observação participante é uma técnica largamente utilizada por antropólogos na coleta de dados. Ela incorre na convivência com o seu objeto de forma a apreender todos os processos relativos à cultura do informante. Para nossos fins, definimos observação participante como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face-a-face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (SILVA, 2006).

## **2. Seleção de informantes e conceitos utilizados nesta pesquisa**

---

<sup>14</sup> “*Tornar o exótico familiar e o familiar exótico*”. Retirando quaisquer tipos de pré-noções que estes termos carregam, esta frase de Gilberto Velho resume toda a metodologia etnográfica. A qualidade dos dados são obtidas graças a uma literatura sistemática e atualizada do pesquisador, e sua capacidade de *ver, ouvir, pensar*, sempre registrando em sua caderneta de campo.

Este estudo faz parte de um projeto maior, de nome “Custos Econômicos e Sociais Diretos e Indiretos dos Acidentes de Trabalho: um estudo de coorte”, realizado pelo Programa Integrado de Saúde Ambiental e do Trabalhador, coordenado pela profa. Dra. Vilma Sousa Santana e, que faço parte como pesquisador-assistente. O objetivo dele é estimar os gastos com acidentes de trabalho graves. O estudo presente tentará dar enfoque mais antropológico, na medida em que buscará dar conta da dimensão simbólica e cultural do AT sobre o acidentado e sua família, sendo, assim, o componente etnográfico deste projeto.

Os informantes-chaves da pesquisa serão selecionados a partir do trabalho de campo da etapa do projeto maior, que foi realizada em dois grandes hospitais da rede SUS da cidade de Salvador-Bahia, durante os meses de julho e agosto de 2005, formando um total de 450 acidentados, com aproximadamente 70 deles tendo sofrido acidentes graves. Serão selecionados 10 indivíduos e suas respectivas famílias, obedecendo aos seguintes critérios:

- 1. Ter sofrido acidente de trabalho grave;**
- 2. Ter sido atendido em uma das emergências dos Hospitais selecionados para o estudo; e,**
- 3. Ter passado por, pelo menos, seis meses de tratamento.**

Por acidente de trabalho entende-se “qualquer dano infligido ao corpo por transferência de energia durante o trabalho (típico), ou no deslocamento casa/trabalho/casa (trajeto), que envolvesse uma curta duração entre exposição e efeitos identificáveis, aproximadamente 48 horas após a ocorrência do evento/circunstância” (Hagberg et al. apud Santana et al., 2002). Esta idéia de AT é a mesma utilizada na legislação trabalhista em relação ao acidente de trabalho. Para efeito de operacionalização desta pesquisa considerou-se AT grave aquele que manteve o trabalhador afastado por, pelo menos, seis meses de seu trabalho, ou tenha deixado o trabalhador total ou parcialmente incapacitado. Vale ressaltar que não existe na legislação oficial um conceito de AT grave; usa-se a gravidade do acidente apenas para delimitar o período em que o trabalhador estará afastado de suas atividades, recebendo mensalmente do INSS o seu salário como seguro AT, para aqueles que possuem vínculo formal de trabalho.

O trabalho de campo desta pesquisa será desenvolvido nas residências dos informantes, através de visitas domiciliares consentidas para se realizar o trabalho etnográfico de observação participante. As entrevistas serão codificadas no NUD-IST (programa que permite armazenar, categorizar e cruzar informações não estruturadas), versão N-Vivo, facilitando a análise das categorias. Com base no que foi relatada acima, a preocupação será conhecer as experiências dos atores, e a importância delas na constituição da cultura que permitiu expressar-se nas falas e práticas dos mesmos. Portanto, de uma maneira geral, serão adotadas as seguintes estratégias:

1. Entrevistas gravadas com os acidentados dentro e (se possível) fora de seu ambiente familiar;
2. Técnicas de observação de campo, com anotações no diário sobre o dia-a-dia do trabalhador após o AT, com o intuito de estabelecer um diálogo entre “o que foi dito e o que se faz” – a chamada “observação-participante”.

### 3. Plano de análise de dados

As estratégias utilizadas para a análise de dados nesta pesquisa seguirão a vertente qualitativa, buscando elaborar articulações utilizando conceitos de tradições sócio-antropológicas aparentemente distintas, mas com conexões importantes para se entender o processo **AT – Cotidiano – Cultura**: a Fenomenologia, a Antropologia Interpretativa e a Antropologia Médica, pautada nas noções das chamadas “illness narratives” (GOOD, 1997. ALVES & RABELO, 1999). O objetivo, portanto, de estudos qualitativos de abordagem interpretativa da cultura visam procurar sentido e significação para o “emaranhado de signos e significados” que fornecem maneiras de agir e de pensar de grupos sociais específicos (GEERTZ, 1989). Ela não se constitui num processo mecânico, mas o trabalho intuitivo e criativo do pesquisador é parte essencial da análise qualitativa (BAUER, 2002).

A análise dos materiais produzidos no trabalho de campo qualitativo, conforme Minayo (2000) possui três finalidades complementares dentro da proposta de investigação. A primeira é heurística, está no contexto de descoberta das pesquisas e se dá através de uma busca a partir do material coletado. A segunda está relacionada às hipóteses provisórias, informando-as ou as confirmando e levantando outras. A terceira e última é a de ampliar a



compreensão de contextos culturais com significados que ultrapassam a parte mais superficial e espontânea das mensagens emitidas.

Os dados serão analisados através da criação de categorias êmicas/éticas utilizando o referencial fenomenológico, analisando os significados e a essência de cada experiência para construir um quadro de referência de como o fenômeno foi experienciado (CRESWELL, 1998). Nesse sentido, a articulação com o conceito da vertente interpretativa da Antropologia para “cultura” - forma que determinado grupo social estabelece para classificar as coisas e atribuir-lhes um significado (VÍCTORA et al, 2000) – permitirá conhecer os símbolos e significados que permeiam o universo social dos trabalhadores acidentados, privilegiando seus pontos de vista, através de uma abordagem fenomenológica para dar conta de suas narrativas acerca do AT – “ilness narratives” - , entendendo o universo do cotidiano como o *locus* onde as experiências se manifestam com mais intensidade. Mais do que isso, no cotidiano os signos culturais são expressos, e é onde a multiplicidade que forma essa rede de significados torna-se “concreto” na realidade. A abordagem etnográfica, então, permite entender e interpretar esse “idioma” culturalmente construído. No entanto, para compreender o sistema cultural de um grupo específico, além da observação e análise do comportamento, é necessário um ouvir especial para dar conta da natureza das relações sociais mantidas entre as pessoas (DUARTE, 2002).

Portanto, todo o processo de análise passará pela interação entre os conceitos presentes nas narrativas das doenças (GOOD, 1997), enquanto processo de descrição de como o fenômeno foi experienciado (CRESWELL, 1995), mas, assumindo que todo o processo de interação social é, também, permeado pelos símbolos e significados partilhados pela cultura destas pessoas (GEERTZ, 1989), tentará dar conta de uma análise antropológica da realidade da ação humana (JACOBSON, 1991), buscando, assim, elucidar o objetivo deste projeto, que é *entender e conhecer as conseqüências sociais do AT do ponto de vista dos trabalhadores informais acidentados*.

Serão criadas matrizes de análises com o objetivo de aproximar as falas dos informantes com as informações do caderno de campo, agrupadas por categorias, a fim de estabelecer um diálogo entre os trabalhadores, os pressupostos teóricos e as observações do pesquisador. Nesse sentido, categorias de análise aparecem como “mediadores” deste

processo, sempre em constante mutação, pois o campo é quem prediz muito sobre o surgimento de categorias e a exclusão de outras. Assim, a interpretação coloca-se “entre a linguagem e a vida vivenciada por meio de uma série de conceitos interpretativos entre os quais o distanciamento, a apropriação, a explicação, a compreensão” (RICOEUR apud CAPRARA, 2005). Dessa maneira, o autor seguirá um processo dialético de aproximação e distanciamento do *corpus* da pesquisa para tornar este algo familiar, próprio e dotado de significação.

## **VI – Aspectos éticos**

Este projeto será submetido ao Comitê de Comissão de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. É garantido que, na seleção dos participantes deste estudo, não haverá exclusão por gênero, raça ou outras características sociais e econômicas. O investigador está consciente do cuidado necessário no trato de pessoas que acabaram de sofrer um trauma físico, que além das lesões corporais freqüentemente se encontram sob forte impacto psicológico, sofrendo dores ou temerosos de seqüelas e incapacidades temporárias ou permanentes. Portanto, os temas serão abordados na hora certa e com delicadeza por parte do pesquisador, respeitando as opiniões do pesquisado. A natureza voluntária da participação e os procedimentos de garantia de confidencialidade e anonimato dos dados serão descritos para os participantes. Vale ressaltar que os mesmos já aceitaram participar do estudo maior, sendo, portanto, desnecessário que o acidentado e sua família assinem outro termo de consentimento. Não existe indicação de que os procedimentos do estudo ofereçam riscos para os seus participantes. Todavia, relatos de experiências passadas desagradáveis, como um acidente, podem causar algum desconforto psicológico, embora possa ampliar a consciência dos perigos nos locais de trabalho. Este desconforto pode ser minimizado pelo reconhecimento de que isto pode ser uma contribuição relevante para a comunidade e contribuição na adoção de medidas de proteção no trabalho. Experiências prévias com a população desta cidade têm indicado grande receptividade a pesquisas dessa natureza. Vale lembrar que será garantido o anonimato dos participantes, sendo de importância maior os dados fornecidos por estes.

## **VII – Referências Bibliográficas**

ABRAMIDES, Maria Beatriz C.; CABRAL, Maria do Socorro R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em perspectiva**, 17(1): 3-10, 2003.

ALVES, P.C. e RABELO, M.C.. Significação e metáforas da experiência da enfermidade. In.: RABELO et al. (orgs). **Experiência de doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ANTUNES, Ricardo. As novas formas de acumulação do capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação). **Caderno CRH**, Salvador, n. 37, p. 23-45, jul./dez. 2002.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 189-217.

BRAGA, Thaiz Silveira; FERNANDES, Claudia Monteiro. Informalidade e ocupação não registrada na RMS. **Bahia análise & dados**, Salvador, SEI, v.8, n.4, p. 27-35, Mar./1999.

CACCIAMALI, M.C. **O mercado de trabalho no Brasil**: o aumento da informalidade nos anos 90. Notas sobre o processo de informalização no mercado de trabalho no contexto da globalização. Brasília: IPEA, 1997.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 923-931, 2003.

\_\_\_\_\_.; VERAS, M.S.C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface: comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p. 131-146. set.2004/fev.2005.

CRESWELL, J. W. Qualitative inquiry and research design. London: SAGE publications, 1998.

DEMBE, A. E. The social consequences of occupational injuries and illnesses. **American Journal of Industrial Medicine**, n. 40, pp. 403-417, 2001.

DORMAN P. The economics of safety, health, and well-being at work: an overview. **Infocus Program on Safework**, ILO, May, 2000.

DRUCK, Graça. Flexibilização e precarização: forma contemporâneas de dominação do trabalho. **Caderno CRH**, Salvador, n. 37, p. 11-22, jul./dez. 2002.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, mar/2002.

FAGUNDES, M.E.M. Referências teóricas sobre a informalidade: uma revisão de literatura. **Força de Trabalho e Emprego**, Salvador, n.8, p. 15-18, 1991.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativa da população para 1º de julho de 2005. <http://www.ibge.gov.br>. (acessado em: 16/Set/2005).

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1989.

\_\_\_\_\_. **O saber local**. 4ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

GOOD, B. **Medicine, rationality an experience: an anthropological perspective**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

IRIART, J.A.B. et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. RJ: **Ciência e Saúde Coletiva** (aprovado para publicação em julho de 2006).

IUNES, Roberto F. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. **Revista de Saúde Pública**, 31, 4 supl., p. 38-46, 1997.

JACOBSON, David. **Reading ethnography**. New York: State University of New York Press, 1991.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. And Med.**, 12, 1978, p. 85-93.

LEIGH J.P. et al. Occupational injury and illness in the United States – Estimates of costs, morbidity, and mortality. **Arch Intern Med**; n. 157, pp. - 1557-1568, 1997.

MACKINSEY & COMPANY. **Eliminando as barreiras ao crescimento econômico e à economia formal no Brasil**. Mckinsey & Company, 2004; 1-57.

MILLER P. et al. Demonstrating the economic value of occupational health services. **Occupational Medicine**, n. 52, p. 477-483, 2002.

MINAYO, M.C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed., São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000, p. 105-196.

MORENO, Claudia Roberta de C.; FISCHER, Frida Marina. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo em perspectiva**, v.17, n.1, p. 34-46, 2003.

NORONHA, Eduardo G. "Informal", ilegal, injusto: percepções no mercado de trabalho do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.18, n.53, p. 111-129, 2003.

QUINLAN, M. et al. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: A review of recent research. **International Journal of Health Services**, n.31, pp. - 335-413, 2001.

RABELO, Miriam Cristina M. Narrando a doença mental no nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. In.: RABELO et al. (orgs). **Experiência de doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

RECORDER, Maria Laura. **Etnografía de una cronicidad**: tratamiento biomedico y vida cotidiana en personas que viven con HIV-Sida. Salvador, 2006. 257 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia.

RIKHARDSSON, Pall M., IMPGAARD, Martin. Corporate cost of occupational accidents: an activity-based analysis. **Accident Analysis and prevention**. N. 36, 2004, p. 173-182.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. IDB-2001 Brasil. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

ROZOV I. Occupational Health – Ethically Correct, Economically Sound. **World Health Organization**, Paper # 84, June 1999.

SANTANA V, LOOMIS D. Informal jobs and non-fatal occupational injuries. **British Occupational Hygiene Society** . Oxford University Press, pp. 1-11, 2004.

SCHUTZ, A.; LUCKMANN, T. **The structures of the life-world**. Evanston, Ill: Northwestern, 1973.

SILVA, Vagner G. **O Antropólogo e sua magia**: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras. 1ed. São Paulo: EDUSP, 2006.

TAKALA J. Global estimates of fatal occupational accidents. **Epidemiology**, 10(5):640-646, 1999.

UCHÔA, Elizabeth; Vidal, Jean M. Antropologia médica: elementos conceituais e para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.4, p. 497-504, out/dez 1994.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia das sociedades contemporâneas. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. Cap.9, p. 121-132.

\_\_\_\_\_. O desafio da proximidade. In: VELHO, G: & KUSCHINIR, K. *Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2003.

VÍCTORA, C.G. et al. Corpo, Saúde e Doença na Antropologia. In: **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WEILL D. Valuing the economic consequences of work injury and illness: a comparison of methods and findings. **American Journal of Industrial Medicine**, n. 40, pp. - 418-437, 2001.

WÜNSCH-FILHO, Victor. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo n.15, vol.1, p. 41-51, 1999.

YOUNG. Allan. (Mis)applying Medical Anthropology in multicultural settings. **Santé, Culture, Health**. 7 (2-3), p. 197 – 208.

## VIII – Anexos

### Anexo 1.

#### Categorias de análise

1.0. Categorias Gerais: Contextualização do trabalhador.

<b>Categoria de análise</b>	<b>Descrição</b>	<b>Subcategorias</b>
Trajatória ocupacional	História ocupacional do trabalhador	Formal Informal
Percepção da informalidade	Percepção sobre “ser trabalhador informal”	Positiva Negativa



## 2.0. Categorias Específicas: Cotidiano de trabalho x AT

<b>Categoria de análise</b>	<b>Descrição</b>	<b>Subcategorias</b>
Cotidiano do trabalho atual	Experiência do cotidiano de trabalho do sujeito	Valores associados ao trab. Condições de trab. Percepção do ambiente trab. Risco de adoecer Risco de AT Proteção contra AT
Alterações do/no trabalho	Narrativas de conseqüências do AT no ambiente de trab.	Antes do AT Depois do AT
Acidente de Trabalho	Descrição contextualização do sofrido e do AT	Descrição do AT Itinerário terapêutico Sistemas biomédicos Outros modelos Custos financeiros Satisfação com o(s) tratamento (s) Positiva Negativa
Problemas de Saúde	Comparação sobre percepção da saúde	Físicos Antes do AT

---

	Depois do AT
	Psicossociais
	Antes do AT
	Depois do AT

---

3.0. Categorias Específicas: Conseqüências Sociais AT

<b>Categoria de análise</b>	<b>Descrição</b>	<b>Subcategorias</b>
Organização da vida familiar	Comparação dos papéis instituídos na família	Antes do AT Depois do AT
Práticas Sociais frente ao AT	Relações entre os familiares e o acidentado	Esposa Antes do AT Depois do AT Filhos Antes do AT Depois do AT Outros Antes do AT Depois do AT
	Relações entre amigos/vizinhos e o acidentado	Vizinhos/amigos Antes do AT Depois do AT
	Relações entre os colegas de trabalho	Colegas de trab Antes do AT Depois do AT

---

---

	Relações com instituições (ética/êmica)	Igreja Antes do AT Depois do AT Outros Antes do AT Depois do AT
Conflitos familiares decorrentes do AT	Observar a estrutura de posição/poder dentro da família do acidentado	Antes do AT Depois do AT
Estratégias de sobrevivência	Práticas e processos desenvolvidos para sobreviver economicamente durante o período de incapacidade	
Significados atribuídos ao AT	Observar os significados que os informantes atribuem ao AT	
Experiência do AT	Análise de como o informante experiências e atribui significação ao processo de “estar acidentado”	Aspectos positivos Aspectos negativos Processos de inclusão-exclusão Gerenciamento do AT Praticas cotidianas frente a este processo Abandono Adoção

---

## **Anexo 2:**

### **1) Roteiro de observação**

1. Descrição/caracterização do informante
2. Caracterização do núcleo familiar
3. Como o espaço doméstico é ocupado?
4. Quais são as regras de convivência entre eles?
5. Descrição do processo de trabalho do acidentado (anterior AT. Caso faça alguma outra atividade, anotar aqui.)
6. Descrição de um dia com o informante.

### **2) Roteiro de entrevista**

## **MÓDULO 1 - DADOS GERAIS**

- 1) Identificação
- 2) Idade
- 3) Sexo
- 4) Estado civil
- 5) Filhos Quantos?

- 6) Grau de escolaridade
- 7) Cor da pele
- 8) Endereço/ Bairro
- 9) Ocupação de todos integrantes da família

## **MÓDULO 2 – DESCRIÇÃO DO TRABALHO**

- 1) Como é o seu trabalho?
- 2) Há quanto tempo você faz esse tipo de trabalho?
- 3) Você trabalhava em outra atividade antes?
- 4) Por que você começou a trabalhar nessa ocupação?
- 5) O que te levou a escolher essa ocupação?
- 6) Chegando ao trabalho, o que você faz? (Pedir para o entrevistado descrever todas as atividades no trabalho, incluindo os horários).
- 7) Como você se desloca até o trabalho?
- 8) Quanto tempo você leva para chegar ao seu local de trabalho?
- 9) Quantas horas por dia você trabalha?
- 10) Você tem horário de chegada e de saída do trabalho?
- 11) Qual a sua renda diária?
- 12) Quantos dias da semana você trabalha?
- 13) Você tem algum dia de descanso?
- 14) Você tem outro trabalho além desse?
- 15) Você acha que seu trabalho é perigoso? Por quê?
- 16) Acha que traz algum tipo de risco? Quais?

## **Módulo 3 – Narrativas do AT**

- 17) Como foi esse acidente?
- 18) Como você reagiu ao acidente?
- 19) Você precisou se afastar das suas atividades?
- 20) O que você fez depois do acidente?
- 21) Precisou de algum tipo de ajuda? Qual? De quem?
- 22) Você recebeu algum tipo de auxílio?

- 23) Depois do acidente, como tem sido a sua vida?
- 24) Mudou algo em relação ao seu trabalho?
- 25) Que tipo de tratamento você fez/faz por causa do seu acidente?
- 26) Você tem gasto muito dinheiro com coisas relacionadas ao seu acidente? Quais?
- 27) Você tem procurado ajuda com outros tipos de tratamento que não só o do médico?  
Quais? Você acha que te ajudou mais? Por quê?
- 28) Que nota você atribui a sua saúde atualmente?
- 29) Você ficou algum tipo de problema físico por causa do AT?
- 30) Você ficou algum tipo de problema psicológico? (caso peça exemplos, problema espiritual, ou de *nervoso*).

#### **Módulo 4 – Conseqüências do AT**

- 31) Quem sustenta a família atualmente? Mudou muita coisa após o AT? Por quê?
- 32) Você recebe ajuda de amigos ou parentes? Como você se sente por isso?
- 33) Diga-me como você se relaciona hoje em dia com:
- a. Esposo (a)
  - b. Filhos
  - c. Amigos
  - d. Vizinhos
  - e. Colegas de trabalho
- 34) Algum lugar ou pessoa teve um papel especial para você, pra sua melhora? Por quê?
- 35) Que importância tem (igreja, bar, etc. – caso anteriormente seja relatado) para você?
- 36) Para você, o que significa estar acidentado?
- 37) Você acha que algo melhorou para você? O quê?
- 38) Você se dá bem com todos os seus amigos, vizinhos e familiares? Porque você acha isso?
- 39) Você ficou/está sem trabalhar durante o tratamento? Como você faz para sobreviver?
- 40) Que atitudes você precisou adotar por causa do acidente? O que você não fazia antes e que passou a fazer agora?
- 41) E o contrário? Você deixou de fazer ou ter alguma postura por causa do acidente?

## **Anexo 2**

### **Descrição da metodologia do projeto custos diretos e indiretos dos acidentes de trabalho (PISAT/ISC/2005)**

Para ambos os componentes, o processo de seleção de informantes ocorre com uma etapa inicial, onde pesquisadores treinados pela equipe do PISAT, faziam plantão nos serviços de emergência desses hospitais, das 9:00 às 18:00 horas, a fim de anotar todos os casos de acidentes por causas externas que demandavam procura pelos serviços médicos desses locais. Adotou-se essa estratégia devido ao já conhecido índice de sub-registro (WUNSCH-FILHO, 1999), seja por desconhecimento dos atendentes em relação ao conceito de acidentes de trabalho, seja pela dinâmica interna dos profissionais dos serviços supra-citados. Portanto, todos os casos que chegavam para atendimento médico de emergência nesses hospitais decorrentes de traumas, lesões e envenenamento – causas externas –, os pesquisadores acompanhavam o processo de entrada e preenchimento de ficha na recepção, a fim de observar as queixas e narrativas do acidente para o cadastro e posterior atendimento.

Neste contato perguntava-se sobre as circunstâncias da ocorrência, caracterizando-os como do trabalho ou não. Essas perguntas correspondem a traduções de recomendações de documentos da OMS (OMS, xx). Nos casos de acidentes ocupacionais, aguardava-se o atendimento médico para em seguida, quando o paciente já se encontrava em condições de alta ou de prestar informações, solicitar a sua autorização para participação na pesquisa, obter informações detalhadas sobre o local de sua residência e avisá-lo de uma próxima visita para

entrevista domiciliar (SANTANA ET AL., 2007). Para isto, preenchia-se a Ficha de Identificação do Trabalhador Acidentado (FIT – anexo). Essa fase inicial teve a duração de 2 meses e ocorreu entre julho e agosto de 2005.

### **O componente epidemiológico e as visitas mensais domiciliares:**

As visitas domiciliares, fase posterior ao recrutamento e convite para participar da pesquisa no serviço de emergência, ocorre em, no máximo, uma semana após o atendimento. Para o caso de pacientes que estavam internados, as visitas ocorriam no hospital, e os que não podiam dar informações, um familiar era contactado para entrevista, e após a alta dava-se andamento aos procedimentos planejados de visitas domiciliares. Dada a permissão para participação na pesquisa, mensalmente um entrevistador aplicava um roteiro de atividades relacionadas ao AT (anexo), a fim de anotar tudo o que foi feito naquele mês com relação ao AT (visitas a serviços médicos, exames feitos, ida ao INSS, compra de remédios, entre outras) e, em seguida, era aplicado um questionário para a obtenção de dados de identificação, sócio-demográficos, familiares, ocupacionais, cobertura previdenciária e seguro saúde, e também sobre o acidente de trabalho, satisfação com o tratamento recebido, e em especial as despesas relacionadas com o acidente (Questionário individual de custos do acidente de trabalho – QUICAT –, anexo).

Foram agendadas visitas mensais até o final do tratamento prescrito, independentemente do retorno do trabalhador às suas atividades, para que o total dos custos pudesse ser estimado. As visitas domiciliares foram encerradas ao ser constatado que não havia mais gastos por conta do acidente. Vale ressaltar que, com o encerramento do prazo da pesquisa, ainda houve casos que não tinham recebido alta do tratamento. O período de acompanhamento dos casos pela pesquisa aconteceu de julho de 2005 a julho de 2006.

Ao final da pesquisa do componente epidemiológico, identificaram-se 446 casos de acidentes ocupacionais dentre os indivíduos atendidos por causas

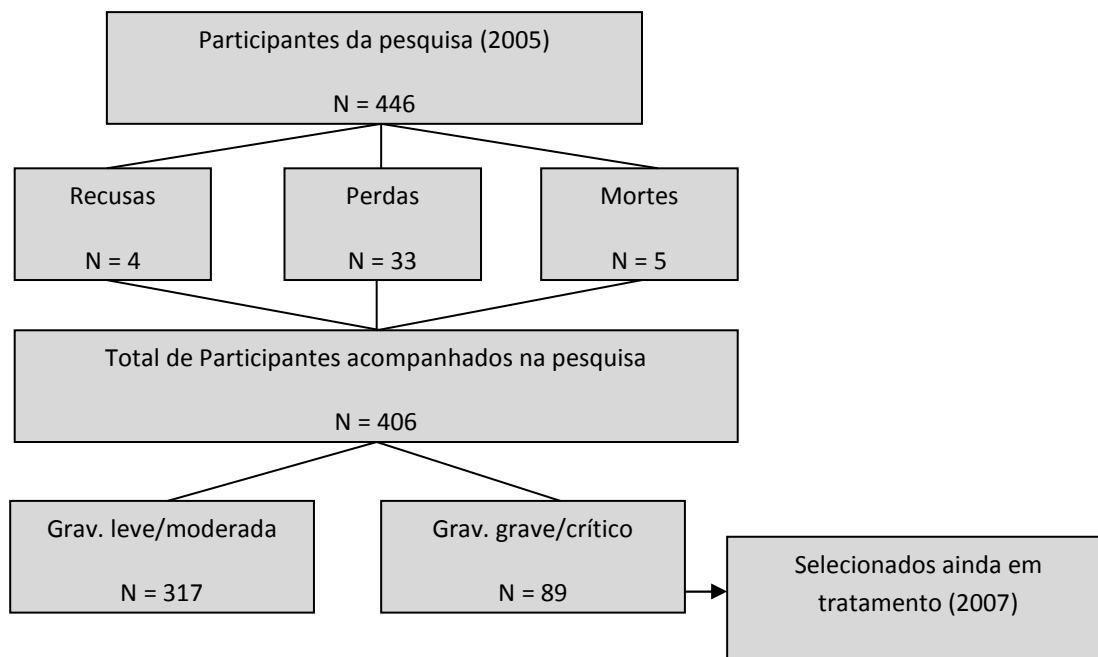


externas nos hospitais selecionados. Dentre esses, quatro (1,0%) se recusaram a participar da pesquisa, 33 (7,4%) foram considerados como perdas devido a não localização do domicílio e os que no decorrer do acompanhamento domiciliar recusaram-se a dar continuidade. Três (0,7%) trabalhadores faleceram durante o estudo ficando 406 indivíduos para a análise. Não houve diferenças significantes entre o contrato de trabalho para a população de estudo (222 eram trabalhadores formais e 184 sem vínculo de trabalho). Do total de pessoas acidentadas, 89 haviam sido classificadas como casos graves ou críticos, seguindo a classificação internacional da *Abbreviated Injury Scale (AIS)*, que utiliza como base para cálculo o *Injury Severity Score (ISS)* (SANTANA et al., 2007).

A escala AIS tem base anatômica, classificando as lesões de acordo com as seguintes partes do corpo: cabeça, tórax, abdômen, membros superiores e inferiores, superfícies externas; e a gravidade das lesões, relaciona-se com a extensão e profundidade do ferimento, comprometimento de órgãos internos como a ruptura de vísceras, etc., empregando-se uma escala ordinal de seis pontos. O escore 1- gravidade leve, 2- moderada, 3 – grave, sem ameaça à vida, 4- grave com perspectiva de morte, porém com sobrevivência provável, 5- gravidade crítica com sobrevivência incerta, e 6- gravidade máxima quase sempre fatal.

Estudantes de enfermagem do PISAT fizeram a classificação de gravidade com base na narrativa do acidentado, a marcação no instrumento de pesquisa dos locais do corpo onde houve lesões, no diagnóstico inicial anotado na FIT e no tempo de afastamento que o AT ocasionou no indivíduo.

Figura 2: Organograma do projeto Custos... e participantes da pesquisa dessa dissertação



**Anexo 3**

**Fotos**

Santos, estivador. Seqüelas nas pernas e tornozelos.



Safira, empregada doméstica. Perna esquerda cinco centímetros menor que a direita e quelóides resultantes das cicatrizes do AT.



Santos, eletricista. Perda do movimento do braço esquerdo.





MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

022-07 / CEP-ISC

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 138431	
Projeto de Pesquisa Conseqüências sociais do acidente de trabalho: experiências, narrativas e reestruturação da vida cotidiana de trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais graves em Salvador, Bahia, Brasil.					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Acidentes Ocupacionais, experiência da enfermidade, narrativas do acidente					
<b>Sujeitos na Pesquisa</b>					
Nº de Sujeitos no Centro 4	Total Brasil 4	Nº de Sujeitos Total 4	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Especifico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
<b>Pesquisador Responsável</b>					
Pesquisador Responsável Gustavo Ribeiro de Araújo			CPF 785.647.435-15	Identidade 06368354-72	
Área de Especialização Antropologia			Maior Titulação Graduação	Nacionalidade Brasileiro	
Endereço Conj. Hab. Cabula VI, bl. 161, apt. 102			Bairro Cabula	Cidade Salvador - BA	
Código Postal 41180-620	Telefone 71 3336-0034 / 71 3362-2643		Fax 71 3336-0034	Email grarauj@yahoo.com.br	
Termo de Compromisso					



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**PARECER Nº 025-07 / CEP-ISC**

**Registro CEP: 022-07/CEP-ISC**

**Projeto de Pesquisa:** "Conseqüências sociais do acidente de trabalho: experiências, narrativas e reestruturação da vida cotidiana de trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais graves em Salvador, Bahia, Brasil. "

