



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Paula Cristina Nunes de Sá

**Entre trabalho, processo saúde-doença e reabilitação profissional:
(im)possibilidades de reinserção no mercado formal de trabalho**

Rio de Janeiro

2022

Paula Cristina Nunes de Sá

**Entre trabalho, processo saúde-doença e reabilitação profissional:
(im)possibilidades de reinserção no mercado formal de trabalho**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Inês Simões Cardoso de Melo

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

S111 Sá, Paula Cristina Nunes de.
Entre trabalho, processo saúde-doença e reabilitação profissional:
(im)possibilidades de reinserção no mercado formal de trabalho / Paula
Cristina Nunes de Sá. – 2022.
216 f.

Orientadora: Ana Inês Simões Cardoso de Melo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Serviço Social.

1. Reabilitação profissional - Brasil - Teses. 2. Previdência social -
Brasil - Teses. 3. Trabalhadores - Brasil - Teses. 4. Saúde - Teses. I.
Melo, Ana Inês Simões Cardoso de. II. Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 331.582

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Paula Cristina Nunes de Sá

**Entre trabalho, processo saúde-doença e reabilitação profissional:
(im)possibilidades de reinserção no mercado formal de trabalho**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Aprovada em 22 de agosto de 2022.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ana Inês Simões Cardoso de Melo (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Profa. Dra. Maria Maeno
Fundação Jorge Duprat Figueiredo, de Segurança e Medicina do Trabalho

Profa. Dra. Rosangela Nair de Carvalho Barbosa
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

O retorno à Universidade não foi tarefa fácil, sobretudo quando atravessado pela emergência da crise sanitária de Covid-19. Por muitas vezes, questionei a viabilidade deste projeto e a minha capacidade de conciliar a atividade acadêmica com a profissional. Muitas pessoas ao longo deste processo foram de grande importância para a sua concretização, pois não percorri o caminho só. Neste sentido, agradeço aos meus familiares e amigos pela compreensão de minha ausência durante essa jornada de estudos, pelo apoio, afeto e reflexões compartilhadas.

Em especial, à minha mãe Teresa, pilar da minha formação e referência pessoal. Obrigada por todo seu esforço e dedicação.

Ao meu companheiro Diogo, amado parceiro de vida. Di, obrigada pelas suas incansáveis motivações, suporte e compreensão. Você restaurou minhas energias com sua leveza nos momentos mais difíceis.

De forma muito afetuosa, à professora Dra. Ana Inês Simões Cardoso de Melo, pelo seu compromisso acadêmico e rigor intelectual sempre prestados de forma carinhosa. Obrigada por me impulsionar neste processo da pesquisa. Sou muito grata pelo nosso reencontro na orientação acadêmica.

Às professoras Dra. Maria Maeno e Dra. Rosângela Barbosa, pelas valiosas contribuições e provocações durante a qualificação e que enriqueceram esta pesquisa, bem como pelo aceite aos convites de participação nas bancas de qualificação e de defesa final.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS/UERJ), representado pelo seu corpo docente e técnico-administrativo. Em especial, aos(as) professores(as) que ministraram as disciplinas do curso de mestrado, pelo seu comprometimento com a formação acadêmica quando desafiados pela exigência do ensino remoto emergencial que o momento exigiu, e à profa. Dra. Vânia Sierra, pelo auxílio com o *software* para tratamento de dados.

Aos companheiros(as) da turma do ME 2020/UERJ, a “turma do ensino remoto emergencial”, onde encontrei acolhida, ainda que nos espaços virtuais, e compartilhamento de ideias nesta modalidade adversa de formação.

Ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pela autorização da pesquisa materializada neste estudo, como também pela licença capacitação concedida. Aqui

deixo registrado meu agradecimento à Divisão de Reabilitação Profissional, à Superintendência Regional Sudeste II, à Gerência Executiva Rio de Janeiro Norte e todos os(as) servidores(as) que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta pesquisa. Aos profissionais do Serviço Social e da Reabilitação Profissional, Marcela, Camilla e David pelas trocas, inquietudes e reflexões sobre a reabilitação profissional.

RESUMO

SÁ, Paula Cristina Nunes de. *Entre trabalho, processo saúde-doença e reabilitação profissional: (im)possibilidades de reinserção no mercado formal de trabalho*. 2022. 216 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O presente estudo teve por objetivo analisar a trajetória laboral dos(as) trabalhadores(as) vinculados ao mercado de trabalho formal, após a sua reabilitação junto ao Serviço de Reabilitação Profissional da Previdência Social. O processo investigativo foi desenvolvido como um estudo de natureza exploratória, fundamentado em revisão teórico-bibliográfica, documental e de dados secundários. Na abordagem do trabalho e processo saúde-doença, o estudo foi referenciado na tradição marxista sobre o significado do valor trabalho e neste como se dá a venda da força de trabalho na sociedade capitalista e seus rebatimentos para a saúde dos trabalhadores. Isto é, procura se apropriar da dinâmica entre trabalho e processo saúde-doença dos trabalhadores, demarcada por processos de adoecimento e/ou de acidentes e a conseqüente inserção em programa de reabilitação profissional previdenciário. Também na revisão teórico-bibliográfica e pesquisa documental, é problematizada a constituição e desenvolvimento da Reabilitação Profissional, integrada à política de Previdência Social, no país, desde o momento de sua constituição até o ano de 2019. Considerando o Serviço de Reabilitação Profissional como uma das respostas do Estado capitalista às demandas que envolvem a saúde dos trabalhadores, objetivou-se, ainda, analisar, a forma como se configurou a Reabilitação Profissional no país. A pesquisa foi complementada com a análise de dados secundários de trabalhadores que, para a política previdenciária, tiveram seus processos de reabilitação concluídos junto a Agência da Previdência Social, de Realengo, no município do Rio de Janeiro/RJ. Esta análise se debruçou sobre os dados de trabalhadores, considerados reabilitados pelo INSS, no ano de 2018 e pela verificação de sua reinserção ou não no mercado de trabalho formal durante todo o ano seguinte, o de 2019. Estes dados secundários foram extraídos do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) e do Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI), ambos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). O objetivo foi o de compreender e problematizar as (im)possibilidades de retorno desses trabalhadores ao mercado de trabalho formal após a conclusão da reabilitação profissional. Ainda que não expresse um movimento linear, foi possível contextualizar, a partir da década de 1990, um cenário de restrição do atendimento aos trabalhadores(as), articulado com as próprias mudanças ocorridas na política previdenciária e no Estado Brasileiro, expressas por estratégias de gestão do mundo do trabalho e de contrarreforma do Estado, com repercussões tanto para os trabalhadores atendidos pela Reabilitação Profissional, quanto para a própria política previdenciária. Com aproximações e distanciamentos a uma perspectiva crítica de atenção à saúde dos trabalhadores e pelos dados pesquisados, conclui-se que há uma relação de baixa efetividade entre o serviço prestado e retorno ao trabalho tanto nos vínculos laborais anteriores ao processo de reabilitação profissional, quanto na reinserção em novos vínculos formais de trabalho para os(as) trabalhadores(as) considerados(as) reabilitados(as) pelo INSS, demonstrando os limites da política social no Estado capitalista.

Palavras-chave: reabilitação profissional; previdência social; saúde do trabalhador; trabalho; saúde-doença.

ABSTRACT

SÁ, Paula Cristina Nunes de. *Betweenwork, health-disease process and professional rehabilitation: (im)possibilities of reinsertion into the formal job market*. 2022. 216 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

This study aims to analyze the work trajectory of workers linked to the formal job market, after their rehabilitation at the Social Security Professional Rehabilitation Service. This research was developed as an extensive study, based on theoretical-bibliographic, documental and secondary data review. In which concern the approach related to work and the health-disease process, this study is based on the work value in the meaning of Marxist tradition and also how the relationship amid employer and employee in capitalist society and its consequences for worker's health – identified as sale of labor force – takes place. In other words, it seeks to comprehend the appropriation of the dynamics between work and the health-disease process of workers, demarcated by processes of illness and/or accidents and the consequent insertion in a social security professional rehabilitation program. Moreover, in the theoretical-bibliographic review and documental research, the constitution and development of Professional Rehabilitation is problematized and integrated together with the Social Security Policy since its creation until 2019. Considering the Professional Rehabilitation Service as one of the responses from the capitalist State to the demands of workers' health, it aims also analyze how the Professional Rehabilitation was configured in Brazil. Following the Social Security Policy, the research was either complemented with the analysis of secondary data from workers who had their rehabilitation processes concluded with the Social Security Agency, in Realengo, Rio de Janeiro. This analysis is focused on the data of workers extracted from the National Registry Information System (CNIS) and the Disability Benefits Administration System (SABI), both from the National Institute of Social Security (INSS), considered rehabilitated by the INSS, in 2018 and the verification of their reinsertion or not into the formal job market throughout the following year, 2019. The objective was to understand and problematize the (im)possibilities of them to return to the formal job market after the professional rehabilitation conclusion. Not withstanding it does not express a linear movement, it was possible to contextualize since the 1990's decade, a scenario of restriction of assistance to workers linked to various changes occurred in the social security policy and in the Brazilian State, expressed by management strategies of the world of work and of the State's counter-reform, with direct repercussions for workers assisted by Professional Rehabilitation as well for the Social Security Policy itself. With approximations and distances from a critical perspective of workers' health care and based on the obtained data, it is possible to conclude that there is a low effectiveness relationship between the service provided and there turn to work, especially in the employment relationships prior to the professional rehabilitation process and there insertion into new formal employment for workers considered to have been rehabilitated by the INSS, demonstrating clearly the limits of social policy in the capitalist State.

Keywords: professional rehabilitation; social security; worker's health; work; health-disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Organização do Serviço de Reabilitação Profissional nas gerências executivas do INSS	143
Figura 2 –	Fluxograma do atendimento e rotinas do SRP/INSS.....	148
Tabela 1 –	Trabalhadores homens reabilitados profissionalmente, segundo tipo de benefício: INSS, APS, RJ/RJ, 2018.....	156
Tabela 2 –	Trabalhadoras mulheres reabilitadas profissionalmente, segundo tipo de benefício: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018.....	157
Tabela 3 –	Trabalhadores(as) reabilitados(as) segundo grau de escolaridade: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018	158
Tabela 4 –	Trabalhadores(as) reabilitados(as), segundo rendimentos (valor do benefício previdenciário): INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018.	159
Gráfico 1 –	Trabalhadores(as) reabilitados(as), segundo valor do benefício por incapacidade temporária previdenciário entre homens e mulheres INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018	160
Tabela 5 –	Trabalhadores(as) reabilitados(as), segundo escolaridade e rendimentos: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018	162
Tabela 6 –	Trabalhadores(as) reabilitados(as) segundo sexo e motivo de agravos à saúde geradores do afastamento do trabalho (CID-10): INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018-2019	164
Gráfico 2 –	Trabalhadores(as) reabilitados(as) segundo forma de conclusão do processo de reabilitação profissional: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018-2019	169
Tabela 7 –	Trabalhadores(as) reabilitados(as) para função diversa, segundo qualificação realizada: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018	171
Gráfico 3 –	Trabalhadores(as) reabilitados(as), segundo vínculo formal de trabalho em 2019: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018-2019.....	174
Tabela 8 –	Trabalhadores(as) reabilitados(as) que mantiveram vínculo formal de trabalho em 2019, segundo formas de conclusão dos benefícios: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018-2019	176

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	Acordo de Cooperação Técnica
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores Fiscais
AP	Área de Planejamento
APS	Agência da Previdência Social
BERP	Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional
BM	Banco Mundial
CadÚnico	Cadastro Único
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGPASS	Coordenação Geral de Serviços Previdenciários e Assistenciais
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CIPA	Comissões Internas de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNIS	Cadastro Nacional de Informações Sociais
COFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRP	Centros de Reabilitação Profissional
CREABP	Coordenação de Reabilitação Profissional
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DART	Doenças e agravos relacionados ao trabalho
DGARP	Divisão de Gerenciamento de Atividades de Reabilitação Profissional
DIRBEN	Diretoria de Benefícios
DIRSAT	Diretoria de Saúde do Trabalhador
DORT	Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
DRU	Desvinculação das Receitas da União
FENASPS	Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FIESP	Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
FMI	Fundo Monetário Internacional

FUNDACENTRO Fundação Jorge Duprat Figueiredo, de Segurança e Medicina do Trabalho

GEX	Gerência Executiva
GIILRAT	Grau de Incidência de Incapacidade Laborativa decorrente dos Riscos Ambientais do Trabalho
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesões por esforços repetitivos
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MARE	Ministério da Reforma do Estado
MOI	Movimento Operário Italiano
MPT	Ministério Público do Trabalho
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NRP	Núcleos de Reabilitação Profissional
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
NUSAT	Núcleo de Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PJ	Pessoa Jurídica
PIS	Programa de Integração Social
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PDRE	Plano Diretor do Aparelho do Reforma do Estado
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PT	Partido dos Trabalhadores
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
SABI	Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
SAT	Seguro Acidente de Trabalho
SB	Salário de benefício
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINDIFISCO	Sindicato Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil.
SINDSPREV	Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde, Trabalho e Previdência
SM	Salário(s)-mínimo(s)
SRP	Serviço de Reabilitação Profissional
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termos de Ajuste de Conduta

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 TRABALHO, ADOECIMENTO E SAÚDE DO TRABALHADOR: BASES FUNDAMENTAIS DE REFLEXÃO	20
1.1 A venda da força de trabalho no mercado: a face oculta da exploração capitalista	22
1.2 O uso da maquinaria e os impactos no consumo da força de trabalho	33
1.3 A organização dos trabalhadores e agenda da saúde: primórdios de lutasna relação antagônica entre capital e trabalho	42
2 A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: SUA CONSTITUIÇÃO E TRAJETÓRIA	58
2.1 Notas sobre primórdios das lutas operárias no Brasil e antecedentes da política previdenciária.....	61
2.2 A Constituição efetiva da Reabilitação Profissional na Previdência Social (1966-1985)	73
2.3 Restrições da Reabilitação Profissional da Previdência Social no período de 1990 a 2002	93
2.4 A Reabilitação Profissional no período de 2003 a 2016 na gestão do Partido dos Trabalhadores	108
2.5 O agravamento do desmonte da Reabilitação Profissional da Previdência Social no período 2016-2019	124
3 REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E (IM)POSSIBILIDADES DE REINSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO FORMAL: ESTUDO EM AGÊNCIA PREVIDENCIÁRIA DO RIO DE JANEIRO/RJ.....	135
3.1 Características e procedimentos metodológicos.....	136
3.2 Fluxo de atendimento e rotinas do Serviço de Reabilitação Profissional (SRP).....	140
3.3 Trabalhadores(as) reabilitados(as) na SRP/APS – Realengo, Zona Oeste do Rio de Janeiro/RJ: qual reinserção no mercado formal de trabalho?.....	150
CONSIDERAÇÕES FINAIS	188
REFERÊNCIAS	196
ANEXO A – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa	213

INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença está intrinsecamente vinculado ao consumo produtivo da força de trabalho e à sua reprodução, expresso por condições de vida e de trabalho que o determinam socialmente. Sob o capitalismo, encontra seus fundamentos na relação contraditória e desigual entre capital e trabalho, na medida em que a expropriação da força de trabalho pelo capital a submete como capacidade produtiva à lógica da produção de valor, como uma simples mercadoria no processo produtivo.

A questão saúde dos trabalhadores que emerge deste processo precisa ser enfrentada, na medida em que afeta a ambos – tanto ao capital quanto ao trabalho -, embora de formas distintas, pois o primeiro não existe sem o segundo, sendo que o capital ao consumir produtivamente esta força de trabalho a explora e a degrada. (SOUZA, 2016). Para o capital, trata-se de uma questão relacionada a continuidade do processo de produção e necessidades da acumulação; para o trabalho, trata-se de manutenção e reprodução da força de trabalho – única mercadoria que o(a) trabalhador possui para vender e, com isto, garantir possibilidades de sua própria sobrevivência e de suas famílias.

O enfrentamento da questão saúde dos trabalhadores recebe distintas respostas de acordo com a dinâmica da luta de classes e necessidades da acumulação capitalista, que encontra no Estado o papel de intermediar estas relações. Inclui-se entre estas respostas, a proteção social intermediada por políticas sociais, que reconhece, em maior ou menor medida, e em condições históricas determinadas, direitos sociais aos trabalhadores.

A política previdenciária se constitui em uma destas respostas, ainda que sustentada com os recursos dos próprios trabalhadores e trabalhadoras, sendo a reabilitação profissional um de seus programas, voltado para a capacidade/incapacidade do(a) trabalhador(a) resultante de agravos à saúde (adoecimento e/ou acidentes de trabalho) reconhecidos pela Previdência Social como relacionados ou não ao trabalho. Intervém junto ao processo saúde-doença e a consequente reabilitação de trabalhadores e trabalhadoras, objetivando, ao lado do restabelecimento das condições de saúde, a restituição da capacidade de trabalho, isto é, a possibilidade de o trabalhador continuar a vender sua força de trabalho

como forma de garantir sua subsistência e de suas famílias, traduzida por sua reinserção no mercado de trabalho.

A política previdenciária tem interface, portanto, com a questão da saúde dos trabalhadores(as) desde o seu surgimento. Inicialmente com a prestação da assistência médica, concessão de benefícios por incapacidade e prestação do serviço de reabilitação profissional. Nesse contexto, a reabilitação profissional constituía a última etapa deste tripé de atendimento (SILVA, 2019). A partir da Constituição Federal e da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Previdência Social deixa de ser a responsável pelo atendimento à saúde – competência do SUS – e o Serviço de Reabilitação Profissional passa por processos de reestruturação e, posterior e principalmente, associada ao projeto de contrarreforma do Estado, a partir dos anos 1990.

No Brasil, portanto, o Serviço de Reabilitação Profissional (SRP)¹ da Previdência Social se constitui como um serviço previdenciário aos trabalhadores(as) contribuintes da Previdência Social, denominados segurados. Ainda que a legislação preveja a ampliação da cobertura aos dependentes dos(as) trabalhadores(as) e às pessoas com deficiência, também faz a ressalva de que tal expansão do atendimento está condicionada as possibilidades do órgão da Previdência Social.

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é a autarquia federal responsável pela sua gestão, financiamento e execução no país. O serviço visa proporcionar aos trabalhadores(as) incapacitados(as), parcial ou totalmente para o trabalho na sua profissão habitual, os meios para o reingresso no mercado de trabalho.

A dissertação aqui apresentada expressa a inquietude vivenciada ao nos depararmos com o Serviço de Reabilitação Profissional (SRP) como assistente social do Instituto Nacional do Seguro Social. Neste serviço, nossa inserção profissional se deu, brevemente, em 2011, com retorno em 2013 passando a compor a equipe de servidores deste serviço na Gerência Rio de Janeiro Norte até o início de 2020. Um dos principais questionamentos durante a experiência profissional

¹ Neste estudo, tratamos a Reabilitação Profissional com a nomenclatura de Serviço de Reabilitação Profissional (SRP) por se tratar de um serviço previdenciário previsto em legislação específica da Previdência Social (BRASIL, 1991). Cf. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre o Plano de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 25 jul. 1991, p.14809. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 28 jul. 2022.

neste serviço foi a reiterada percepção nas falas dos(as) trabalhadores(as) atendidos(as) quanto a suas próprias possibilidades de sobrevivência e de seus familiares, a partir dos agravos de saúde experimentados, na sua nova condição de “trabalhador reabilitado” pela Previdência Social.

A formação em Serviço Social nos permitiu, assim, desde o primeiro contato com este programa da política social previdenciária, reconhecer que a questão trazida por estes(as) trabalhadores(as), representada nos agravos à sua saúde, embora manifestada individualmente, tem sua base construída socialmente. Neste sentido, o estudo consiste no esforço de problematização, reflexão e análise que procurou ir além da compreensão dos agravos à saúde como meros resultantes de processos biológicos e/ou submersos em relações de causalidade, para identificá-los e reconhecê-los como uma expressão da questão social na sociedade capitalista.

A ausência de um acompanhamento por parte desta política previdenciária, após a conclusão do processo de reabilitação profissional, como também a incipiente proteção e fiscalização trabalhistas reforçam a condição intrínseca e estrutural de “trabalhador livre”, na busca da venda de sua força de trabalho, já muitas vezes, reduzida diante de acidentes de trabalho e/ou adoecimento experimentados, no mercado de trabalho. Neste sentido, acaba-se por transferir ao(à) trabalhador(a) a responsabilidade individual pela sua colocação profissional. Ainda que a Previdência Social se exima da responsabilidade pela efetiva reinserção do(a) trabalhador(a) no mercado de trabalho, o interesse institucional é que este trabalhador(a) retorne a ser um contribuinte previdenciário.

Desta forma, a pesquisa analisa as possibilidades de reinserção ao mercado de trabalho formal de trabalhadores(as) reabilitados(as) profissionalmente. Sua pertinência se justifica em um cenário de transformações substantivas dos direitos sociais e trabalhistas que se materializam em um incremento da intensificação e desregulamentação do trabalho. Diante deste cenário, tem sido possível a manutenção dos vínculos laborais formais de trabalho por estes(as) trabalhadores(as) considerados(as) reabilitados(as) pela Previdência Social? Esta é a questão central que norteou o estudo e, portanto, a escolha pelo objeto não é um fato aleatório, mas, surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, fruto de determinada inserção no real (MINAYO, 1999).

A relevância do estudo se justifica pela inserção profissional da pesquisadora no SRP no período pesquisado, bem como pela pouca produção teórica relacionada à reabilitação profissional no país e, em especial, de estudos que visem conhecer a realidade laboral dos(as) trabalhadores(as) após a passagem por este serviço previdenciário. Além disso, este estudo contou com a viabilidade de acesso aos dados dos sistemas, autorizado pelo INSS², em geral, desconhecidos da produção acadêmica, como também de outras áreas de políticas sociais afetas à questão da saúde dos trabalhadores, tais como as de Saúde e do Trabalho.

A pesquisa teve como unidade de análise os(as) trabalhadores(as) considerados(as) como reabilitados(as), com indicação de retorno ao trabalho, no ano de 2018, junto à Agência da Previdência Social (APS) Realengo, situada na zona oeste do município do Rio de Janeiro/RJ. Além de se voltar para o conhecimento de quem são estes(as) trabalhadores(as) e de como se processa a reabilitação profissional, procurou conhecer as (im)possibilidades de sua inserção no mercado formal de trabalho. Para tanto, se voltou à análise de dados secundários disponíveis no INSS relacionados a esta possível reinserção formal no mercado de trabalho durante o ano subsequente ao da reabilitação profissional, qual seja o de 2019.

A pesquisa realizada configura-se como de natureza exploratória, tendo como caminho metodológico a revisão teórico-bibliográfica sobre a temática e áreas afins; fontes documentais como legislações, manuais e, especialmente, em dados secundários coletados a partir do Sistema de Administração de Benefícios (SABI) e do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) do INSS.

Em termos de exposição, esta dissertação se estrutura em três capítulos. No primeiro capítulo temos a apresentação dos elementos que consideramos fundamentais para a análise do processo saúde-doença na sociedade capitalista; em seguida, no segundo capítulo, buscamos apresentar o percurso do Serviço de Reabilitação Profissional até o período pesquisado correlacionando sua expansão e retração com as alterações da política previdenciária em resposta aos interesses do capital nos seus diferentes períodos históricos. No terceiro momento, tratamos dos dados explorados, referentes aos trabalhadores(as) considerados reabilitados(a)

² O projeto de pesquisa foi apresentado ao INSS que concedeu autorização para sua realização, bem como foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COEP/UERJ), com parecer favorável, de número 4.909.228 (CAAE: 50555421.8.0000.5282) (Anexo A).

pelo INSS da APS RJ Realengo apresentando a caracterização deste serviço no período pesquisado.

No primeiro capítulo, “*Trabalho, Adoecimento e Saúde do Trabalhador: bases fundamentais de reflexão*” expomos a apreensão e análise do trabalho e, sucintamente, de suas relações com o processo saúde-doença. Propusemo-nos, portanto, à análise, a partir crítica da economia política, da forma especificado trabalho na sociedade capitalista. Portanto, a produção marxiana foi o referencial indispensável para nossa apreensão da forma que o trabalho adquire na sociedade capitalista –isto é, os elementos que fundam a necessidade da venda força de trabalho no mercado e como este processo reverbera em exploração do trabalhador(a), com nefastos agravos à sua saúde. Também neste capítulo, são apresentados, de forma sucinta, os primórdios das lutas organizadas da classe trabalhadora e de como a saúde dos trabalhadores se coloca como objeto de disputas na relação antagônica entre capital e trabalho.

A partir deste desenvolvimento teórico do primeiro capítulo, prosseguimos a exposição, no segundo capítulo – “*A Reabilitação Profissional na Previdência Social no Brasil: sua constituição e trajetória*”, na qual apresentamos como a reabilitação profissional se tornou um programa da política previdenciária, sua constituição mais efetiva e a trajetória trilhada deste então. A delimitação temporal considerada é a do período da ditadura civil-militar no Brasil (1964-1985), especialmente a partir do processo de unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) (1966), até o período de nossa pesquisa sobre os dados secundários, em 2019.

Não é nosso objetivo com este estudo, uma análise aprofundada da constituição da Previdência Social no Brasil, assim como os constantes ataques aos direitos previdenciários da classe trabalhadora sob a égide da acumulação capitalista. Entretanto, não podemos nos furtar deste debate considerando que as alterações na política previdenciária reverberam no Serviço Reabilitação Profissional. Apesar da previsão da reabilitação profissional existir desde 1944, tratava-se de medidas isoladas a depender da instituição previdenciária, que na época não alcançava a cobertura para todos(as) trabalhadores(as) com vínculos formais. Verifica-se, nesse sentido, a restrita produção a respeito no período e, desta forma, são expostas, a título de notas introdutórias, no primeiro tópico deste capítulo, alguns antecedentes tanto dos primórdios da organização de lutas dos trabalhadores quanto das medidas de proteção social, no Brasil.

O Serviço de Reabilitação Profissional ganha expressão nacional com a unificação da Previdência Social em 1966, quando se constitui efetivamente como um serviço previdenciário no país. Vê-se, no período que se abre, então, sua expansão para o atendimento ao trabalhador acidentado/adoecido no período da ditadura civil-militar, acompanhando o processo de desenvolvimento do capitalismo, com o avanço da industrialização. Contexto no qual o país, por conseguinte, convive com números elevados de acidentes de trabalho/adoecimento.

Assim, da unificação da Previdência Social com amplo investimento no SRP, fomento de instalações próprias e equipe multiprofissional, nos anos 1990 este serviço passa por uma desestruturação. Constituindo o desenvolvimento posterior da exposição, neste capítulo, o período que se abre nos anos 1990, é problematizado a partir dos processos de contrarreforma do Estado como diretriz político-econômica neoliberal que também teve como foco a restrição de direitos previdenciários. Em continuidade, dois outros períodos são contextualizados, ainda, neste capítulo, procurando identificar e problematizar a condução da Reabilitação Profissional, de forma articulada à gestão da política previdenciária. São eles, o período de gestão dos governos do Partido os Trabalhadores (2003 a 2016) e o período seguinte, onde inflexões incisivas se deram na condução política do país, a partir do *impeachment* de Dilma Rousseff, com os governos de Michel Temer e de J. Bolsonaro.

A partir de 2011, observa-se uma tentativa de aproximação do serviço com as demais políticas afetas à questão de saúde dos trabalhadores –as áreas de Saúde e do Trabalho. Estas iniciativas foram, contudo, frustradas, a partir do golpe jurídico-parlamentar e, desde então, este serviço previdenciário vem sendo esvaziado de qualquer prática ou concepção associada ao campo da Saúde do Trabalhador. Em verdade, observou-se no estudo que o serviço de Reabilitação Profissional ao longo de sua trajetória cumpre um papel de destaque no apaziguamento da relação capital-trabalho, atendendo principalmente a interesses do capital do que as reais necessidades dos trabalhadores(as).

A partir dos fundamentos proporcionados pela problematização dos conteúdos anteriores, tornou-se possível se debruçar na apresentação e análise de dados secundários sobre o grupo de pesquisa constituído por 77 (setenta e sete) trabalhadores(as) considerados(as) reabilitados(as) pelo INSS, durante o ano de 2018, na APS/INSS de Realengo no município do Rio de Janeiro/RJ. Este capítulo,

intitulado “*Reabilitação Profissional e (im)possibilidades de reinserção no mercado de trabalho formal: estudo na Zona Oeste do Rio de Janeiro/RJ (SRP/APS/INSS)*”, conta, inicialmente, com a caracterização dos procedimentos metodológicos adotados em relação aos dados secundários e de uma exposição sobre as características do trabalho desenvolvido pela Reabilitação Profissional, no período da pesquisa (2018-2019), realizada nos tópicos iniciais deste capítulo.

Posteriormente, após a apresentação do que foi possível conhecer destes(as) trabalhadores considerados reabilitados pelo INSS, em algumas de suas características sociodemográficas, do trabalho, processo saúde-doença e da reabilitação profissional, nos detemos no último momento de nossa exposição, procurando correlacionar os dados secundários apresentados com a questão que motivou este estudo – sucintamente, qual reinserção no mercado formal de trabalho entre estes trabalhadores reabilitados?

Certamente, o destaque deste capítulo é o de problematizar as (im)possibilidades destes(as) trabalhadores(as) permanecerem em seus vínculos de trabalho formais anteriores ao adoecimento e/ou acidentes de trabalho sofridos e a reabilitação profissional, ou de se ocuparem em novos postos de trabalho formais na condição de trabalhador(a) reabilitado(a). Dessa forma, resgata-se a apreensão teórica desenvolvida ao longo deste estudo propondo-se a dialogar com os resultados dos dados cotejados nas relações estabelecidas entre os processos de reabilitação profissional e de reinserção no mercado de trabalho formal para estes(as) trabalhadores(as), ressaltando-se os limites da política social no Estado capitalista.

1 TRABALHO, ADOECIMENTO E SAÚDE DO TRABALHADOR: BASES FUNDAMENTAIS DE REFLEXÃO

Refletir sobre o Serviço de Reabilitação Profissional (SRP) da Previdência Social nos impõe uma questão central, a saber: a relação trabalho-saúde. Isto porque o SRP se constitui como um serviço previdenciário destinado aos trabalhadores contribuintes da Previdência Social, denominados segurados, e às pessoas com deficiência sem condições de desempenhar o seu trabalho habitual em razão da sua condição de saúde.

Ainda que a legislação previdenciária³ preveja cobertura aos dependentes dos trabalhadores e as pessoas com deficiência, também faz a ressalva de que tal expansão da cobertura estaria associada às possibilidades do Estado em dispor dos recursos e da rede de atendimento, fazendo com que, na prática, este serviço seja viabilizado exclusivamente aos trabalhadores segurados.

Dessa forma, é relevante ressaltarmos que por estar vinculado a uma política contributiva, não se trata de um serviço com acesso e cobertura universal a todos os trabalhadores e trabalhadoras. Portanto, seu público-alvo são os(as) trabalhadores(as) com vínculos formais de trabalho celetistas (em organizações privadas e/ou públicas - nesse último caso, empregados públicos, mas que como trabalhadores(as), mesmo que submetidos(as) à seleção pública por meio de concurso, possuem vínculos trabalhistas regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo exemplos os empregados da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, Companhia Municipal de Limpeza Urbana da cidade do Rio de Janeiro, entre outros). E, ainda, os(as) trabalhadores(as) contribuintes individuais - autônomos(as) - ou os(as) desempregados(as) que permanecem com a qualidade de segurados(as) que, após sofrerem um acidente ou adoecimento permaneçam com diminuição da funcionalidade a despeito do tratamento de saúde realizado.

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é a autarquia federal responsável por sua gestão, financiamento e execução, a qual compreende quatro etapas: avaliação do potencial laboral; orientação e acompanhamento; articulação com a comunidade, prevendo em lei possibilidade de convênios (inclusive com

³ BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 07 mai. 1999, p.50. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm. Acesso em: 11 maio 2022.

instituições privadas) que visem o reingresso no mercado de trabalho e o acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho (BRASIL, 1999). Já a competência da avaliação dos casos a serem incluídos no SRP é da Perícia Médica Federal⁴.

Atualmente, na legislação vigente sobre o Regulamento da Previdência Social, expressa no Decreto 3.048, o serviço de reabilitação profissional é caracterizado da seguinte forma:

Art.136 A assistência (re)educativa e de (re)adaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visa proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vive (BRASIL,1999).

Como podemos observar, este serviço destina-se aos trabalhadores incapacitados, parcial ou totalmente, para o trabalho. Assim, são trabalhadores e trabalhadoras que por motivo de doença ou acidente não possuem a capacidade (física ou mental) de continuar a vender sua força de trabalho no mercado exercendo a sua função e/ou profissão habitual. Diante desta impossibilidade de laborar, para acessar o benefício por incapacidade temporária (“auxílio-doença”) a fim de manter a sua subsistência e de sua família, este(a) trabalhador(a) precisa ser avaliado(a) pela Perícia Médica Federal que “atesta” sua incapacidade e passa a receber o referido benefício para que possa garantir a sua subsistência e, na maioria das vezes, de sua família.

O serviço se propõe a oferecer uma alternativa de nova atividade profissional para estes trabalhadores e trabalhadoras visando seu retorno ao trabalho com a devida cessação do benefício previdenciário por incapacidade temporária ao término deste processo. Portanto, trata-se de uma questão complexa, que envolve diversos

⁴ No ano de 2019, por meio da lei nº 13.846, de 18 de junho de 2019, a Perícia Médica deixou de compor a carreira do INSS e, conseqüentemente, saiu da composição do Instituto. Hoje, a carreira é denominada Perícia Médica Federal, subordinada à Subsecretaria de Perícia Médica Federal, da Secretaria de Previdência e Trabalho.Cf. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.846, de 18 de junho de 2019. Institui o Programa Especial para Análise de Benefícios com Indícios de Irregularidade, o Programa de Revisão de Benefícios por Incapacidade, o Bônus de Desempenho Institucional por Análise de Benefícios com Indícios de Irregularidade do Monitoramento Operacional de Benefícios e o Bônus de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade; altera as Leis [...].*Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 18 jun. 2019a, p.16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13846.htm. Acesso em: 16 mar.2022.

aspectos (sociais, sanitários, políticos, econômicos, previdenciários, psicológicos, por exemplo).

A Reabilitação Profissional enquanto política pública, tradicionalmente vinculada aos sistemas previdenciários, tem o desafio de lidar com a complexidade da incapacidade humana, em especial daquela precocemente adquirida por acidentes de trabalho e doenças profissionais (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009, p.55).

Esta observação das autoras é importante uma vez que a reabilitação profissional se volta para a incapacidade do(a) trabalhador(a) resultante de agravos reconhecidos pela Previdência Social como relacionados ao trabalho ou não. As limitações de políticas de Estado voltadas para a saúde dos(as) trabalhadores(as) no país, especialmente com uma concepção ampliada sobre as relações entre o trabalho e saúde incidem, portanto, na questão da capacidade / incapacidade para o trabalho. Reconhecidas ou não como doenças relacionadas ao trabalho, o processo de adoecimento e a consequente reabilitação de trabalhadores e trabalhadoras estão diretamente vinculados à restituição da capacidade de trabalho. Isto é, a possibilidade de o trabalhador continuar a vender sua força de trabalho no mercado como forma de garantir sua subsistência e de suas famílias.

Desta forma, refletir sobre reabilitação profissional como serviço próprio à política previdenciária, no Brasil, exige situar o fenômeno do adoecimento e acidentes de trabalho no modo de produção capitalista. Portanto, partimos do debate sobre a categoria trabalho para início de nosso estudo buscando compreender sua expressão num determinado momento histórico particular, qual seja, o trabalho na sociedade capitalista.

1.1 A venda da força de trabalho no mercado: a face oculta da exploração capitalista

Marx (2017) destaca que o trabalho é, no sentido geral, um processo entre o homem e a natureza a fim de se apropriar de formas úteis para a vida humana. Neste sentido, o trabalho é dotado de valor de uso, pois, é utilizado para a satisfação de algum tipo de necessidade. Para Marx, este aspecto é “perpétua condição natural da vida humana e, por conseguinte, independente de qualquer forma particular dessa vida, ou melhor, comum a todas as suas formas sociais” (2017, p.261).

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como uma potência natural [Naturmacht]. A fim de se apropriar da matéria natural de forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 2017, p.255).

Assim, a ação do homem sobre a natureza a modifica por meio desse movimento, como também o próprio homem se modifica com este processo. Todo resultado do trabalho é transformação da realidade em alguma medida e, ao mesmo tempo, é transformação do indivíduo que passa a adquirir novos conhecimentos e habilidades para a satisfação de suas necessidades. Portanto o homem vai se constituindo também pelo trabalho. Esse processo acompanha a condição natural da vida humana, sendo comum a todas as suas formas sociais. Assim, na análise marxiana, o trabalho é elemento fundante do ser social.

O autor faz questão de diferenciar esta forma de trabalho com as primeiras formas instintivas, distinguindo-o de outras formas de trabalho animal. E este elemento de diferenciação é a capacidade teleológica humana, ou seja, a possibilidade que o homem tem de projetar no plano ideal uma determinada atividade antes de sua execução. Portanto, o trabalho não é resultado de uma ação instintiva.

De acordo com a formulação do autor, os elementos do processo de trabalho são a atividade determinada a um fim (o próprio trabalho); o objeto de trabalho e os meios de trabalho. A terra é considerada como objeto universal do trabalho humano assim como os meios de trabalho são considerados aspectos específicos do processo de trabalho humano.

No processo de trabalho, portanto, a atividade do homem, com ajuda dos meios de trabalho, opera uma transformação do objeto do trabalho segundo uma finalidade concebida desde o início. O processo se extingue no produto. Seu produto é um valor de uso, um material natural adaptado às necessidades humanas por meio da modificação de sua forma. O trabalho se incorporou a seu objeto. Ele está objetivado, e o objeto está trabalhado. O que do lado do trabalhador aparecia sob a forma do movimento, agora se manifesta, do lado do produto, como qualidade imóvel, na forma do ser. Ele fiou, e o produto é um fio (MARX, 2017, p.258).

Na sociedade capitalista, no entanto, existe uma forma específica historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais de sua existência humana. Os indivíduos se relacionam por meio das

trocas de mercadorias⁵, de relações entre coisas. Assim, as relações sociais passam por um processo de mercantilização onde os homens se identificam como compradores e vendedores de mercadorias.

Por isso, para o autor, a análise da mercadoria é premissa básica para a investigação do modo de produção capitalista, pois, como afirma, “a riqueza das sociedades onde reina o modo de produção capitalista aparece como uma enorme coleção de mercadorias” (MARX, 2017, p.113). Assim, é através do mercado que os homens irão se relacionar, por meio da venda e da compra de suas mercadorias. Por isso, podemos dizer que as mercadorias só existem em relação uma com as outras.

A mercadoria precisa ter uma utilidade para o comprador (valor de uso), pois uma mercadoria sem valor de uso não faz sentido, porque se assim o fosse não atrairia compradores, afinal valor de uso é efetivado no seu uso ou no consumo mercantil. Mas, também precisa ter uma magnitude do valor (valor de troca), ou nos termos de Marx “a proporção na qual valores de uso de um tipo são trocados por valores de uso de outro tipo, uma relação que se altera constantemente no tempo e no espaço” (MARX, 2017, p.114).

O capitalista, o possuidor de mercadoria, está interessado no seu valor de troca, visto que seu interesse é a venda de mercadorias. Dessa forma, é necessária no capitalismo uma forma de igualar valores de uso distintos a fim de viabilizar as trocas mercantis visto que a mercadoria só existe em relação uma com as outras. Assim, o que existe de comum que se apresenta como valor de troca é a grandeza do seu valor, qual seja a quantidade de trabalho nela contida, quantidade essa de trabalho expressa em tempo de trabalho. Mas esta quantidade de trabalho não é referente a um trabalhador individualmente, mas, ao trabalho socialmente necessário (o trabalho abstrato).

Mas como medir a grandeza do seu valor? Por meio da quantidade de ‘substância formadora de valor’, isto é, da quantidade de trabalho nele contida. A própria quantidade de trabalho é medida por seu tempo de duração, e o tempo de trabalho possui, por sua vez, seu padrão de medida em frações determinadas de tempo, como hora, dia etc. Poderia parecer que, se o valor de uma mercadoria é determinado pela quantidade de trabalho despendido durante sua produção, quanto mais preguiçoso ou inábil for um homem, maior será o valor de sua mercadoria,

⁵ A mercadoria é definida como objeto externo, coisa que tem por finalidade o intercâmbio mercantil e, para isso, satisfaz as necessidades humanas tanto do ponto de vista objetivo quanto subjetivo (MARX, 2017).

pois ele precisará de mais tempo para produzi-la. No entanto, o trabalho que constitui a substância dos valores é trabalho humano igual, dispêndio da mesma força de trabalho humana. A força de trabalho conjunta da sociedade, que se apresenta como nos valores do mundo das mercadorias, vale aqui como uma única força de trabalho humana, embora consista em inumeráveis forças de trabalho individuais. (MARX, 2017, p.116-117).

A grandeza de valor de uma mercadoria é, portanto, o tempo de trabalho socialmente necessário, sendo definido pelo autor como o tempo utilizado para “produzir um valor de uso sob as condições normais para uma dada sociedade e com o grau social médio de destreza e intensidade do trabalho” (MARX, 2017, p.117). É dessa forma que os valores das mercadorias podem ser igualados e a troca viabilizada. Os valores de uso são abstraídos, assim como suas diferentes qualidades ou formas corpóreas, sendo reduzidos ao trabalho humano abstrato. O trabalho abstrato só se torna social se for igual e a igualação do trabalho é realizada através da igualação das coisas (que são produtos do trabalho) enquanto valores⁶ (RUBIN, 1987).

Aqui, convém destacar o duplo caráter do trabalho na análise marxiana, expresso pelo trabalho concreto e pelo trabalho abstrato. O trabalho concreto, também sinalizado como útil, diz respeito ao trabalho de cada indivíduo dentro da divisão social do trabalho com todas as suas propriedades materiais, representado no valor de uso que produz, na natureza transformada para a satisfação de necessidades sociais. Esta característica do trabalho existe em todos os tempos históricos. Já o trabalho abstrato é particular da sociedade capitalista, é o trabalho morto objetivado na mercadoria, o trabalho enquanto dispêndio de energia humana. É importante ressaltarmos que não se trata de formas isoladas, mas aspectos distintos do mesmo processo.

⁶ A teoria do valor em Marx está intrinsecamente relacionada ao fetichismo da mercadoria. O caráter fetichista da mercadoria está no ocultamento dos trabalhos humanos nelas presentes que são igualados ao valor dos produtos do trabalho, uma substância abstrata, uma relação social entre objetos. Mas, como veremos adiante, a magnitude do valor é uma variável que se altera mediante a quantidade de trabalho abstrato que, por sua vez, depende da quantidade de trabalho concreto, em geral, pelo uso do aumento da produtividade. “Assim, o sistema de valor inteiro baseia-se num grandioso sistema de contabilidade social espontânea e comparação dos produtos do trabalho de vários tipos desempenhados pelos diferentes indivíduos enquanto partes do trabalho social abstrato total. Este sistema está oculto e não pode ser visto na superfície dos fatos” (RUBIN, 1987, p.134).

Os trabalhadores são inseridos neste processo de troca mercantil por meio de um processo anterior ao estágio capitalista denominado acumulação primitiva⁷ (MARX, 2017).

[...] é preciso que duas espécies bem diferentes de possuidores de mercadorias se defrontem e estabeleçam contato; de um lado, possuidores de dinheiro, meios de produção e meios de subsistência, que buscam valorizar a quantia de valor de que dispõem por meio da compra da força de trabalho alheia; de outro, trabalhadores livres, vendedores da própria força de trabalho e, por conseguinte, vendedores de trabalho. Trabalhadores livres no duplo sentido de que nem integram os meios de produção, como os escravos, servos etc., nem lhes pertencem os meios de produção, como no caso, por exemplo, do camponês que trabalha por sua própria conta etc., mas estão, antes livres e desvinculados desses meios de produção. Com essa polarização do mercado estão dadas as condições fundamentais do processo da produção capitalista. (MARX, 2017, p.786)

A constituição deste indivíduo despossado de qualquer propriedade, à exceção de seu próprio corpo, está intrinsecamente relacionada ao longo processo histórico de desapropriação de terras e expulsão dos camponeses na fase de transição do feudalismo para o capitalismo. Dessa forma, esta relação entre possuidores de dinheiro e mercadorias e possuidores de suas próprias forças de trabalho não ocorre ao acaso ou de forma natural. É uma relação construída e determinada historicamente.

O capital só surge quando o possuidor de meios de produção e meios de subsistência encontra no mercado o trabalhador livre como vendedor de sua força de trabalho, e essa condição histórica compreende toda uma história mundial. O capital anuncia, portanto, desde seu primeiro surgimento, uma nova época no processo social de produção. (MARX, 2017, p.245).

A única opção, aos homens despossuídos é, portanto, a venda da sua própria força de trabalho⁸ para sua sobrevivência. Embora haja uma regulação jurídica

⁷ A acumulação primitiva do capital, conforme o autor, resulta de diversos processos de expropriações ocorridas para além da expulsão violenta do campesinato como, por exemplo, roubo dos bens da Igreja Católica e dos domínios do Estado, colonização e escravidão. O que é oportuno ressaltar é que se trata do processo histórico de transformação dos indivíduos em trabalhadores “livres” para a venda da sua força de trabalho. Como Fontes (2018) nos alerta, é necessária a manutenção de trabalhadores disponíveis para o capital e, portanto, o processo de expropriação é uma constante e se mantém sob novas formas afetando diretamente a reprodução social da classe trabalhadora.

⁸ A força de trabalho é definida como “o conjunto das capacidades físicas e mentais que existem na corporeidade, na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento sempre que produz valores de uso de qualquer tipo” (MARX, 2017, p.242).

nessa relação, um contrato, reconhecendo os homens como proprietários⁹ mútuos para a mercantilização de suas mercadorias, o processo da venda da força de trabalho não supera a condição de exploração dos trabalhadores, como veremos. No entanto, diante da impossibilidade de produzir as coisas úteis para a satisfação de suas necessidades, os indivíduos que não são possuidores dos meios de produção não possuem alternativa que não seja vender a única coisa que dispõem para sua reprodução, a sua força de trabalho. Assim, a força de trabalho comprada pelo possuidor, capitalista, transforma-se numa mercadoria como qualquer outra.

Para que o indivíduo possa vender sua força de trabalho como mercadoria no mercado, considerando a forma pura da lei de troca de equivalentes das mercadorias, esta relação precisa, no âmbito formal, jurídico, ser entre indivíduos “livres”. Ou, em outras palavras, o(a) trabalhador(a) necessita ser livre proprietário(a) de sua capacidade de trabalho, condição que difere o trabalho capitalista de outros modos de produção pretéritos, como, por exemplo, no escravismo. Ou, nos termos de Marx (2017), para transformar o dinheiro em capital, o possuidor de dinheiro precisa encontrar o trabalhador livre em dois sentidos: livre enquanto proprietário de sua força de trabalho e livre de qualquer outra mercadoria que possa vender, restando apenas a venda de sua força de trabalho para subsistência.

A finalidade do processo de produção capitalista é a criação de valor, ou seja, o processo de produção é também processo de formação de valor, não sendo possível separá-los. Sendo o objetivo final do capitalista a extração de mais-valor, ele precisa produzir uma mercadoria cujo valor seja maior do que o valor das mercadorias utilizadas para sua produção.

Na produção de mercadorias, o valor de uso não é, de modo algum, a coisa *qu'on aime pour lui-même* [que se ama por ela mesma]. Aqui, os valores de uso só são produzidos porque e na medida em que são substrato material, os suportes do valor de troca. E, para nosso capitalista trata-se de duas coisas. Primeiramente, ele quer produzir um valor de uso que tenha um valor de troca, isto é um artigo destinado à venda, uma mercadoria. Em segundo lugar, quer produzir uma mercadoria cujo valor seja maior do que a soma do valor das mercadorias requeridas para sua produção, os meios de produção e a força de trabalho, para cuja compra ele adiantou seu dinheiro no mercado. Ele quer produzir não só um valor de uso, mas mercadoria; não só valor de uso, mas valor e não só valor, mas também mais-valor (MARX, 2017, p.263).

⁹ A propriedade privada é a base do direito burguês cujo contrato social tem por finalidade a sua preservação. A concepção de que todo homem é proprietário do seu corpo tendo total direito sobre ele mascara a relação desigual do contrato social, como veremos.

Marx (2017) descarta a possibilidade da realização do mais-valor no processo de circulação simples de mercadorias, expressa em M-D-M. Nesta expressão, temos o indivíduo possuidor de mercadorias que vende sua mercadoria excedente, recebendo dinheiro para a compra de outra mercadoria com intuito de satisfazer suas necessidades (o seu interesse é no valor de uso da nova mercadoria). Aqui, o dinheiro é um mediador para aquisição de uma nova mercadoria, não sendo capital. A circulação começa com uma venda para encerrar numa compra.

Existe, todavia, uma segunda forma de circulação que é especificamente distinta da primeira, expressa em D-M-D. Nesta forma, o dinheiro torna-se capital.

Analisemos mais de perto a circulação D-M-D. Ela atravessa, como a circulação simples de mercadorias, duas fases contrapostas: na primeira, D-M, a compra, o dinheiro é convertido em mercadoria e, na segunda, M-D, a venda, a mercadoria volta a se converter em dinheiro. Porém, a unidade das duas fases é o movimento inteiro da troca de dinheiro por mercadoria e desta última novamente por dinheiro, o movimento da compra da mercadoria para vendê-la, ou, caso desconsiderem as diferenças formais entre compra e venda, da compra de mercadoria com dinheiro e de dinheiro com mercadoria. O resultado, no qual o processo inteiro se apaga, é a troca de dinheiro por dinheiro, D-D.[...].

Ora, é evidente que o processo de circulação D-M-D seria absurdo e vazio se a intenção fosse realizar, percorrendo seu ciclo inteiro, a troca de um mesmo valor em dinheiro pelo mesmo valor em dinheiro, ou seja, £100 por £100. (MARX, 2017, p.224).

Nesta segunda forma de circulação, a mercadoria é a mediadora do processo uma vez que este se inicia com a compra e termina com a venda. O comprador aqui desembolsa o dinheiro não interessado em suprir necessidades relacionadas ao valor de uso de uma mercadoria, mas de receber dinheiro como vendedor. Assim,

Na compra da mercadoria, ele lança dinheiro na circulação, para dela retirá-lo novamente por meio da venda da mesma mercadoria. Ele liberta o dinheiro apenas com a ardilosa intenção de recapturá-lo. O dinheiro é, portanto, apenas adiantado (MARX, 2017, p.225).

Na sequência, Marx (2017) conclui que a distinção da quantia de dinheiro inicial para aquela ao final do processo da circulação D-M-D está na sua grandeza, ou seja, na sua quantidade. Ao final deste processo, o capitalista precisa retirar mais dinheiro do que foi colocado em circulação inicialmente, sendo dessa forma a conversão em capital.

A forma completa desse processo é, portanto, D-M-D', onde $D' = D + AD$, isto é a quantia de dinheiro inicialmente adiantada mais um incremento. Este incremento, ou excedente sobre o valor original, chamo de mais-valor. O valor originalmente adiantado não se limita, assim, a conservar-se na circulação, mas nela modifica sua grandeza de valor, acrescenta a essa

grandeza um mais-valor ou se valoriza. E esse movimento o transforma em capital (MARX, 2017, p.227).

Embora o autor demonstre a existência do mais-valor na esfera da circulação, expõe que este não é produzido na esfera da circulação visto que não depende de uma mercadoria ser vendida abaixo ou acima de seu valor. Mas, ainda que a metamorfose do dinheiro em capital não se origine da circulação é mediado por ela. A mudança de valor do dinheiro em capital ocorre no valor de uso da mercadoria, ou seja, no seu consumo, na esfera da produção.

Para poder extrair valor do consumo de uma mercadoria, nosso possuidor de dinheiro teria de ter a sorte de descobrir no mercado, no interior da esfera da circulação, uma mercadoria cujo próprio valor de uso possuísse a característica peculiar de ser fonte de valor, cujo próprio consumo fosse, portanto, objetivação de trabalho e, por conseguinte, criação de valor. E o possuidor de dinheiro encontra no mercado uma tal mercadoria específica: a capacidade de trabalho ou força de trabalho (MARX, 2017, p.242).

Assim, no processo de consumo da mercadoria força de trabalho precisa existir o processo de valorização¹⁰. E este processo se dá por meio do roubo de uma parcela do valor que é produzido pelo trabalhador durante o processo de trabalho. Portanto, nesta relação de compra e venda, não existe uma troca de equivalentes, e sim, uma exploração do capital. O capitalista não paga pela força de trabalho do trabalhador o valor que ela produz durante sua jornada de trabalho. Dito de outra forma, o mais-valor está no trabalho não pago ou no trabalho excedente realizado durante a jornada de trabalho do trabalhador.

[...] denomino 'tempo de trabalho necessário' a parte da jornada de trabalho em que se dá essa reprodução, e 'trabalho necessário' o trabalho despendido durante esse tempo. Ele é necessário ao trabalhador, porquanto é independente da forma social de seu trabalho, e é necessário ao capital e seu mundo, porquanto a existência contínua do trabalhador forma a sua base. O segundo período do processo de trabalho, em que o trabalhador trabalha além dos limites do trabalho necessário, custa-lhe de certo, trabalho, dispêndio de força de trabalho, porém não cria valor algum para o próprio trabalhador. Ele gera mais-valor, que para o capitalista, tem todo o charme de uma criação do nada. A essa parte da jornada de trabalho denomino tempo de trabalho excedente e ao trabalho nela despendido denomino mais-trabalho (MARX, 2017, p.293)

¹⁰ O processo de valorização é a forma específica que o processo de trabalho vai assumir na sociedade capitalista, transformando-o profundamente. O capitalista usa o dinheiro para comprar mercadorias com a finalidade de produzir novos produtos a partir do processo de trabalho, incorpora força viva de trabalho ao trabalho objetivado. Assim, podemos dizer que o valor da mercadoria final é o trabalho objetivado (trabalho morto) mais o trabalho novo incorporado à produção capitalista por meio da mercadoria força de trabalho. O processo de produção capitalista é por sua essência processo de valorização.

O trabalhador é, portanto, essencial para a produção capitalista, pois é a partir da exploração da sua força de trabalho, mercadoria neste sistema, que é possível a extração de mais-valor por meio de trabalho não pago. Neste sentido, a lei da troca de equivalentes é uma farsa. Como Marx (2017) destaca, o capitalista busca mascarar esta subtração, omitindo a real origem deste mais-valor. Se a finalidade do capitalista é a extração do mais-valor, por consequência seu interesse é a exploração do trabalhador. Neste ponto, começa a ficar clara a relação antagônica entre o capital e o trabalho. Isto é determinante na apreensão do modo de produção capitalista, pois, a sua finalidade não é a exploração em si (pois esta existiu em outros tempos históricos), mas sim a criação de mais-valor.

A medida do valor da força de trabalho é determinada, como em todas as outras mercadorias, pelo tempo de trabalho necessário para a sua produção. Assim, o valor da força de trabalho é o valor dos meios de subsistência necessários à reprodução do próprio trabalhador e de sua família vista a necessidade de reposição da força de trabalho.

A quantidade dos meios de subsistência tem, portanto, de ser suficiente para manter o indivíduo trabalhador como tal em sua condição normal de vida. As próprias necessidades naturais, como alimentação, vestimenta, aquecimento, habitação etc., são diferentes de acordo com o clima e outras peculiaridades naturais de um país. Por outro lado, a extensão das assim chamadas necessidades imediatas, assim como o modo de sua satisfação, é ela própria um produto histórico e, por isso, depende em grande medida do grau de cultura de um país, mas também, entre outros fatores, de sob quais condições e, por conseguinte, com quais costumes e exigências de vida constitui-se a classe dos trabalhadores livres num determinado local. Diferentemente das outras mercadorias, a determinação do valor da força de trabalho contém um elemento histórico e moral. No entanto, a quantidade média dos meios de subsistência necessários ao trabalhador num determinado país e num determinado período é algo dado (MARX, 2017, p.246).

O salário é a expressão monetária do pagamento da força de trabalho. Frisamos que representa o pagamento da força de trabalho para que não se caia no equívoco de compreendê-lo como o preço do trabalho, ou seja, como preço de determinada quantidade de trabalho (fetiche do salário), pois, como já sabemos o trabalhador não recebe o correspondente pelo seu trabalho, o capitalista se apropria de uma parte.

O consumo da força de trabalho é controlado pelo capitalista que busca a realização do trabalho da forma mais adequada aos seus interesses, evitando desperdício de matéria-prima, danos aos meios de produção, por exemplo. Ao

comprar a força de trabalho por um determinado período, seu uso pertence ao capitalista. O consumo desta força de trabalho depende dos meios de produção, propriedade do capitalista e, portanto, o produto deste processo lhe pertence.

Dessa forma, o capitalista busca usufruir o máximo possível daquilo que possui. Ou, nos termos de Marx (2017), o capitalista age como um vampiro sugando todo trabalho vivo. O capitalista comanda a força de trabalho em atividade numa relação coercitiva com a classe trabalhadora controlando o processo de trabalho que passa a ser algo estranho, alienado ao trabalhador. Considerando que a finalidade do capitalismo é a extração do mais-valor, o modo de produção capitalista se utiliza do aumento da intensidade do trabalho; da duração do trabalho e da produtividade do trabalho para alcançar seu objetivo. Estas formas podem se combinar no processo de produção capitalista, expondo a classe trabalhadora a situações de adoecimentos com a exaustão no trabalho e com a desvalorização da sua força de trabalho a partir da diminuição do tempo de trabalho necessário.

É por esta razão que podemos afirmar que a jornada de trabalho possui centralidade na relação capital-trabalho. Conforme exposto, a jornada de trabalho do trabalhador compreende o tempo de trabalho necessário (os seus meios de subsistência) e o tempo de trabalho excedente (mais-valor). Desta forma, Marx (2017) irá definir a taxa de mais-valor como a proporção entre tempo de trabalho excedente e tempo de trabalho necessário. Logo, a taxa representa a expressão do grau de exploração da força de trabalho pelo capital.

Tomemos como exemplo, a jornada diária do trabalhador “A” em 8 horas e que 4 horas representem o tempo de trabalho necessário. Então, as 4 horas restantes são o tempo referente ao trabalho excedente, o que corresponderia a uma taxa de mais-valor de 100%. Já o trabalhador “B” utiliza 5 horas da mesma jornada como tempo de trabalho necessário, sendo as 3hs restantes o trabalho excedente, assim a taxa de mais-valor corresponde a cerca de 60%. Logo, quanto maior a taxa de mais-valor, maior a exploração do capital sobre o trabalhador.

Podemos, então, observar que jornada de trabalho é uma grandeza variável, mas sempre será composta pelo tempo de trabalho necessário e o tempo de trabalho excedente. Contudo, a jornada de trabalho tem um limite máximo ainda que seja variável, que corresponde à própria limitação física do trabalhador (necessidade de descanso, reposição de energia etc.) e os limites morais (necessidades intelectuais e sociais cuja extensão é determinada pelo nível geral de cultura de um

determinado momento histórico). Mas, ainda que a jornada se movimente dentro destes limites, é possível diversas variações de duração de jornadas de trabalho (MARX, 2017).

Como qualquer outro comprador, o capitalista quer fazer o máximo uso da mercadoria adquirida (a força de trabalho) e subtrair o maior tempo de trabalho excedente possível. Assim, o que aparece de um lado como valorização do capital, do outro aparece como dispêndio excedente de força de trabalho. Observa-se, nesta relação antagônica, a luta de classes: por um lado, o capital buscando novas formas de potencializar o uso desta capacidade de trabalho e, de outro, o trabalhador buscando manter preservado o único bem que possui no processo de valorização do capital, sua capacidade de trabalho.

[...] a natureza da própria troca de mercadorias não impõe barreira alguma à jornada de trabalho e, portanto, nenhuma limitação ao mais-trabalho. O capitalista faz valer seus direitos como comprador quando tenta prolongar o máximo possível a jornada de trabalho e transformar, onde for possível, uma jornada de trabalho em duas. Por outro lado, a natureza específica da mercadoria vendida implica um limite de seu consumo pelo comprador, e o trabalhador faz valer seu direito como vendedor quando quer limitar a jornada de trabalho a uma duração normal determinada. Tem-se aqui, portanto, uma antinomia, um direito contra outro direito, ambos igualmente apoiados na lei de troca de mercadorias. Entre direitos iguais, quem decide é a força. E assim, a regulamentação da jornada de trabalho se apresenta, na história da produção capitalista, como uma luta em torno dos limites da jornada de trabalho – uma luta entre o conjunto dos capitalistas, *i.e.* a classe capitalista, e o conjunto dos trabalhadores, *i.e.*, a classe trabalhadora (MARX, 2017, p.309).

Na disputa pela jornada de trabalho, o trabalhador é reconhecido pelo capital apenas como tempo de trabalho visto que neste estágio o valor de troca está associado a noção de tempo. A produção capitalista aumenta o número de horas de trabalho ao extremo na ânsia pelo mais-valor, desprezando o quão insalubre, exaustivo ou doloroso possa ser ao trabalhador, degradando a sua saúde e condição de vida, descartando qualquer possibilidade de tempo livre. Como veremos adiante, o excedente de população em relação às necessidades de valorização do capital proporciona uma rápida substituição dos trabalhadores desgastados ou mortos de forma prematura. Por outro lado, a partir desta própria relação de produção o movimento dos trabalhadores se forja.

O que diferencia os processos de trabalho das épocas econômicas na história, é a forma como é feita a produção e os meios empregados, pois sinalizam não apenas o grau de desenvolvimento da força de trabalho, mas também as

condições sociais nas quais se trabalha (MARX, 2017). A Revolução Industrial consolida o modo de produção capitalista a partir da expansão da produção por meio do desenvolvimento das forças produtivas exercendo um grau ainda maior de exploração e degradação da classe trabalhadora.

1.2 O uso da maquinaria e os impactos no consumo da força de trabalho

Marx (2017) analisou de forma profunda as alterações advindas do processo de Revolução Industrial¹¹ e as suas consequências na vida da classe trabalhadora, inclusive, sobre os impactos negativos à sua saúde. Impactos estes expressos nas condições de vida e de trabalho, em razão das extensas jornadas de trabalho, do descanso não remunerado, das péssimas condições de moradia e baixos salários que não supriam as necessidades nem mesmo de alimentação de parcela significativa dos operários, entre outros.

Vimos que a finalidade do modo de produção capitalista não é a satisfação das necessidades sociais, mais sim seu processo de autovalorização se utilizando da apropriação de trabalho não pago à classe trabalhadora. Uma das formas desta extração é pelo prolongamento da jornada de trabalho, a qual Marx (2017) denominou de mais-valor absoluto. Todavia, este prolongamento da jornada de trabalho a partir do processo de resistência dos trabalhadores enfrentou limites legais para sua realização, como algumas das lutas e regulações referentes à jornada de trabalho que são abordadas no próximo tópico.

Além do prolongamento da jornada de trabalho, quando esta passou a ser regulada, o capital, como estratégia de extrair o mais-valor no processo de produção capitalista, faz uso do investimento no desenvolvimento das forças produtivas a fim de aumentar a produtividade. Esta forma, denominada por Marx (2017) de mais-valor relativo, deriva da redução do tempo de trabalho necessário, alterando a proporção das duas partes que compõem a jornada de trabalho (tempo de trabalho necessário e tempo de trabalho excedente). Como exposto no subitem anterior, o

¹¹ Esta forma de produção apresenta um novo método de fabricação em comparação ao método artesanal vigente até o momento, são eles: a divisão técnica do trabalho; o uso intensivo de máquinas de propriedade do capitalista; e a existência de uma força motriz (inicialmente a energia à vapor, posteriormente energia elétrica) capaz de movimentar um sistema de máquinas (PENA; GOMES, 2011).

valor da força de trabalho é o tempo requerido para a reprodução do trabalhador, portanto, com o valor dos meios de subsistência está dada a grandeza do tempo de trabalho necessário. Como não é possível prolongar o tempo restante da jornada que corresponde ao trabalho excedente, o capitalista precisa rebaixar o valor da força de trabalho, ou em outros termos, o tempo de trabalho necessário para sua reprodução.

Por exemplo, suponhamos que um sapateiro, com dados meios, fabrique um par de botas numa jornada de trabalho de 12 horas. Para fabricar dois pares de botas no mesmo tempo, a força produtiva de seu trabalho tem de ser duplicada, e ela não pode ser duplicada sem que se alterem seus meios de trabalho, ou seu método de trabalho, ou ambos. É preciso, portanto, que ocorra uma revolução nas condições de produção de seu trabalho, isto é, em seu modo de produção e, assim, no próprio processo de trabalho. Por elevação da força produtiva do trabalho, entendemos precisamente uma alteração no processo de trabalho por meio da qual o tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de uma mercadoria é reduzido, de modo que uma quantidade menor de trabalho é dotada da força para produzir uma quantidade maior de valor de uso. [...] Para aumentar a produtividade do trabalho, reduzir o valor da força de trabalho por meio da elevação da força produtiva do trabalho e, assim, encurtar parte da jornada de trabalho necessária para a reprodução desse valor, [o capitalista necessita] revolucionar as condições técnicas e sociais do processo de trabalho, portanto, revolucionar o próprio modo de produção (MARX, 2017, p. 389-390).

Neste sentido, é através do aumento da produtividade do trabalho e, por conseguinte, diminuição do valor dos meios de produção e dos produtos consumidos pelos trabalhadores que o capitalista consegue aumentar o mais-valor. Isto porque o valor das mercadorias, incluindo-se aqui a mercadoria força de trabalho, é inversamente proporcional à força produtiva do trabalho. Ao contrário, o mais trabalho é diretamente proporcional à força produtiva do trabalho, ele cresce com seu aumento e reduz com a queda da força produtiva (MARX, 2017). Está aqui, portanto, a razão da “tendência constante do capital a aumentar a força produtiva do trabalho para baratear a mercadoria e, com ela, o próprio trabalhador” (MARX, 2017, p.394).

Esse barateamento da força de trabalho terá repercussão direta nas condições de vida da classe trabalhadora e na sua saúde visto que é por meio do seu salário que são satisfeitas suas necessidades de alimentação, moradia, vestimenta, entre outras. A exploração capitalista resulta na degradação do nível de vida da classe trabalhadora exposto com detalhes por Engels (2010). As moradias, localizadas em bairros de “má fama”, eram superpopulosas, mal construídas, insalubres, sendo comum vários membros da família amontoados em apenas um

cômodo. A alimentação, uma condição básica para a reposição da energia gasta pelas longas horas de trabalho, era de baixa qualidade e limitada, condição totalmente imprópria à saúde, tendo em vista a própria relação entre desgaste e reprodução (LAURELL; NORIEGA, 1989).

E o contingente de operários mal pagos é enorme.[...]. Por isso, aí se recorre a todos os expedientes: cascas de batatas, restos de legumes, vegetais apodrecidos, tudo serve como alimento, recolhe-se tudo que pode conter um só átomo de substância comestível. Acontece com frequência que, acabando o salário semanal antes do fim da semana, nos últimos dias a família careça de alimentação ou tenha apenas o estritamente necessário para não morrer de fome. É claro que semelhante modo de vida só pode originar toda sorte de doenças; quando as enfermidades chegam, quando o homem – cujo trabalho sustenta a família e cuja atividade física exige mais alimentação e, por conseguinte, é o primeiro a adoecer –, quando esse homem adoecer, é então que começa a grande miséria. (ENGELS, 2010, p.115-116).

O desenvolvimento da capacidade produtiva não resultou em tempo livre, diminuição da jornada ou da intensidade do trabalho e, portanto, numa melhora das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores e da sua saúde. Muito pelo contrário, por meio do estudo de relatórios de inspetores de fábrica¹², Marx (2017) demonstra que a maquinaria resultou no aumento do emprego da força de trabalho feminina e infantil; no prolongamento da jornada de trabalho e naintensificação do trabalho.

A partir do momento que a força física começa a não ser tão necessária pela introdução de máquinas mais modernas, o capital passa a utilizar o trabalho feminino e infantil, aumentando o grau de exploração humana.

[...] a maquinaria revoluciona radicalmente a mediação formal da relação capitalista, o contrato entre trabalhador e capitalista. Com base na troca de mercadorias, o primeiro pressuposto era de que capitalista e trabalhador se confrontassem como pessoas livres, como possuidores independentes de mercadorias, sendo um deles possuidor de dinheiro e de meios de produção e o outro possuidor de força de trabalho. Agora, porém, o capital compra menores de idade, ou pessoas desprovidas de maioridade plena. Antes, o trabalhador vendia sua própria força de trabalho, da qual dispunha como pessoa formalmente livre. Agora, ele vende mulher e filho. Torna-se mercador de escravos (MARX, 2017, p. 469).

No caso especial das crianças, privam não apenas sua recreação infantil, a possibilidade de seu desenvolvimento corporal e intelectual, mas a sua própria

¹² Os inspetores de fábricas eram subordinados diretamente ao Ministério do Interior da Inglaterra e seus relatórios produzidos a partir de visitas às fábricas inglesas eram publicados semestralmente por ordem do Parlamento. Os relatórios expõem, de forma detalhada, a condição da classe trabalhadora e a avidez do capital.

vida¹³. Observemos um trecho de texto contido em um jornal da época, o *Daily Telegraph*, pesquisado por Marx (2017), em 1850, expondo a condição degradante das crianças no processo fabril de rendas.

[...] entre a população ocupada com a fabricação de rendas reina um grau de sofrimento e privação inéditos no restante do mundo civilizado [...] Crianças entre 9 e 10 anos de idade são arrancadas de suas camas imundas às 2, 3, 4 horas da manhã e forçadas a trabalhar, para sua mera subsistência, até as 10, 11, 12 horas da noite, enquanto seus membros se atrofiam, seus corpos definham, suas faces desbotam e sua essência humana se enrijece inteiramente num torpor pétreo, cuja mera visão já é algo terrível(MARX, 2017, p.317-318).

A deterioração física e a morte prematura alcançam não apenas as crianças inseridas no processo produtivo, mas também dos filhos de trabalhadoras, cuja taxa de mortalidade na época maior entre as mães ocupadas pelas dificuldades de dispensar os cuidados diante da obrigação do cumprimento dos ditames do capital e até mesmo de prover uma alimentação adequada expondo o grau de pauperização destas famílias. Os capitalistas priorizavam empregar as mulheres, especialmente as casadas, pois eram “mais atentas e dóceis [...] e submetem aos esforços mais extremos para obter seu sustento”, conforme a fala do Sr. E., um fabricante inglês¹⁴ (MARX, 2017, p.475).

A máquina sofre o desgaste material (tanto pelo seu uso quanto pelo não uso), mas também perde o seu valor de troca na medida em que outras máquinas vão sendo reproduzidas e com tecnologias melhores. Assim, o capitalista faz o uso ininterrupto da máquina buscando extrair todo o valor antes de sua desvalorização, prolongando o uso da força de trabalho e ampliando a escala de produção de mercadorias.

As máquinas, que podiam ter tornado mais leve o trabalho, na realidade o fizeram pior. Eram tão eficientes que tinham de fazer sua mágica durante o maior tempo possível. Para seus donos, representavam tamanho capital que não podiam parar – tinham de trabalhar, trabalhar sempre. Além disso, o proprietário inteligente sabia que arrancar tudo da máquina, o mais depressa possível, era essencial porque, com as novas invenções, elas podiam tornar-se logo obsoletas. Por isso os dias de trabalho eram longos,

¹³ Marx (2017) expõe o uso de crianças para atividades altamente perigosas como limpeza de máquinas em pleno funcionamento por conta da sua baixa estatura, o que permitia seu acesso a partes do maquinário onde para adultos era impossível. Atividade que causava mortes e mutilações de muitas crianças. As extensas jornadas e as posturas inadequadas levavam a deformidades ósseas acrescida à subnutrição.

¹⁴ O autor chama a atenção para o impacto da força de trabalho feminina e infantil no movimento de resistência realizado pelo trabalhador masculino, isto é, como uma estratégia do capital para fragilizar esta potência.

de 16 horas. Quando conquistaram o direito de trabalhar em dois turnos de 12 horas, os trabalhadores consideraram tal modificação como uma bênção. Mas os dias longos, apenas, não teriam sido tão maus. Os trabalhadores estavam acostumados a isso. Em suas casas, no sistema doméstico, trabalhavam durante muito tempo. A dificuldade maior foi adaptar-se à disciplina da fábrica. Começar numa hora determinada, para, noutra, começar novamente, manter o ritmo dos movimentos da máquina – sempre sob as ordens e a supervisão rigorosa de um capataz – isso era novo. E difícil. Os fiandeiros de uma fábrica próxima de Manchester trabalhavam 14 horas por dia numa temperatura de 26 a 29°C, sem terem permissão de mandar buscar água para beber (HUBERMAN, 1981, p 161).

O aperfeiçoamento da maquinaria exerce uma maior pressão sobre o trabalhador exercendo a intensificação do trabalho¹⁵, pois, o capitalista mediante a regulação da jornada de trabalho controla de forma ainda mais rigorosa os custos de sua produção. Isto impõe uma maior tensão, pois, no mesmo período, o trabalhador realiza uma quantidade maior de trabalho numa busca incessante do capitalista em preencher os poros do tempo de trabalho¹⁶. Ou seja

[...] impõe ao trabalhador uma condensação do trabalho num grau que só pode ser atingido com uma jornada de trabalho mais curta. Essa compressão de uma massa maior de trabalho num dado período de tempo mostra-se, agora, como ela é: uma quantidade maior de trabalho. Ao lado da medida do tempo de trabalho como 'grandeza extensiva' apresenta-se agora a medida de seu grau de condensação. A hora mais intensa da jornada de trabalho de 10 horas encerra tanto ou mais trabalho, isto é, força de trabalho despendida, que a hora mais porosa da jornada de trabalho 12 horas (MARX, 2017, p.482-483).

O aumento da produtividade com o uso da maquinaria se torna uma atividade altamente lucrativa ao capital permitindo a duplicação, triplicação do trabalho executado.

Em 1844 *lord Asley*, hoje conde de Shaftesbury, realizou na Câmara dos Comuns a seguinte exposição, baseada em documentos: 'O trabalho realizado pelos ocupados nos processos fabris é, agora, três vezes maior do que quando da introdução dessas operações. Sem dúvida, a maquinaria tem realizado uma tarefa que substitui os tendões e músculos de milhões de seres humanos, mas também tem aumentado prodigiosamente (*prodigiously*) o trabalho daqueles submetidos a seu terrível movimento [...]'. (MARX, 2017, p. 485– grifos no original).

Em contrapartida, ao trabalhador implica em um ritmo mais denso de trabalho ditado pela velocidade da máquina determinada pelo capitalista. Um trabalho

¹⁵ Cumprе ressaltar que as categorias produtividade e intensidade são distintas ainda que possam estar implicadas no mesmo processo. Produtividade está associada ao grau de desenvolvimento dos meios de produção. Já a intensidade do trabalho implica em maior dispêndio de energia no mesmo *quantum de trabalho* (MARX, 2017).

¹⁶ Marx (2017) utiliza o termo poroso para definir os momentos de não-trabalho existentes na jornada de trabalho.

monótono, repetitivo e exaustivo, com frequência de acidentes de trabalho acarretando danos físicos irreversíveis que levam a sua incapacidade, seja total ou parcial, formando uma massa de operários mutilados que fez Engels (2010) compará-la a “um exército que regressa de uma batalha” (ENGELS, 2010, p.201).

O uso capitalista da maquinaria a coloca como sujeito do processo de produção e os trabalhadores como objetos, subordinados ao comando do autômato, processo este distinto dos anteriores como na manufatura e artesanato. Na manufatura, por exemplo, existia a hierarquia de trabalhadores especializados enquanto na fábrica moderna os trabalhadores vão se equiparando ou se nivelando de acordo com atividades que devem executar na máquina. O movimento da fábrica parte da máquina e não do trabalhador e instrumentaliza a submissão humana ao capital. “Na fábrica, tem-se um mecanismo morto, independente deles e ao qual são incorporados como apêndices vivos” (MARX, 2017, p. 494).

Enquanto o trabalho em máquinas agride ao extremo o sistema nervoso, ele reprime o jogo multilateral dos músculos e consome todas as suas energias físicas e espirituais. Mesmo a facilitação do trabalho se torna um meio de tortura, pois, a máquina não livra o trabalhador do trabalho, mas seu trabalho de conteúdo (MARX, 2017, p.495).

Ou seja, com a máquina e seus aperfeiçoamentos históricos, o trabalhador se aliena realmente do conteúdo de seu trabalho. O trabalho aparece como algo externo, alienado do trabalhador que não reconhece o produto do seu trabalho. E o ambiente fabril como um cenário de disciplina de quartel, onde os trabalhadores são controlados, vigiados e punidos. “No lugar do chicote do feitor de escravos, surge o manual de punições do supervisor fabril. Todas as punições se convertem, naturalmente, em multas pecuniárias e descontos de salários [...]” (MARX, 2017, p.496).

O enriquecimento dos fabricantes se expandiu, portanto, à custa da grandeza intensiva do trabalho e, por conseguinte, das mortes, acidentes e dos agravos à saúde dos trabalhadores em razão da condição degradante do trabalho.

Todos os órgãos dos sentidos são igualmente feridos pela temperatura artificialmente elevada, pela atmosfera carregada de resíduos de matéria-prima, pelo ruído ensurdecedor etc., para não falar do perigo mortal de se trabalhar num ambiente apinhado de máquinas [...] (MARX, 2017, p.498).

A maquinaria sob uso capitalista constitui uma população supérflua, descartada do processo de produção mediante a perda do seu valor de uso e, por

consequente, seu valor de troca. Com o emprego do sistema automático, parcela de trabalhadores ocupados é expulsa do processo de produção e, como vimos, parte dos trabalhadores adultos foram substituídos pela força de trabalho feminina e infantil.

Como máquina, o meio de trabalho logo se converte num concorrente do próprio trabalhador. A autovalorização do capital por meio da máquina é diretamente proporcional ao número de trabalhadores cujas condições de existência ela aniquila. O sistema inteiro da produção capitalista baseia-se no fato de que o trabalhador vende sua força de trabalho como mercadoria. A divisão do trabalho unilateraliza tal força, convertendo-a numa habilidade absolutamente particularizada de manusear uma ferramenta parcial. Assim que o manuseio da ferramenta é transferido para a máquina, extingue-se, juntamente com o valor de uso, o valor de troca da força de trabalho. O trabalhador se torna invendável, como papel-moeda tirado de circulação (MARX, 2017, p.502-503).

Com o aumento da produtividade passa a ser possível produzir cada vez mais uma massa maior de mercadorias com proporcionalmente menos trabalho¹⁷. Todavia, como vimos, é apenas o trabalho vivo que produz valor e o aumento da capacidade produtiva resulta em uma massa maior de valores de uso produzidos que ocasionam a redução de valor unitário da mercadoria.

O aumento da produtividade possibilita o barateamento da produção, mas também exige a necessidade de realização no mercado de uma quantidade maior de valores de uso a fim de compensar a menor quantidade de valor contida nas mercadorias (tendência decrescente da taxa de lucro). Dessa forma, a concorrência intercapitalista impõe a busca incessante do aumento da produtividade com o incremento do aparato tecnológico¹⁸, alterando a composição orgânica do capital¹⁹.

¹⁷ Convém destacar que sendo a finalidade do capitalismo a valorização do valor, a busca pelo máximo de produtividade é sempre um patamar a ser alcançado pelo capitalista, o que nos leva a uma questão central e contraditória deste modo de produção que é a crise de superprodução.

¹⁸ O uso predatório dos recursos naturais, matéria-prima e energia em função exclusivamente da garantia do valor global do capital acarreta não apenas crises econômicas, mas também uma crise ecológica sem precedentes. Recentemente, a Organização das Nações Unidas (ONU), através do Relatório do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC), alertou que as emissões nocivas de carbono, no período de 2010 a 2019, foram recorde na história, indicando um caminho de desastre no planeta. NAÇÕES UNIDAS. Brasil. Relatório climático da ONU: estamos a caminho do desastre, alerta Guterres. *In: Notícias*. Brasília: Casa ONU Brasil, 04 abr. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/176755-relatorio-climatico-da-onu-estamos-caminho-do-desastre-alerta-guterres>. Acesso em: 25 maio 2022.

¹⁹ A composição orgânica do capital consiste na relação entre capital variável (força viva de trabalho) e capital constante (meios de produção) (MARX, 2017).

Ou seja, o processo de acumulação do capital²⁰ realiza-se numa constante alteração qualitativa de sua composição com acréscimo do seu componente constante em detrimento do seu componente variável (MARX, 2017).

[...] ainda que o progresso da acumulação diminua a grandeza relativa da parte variável do capital, ele não exclui de modo algum, com isso, o aumento de sua grandeza absoluta. Suponha que o valor de um capital se decomponha, inicialmente, em 50% de capital constante e 50% de capital variável, e, posteriormente, em 80% de capital constante e 20% de capital variável. Se, nesse ínterim, o capital original, digamos £6 mil, aumentou para £18 mil, seu componente variável também terá aumentado 1/5. De suas £3 mil anteriores ela chega, agora, a £3.600. Mas se antes teria bastado um crescimento de 20% de capital para aumentar a demanda de trabalho em 20%, agora isso requer a triplicação do capital original (MARX, 2017, p.699-700).

Não é, portanto, que com o aumento do capital global não aumente seu capital variável, mas isto ocorre em proporção cada vez menor fazendo com que o trabalho vivo proporcionalmente seja menor que o trabalho morto. O resultado da acumulação capitalista é a geração constante de uma população trabalhadora relativamente excedente²¹, ou seja, supérflua para as necessidades de valorização do capital. Como a acumulação do capital é produzida pela classe trabalhadora, são os próprios trabalhadores que ao produzirem a riqueza social, concomitantemente, produzem sua condição supranumerária.

É mister destacar que o fato desta população ser excedente não significa que ela não seja necessária ao capital. Ao contrário, é produto e alavanca da acumulação capitalista. A população excedente de trabalhadores forja o exército industrial de reserva (MARX, 2017) e faz parte da composição estrutural da dinâmica do capital. De acordo com o autor, todo trabalhador em algum momento se insere

²⁰ Em outras palavras, a acumulação do capital é a reprodução do capital em escala progressiva (reprodução ampliada), onde os capitais recém-formados em conjunto com o capital inicial continuam a se reproduzir e a produzir mais-valor, por isso, podemos considerar um movimento incessante e compulsivo de valorização do valor. Um movimento incessante de troca (sem equivalentes, vale lembrar) pelo capitalista de parte de trabalho alheio já objetivado por uma quantidade maior de trabalho vivo.

²¹ Casalino (2019), em sua análise crítica sobre a categoria “sujeito de direito”, expõe que na sociedade capitalista o sujeito de direito trata-se de uma representação. Qual seja, a de “uma magnitude de valor que pode se materializar em mercadoria ou dinheiro, subsumindo a forma “pessoa” ou “sujeito de direito”, na medida em que, e apenas enquanto, funcionarem como sustentáculo consciente do movimento de autovalorização” (CASALINO, 2019, p.2883-2884). Isto quer dizer que, ainda que o trabalhador tenha a capacidade de sua força de trabalho, sem a sua venda, ou seja, sem requisição do seu valor de uso, essa nada significa, ficando o trabalhador despossuído de direitos.

neste excedente composto pelos desempregados, parcialmente ocupados, trabalhadores precarizados.

O exército industrial de reserva atende às necessidades do capital e assegura sua liberdade de ação, pressiona os salários e contribui para extração ainda maior de mais-valor.

O sobretrabalho da parte ocupada da classe trabalhadora engrossa as fileiras de sua reserva, ao mesmo tempo que, inversamente, esta última exerce, mediante sua concorrência, uma pressão aumentada sobre a primeira, forçando-a ao sobretrabalho e à submissão aos ditames do capital. (MARX, 2017, p.711).

Por meio do exército industrial de reserva os movimentos gerais dos salários são regulados mediante sua expansão ou contração, além de ser meio para regulação capitalista no que tange oferta e demanda de trabalho. A demanda de trabalho não é igual ao crescimento do capital, assim como a oferta de trabalho não é igual ao crescimento da classe trabalhadora, como movimentos independentes. A acumulação do capital aumenta a demanda de trabalho, mas, por outro lado, expulsa trabalhadores, ao mesmo tempo em que a pressão do exército industrial de reserva obriga os trabalhadores ocupados a realizarem mais trabalho, tornando até um determinado limite a oferta de trabalho independente da oferta de trabalhadores (MARX, 2017). Assim,

Nos períodos de estagnação e prosperidade média, o exército industrial de reserva pressiona o exército ativo de trabalhadores; nos períodos de superprodução e paroxismo, ele barra suas pretensões. A superpopulação relativa é, assim, o pano de fundo sobre o qual se move a lei da oferta e da demanda de trabalho (MARX, 2017, p.714).

Eis, portanto, o que Marx (2017) definiu como a lei geral da acumulação capitalista, “uma massa cada vez maior de meios de produção, graças ao progresso da produtividade do trabalho social, pode ser posta em movimento com um dispêndio progressivamente decrescente de força humana” (MARX, 2017, p.720). Maior força produtiva de trabalho empregada corresponde a uma condição de existência mais precária do trabalhador. Neste sentido, quanto mais capital é acumulado, a situação do trabalhador tende a piorar.

Portanto, a acumulação de riqueza num pólo é, ao mesmo tempo, a acumulação de miséria, o suplício do trabalho, a escravidão, a ignorância, a brutalização e a degradação moral no pólo oposto, isto é, do lado da classe que produz seu próprio produto como capital (MARX, 2017, p. 721).

Dessa forma, desde sua origem a relação capital e trabalho apresenta uma condição insuperável que é a contradição entre a forma privada de apropriação e o caráter social da produção. A análise marxiana nos permite compreender que a pauperização da classe trabalhadora (e todos os desdobramentos que este processo possa trazer, consideradas as expressões da questão social que, ao longo dos estágios do capital, vão se complexificando), tem suas raízes na estrutura do capitalismo que não atende às necessidades dos homens e sim às do mercado – ou, mais precisa e corretamente, do capital. Nos termos do autor, o homem é dominado “pelo produto de suas próprias mãos” (MARX, 2017, p.697), o que é uma inversão na medida em que se trata de uma sociedade humana e, pelos homens, historicamente constituída.

1.3 A organização dos trabalhadores e agenda da saúde: primórdios de lutas na relação antagônica entre capital e trabalho

A luta de classes entre o trabalhador assalariado e o capitalista está presente desde o início da constituição do modo de produção capitalista. Todavia, é no marco da Revolução Industrial que o modo de produção se consolida às custas, como vimos, da exploração ilimitada dos trabalhadores.

Deste modo, a “questão”²² da saúde dos trabalhadores “se coloca como um processo objetivo, tipicamente capitalista” (SOUZA, 2016, p.49)²³, ancorada numa relação de contradição pautada na exploração sobre o trabalho. Condição esta que produz a degradação e o desgaste dos trabalhadores, ameaçando a própria

²² Souza (2016) desenvolve sua formulação teórica, estabelecendo a distinção entre a “questão” da saúde dos trabalhadores e o “campo” da Saúde do Trabalhador – a primeira, em sua especificidade própria ao modo de produção capitalista e o segundo, que também integra a questão, reportado às respostas que lhes são conferidas, nos marcos da institucionalidade possível à ordem capitalista e que, no Brasil, na área de Saúde, avança com o movimento e Reforma Sanitária, no âmbito da Saúde Coletiva, influenciado pela perspectiva da Medicina Social Latino-Americana e do Movimento Operário Italiano (MOI).

²³ De acordo com o autor, é possível a inferência em razão da produção nas sociedades pré-capitalistas não ocorrerem com a finalidade de acumular capital, não estando a condição da degradação da saúde associada ao processo de valorização do capital. A produção escravista e feudal tinha a finalidade de subsistência da pólis e do feudo e não para o mercado. Além disso, as doenças, em muitas vezes, estavam associadas ao quadro de carência diante da impossibilidade do atendimento das necessidades materiais de todos por conta da limitação dos meios de produção. Situação contrária é a do capitalismo onde o desenvolvimento dos meios de produção permite a superação da escassez pregressa, mas a riqueza material é concentrada na classe capitalista enquanto a trabalhadora vivencia a exploração e pauperização (SOUZA, 2016).

condição de existência da classe trabalhadora, do trabalho e do próprio capital, visto sua dependência do trabalho vivo (SOUZA, 2016).

O capitalismo produz a 'questão', mas ela se insere nesse modo de produção como uma 'contradição' que o move e o justifica, ao mesmo tempo que o ameaça, sendo o seu ocaso. Tanto é que o próprio capital engendra formas de assistir à saúde da classe trabalhadora, mas sempre subordinadas aos objetivos de produção (SOUZA, 2016, p.60).

Neste sentido, considerando a saúde dos trabalhadores como uma questão intrínseca ao processo de produção capitalista, a disputa sobre o corpo do trabalhador (e também pela sua subjetividade) se faz presente em todos os diferentes padrões e estratégias de organização e gestão da produção e do trabalho empregados pelo capital ao longo da história para atender ao processo de acumulação.²⁴ Ao capital interessa, ainda que de forma mínima, a conservação da saúde para que a sua ausência não chegue ao ponto de interferir no processo de produção.

Consideramos, nesta direção, a pertinente contribuição de Harvey (2014) sobre o corpo como estratégia de acumulação, ou seja, “como o lócus irredutível da determinação de todos os valores” (HARVEY, 2014, p.135). Em sua reflexão, o autor considera o corpo interiormente contraditório passível de alterações (ou até mesmo inexistência) de acordo com o intercâmbio dos processos metabólicos e seu ambiente. Por essa razão, “o conjunto de atividades performativas disponíveis ao corpo num dado tempo e lugar não são independentes do ambiente tecnológico, físico, social e econômico em que esse corpo tem em seu ser” (HARVEY, 2014, p.137). Todavia, esta apreensão do autor está longe de situar o corpo como produto passivo, pois “o corpo humano é ativo e transformador em relação aos processos que o produzem, sustentam e dissolvem” (HARVEY, 2014, p. 138).

²⁴ Em Americanismo e Fordismo, Gramsci (1991) já nos revela como o capital, no sistema de produção e organização do trabalho taylorista/fordista, impõe a classe trabalhadora um “determinado modo de viver, de pensar e de sentir a vida” (GRAMSCI, 1991, p.369) para a formação de um novo tipo de homem e trabalhador, na expressão de Taylor o “gorila domesticado”. Isto quer dizer, limitar as atividades do trabalho ao uso da máquina, refinando o processo que começou com a industrialização. Novas estratégias são utilizadas como o interesse especial pela vida privada do trabalhador por meio de serviços de inspeção para controlar sua “moralidade” com vistas a evitar “desperdício” de energias; preocupação com a eficiência física do trabalhador; entre outras. No debate atual, Alves (2005) chama a atenção para a captura da subjetividade do trabalho vivo pelo capital sob o toyotismo que se expressa, por exemplo, na disposição intelectual e afetiva do trabalhador, na “proatividade”, na integração ao sentimento de equipe, no “colaborador” (no jargão do capital) que “veste a camisa”, entre outros elementos.

Neste sentido, Harvey (2014) propõe a existência no estudo marxiano, de “uma teoria da produção do sujeito corporificado sob o capitalismo” (HARVEY, 2014, p.141), visto que o corpo dos trabalhadores é objeto de disputa. Isto porque para o autor, ao mesmo tempo em que os corpos dos trabalhadores são moldados, disciplinados pelo processo de produção e circulação do capital constituem também potência de resistência e contestação desse processo contraditório. Isto porque o capital adquire a força de trabalho no mercado e não o corpo do trabalhador, por esta razão não pode fazer seu uso de forma indiscriminada, sendo possível a contestação de práticas que exijam o corpo de forma ilimitada (ainda que a emancipação política não signifique a emancipação humana). Dessa forma,

[...] a alegação de Marx é que a preservação da integridade e da plenitude da pessoa e do corpo trabalhadores no processo de circulação do capital variável é o centro no qual ocorrem a contestação e a luta de classes tanto dentro como fora do processo de trabalho (HARVEY, 2014, p.148).

Inicialmente, no início do processo de industrialização, os trabalhadores não possuíam um grau de organização que lhes dessem condições de confronto, não existia intervenção estatal sobre a questão e o atendimento da saúde dos operários era realizado por instituições filantrópicas. Dessa forma, a primeira medida de intervenção na saúde dos trabalhadores foi uma iniciativa do próprio capital. A partir da contratação por um fabricante têxtil do seu médico particular surge o primeiro serviço de medicina do trabalho (MENDES; DIAS,1991).

Conforme Mendes e Dias(1991) este campo técnico-científico, centrado na onipotência da figura do médico, tinha por objetivo cuidar da “adaptação física e mental dos trabalhadores”, reduzir o absenteísmo, selecionar trabalhadores para o emprego e atuar na sua adequação às condições de trabalho, garantir a proteção dos trabalhadores contra qualquer risco que colocasse sua saúde em prejuízo e sua atuação era nos locais de trabalho, ou seja, no “chão da fábrica”. Esta especialidade, desde os seus primórdios, se constituiu como braço do capital no controle da força de trabalho e teve ampla expansão nos países industrializados²⁵. Convém destacar que o conceito de doença, para o capital, para além de sua centralidade na biologia do indivíduo, está diretamente associado à incapacidade para o trabalho.

Percebe-se o caráter reducionista da Medicina do Trabalho, cientificamente direcionada por uma perspectiva pragmática, que anula a dinamicidade

²⁵ Em 1953 a Organização Internacional do Trabalho (OIT) passou a recomendar o serviço de Medicina do Trabalho aos países membros (MENDES; DIAS, 1991).

histórica do processo de trabalho e trata as relações trabalho-saúde de forma mecânica (causa-efeito). As intervenções propostas são típicas do modelo biomédico, centradas na doença e na medicalização. Além disso, do ponto de vista ideopolítico, também se constata o caráter pró-capital, tomando o trabalhador como objeto de intervenção e mera engrenagem da produção (SOUZA; MELO; VASCONCELLOS, 2017 p.594).

Gaze, Leão e Vasconcellos (2011) consideram que as protoformas do direito trabalhista se forjam a partir da aliança entre os capitalistas industriais e o poder político britânico na busca de um equilíbrio entre a acumulação do capital e o corpo do trabalhador. Portanto, o surgimento das primeiras legislações estaria diretamente associado à questão da saúde, tendo em vista a condição precária dos trabalhadores no interior das fábricas. Neste sentido, as ações tinham por finalidade garantir a produção capitalista e as ações de intervenção na saúde tinham uma lógica compensatória, não sendo fruto de demandas dos trabalhadores.

Com o desenvolvimento histórico dos meios de produção, o uso ampliado da maquinaria na indústria moderna demandou uma maior concentração dos trabalhadores nas cidades, forjando, ao mesmo tempo em que o capitalismo se desenvolvia, a organização dos trabalhadores enquanto classe.

Temos de reconhecer que nosso trabalhador sai do processo de produção diferente de quando entrou. No mercado, ele, que possui a mercadoria força de trabalho, defronta-se com outros possuidores de mercadorias: um possuidor de mercadoria diante de outros possuidores de mercadorias. O contrato pelo qual ele vende sua força de trabalho ao capitalista prova – por assim dizer, põe preto no branco – que ele dispõe livremente de si mesmo. Fechado o negócio, porém, descobre-se que ele não era ‘nenhum agente livre’, que o tempo de que livremente dispõe para vender sua força de trabalho é o tempo em que é forçado a vendê-la, que, na verdade, seu parasita [*Sauger*] não o deixará ‘enquanto houver um músculo, um nervo, uma gota de sangue para explorar’. Para ‘se proteger’ contra a serpente de suas aflições, os trabalhadores têm de se unir e, como classe, forçar a aprovação de uma lei, uma barreira social intransponível que os impeça a si mesmos de, por meio de um contrato voluntário com o capital, vender a si e a suas famílias à morte e à escravidão (MARX, 2017, p.373-374– grifo no original).

Como Marx (2017) já havia concluído, “o capital não tem a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração” (MARX, 2017, p.342). Neste sentido, os avanços conquistados no que se refere às condições de trabalho e saúde da classe trabalhadora foram frutos da sua resistência e luta organizada.

De acordo com Gaze, Leão e Vasconcellos (2011) no que tange à saúde no trabalho, o processo de organização dos trabalhadores e de suas lutas, possui dois níveis:

Um, o da luta pela saúde de forma implícita, indireta, inespecífica, cujo objeto da reivindicação se situa nas condições salariais, temporais e de relações de trabalho e em que a questão do risco à saúde não é pautada prioritariamente em sua especificidade. Outro, o da luta pela saúde de forma explícita, direta, específica, em que a questão do risco à saúde é a prioridade da agenda de reivindicações (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 261).

A partir do decorrer do século XIX se inicia a organização dos trabalhadores em busca de melhores condições de trabalho, redução da jornada de trabalho, aumento salarial, descanso remunerado, entre outros. Abaixo, são destacados trechos de um manifesto de trabalhadores da construção civil em greve, em 1860, denotando a consciência da classe trabalhadora ao seu processo de desgaste na luta pela redução da jornada de trabalho:

A mercadoria que te vendi distingue-se da massa das outras mercadorias pelo fato de seu uso criar valor e, mais do que isso, um valor maior do que aquele que ela mesma custou. Foi por isso que a compraste. O que do teu lado aparece como valorização do capital, do meu lado aparece como dispêndio excedente de força de trabalho. Tu e eu só conhecemos, no mercado, uma lei, a da troca de mercadorias. E o consumo da mercadoria pertence não ao vendedor que a aliena, mas ao comprador que a adquire. A ti pertence, por isso, o uso da minha força de trabalho diária. Mas mediante o preço pelo qual a vendo diariamente, tenho de reproduzi-la a cada dia, pois só assim posso vendê-la novamente. Desconsiderando o desgaste natural pela idade etc.,tenho de ser capaz de trabalhar amanhã com o mesmo nível normal de força, saúde e disposição que hoje. [...]Por meio de um prolongamento desmedido da jornada de trabalho, podes, em um dia, fazer fluir uma quantidade de minha força de trabalho maior do que a que posso repor em três dias. O que assim ganhas em trabalho eu perco em substância do trabalho. A utilização de minha força de trabalho e o roubo dessa força são coisas completamente distintas.[...] Pagas-me pela força de trabalho de um dia, mas consumes a de 3 dias. Isso fere nosso contrato e a lei de troca de mercadorias. Exijo, portanto, uma jornada de trabalho de duração normal, e a exijo sem nenhum apelo a teu coração, pois em assuntos de dinheiro cessa a benevolência.[...]Exijo a jornada de trabalho normal porque, como qualquer outro vendedor, exijo o valor de minha mercadoria (MARX, 2017, p.308).

Nesse aspecto, as lutas dos trabalhadores não eram específicas no que tange à saúde. Todavia, os dois níveis de luta pela saúde (específicas e inespecíficas) são movimentos indissociáveis do mesmo processo na relação trabalho-saúde. Mas, ao priorizar na agenda de luta questões como jornada de trabalho, descanso remunerado, salário, por exemplo, a pauta específica da saúde foi secundarizada – ainda que se possa afirmar, que, muitas das vezes, estão diretamente relacionadas (SOUZA, 2016).

Embora todas essas reivindicações dissessem respeito à manutenção de um estado de saúde capaz de viabilizar o andar a vida da melhor forma

possível, o ideário de saúde enquanto expressão hegemônica na realização do trabalho perdeu força como objeto específico a ser garantido, na medida em que os trabalhadores melhor se organizavam e adquiriam, em determinados contextos, força expressiva de negociação (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 261).

É plausível compreender, contudo, a agenda de reivindicação dos trabalhadores, em especial com relação à jornada de trabalho, em razão das condições vivenciadas à época. Consoante a Souza (2016), o conjunto destas lutas mais gerais, de uma forma ou de outra, reverbera nas condições de saúde dos trabalhadores visto que dizem respeito às condições gerais de vida. São lutas, portanto, de fundamental importância para o êxito das lutas específicas de saúde desde que se mantenham articuladas.

Uma destas lutas gerais, considerada como o primeiro movimento mais organizado dos trabalhadores no início do século XIX foi o ludismo. Este movimento dos trabalhadores se deu contra o seu próprio meio de trabalho, a máquina. Como vimos no subitem anterior, a introdução da maquinaria trouxe graves danos à saúde dos trabalhadores; condições de trabalho excessivas além da perda de autonomia no processo de trabalho. Por essa razão, num primeiro momento, os trabalhadores se revoltaram contra as máquinas, destruindo-as de forma massiva.

Conhecidos como 'quebradores de máquinas', os ludistas tinham como principal argumento para as invasões das fábricas e destruição das máquinas a substituição da mão de obra, as extensas jornadas de trabalho e a concorrência econômica das fábricas mecanizadas com o trabalho artesanal. Com a aprovação, pelo Parlamento inglês, em 1812, de uma lei que condenava à morte os quebradores de máquinas, fato que acabou acontecendo no mesmo ano, o movimento perdeu força e deu lugar a novas formas de manifestação (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 260).

Apesar do movimento não ter sido longo e de pouca eficiência, Silva (2019) destaca que havia uma lógica e uma forma de atuação fundamentadas, cujas ações “não eram fruto de uma hostilidade infundada, afinal, as máquinas mais modernas, caras e que economizavam mais trabalho humano eram os principais alvos dos ludistas” (SILVA, 2019, p.53). De acordo com Marx (2017), foi “preciso tempo e experiência” para que o trabalhador percebesse que a questão central da sua exploração não era o meio de trabalho em si, mas sua aplicação pelo capitalismo.

Ainda sem alcançar resultados concretos ou mudanças efetivas nas relações de trabalho, observa-se, no período de 1802 a 1832, a incorporação pelo poder político inglês das primeiras reivindicações da classe trabalhadora no que se refere à jornada de trabalho e ao trabalho infantil.

Assim que a classe trabalhadora, inicialmente aturdida pelo ruído da produção, recobrou em alguma medida seus sentidos, teve início sua resistência começando pela terra natal da grande indústria, a Inglaterra. Por três décadas, no entanto, as concessões obtidas pela classe trabalhadora permaneceram puramente nominais. De 1802 a 1833, o Parlamento aprovou cinco leis trabalhistas, mas foi esperto o bastante para não destinar nem um centavo para sua aplicação compulsória, para a contratação dos funcionários necessários ao cumprimento das leis etc. Estas permaneceram letras mortas (MARX, 2017, p.350).

Na Inglaterra, desde o século XVII, já existiam associações de trabalhadores, no entanto, a *Combination Act*, legislação de 1799, que regulava sobre estas associações, proibia o funcionamento de sindicatos levando a organização dos trabalhadores à clandestinidade e os movimentos pelo aumento de salários eram ilegais. Apenas em 1824, com a sua revogação, o direito de organização dos trabalhadores deixa de ser proibido. Com isso, tem início ao processo de formação das *trade unions*²⁶.

Será a partir de 1833 que fica instituída, na indústria moderna, uma “jornada normal de trabalho”. Esta jornada de trabalho fabril deveria iniciar às 5 e meia da manhã e encerrar às 8 e meia da noite; reservava 1 hora e meia deste trabalho para as refeições; proibia o trabalho de crianças menores de 9 anos (com exceções) e limitava em 8 horas a jornada de trabalho de crianças entre 9 e 13 anos²⁷. O trabalho noturno também passava a ser proibido para qualquer pessoa na faixa etária dos 9 aos 18 anos. (MARX, 2017).

Já em 1844, a lei fabril de 07 de junho, contemplava o trabalho feminino, equiparando as mulheres maiores de 18 anos aos adolescentes. Desta forma, era proibida jornada de trabalho superior a 12 horas, bem como o trabalho noturno. Além disso, o trabalho de crianças menores de 13 anos foi reduzido de 8 horas para 06 horas e meia diárias. Ainda que os homens adultos não fossem o alvo da legislação fabril, sua jornada de trabalho acabou sendo impactada pela nova lei. Todavia, para estes avanços, ainda que limitados, os fabricantes por meio de pressão reduziram a idade mínima das crianças de 9 para 8 anos.

Sua formulação, seu reconhecimento oficial e sua proclamação estatal foram o resultado de longas lutas de classes. Uma de suas consequências

²⁶ As *trade unions*, em português uniões de ofício, podem ser consideradas as protoformas do sindicato que conhecemos hoje.

²⁷ Marx (2017) destaca que eram frequentes, nos relatórios oficiais dos inspetores da fábrica, durante a vigência desta lei até 1844, os relatos relacionados à ilegalidade capitalista no cumprimento da jornada de trabalho infantil.

imediatas foi que, na prática, também a jornada de trabalho dos operários masculinos adultos foi submetida aos mesmos limites, uma vez que a cooperação de crianças, jovens e mulheres era indispensável à maioria dos processos de produção. E, assim, durante o período entre 1844 e 1847, a jornada de trabalho de 12 horas foi implementada geral e uniformemente em todos os ramos da indústria submetidos à legislação fabril (MARX, 2017, p. 354-355).

No período de 1846 a 1847 o movimento dos cartistas e a reivindicação pela jornada de 10 horas de trabalho atingiram seu maior fôlego, tendo sido aprovada pelo Parlamento a Lei das 10 horas em 08 de junho de 1847. Esta legislação reduzia, gradativamente, a jornada de adolescentes entre 13 aos 18 anos e das mulheres, até 01 de maio de 1848 quando vigorou, em definitivo, a jornada de 10 horas.

O movimento cartista teve grande mobilização, no período de 1830 a 1850, e ultrapassou as reivindicações da esfera produtiva, lutando também por mudanças na esfera política. Entre as exigências presentes na Carta do Povo – daí a origem do seu nome –, defendiam o sufrágio universal e secreto para homens acima de 21 anos; eleições parlamentares anuais; abolição de restrição de patrimônio para os candidatos às eleições. O movimento reivindicava a democracia política como uma estratégia para a luta por melhores condições de vida, entendendo que o direito ao voto pressionaria o poder político (SOUZA, 2016).

Algumas das reivindicações foram incorporadas pelo Estado com o passar do tempo; as expectativas de melhoria de vida sob a democracia, entretanto, não se confirmaram plenamente, uma vez que persistiu a dominação de classe. Trata-se de um contexto de avanço na organização política dos trabalhadores e, decerto, o cartismo pode ser considerado como o ponto de partida do processo que resultou no surgimento de partidos políticos com alguma aproximação às causas proletárias (SOUZA, 2016, p.75).

A classe capitalista, como forma de pressionar pelo fracasso da lei das 10 horas, se utilizou da redução geral dos salários – inicialmente em 10%, chegando a 25% –, na medida em que a jornada foi efetivamente reduzida para 10 horas. Esta estratégia, para além de aumentar a mais-valor, buscava o recuo dos trabalhadores e o retorno da jornada de trabalho de 12 horas, uma vez que tentavam assimilar a redução dos salários à redução da jornada. No entanto, a estratégia capitalista não obteve êxito. (MARX, 2017). Contudo, em razão do enfraquecimento do movimento cartista, por conta da prisão de seus líderes, abalou o movimento da classe trabalho e, após dois anos, em 1850, a lei das horas foi revogada. Todavia, a classe trabalhadora reagiu, na processualidade de suas lutas, uma vez que

[...]a esse triunfo aparentemente definitivo do capital seguiu-se imediatamente uma reviravolta. Até então, os trabalhadores haviam oferecido uma resistência passiva, ainda que inflexível e diariamente renovada. Eles protestavam, agora, em ameaçadores comícios em Lancashire e Yorkshire. A suposta lei das 10 horas era, para eles, mera impostura, uma trapaça parlamentar e jamais teria existido! Os inspetores da fábrica alertavam urgentemente o governo de que o antagonismo de classes chegara a um grau de tensão inacreditável (MARX, 2017, p.363).

Dessa forma, como resultado da organização e reivindicação dos trabalhadores, em um adicional à lei fabril de 1850, a jornada de trabalho passou a ter a seguinte alteração.

A jornada de trabalho para 'jovens e mulheres' foi prolongada, nos primeiros cinco dias da semana, de 10 para 10 horas e meia, e diminuída para 7 horas e meia aos sábados. O trabalho deve ser realizado no período entre 6 da manhã e 6 da tarde, com 1 hora e meia de pausas para as refeições, que devem ser as mesmas para todos, em conformidade com as regras de 1844 (MARX, 2017, p. 364).

O interesse capitalista era pelo retorno da jornada de trabalho dos adultos de 15 horas, todavia, o processo de luta e resistência dos trabalhadores fez fracassar o intento, fazendo com que a partir da lei fabril de 1850 todos os trabalhadores dos ramos da indústria moderna fossem a elas submetidos.

Não podemos, portanto, desassociar os avanços conquistados pela classe trabalhadora, ainda que limitados, com sua organização e resistência, evidenciando o caráter histórico e permanente de suas lutas, como exemplificado nesta questão central às suas condições de trabalho e, que estão relacionadas à saúde. Huberman (1981) pontua que o sindicato foi fator decisivo na organização dos trabalhadores e na luta dos seus interesses nas conquistas por melhores condições. No decorrer da segunda metade do século XIX, início do século XX, os sindicatos passam a ser a principal forma de organizar os interesses coletivos dos trabalhadores de um determinado ramo organizado e de encaminhar a luta.

Os sindicatos não surgiram da noite para o dia. Levou muito tempo para que o sentimento de unidade do interesse de classe surgisse, e, enquanto isso não ocorreu, uma verdadeira organização em escala nacional foi impossível. Com a Revolução Industrial o sindicalismo deu passos tremendos. Isso tinha de ocorrer, porque a Revolução Industrial trouxe consigo a concentração dos trabalhadores nas cidades, a melhoria dos transportes e comunicações, essencial a uma organização nacional, e as condições que fizeram tão necessário o movimento trabalhista. A organização da classe trabalhadora cresceu com o capitalismo, que produziu a classe, o sentimento de classe e o meio físico de cooperação e comunicação. O sindicalismo é mais forte nos países mais industrializados, onde o sistema fabril levou ao desenvolvimento de grandes cidades (HUBERMAN, 1981, p.173).

Se os ganhos na redução da jornada de trabalho provocaram “o renascimento físico e moral dos trabalhadores fabris” (MARX, 2017, p. 367), em nada impediu, contudo, o processo de desenvolvimento e expansão do capital. Como Souza (2016) destaca

Tais lutas foram absorvidas pelo Estado, sendo convertidas em soluções estratégicas que não ameaçassem os interesses burgueses, mesmo que em algum momento atendessem parcialmente às reivindicações mais imediatas. As leis fabris comparecem, nesse contexto, como resultado destas lutas que, ao limitarem a jornada de trabalho, abriram espaço para formas mais sofisticadas de extração de mais-valia (relativa) (SOUZA, 2016, p.74).

Mesmo reconhecendo os limites das suas conquistas, não se pode desprezar a potencialidade da organização dos trabalhadores (tanto diante da repressão do Estado aos movimentos de associação dos trabalhadores quanto dos avanços por melhores condições de vida). No que tange à saúde, prevaleceu, pela maior parte do século XIX, a sua luta indireta, uma vez que agenda de reivindicação da classe trabalhadora era pautada em objetivos mais imediatos, associados às condições gerais do trabalho e da vida (SOUZA, 2016). Mas, como Gaze, Leão e Vasconcellos (2011) concluem, ao situar a luta pela saúde a um segundo plano, a saúde acaba sendo vivenciada de forma individual pelo trabalhador num processo que é coletivo.

Sabemos que todas essas questões são vinculadas à saúde, porquanto não há saúde sem salário, sem limitação de jornada, sem descanso. Todavia, a relação saúde-trabalho torna-se invisível, guardando sua visibilidade potencial para quando surja o adoecimento, e este surge de forma individualizada, comprometendo apenas um trabalhador de cada vez. O direito do trabalho estabelece a regra sobre o coletivo de trabalhadores, mas a perda da saúde é evidenciada (e tratada pelo direito) sobre o trabalhador individualizado. Há nesse fato uma contradição por princípio (GAZE;LEÃO;VASCONCELLOS, 2011, p.261).

O processo saúde-doença não se trata apenas de uma dimensão biológica e individual, ainda que seja por estas dimensões que se evidencie a manifestação mais imediata dos agravos à saúde para os indivíduos. Contudo, priorizar esta dimensão na análise do processo saúde-doença nos leva para uma relação de causa-efeito tornando a análise limitada e superficial – perspectiva esta, inclusive, que fará avançar uma outra concepção de saúde-doença e de sua determinação social e, nesta, a centralidade do trabalho (SOUZA, 2016).

Neste sentido, cabe destacar a referência da Medicina Social Latino-Americana ao incorporar a análise marxiana às concepções e práticas relacionadas

ao processo saúde-doença, caracterizando a sua dimensão social, histórica e coletiva (SOUZA, 2016). Consoante a Laurell (1982), a doença tem caráter histórico e social e a chave da sua compreensão não se encontra no estudo sobre os indivíduos, mas sim pela forma que o processo saúde-doença ocorre na coletividade humana. Ou seja, ainda que os agravos à saúde ocorram nos indivíduos, as condições que os produzem são sociais, são frutos da organização e do desenvolvimento da coletividade humana que “determina os modos de andar a vida” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p.103).

A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas, sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. [...] as sociedades que diferem em seu grau de desenvolvimento e organização social devem apresentar uma patologia coletiva diferente. Finalmente, dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde distintas (LAURELL, 1982, p. 3-4).

Ao apreender a saúde dos trabalhadores não é possível limitá-la à análise individual e biológica, visto que a sua essência se encontra no processo de produção, narelção antagônica entre o capital e o trabalho. Portanto, o processo de trabalho é um espaço de confronto de classes e categoria analítica fundamental para análise dos agravos à saúde dos trabalhadores (LAURELL; NORIEGA, 1989).

[...] o desgaste do operário não pode ser entendido como o simples resultado de uma constelação de ‘fatores de risco’ inerentes a um determinado tipo de indústria e, portanto, não modificável; mas, sim, que é a expressão concreta da dinâmica que se estabelece entre a base técnica, a organização e divisão do trabalho e a organização social dos trabalhadores (LAURELL; NORIEGA, 1989, p.147).

A crítica dos autores é dirigida às práticas hegemônicas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional²⁸, respostas do capital no trato sobre a saúde dos trabalhadores, a fragmentando em duas dimensões, quais sejam, a da atenção médica e a dos riscos (SOUZA, 2016). Tal abordagem além de naturalizar o agente nocivo, situando-o como algo impossível de ser modificado, compreende o risco

²⁸ A Saúde Ocupacional surge, após II Guerra Mundial, como uma resposta do capital ao aumento dos acidentes e doenças do trabalho diante da insatisfação tanto dos próprios empregadores, quanto das companhias de seguro em razão do pagamento de indenizações e questionamentos dos trabalhadores sobre o limite de atuação da Medicina do Trabalho. Este campo técnico-científico burguês buscou ampliar a atuação médica sobre os trabalhadores com intervenção sobre o ambiente, abarcando outras disciplinas e com ênfase na higiene industrial. Sua finalidade é o controle dos riscos ambientais desprezando qualquer relação da saúde com a organização do trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

como um agente isolado não analisando o processo saúde-doença na dinâmica do processo de trabalho e/ou das condições de vida dos(as) trabalhadores(as) e das possibilidades de avanços ou retrocessos em razão da luta de classes.

Esta parcialização encontra seu sustentáculo científico naquilo que hoje se conhece como Modelo Médico, que coloca a doença como resultado da ação de agentes específicos – os riscos – e sua solução, na ação curativa. O resultado desta visão é, pois, o de obscurecer o complexo entendimento da relação entre processo de trabalho e saúde, enquanto uma parte importante dela é colocada fora do trabalho, como uma ‘doença geral ou natural’ (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 22).

Por esta razão, refuta-se a concepção de risco para situar os elementos do processo de trabalho que podem gerar agravos à saúde do trabalhador. Contraponto a esta abordagem limitada, os autores propõem as categorias analíticas de carga de trabalho e desgaste.

A categoria carga de trabalho pretende alcançar uma conceituação mais precisa do que temos consignado até o momento com a pré-noção de ‘condições ambientais’ no que diz respeito ao processo de trabalho. Dessa forma, busca-se ressaltar na análise do processo de trabalho os elementos deste que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como da perda capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica. Vale dizer, o conceito de carga possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam de modo importante o nexa biopsíquico da coletividade operária e confere a esta um modo histórico de ‘andar a vida’ (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110).

Nesta formulação teórica, as cargas são unidades que se interatuam entre si e como corpo do trabalhador, num processo dinâmico que ocasiona o desgaste resultando numa perda das capacidades corporal e psíquica. Portanto, as cargas de trabalho (assim como o desgaste) só possuem significado na dinâmica do processo de trabalho²⁹. O “nexa biopsíquico” é compreendido, pelos autores, como a combinação entre o processo de desgaste sofrido pelo trabalhador e suas condições de reprodução social (LAURELL; NORIEGA, 1989). Dessa forma, o processo saúde-doença não se estabelece numa relação de monocausalidade.

²⁹ Os autores classificam as cargas pelos seus diferentes tipos, agrupando as cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas e no outro grupo as fisiológicas e psíquicas. O primeiro grupo apresenta materialidade externa ao corpo que ao com ele interagir produz uma nova materialidade interna. Já o segundo grupo apresenta apenas materialidade no corpo humano ao manifestarem-se em seus processos internos (LAURELL; NORIEGA, 1989). Convém destacar que, posteriormente, Freire (2003) sugere o acréscimo de uma nova carga, a social. A carga social é produzida e reproduzida no próprio processo de trabalho e representaria todas as formas de “violência simbólica” como a coerção, o autoritarismo e a desigualdade, por exemplo (FREIRE, 2003).

O desgaste³⁰, por sua vez, é resultado da interação das cargas negativas nos processos biopsíquicos humanos resultando na perda ou redução da capacidade física ou psíquica dos trabalhadores não sendo um processo particular isolado. O processo de desgaste não se refere a condições irreversíveis visto que a capacidade pode ser recuperada ou novas potencialidades desenvolvidas (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Convém ressaltar que o processo de desgaste não se trata apenas do resultado da interação das cargas e que, segundo os autores, não necessariamente leva ao adoecimento. Ele se manifesta dinamicamente, podendo ser alterado na própria ação da coletividade, sendo importante ressaltar que o desgaste é uma questão tanto para o capital quanto para o trabalho. Para o capital, trata-se de uma questão que afeta a produção; enquanto para a classe trabalhadora afeta a sua vida. Assim, o processo de desgaste não é imutável podendo este ser alterado a depender da forma do desenvolvimento produtivo e da própria luta de classes. O processo de desgaste pode, inclusive, implicar mudanças no processo de produção (LAURELL; NORIEGA, 1989).

[...] os estudos sindicais apontam para o fato de que os elementos concretos da organização social operária, no processo de trabalho, são elementos-chave para interpretação do processo de desgaste. Isto é permitem entrever que a força operária capaz de modificar as condições desgastantes é, antes de tudo, aquela que está organizada e materializada no trabalho diário na fábrica; a que mantém relação com o controle do processo de trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 53).

Observa-se que a concepção da Medicina Social Latino-Americana rompe com as práticas anteriores que, além de desconsiderar a relação entre os processos de trabalho e saúde-doença, condicionava os trabalhadores a agentes externos, objetos de intervenção (SOUZA, 2016). Nesta nova abordagem, a classe trabalhadora é sujeito político ativo, agente de mudanças. Por esta razão, não podemos deixar de mencionar a experiência do Movimento Operário Italiano (MOI) e sua luta específica pela saúde. O MOI é referência na mudança de paradigma das análises e na constituição do campo que hoje se denomina Saúde do Trabalhador³¹.

³⁰ De acordo com Laurell e Noriega (1989) podem ser considerados sinais de desgaste na coletividade humana, por exemplo, o perfil patológico, a morte prematura, o envelhecimento acelerado.

³¹ Por Saúde do Trabalhador compreende-se um campo de práticas e conhecimentos que tem por objeto o processo saúde-doença da coletividade humana em sua relação com o trabalho, mas sem desprezar a subjetividade, a condição de consumo a bens a serviços, representações sociais. Trata-se de romper com os modelos hegemônicos de relação causa-efeito ou fatores de risco em

Foi, no contexto italiano, sob condições históricas determinadas e em um contexto de lutas significativas, que este movimento (o MOI) fomentou uma nova forma de compreender e lidar com a saúde dos trabalhadores com contribuições para a proposta de Reforma Sanitária naquele país (SOUZA, 2016). Formulações essas que influenciaram também a Reforma Sanitária brasileira, bem como a perspectiva crítica de abordagem da questão saúde dos trabalhadores, sendo objeto de investigação da Medicina Social Latino-Americana.

Trata-se do movimento dos trabalhadores italianos, na segunda metade dos 1960, que teve como ponto de partida os locais de trabalho numa luta contra a gestão e organização capitalista do trabalho. Reivindicava-se a participação ativa e consciente dos trabalhadores na questão de saúde e segurança, validando o conhecimento dos trabalhadores por meio da sua experiência como sujeitos centrais ou protagonistas do processo. Neste aspecto, era central e urgente a necessidade de os técnicos disponibilizarem o seu conhecimento à classe trabalhadora, protagonista da pesquisa e agente de mudanças no ambiente de trabalho. Nesta nova abordagem, é decisiva a relevância da classe operária na organização da luta para melhorias nas condições de trabalho e de saúde tendo como um dos seus fundamentos a “não-delegação” ao patrão ou terceiros, como, por exemplo, os técnicos, uma experiência inédita até então (ODDONE *et al.*, 2020).

Utilizavam instrumentos de democracia direta como assembleias, delegados, conselhos de fábrica, alcançando números expressivos de participação operária. Como resultado da luta operária, a legislação foi alterada, passando a ser conhecida como “Estatuto dos Trabalhadores” que incluiu as principais reivindicações dos trabalhadores,

tais como a não delegação da vigilância da saúde ao Estado, a não monetização do risco, a validação do saber dos trabalhadores e a realização de estudos e investigações independentes, o acompanhamento da fiscalização, e o melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho (MENDES; DIAS, 1991, p. 345)

Seus pilares baseiam-se no direito do trabalhador à informação (por exemplo, sobre os riscos, resultados de exames e/ou medidas adotadas pelo empregador etc.); no direito à recusa ao trabalho que ameace à vida ou imponha risco grave à saúde; direito à consulta prévia por meio da participação dos

trabalhadores sobre mudanças, formas de organização do trabalho e tecnologia (MENDES; DIAS,1991).

Apesar do avanço conquistado na pauta com relação à saúde, o movimento operário italiano apresentou seus limites já no final da década de 1970. Stotz e Pina (2017), ao analisarem esta luta operária pela saúde, apontam a dificuldade do movimento em romper com a concepção hegemônica de “risco” ou “fatores de risco”. Acrescente-se ainda um ponto fundamental, o movimento sindical ao colocar em questão o controle do processo de trabalho, a luta política de ruptura do poder para uma nova sociabilidade não foi priorizada. Dessa forma, a burguesia consegue fragilizar a organização e

A partir do final dos anos 1970, o enfoque nos riscos foi privilegiado para restringir a ação àqueles grupos de riscos e danos físico-químicos que podiam ser negociados ponto a ponto nas empresas, inclusive com o retorno à monetização do risco, abandonando o ponto de partida da luta em torno da gestão e organização capitalista do trabalho. A ofensiva capitalista encontra amparo, portanto, na antiga lógica sindical com a qual se volta a negociar a saúde (STOTZ; PINA, 2017, p. 7).

Embora a organização dos trabalhadores possa acarretar mudanças nos processos de trabalho e no grau de desgaste, sendo uma instância importante de luta no alargamento de conquistas sociais, sem a superação desta forma de sociabilidade, trata-se de uma conquista parcial e provisória. Souza, Melo e Vasconcellos (2017) observam nos sujeitos políticos ativos do processo saúde-doença duas posturas distintas: as do “sujeito sanitário” e do “sujeito revolucionário”. O sujeito sanitário estaria alinhado a um horizonte que, apesar de contestar a sociabilidade vigente, busca as conquistas referentes à saúde dos trabalhadores, no próprio interior desta ordem, numa perspectiva de reformismo. O sujeito revolucionário, por sua vez, compreende a superação do capitalismo como luta prioritária e essencial para qualquer outro enfrentamento.

Dessa forma, o sujeito sanitário, ainda que se posicione criticamente perante os campos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, defronta-se com limites, sendo um deles a própria institucionalização da Saúde do Trabalhador. Isto porque, “enquanto política social pública, passa a lidar com o *modus operandi* do Estado burguês, com todas as suas limitações no que tange à emancipação humana” (SOUZA; MELO; VASCONCELLOS, 2017, p. 597). Neste âmbito da luta, qualquer avanço que possa comprometer a estrutura do capital, ou seja, seu

processo de valorização é inviabilizado, uma vez que o Estado não é uma arena neutra.

Fica evidenciado que, mesmo que os trabalhadores organizados para a luta possam pôr (e repor) pautas a serem consideradas na arena jurídico-política formal, elas ficam limitadas ao imperativo lógico do capital, considerando o mecanismo autômato de dominação que o valor exerce sobre a humanidade, no modo de produção capitalista. Portanto, ratifica-se que a emancipação política não emancipa o homem do fetichismo que o valor – que a mercadoria, enquanto força social regente – exerce sobre o conjunto das relações sociais. Assim, ela não altera o fato de o Estado ser a instituição de comando político que, antes de qualquer coisa, complementa a dinâmica capitalista e garante a legitimação da desigualdade econômica entre as classes sociais, escamoteando-a por trás da igualdade jurídica (SOUZA; MELO; VASCONCELLOS, 2017, p. 599).

É por esta razão que, mesmo haja conquistas pelas lutas dos trabalhadores, sejam elas específicas ou inespecíficas pela saúde, a exploração sobre o trabalhador e, portanto, o desgaste não são superados. As exigências do processo produtivo capitalista em suas distintas formas de organização e gestão do trabalho continuam impondo limites aos corpos da classe trabalhadora, o que “requer, *inter alia*, a mobilização dos ‘espíritos animais’, dos impulsos sexuais, dos afetos e das forças criadoras do trabalho para um dado propósito definido pelo capital” (HARVEY, 2014, p.142). Dessa forma, ao longo da história o capitalismo utiliza como estratégia novas formas de utilizar o corpo humano como portador da capacidade de trabalho.

Antigas capacidades do corpo são reinventadas; novas capacidades são reveladas. O desenvolvimento da produção capitalista envolve uma radical transformação da própria natureza do corpo que trabalha. O projeto inacabado do corpo humano é impelido num conjunto particular de direções contraditórias. E para explorar essas possibilidades foi se estabelecendo toda uma gama de ciências para planejar e explorar os limites do corpo humano como máquina produtiva, como organismo fluido (HARVEY, 2014, p.144).

Exigências estas que complexificam os agravos à saúde, acidentes, adoecimentos e traumas nos corpos dos trabalhadores, afetando sua integridade e a sua capacidade de trabalho. Isto é, capacidade de trabalho que, quando anulada ou reduzida, a ponto de comprometer sua mercantilização, empurra os trabalhadores para o exército de reserva, como para os trabalhadores “reabilitados”³², por exemplo.

³² Utilizamos a expressão trabalhadores “reabilitados”, de acordo com a nomenclatura utilizada pela Previdência Social e, também, porque, como veremos no capítulo 3, deste estudo, a maioria dos trabalhadores do grupo pesquisado não permaneceu no mercado de trabalho formal após a conclusão do processo de reabilitação profissional.

2 A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: SUA CONSTITUIÇÃO E TRAJETÓRIA

No Brasil, o processo de acumulação do capital e o papel desempenhado pelo Estado não são iguais ao modelo clássico de desenvolvimento capitalista nos países centrais. Dito isto, a questão que se coloca como fundamental é a das condições de reprodução da força de trabalho em relação ao processo de acumulação (CIGNOLLI, 1985).

Consoante a Faleiros (2010a), o teor de uma política social não se restringe apenas ao marco legal do seu objetivo ou das justificativas tecnocratas. Acima de tudo, revela-se processo de disputa pelas diferentes forças sociais presentes na sociedade, sendo impossível desprezar o caráter econômico e político de sua constituição. Se por um lado, as políticas sociais – e os direitos sociais instituídos por elas – são fruto das vitórias da luta política dos trabalhadores, por outro, atendem aos interesses do capital na manutenção desta sociabilidade. Daí seu caráter contraditório e, por serem formuladas no terreno da luta de classes, as políticas sociais administradas pelo Estado burguês serão sempre provisórias e reversíveis (GRANEMANN, 2020).

Como vimos no capítulo anterior, a questão social e suas expressões – no nosso estudo, a saúde dos(as) trabalhadores(as) representada na incapacidade para o trabalho – estão intrinsecamente associadas ao desenvolvimento capitalista. Neste sentido, se antes foi necessário à lógica da acumulação capitalista um “pacto de classes” com alargamento de medidas de proteção social, hoje o que se observa é uma brutal ofensiva aos direitos sociais, ocupando a política social o espaço para garantia de mínimos sociais reconhecendo a política social como restrita à garantia de mínimos sociais como, por exemplo, pelo papel central conferido à política de Assistência Social. Da mesma forma em que se dá, de forma progressiva, a transformação dos direitos em mercadorias, a exemplo da Previdência Social e da Saúde, quando se rebaixa as condições de vida e de trabalho da população e configuram-se novas formas de expropriação agudizando a subsunção do trabalho ao capital.

A expropriação de direitos sociais é compreendida como processo de subtração de condições históricas de reprodução da força de trabalho mediada pelo Estado por meio da reapropriação, pelo capital, de parte do

fundo público antes destinado aos direitos conquistados pela classe trabalhadora por intermédio de sucessivas e avassaladoras contrarreformas nas políticas sociais, que obriga a classe trabalhadora a oferecer sua força de trabalho no mercado a qualquer custo e a se submeter às mais perversas e precarizadas relações de trabalho, que exacerbam a extração da mais-valia relativa e absoluta (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2019, p.81).

Para compreender as mudanças que estão em curso, no que se refere à reprodução social, faz-se mister situá-las no reordenamento do capitalismo, o que reverbera em novas configurações que vêm recrudescendo a barbárie, a expropriação social e ambiental nas últimas décadas (BARBOSA, 2018).

O Estado assume papel central para o projeto de expansão, consolidação e manutenção do capitalismo, incluindo, a regulação da relação capital e trabalho. Como Cignolli (1985) destaca, as políticas estatais, custeadas pelo fundo público, não apenas organizam as formas de consumo coletivo, de seu acesso, como também possuem um caráter ideológico, inclusive, criando novas necessidades à população.

O Estado, ao distribuir os fundos públicos, determina o volume de valor efetivamente destinado ao consumo social e o volume de valor destinado, inclusive na produção de meios de consumo, a suportar a acumulação ou a financiar outros segmentos do aparelho de Estado – o aparelho repressivo, por exemplo (CIGNOLLI, 1985, p.13)

O fundo público é constituído pela riqueza socialmente produzida, sua base provém de bens, tributos e receitas que o Estado capitalista recolhe incidindo principalmente sobre o trabalho necessário e o trabalho excedente. Assim, Pérez (2017) alerta “há relação direta, mas quase invisível, entre os direitos sociais, o salário, o fundo público e a apropriação privada do mais valor” (PÉREZ, 2017, p.240). O trabalhador, por meio dos tributos associados ao consumo e sobre seu trabalho é quem que sustenta o maior volume dos recursos que compõem o fundo público. Dessa forma, a alocação do fundo público em políticas sociais é a socialização de parte do salário, desresponsabilizando o capital de parte dos gastos com a reprodução da força de trabalho, aumentando a parte da jornada relacionada à extração de mais-valor (trabalho excedente). Dito de outro modo, o trabalhador paga dobrado os custos com sua reprodução social. Deste modo, são os trabalhadores que sustentam as políticas sociais, sendo no caso específico deste estudo, a da Previdência Social.

Se o trabalho necessário deve ser considerado como a parte da jornada de trabalho que deveria suprir as necessidades dos trabalhadores para sua

reprodução, por quais motivos o fundo público é usado para socializar parte dos salários? Aqui reside um paradoxo! O trabalhador é o que paga duas vezes o próprio salário? Sim! Os descontos compulsórios que incidem sobre os salários e podem ser identificados, por exemplo, no contracheque são: a contribuição previdenciária – ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou demais institutos de previdência –, Imposto de Renda (IR), contribuição sindical, plano de saúde da empresa, vale-transporte etc. (PÉREZ, 2017, p.242)

Deste modo, o fundo público é a forma encontrada pela classe capitalista para a reprodução da força de trabalho sem o aumento dos salários. O aumento da arrecadação tributária sobre os trabalhadores não significa que a sua reprodução social estaria garantida com a prestação satisfatória das políticas sociais.

Behring (2018) também traz esta problematização afirmando que o fato de existir salários indiretos através das políticas sociais não significa o caráter redistributivo visto que a classe trabalhadora paga efetivamente a conta por meio da produção de mais-valor, da incidência tributária e na expropriação quando os recursos do fundo público não são direcionados para a reprodução da força de trabalho. Em verdade, o recurso do fundo público é objeto de disputa e sua repartição entre as classes depende da correlação de forças em cada momento histórico, mas sem perder do horizonte que se trata do capital do Estado usado para sustentar o capital privado (MANDEL, 1982).

Se diante do crescimento da influência do movimento operário, com o surgimento de partidos políticos da classe trabalhadora, o Estado alargou sua função integradora incorporando certas demandas dos trabalhadores como forma de garantir a sua sustentação e legitimidade sócio-política; nos últimos tempos o Estado capitalista não demonstra nenhum tipo de apego a estas específicas funções e aos direitos sociais. Este caráter da intervenção estatal “não caberá à coesão pela via dos direitos sociais e do trabalho realizados pelas por políticas sociais e proteção jurídica [...], uma vez que os direitos terão de ser transmutados, cada vez mais em ‘mercadorias’” (GRANEMANN, 2020, p.54). A centralidade, neste cenário, está voltada para a disputa cada vez maior dos recursos do fundo público e da sua usurpação pelo capital como medida de reposição das suas taxas de lucro.

Consideramos pertinente as observações acima, pois, as mudanças que acompanharam o percurso da política previdenciária, bem como sua atual forma de atendimento à reprodução social da força de trabalho e, em desdobramento o serviço de Reabilitação Profissional (SRP), estiveram e estão diretamente conectadas aos diferentes estágios do desenvolvimento capitalista no país. Como

veremos ao longo deste capítulo, o SRP passa momentos históricos de deconstituição e desenvolvimento que têm articulação direta com o processo de industrialização, no período histórico da ditadura civil-militar; passando por processos contínuos de desestruturação a partir da década de 1990 e que persistem até os dias atuais.

2.1 Notas sobre primórdios das lutas operárias no Brasil e antecedentes da política previdenciária

Como assinalado no capítulo anterior, os primórdios das lutas dos trabalhadores na Inglaterra giravam em torno das pautas consideradas inespecíficas no que tange à saúde dos trabalhadores(as). Contudo, as reivindicações por redução da jornada de trabalho, melhores condições de trabalho, aumento dos salários etc. podem ser relacionadas indiretamente à questão da saúde em razão de suas implicações intrínsecas e reais para as condições concretas de vida da classe trabalhadora e, quiçá, de sua possível melhoria.

Mas, e no Brasil como se deu os primórdios das lutas dos(as) trabalhadores(as)? Ainda que não seja objetivo deste estudo tratar da formação da classe trabalhadora no Brasil, convém algumas considerações sobre as primeiras formas de luta dos trabalhadores e medidas de proteção social.

De acordo com Pereira (1999), ao analisar a perspectiva de historiadores sobre a origem do movimento operário e sindical, em especial, no Rio de Janeiro (capital do país), observa-se uma diversidade de estudos relacionados ao tema. Entretanto, parece ser consensual que os marcos fundantes do movimento operário e sindical no Brasil estão relacionados à criação dos primeiros partidos e das greves ocorridas durante o período de 1880 e 1890. O período relacionado à década 1880 é um divisor “entre as antigas formas de organização, ligadas à realidade econômica e sócio-política do escravismo e do Império, e as primeiras manifestações do movimento operário sindical com feições modernas” (PEREIRA, 1999, p.195). Nesta perspectiva, as lutas e as antigas formas de organização caracterizadas pelas associações profissionais beneficentes ou de ajuda mútua são vistas como

manifestações do movimento operário em razão do caráter dominante do escravismo na sociedade brasileira.³³

Mattos (2009), contudo, traz uma contribuição interessante ao tema, ao defender a convergência entre a escravidão urbana e os primeiros momentos do movimento operário, buscando exatamente superar a dicotomia entre o período anterior e posterior à década de 1880. De acordo com o historiador, a compreensão do processo de formação da classe trabalhadora no Brasil inicia durante a vigência da escravidão, o que não significa compreender que este processo estaria consolidado no país antes do século XX. Trabalhadores livres e escravizados dividiam formas de organização e de luta gerando valores comuns.

Nos centros urbanos de cidades como Rio de Janeiro e Salvador, os trabalhadores escravizados estavam inseridos em diversas atividades laborais e conviviam com os trabalhadores livres que se envolveram com a principal luta social da época, a luta pela liberdade. Como na época eram ilegais as associações coletivas de trabalhadores escravizados, suas ações ocorriam na clandestinidade³⁴.

Nesta época, o Estado não intervinha nas relações entre capital e trabalho. Não era permitida a existência dos sindicatos e observa-se a expansão das associações de socorro mútuo a partir da segunda metade do século XIX. Além de ser uma forma de solidariedade coletiva, as sociedades também tinham por objetivo defender os interesses do ofício.

A força dessa tradição das associações de auxílio mútuo pode ser explicada também pelas condições de vida e de trabalho dos primeiros operários. Na ausência de legislação social, momentos de afastamento do trabalho por acidente, viuvez, funerais etc. eram dramáticos para as famílias de trabalhadores, e a participação numa dessas associações poderia ser a única possibilidade de amenizar tais sofrimentos (MATTOS, 2009, p.47).

³³ De acordo com a pesquisa de Pereira (1999), existiam, ou foram constituídas, entre o período de 1861 a 1877, 40 entidades relacionadas a categorias profissionais (22), associações de classe (2), escravos libertos (4) e sociedades de auxílios-mútuos (12). Dentre o quantitativo, destacamos a associação de classe Liga Operária de 1872; a Associação Thipographica Fluminense em 1861.

³⁴ A única possibilidade de participação dos trabalhadores escravizados era em Irmandades. Os trabalhadores livres já experienciavam outra forma de associativismo, muitas relacionadas à ocupação profissional, sem referência religiosa, com o objetivo de alocar recursos das contribuições dos associados para auxiliá-los em momentos de doença, invalidez, morte – as associações de ajuda mútua, sinalizadas anteriormente. Os trabalhadores escravizados e libertos buscaram também este tipo de associação e, ainda que negados pela instância administrativa do Império, demonstram a iniciativa de se apropriarem de formas de organização e solidariedade coletiva dos trabalhadores ditos livres. (PEREIRA, 1999).

Diferente do ocorrido na Inglaterra, a classe trabalhadora brasileira nas primeiras décadas de sua formação contava com uma representatividade pequena do operariado industrial em relação ao total da força de trabalho (MATTOS, 2009). A produção de café para exportação era a principal atividade econômica brasileira durante todo o século XIX. O espaço da indústria na economia brasileira ainda era limitado, “a produção industrial respondia por cerca de 5% da população empregada no país em 1872, chegando a 13,8%, em 1920” (MATTOS, 2009, p.36). A maior parte da população se encontrava no campo; todavia, o mercado de trabalho urbano já estava em constituição em razão do desenvolvimento da atividade industrial.

O período da Primeira República (1889-1930), também conhecida por República Velha, foi um momento ímpar para a formação do movimento operário, com a criação dos primeiros sindicatos, a expansão do trabalho industrial e movimentos grevistas. Mas a formação de uma classe trabalhadora não era um processo fácil, em razão da diversidade dos novos assalariados e limites das organizações coletivas existentes, para estabelecer pautas comuns dentro da divisão sociotécnica do trabalho (MATTOS, 2009).

Batalha (2000) também destaca a diversidade da formação da classe trabalhadora integrada também por imigrantes³⁵, o que por vezes era razão de conflito e dificuldade para uma identidade comum. A diversidade referia-se, também e por exemplo, a região, ao ramo de atividade, ao grau de qualificação. Todavia,

A maioria dos trabalhadores estava submetida a longas jornadas de trabalho – que nos primeiros anos do século XX atingiam 14 horas no Distrito Federal e 16 horas em São Paulo–, com poucas possibilidades de descanso e lazer. Esses trabalhadores moravam em habitações precárias, como os cortiços; na periferia dos centros urbanos, padecendo problemas de transporte e infra-estrutura; ou, ainda submetidos a controle patronal, caso das vilas operárias das empresas. No caso de doença, invalidez ou desemprego, o trabalhador que não contasse com um fundo beneficente da empresa, ou que não contribuísse por sua própria iniciativa para alguma forma de sociedade que fornecesse auxílios, via-se inteiramente desassistido e tinha sua sobrevivência ameaçada em virtude da completa ausência de políticas sociais (BATALHA, 2000, p.11).

As condições de trabalho nas fábricas eram péssimas, com longas jornadas de trabalho, baixos salários, expondo os(as) trabalhadores(as) a acidentes e adoecimentos.

³⁵ De acordo com autor, os imigrantes eram provenientes da região rural dos seus países de origem e não possuíam qualificação. Com frequência encaminhavam-se para o trabalho na agricultura, em fazenda de café em SP.

O que dizer então das primeiras fábricas, onde as péssimas condições de trabalho eram aguçadas pelas jornadas muito longas, pela violência dos encarregados, pelos constantes acidentes, pela exploração do trabalho de crianças e pelos abusos contra as operárias? Mulheres e crianças, aliás, formavam a maioria da mão-de-obra empregada nas fábricas de tecido, os maiores estabelecimentos industriais de então. Ganhavam menos e cumpriam a mesma jornada dos homens. A imprensa operária sempre trazia denúncias de superexploração, acidentes, doenças e violências no ambiente fabril (MATTOS, 2009, p.41).

Nesta época, a política adotada frente à questão da saúde dos trabalhadores era a assistência e repressão. De forma geral, os acidentados eram enviados à Santa Casa de Misericórdia e a investigação do acidente era por meio da polícia. O empregador não assumia qualquer responsabilidade sobre o trabalhador acidentado (FALEIROS, 2010a).

Entre a última década do século XIX e os anos iniciais da primeira década do século XX, surgem os sindicatos³⁶. Sua atuação é direcionada para as condições de trabalho, jornada, aumento de salários, entre outros. Como muitos sindicatos mantiveram práticas de auxílios aos trabalhadores, a distinção destas entidades para as mutualistas identificava-se por ser a instância de representação do coletivo dos trabalhadores, cabendo, inclusive, o enfrentamento à oposição de patrões e governo. As entidades poderiam ser classificadas em três tipos específicos, a saber: associações pluriprofissionais; sindicatos por ofício; sindicatos por indústria ou ramos de atividade. Neste período, o sindicato por ofício foi a forma predominante. (MATTOS, 2009; BATALHA, 2000).

Os trabalhadores se organizavam através de congressos no eixo Rio de Janeiro – São Paulo em razão da concentração de trabalhadores urbanos nesta região. Em 1906 ocorre no Rio de Janeiro o primeiro Congresso Operário Brasileiro. Nesse espaço, debatiam não apenas sobre as questões salariais, relacionadas à redução das horas de trabalho, acidentes de trabalho e/ou condições de trabalho, mas também quanto a estratégias a serem utilizadas para a conquista de suas reivindicações, com interesse de traçar uma ação coletiva.

Segundo Mattos (2009), a estratégia de organização através de partidos operários não avançou no período da República Velha – período no qual era vetado o voto de mulheres e dos homens analfabetos ou menores de 21 anos, impedindo,

³⁶ Os primeiros sindicatos surgem, na cidade do Rio de Janeiro, relacionados a trabalhadores do porto, a União dos Operários Estivadores (UOE) e a Sociedade de Resistência de Trabalhadores em Trapiches e Café (SRTTC).

também assim, a participação popular. O instrumento mais utilizado pelo movimento sindical, nesse período, foi a greve³⁷. Como forma de ampliar a mobilização dos trabalhadores, utilizava-se também de periódicos, divulgação de jornais operários e palestras. Até 1920 predominou, como corrente ideológica no movimento, o anarquismo³⁸.

Recusando a via eleitoral-partidária e apostando tudono conflito direto com o patronato, como forma de mobilizar e conscientizar os trabalhadores para a necessidade detransformação profunda da sociedade, os sindicalistas revolucionários – defensores de um sindicalismo de ação direta,inspirado no modelo francês –, quase sempre anarquistas,em especial na vertente mais tarde chamada de anarcossindicalista, tornaram-se as principais lideranças na primeirafase de organização de sindicatos. O caminho para a revolução, que geraria uma sociedade sem classes e sem Estadoera, para esse grupo, a ação direta, cuja manifestação maisconhecida era a greve (MATTOS, 2009, p.48).

O Estado, na República Velha, assumia uma postura liberal frente a relação entre capital e trabalho e, conforme Santos (1979), o Estado buscou organizar a vida social e econômica pautado pelos princípios do *laissezfaire* no que se refere ao contexto urbano³⁹. Todavia, este caráter estatal acaba se alterando, pois, não é possível garantir os interesses das classes dominantes e a acumulação capitalista apenas pela via da coação. A década de 1910 é um período de intensa mobilização política dos trabalhadores, reivindicando mudanças no campo trabalhista e social.

À coerção é preciso aliar a busca da ampliação das margens de consenso. Faz-se necessário responder, de alguma maneira, às demandas aceitáveis da movimentação operária, ou seja, obviamente, aquelas que não coloquem em [xeque] a própria dominação da oligarquia agrária (OLIVEIRA;TEIXEIRA 1989, p.45).

³⁷ De forma a ilustrar a efervescência das lutas dos trabalhadores neste momento histórico, de acordo com a cronologia produzida por Batalha (2000), o período compreendeu as seguintes greves: 1903, Greve dos trabalhadores têxteis; 1906, Greve Ferroviária da Companhia Paulista; 1906, Greve Geral e fundação da Federação Operária do Rio Grande do Sul; 1907, Greve em São Paulo de diversas categorias reivindicando a jornada de trabalho de 8hs/dia; 1909, Greve ferroviária em Recife se estendendo para Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte; 1912, Greve de trabalhadores de SP de diversas ocupações profissionais; 1917, Greve Geral em SP com pauta de reivindicações em comum e, no Rio de Janeiro, Greve envolvendo diversas categorias estendendo para outros estados como Paraíba, Rio Grande do Sul e Minas Gerais; 1918, tentativa de levante anarquista com greve nos setores têxtil, metalúrgico e construção civil; 1919, Greve em vários estados pela jornada de trabalho de 8 horas e melhores salários; 1920, Greve no setor ferroviário no RJ e greve no setor têxtil em SP; 1923, Greve dos Marítimos e Ferroviários no RJ e Greve dos Gráficos em SP; 1929, Greve dos Gráficos em SP.

³⁸ Além da influência do anarquismo, outras correntes ideológicas influenciaram o movimento sindical no Brasil, como a reformista e a comunista (MATTOS, 2009; BATALHA, 2000).

³⁹ Convém ressaltarmos que a postura liberal do Estado era no trato na relação capital-trabalho, uma vez que o Estado intervinha em outras áreas, sobretudo às relacionadas ao interesse da oligarquia agrária como a valorização do café.

Dessa forma, o Estado assume posturas diferentes sobre a organização operária neste período. Considerando a principal atividade econômica, a produção do café para exportação, buscou a cooptação de setores considerados estratégicos para esta atividade, negociando reivindicações destes trabalhadores, em especial os trabalhadores ferroviários, portuários, marítimos. Por outro lado, com os trabalhadores das fábricas, setores secundários à economia, o Estado agia com o braço repressor para coibir os movimentos⁴⁰. Como veremos adiante, ferroviários, marítimos e portuários, consideradas categorias estratégicas em razão de sua inserção na cadeia produtiva do país pela capacidade de sua organização, foram os primeiros a serem incorporados em sistemas de proteção social.

A greve mais simbólica desta fase é a ocorrida em 1917. Para Batalha (2000) corresponde ao ápice da mobilização dos trabalhadores no período. Inicialmente contando com 2 mil operários, os trabalhadores em São Paulo paralisaram suas atividades laborais por aumento de salários. Na manifestação, um trabalhador é alvejado com um tiro e vem a falecer. A luta operária generalizou, alcançando, em poucos dias, 45 mil trabalhadores. A pauta de reivindicações consistia em jornada de trabalho de 8 horas; diminuição dos valores de aluguéis; direito de associação; liberação dos grevistas presos. A amplitude do movimento foi tamanha que o próprio governo se retirou da cidade. Todavia, Batalha (2000) considera que, se houve um caráter revolucionário na ação poderia estar relacionado ao seu alcance e implicações, mas não pela agenda de reivindicação dos trabalhadores e na negociação feita com governo.

Neste processo de luta de classes, a primeira regulação do Estado, que se relaciona à saúde dos trabalhadores, se dará pelo decreto-lei 3.724, de 15 de janeiro de 1919 (BRASIL, 1919)⁴¹, reconhecida como a primeira lei acidentária brasileira.

⁴⁰ Entre o período de 1893 a 1927, o Estado se utilizou de estratégias repressivas à prática político-sindical dos trabalhadores, com leis que criminalizavam os trabalhadores e, até mesmo, a expulsão de trabalhadores imigrantes associados às práticas sindicais, afetando diretamente a influência do movimento anarquista. O Estado incrementa seu aparato policial criando em 1920 “a Inspetoria de Investigação e Segurança Pública, da qual surgiria, em 1922 (ano da fundação do PCB e dos primeiros levantes dos “tenentes”), a 4ª Delegacia Auxiliar, com sua Seção de Ordem Política e Social – corpo policial especializado na vigilância e repressão às organizações e movimentos de trabalhadores, atividade agora identificada como de “polícia política” (MATTOS, 2009, p.49-50).

⁴¹ BRASIL. Decreto nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919. Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho. *Diário Oficial da União*. Seção 1, 18 jan.1919, p. 1013. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-3724-15-janeiro-1919-571001->

Com forte resistência do empresariado, num contexto de intensa reivindicação e, também, de acordos internacionais assinados pelo Estado brasileiro, a lei admitia a responsabilidade do empregador em indenizar o trabalhador acidentado como forma de mitigar os danos causados pelo acidente. O empregador era obrigado a prestar assistência por meio de socorros médicos e farmacêuticos ou hospitalares ao trabalhador acidentado. Tratava-se de uma legislação com uma concepção de acidente restrita, pautada na unicausalidade do fenômeno, na abertura de inquérito policial e na monetização do risco generalizado pela produção capitalista⁴². Esta legislação passa, então, a adotar o seguro como forma de indenização aos acidentes de trabalho nas empresas industriais. Tal medida estimula o crescimento do mercado de seguros privados passando o capital financeiro (associado ao capital industrial) a se interessar pelos riscos de acidente de trabalho.

A intervenção do Estado nesse momento, no que diz respeito à saúde dos trabalhadores, faz-se 'fora' da fábrica e tem como objetivo compensar os trabalhadores acidentados por certas perdas, utilizando-se de meios indiretos de garantias privadas. O ambiente da fábrica aparece como um ambiente 'natural', o próprio fruto do 'progresso' econômico. Assim, a industrialização é, ao mesmo tempo, vista como um bem e um mal para os trabalhadores e para o país (FALEIROS, 2010a, p.22).

Posteriormente, já em 1921, é anunciado o projeto de lei que viria a ser promulgada em 1923, conhecida como a Lei Eloy Chaves (Decreto-lei nº4.682). Esta legislação estipulou a criação obrigatória, em cada companhia ferroviária do país, de um fundo de aposentadoria e pensões, denominado como Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP). Oliveira e Teixeira (1989) consideram esta medida como o surgimento da Previdência Social no Brasil, apesar da existência de registros de entidades em momentos anteriores. Entre os argumentos utilizados pelos autores destacamos a implementação efetiva das CAP, no mesmo ano de sua criação, e a mudança de postura do Estado no trato à temática trabalhista e social. Inicialmente, as CAP destinavam-se à categoria dos ferroviários, sendo estendida aos portuários e marítimos, em 1926.

As CAP, de forma geral, deveriam assegurar assistência médica, medicamentos, aposentadoria e pensão. Sua cobertura abrangia não apenas os

publicacaooriginal-94096-pl.html#:~:text=para%20o%20trabalho.-

,Art.,propria%20victima%20ou%20de%20estranhos. Acesso em: 03 ago. 2022.

⁴² Em 1919, pesquisa feita pelo Departamento Estadual do Trabalho de São Paulo apontava que mais de 25% dos acidentes de trabalho foram em razão dos trabalhadores serem atingidos por máquinas ou alguma parte desta, demonstrando o quão perigoso tornava-se o processo de industrialização para o trabalhador (FALEIROS, 2010a).

trabalhadores, mas seus familiares. Seu modelo era baseado no seguro obrigatório, de perfil mutualista, com contribuição definida na lei como tripartite (empregados, empregadores e Estado). A contribuição relacionada à União correspondia, no entanto, a tributos dos usuários das estradas de ferro. Portanto, o Estado não era contribuinte do sistema previdenciário e nem participava de sua gestão – atuava como elemento externo ao sistema. Por estas características, expostas aqui sucintamente, Oliveira e Teixeira (1989) classificam o modelo das instituições previdenciárias daquele período como de caráter civil e privado no que tange à sua gestão e liberal no que se refere ao financiamento. A administração das CAPs era feita por meio de colegiado com representantes dos trabalhadores e dos empregadores, tendo os trabalhadores, portanto, possibilidades de participação no processo decisório.

As CAP colocavam no mesmo patamar a assistência médica e a prestação dos benefícios pecuniários. Neste aspecto, vale destacar que a partir da sua implementação, ocorre uma bifurcação no trato da saúde pública no Brasil.

No campo da medicina preventiva, o governo federal conservou sua responsabilidade sobre a prevenção da 'saúde coletiva', isto é, sobre as medidas destinadas à profilaxia massiva de doenças infecto-contagiosas e à erradicação de surtos endêmicos, incluindo a assistência médica curativa, a assistência médico-hospitalar, sanatórios, lazaretos, leprosários etc. O campo da medicina curativa, a assistência médico-hospitalar a moléstias não endêmicas – ou seja, a preservação da saúde individual – ficou sob a responsabilidade dos estados, comunidades ou órgãos da previdência social (CIGNOLI, 1985, p.46).

A Previdência Social, assim, foi se constituindo como um conjunto de medidas isoladas, restrito a determinadas categorias. Dessa forma, sua origem não é concebida numa perspectiva de cidadania, mas sim do direito contratual na busca de uma pactuação entre as classes sociais numa disseminação da concepção liberal nas relações de trabalho.

Como aponta Oliveira (2003), a Revolução de 1930 demarca a decadência da hegemonia agrário-exportadora e o início da predominância da estrutura produtiva de base urbano-industrial, ou seja, a introdução de uma nova forma de acumulação do capital. Neste sentido, para o autor, a participação do Estado e a regulamentação da relação entre capital e trabalho serão elementos centrais no processo de acumulação, ressaltando-se a estipulação do salário-mínimo – levado ao pé da letra

de mínimo necessário para a reprodução – e a formação do exército industrial de reserva⁴³.

No tocante à Previdência Social, sob o governo Getúlio Vargas, esta política passa a ser objeto do Estado.

A partir de 1930, com a quebra do regime oligárquico e a presença cada vez mais marcante das classes assalariadas urbanas no cenário político e econômico, a previdência social, até então deixada para o setor privado através de contratos de seguro empregador-empregado, passa a ser objeto de atenção do Estado. Ao lado de toda uma série de dispositivos legais regulamentando o trabalho, começam a ser criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), agora sob a égide direta do Estado (COHN, 1981, p.6).

Com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)⁴⁴, embora não tenha se extinguido de imediato as Caixas (o que ocorre nos anos 1950 após processos de fusões), o vínculo à instituição previdenciária não ocorria mais por empresa, mas por categoria profissional em nível nacional. O esquema de financiamento manteve-se tripartite e sua finalidade a de ofertar benefícios de aposentadorias, pensões e assistência médica. Observa-se, porém, duas alterações significativas com relação às CAPs: a extensão da cobertura previdenciária aos trabalhadores assalariados urbanos e a gestão estatal destas instituições, pois, o Estado passa a se apropriar da liderança dos Institutos⁴⁵ (COHN, 1981).

Nesse período, também se observa uma lógica contencionista da Previdência Social⁴⁶, baseada em justificativas atuariais e tecnocratas, como estratégia de

⁴³ Na verdade, como analisa o autor, tratou-se de uma “integração dialética” entre a indústria e a agricultura, pois, a agricultura cumpriu papel fundamental na expansão da indústria expulsando uma massa de trabalhadores do campo que passaram a compor o exército industrial de reserva e na exploração da força de trabalho rural que barateava o custo da alimentação. Ambas as situações, contribuíam para o rebaixamento da força de trabalho urbano (OLIVEIRA, 2003).

⁴⁴ Na década de 1930 foram criados os seguintes IAPs: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (1933); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (1934); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais (1934); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (1936); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transporte e Cargas (1938).

⁴⁵ Embora mantivesse a gestão colegiada nos IAPs, o presidente dos Institutos era de nomeação do Presidente da República, portanto, do aparato estatal. Além disso, os representantes dos trabalhadores deixavam de ser eleitos pelo voto direto entre eles mesmos, passando a ser escolha dos sindicatos.

⁴⁶ A crise internacional afeta a economia do país com a redução das exportações de produtos primários o que forçava, por sua vez, a redução das importações. Dessa forma, o Estado atende aos interesses dos setores exportadores primários a fim de mitigar as perdas, bem como o auxílio aos estados em detrimento das despesas públicas, em especiais, as sociais (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

convencimento da sua debilidade financeira. Lógica essa justificada, sobretudo, em razão das despesas relacionadas à assistência médica dos trabalhadores e familiares – o que iria de encontro à lógica de regime de capitalização do período –, mas a que se somaram também alterações na legislação para retardar o acesso à aposentadoria (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

O governo Vargas utilizou-se do populismo como estratégia para controle político das massas, adotando a vigilância e a cooptação dos instrumentos de luta dos trabalhadores, com os sindicatos subordinados ao controle do Ministério do Trabalho⁴⁷. Direitos como férias e “carteira de trabalho assinada” (como nos referimos, coloquialmente no país, para tratar do emprego regular e com algum grau de proteção social) foram, no início, concedidos apenas aos trabalhadores vinculados aos sindicatos oficiais reconhecidos pelo governo e, por muito tempo, assim permaneceram, ao lado do desemprego e de outros vínculos precários de trabalho. A Previdência Social foi elemento essencial nas relações entre o Estado e classe operária, tornando-se um instrumento de controle social no governo de Vargas, como aponta Cignolli (1985).

O Estado não tenciona mobilizar uma ampla base social, mas incorporar, de forma controlada, grupos que, em virtude do processo de industrialização e urbanização, demonstraram potencialidade de ação reivindicativa organizada.

A maneira como a previdência social foi estendida reflete igualmente as características da economia brasileira. Começa com os trabalhadores ligados às atividades infraestruturais do setor exportador, continua com os funcionários públicos e outras categorias ligadas a serviços urbanos e termina com os trabalhadores industriais; a previdência social abarcava assim os diferentes grupos, conforme o grau de organização e reivindicação que possuíam. (CIGNOLLI, 1985, p.59).

Neste sentido, esta “relação direta e assimétrica entre o Estado (via Ministério do Trabalho) e segmentos profissionais (via lideranças sindicais) presidiu a institucionalização da Previdência Social” (VIANNA, 1998, p.133). A fragmentação da cobertura previdenciária gerava disputa entre as categorias profissionais⁴⁸, na

⁴⁷ De acordo com Faleiros (2010a), a política de “colaboração de classes” pode ser observada no decreto n.19.760/1931, quando se estabeleceu um sindicato único de patrões ou operários por municípios, o Ministério do Trabalho passou a intervir nos processos eleitorais dos sindicatos e os debates políticos nestes espaços foram suprimidos. O papel dos líderes sindicais seria o de dirimir conflitos entre patrões e empregados.

⁴⁸ Como exemplo, algumas categorias profissionais como os bancários e comerciários eram contrárias à possibilidade da unificação da Previdência Social compreendendo que acarretaria

corrida pelas melhores condições, fragmentando a proteção social edividindo a classe operária, incorporando-a às organizações controladas pelo Estado. Conforme destaca esta autora:

[...] instalou-se a competição entre as categorias profissionais com vistas à conquista de privilégios; competição estimulada pelo Estado que efetivamente distribuía benefícios diferenciados, estratificando, sob seu controle, a clientela previdenciária. O resultado foi duplo: um conjunto confuso de normas operando padrões desiguais de proteção e uma clientela hierarquizada, prisioneira das mediações corporativas interpostas à barganha política e incapaz de uma atuação reivindicatória mais consistente com o objetivo de alcançar melhorias no sistema (VIANNA, 1998, p.133).

Forjou-se no país um modelo de saúde excludente, onde seu acesso dependia da inserção formal no mercado de trabalho, gerando uma dicotomia entre público e privado. Um direito que não era universal, mas “privilégio” dos que podiam arcar com seus custos por recursos próprios ou pela condição de segurado da Previdência Social. “Privilégio” – assim entre aspas – porque, em realidade, representava o acesso apenas aqueles que ocupavam uma posição em setores econômicos dominantes, reafirmando a cidadania de caráter ocupacional⁴⁹, como conceituado por Santos (1979).

No governo Vargas, duas leis referentes aos acidentes de trabalho foram criadas. O decreto nº24.637, de 10 de julho de 1934 (BRASIL, 1934)⁵⁰, mantinha o entendimento da lei anterior (de 1919) sobre o risco profissional e a unicausalidade dos acidentes, mas, houve um avanço por ampliar as doenças profissionais para aquelas não apenas peculiares aos ramos específicos, como também as doenças resultantes do exercício do trabalho (SILVA, 2019). Já, em 1944, a terceira lei brasileira acidentária acompanha a passagem à indústria como setor dominante da economia, ultrapassando a agroexportação, como aponta Faleiros (2010). No

numa padronização das prestações, nivelando a prestação dos serviços e benefícios em patamares inferiores aos que acessavam na época (COHN, 1981).

⁴⁹ Santos (1979) utiliza o conceito de “cidadania regulada” para definir o tipo de cidadania que se forjou no Brasil. A cidadania não está fundamentada em um código de valores políticos, mas sim no sistema de estratificação ocupacional regulamentado pela norma legal. “A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei” (SANTOS, 1979, p.75).

⁵⁰ BRASIL. Decreto nº 24.637, de 10 de julho de 1934. Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes do trabalho e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Seção 1, 12 jul. 1934, p. 14001. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24637-10-julho-1934-505781-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 02 ago. 2022.

decreto-lei 7.036(BRASIL, 1944)⁵¹, a definição de acidente de trabalho foi alargada, cobrindo as doenças desencadeadas das condições especiais em que o trabalho era realizado e instituindo a pluralidade de causas. A comunicação do acidente de trabalho passa a ser obrigatória ao juiz e não à polícia, exceto em situação de óbito.

O empregador passou a ser obrigado a oferecer condições de segurança e higiene nos locais de trabalho, assim como foram previstas a fiscalização nos ambientes de trabalho e a constituição das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA). Contudo, Faleiros (2010) ressalta que estas comissões cumpriam mais um “papel simbólico” do que efetivo, visto que o poder dos trabalhadores era mínimo e cabia aos patrões a gerência e a tomada de decisões.

Será com esta lei que pela primeira vez, é contemplada na legislação brasileira a readaptação profissional. De acordo com o capítulo XIV, desse decreto, “*Da adaptação profissional e do reaproveitamento do empregado acidentado*”, a readaptação profissional seria destinada a todo incapacitado do trabalho, com a finalidade de “restituir-lhe, no todo ou em parte a capacidade na primitiva profissão ou em outra compatível com as suas novas condições físicas” (BRASIL, 1944 – grifos nossos). Conforme Miranda (2018), o serviço era baseado em uma concepção de saúde pautada na Medicina do Trabalho, com enfoque nos aspectos biológicos e individuais do sujeito. Maeno e Vilela (2010) endossam os limites do serviço, focado na prestação de assistência à saúde e de formação profissional.

A forma prevista para atingir este objetivo restringia-se à ‘prática da fisioterapia, da cirurgia ortopédica e reparadora’ e ao ‘ensino conveniente em escolas profissionais especiais’, o que refletia a natureza das restrições físicas, fundamentalmente decorrentes de acidentes de trabalho traumáticos, e a abordagem terapêutica vigente à época. (MAENO; VILELA, 2010, p.88).

Não existia uma uniformização da prestação deste serviço visto que era de responsabilidade das CAPs e dos IAPs e, como cada um destes possuía suas normas, nem sempre ocorria a sua efetivação. Conforme pode ser verificado em relato abaixo, citado por Cohn (1981), de um trabalhador vinculado ao Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários:

⁵¹ BRASIL. Decreto-lei nº 7.036 de 10 de novembro de 1944. Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho. *Diário Oficial da União*. Seção 1, 13 nov. 194, p. 19241. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7036-10-novembro-1944-389493-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 02 ago. 2022.

Nós observamos em determinado trabalho que os companheiros, ao serem prejudicados muitas vezes por acidentes decorrentes de doenças profissionais, quando assistidos pelo Instituto, são submetidos muitas vezes a operações cirúrgicas; após a sua alta, voltam ao serviço e aquela mesma doença reincide [...]. E voltando o operário ao Instituto, é observado o mesmo processo anterior. Muitas vezes o operário renuncia pela terceira vez à assistência que o Instituto lhe proporciona. Os funcionários estranham a atitude do operário, mas nós, que lidamos com aqueles companheiros, queremos lhe dar razão, porque não é justo que o operário fique eternamente sendo cortado de 90 em 90 dias, quando nós poderíamos estudar uma maneira de se organizar o serviço de readaptação profissional. (COHN, 1981, p.90).

Pelas breves considerações expostas, podemos considerar que a implementação das primeiras medidas de proteção social no país, relacionadas à Previdência Social, se, por um lado, atendiam a reivindicações de parcela de trabalhadores; por outro lado, cumpria o papel de atenuar o conflito entre capital e trabalho. Sobretudo, no que toca a atenção a saúde dos trabalhadores, na perspectiva já aludida, as iniciativas tinham em vista garantir a acumulação, voltadas para segmentos-chaves da economia, de acordo com os ciclos econômicos, e com a manutenção da força de trabalho sob a lógica de sua reposição ágil à produção.

De fato, abordar o tema da Reabilitação Profissional na trajetória da política de Previdência Social Brasileira nos impõe lidar com uma limitação específica a saber, a insuficiência de produções teóricas sobre este serviço previdenciário, sobretudo em relação a esse período histórico, cujas aproximações possíveis foram expostas até aqui. Todavia, pela revisão bibliográfica realizada, parece consenso a demarcação da década de 1970 como período de investimento e expansão do serviço aos trabalhadores segurados da Previdência Social. No entanto, não podemos compreender a reabilitação profissional desassociada da unificação da Previdência Social e das mudanças que esta política social irá apresentar no período da ditadura civil-militar, de 1964 a 1985, no Brasil. É o que expomos a seguir.

2.2 A Constituição efetiva da Reabilitação Profissional na Previdência Social (1966-1985)

É no período da ditadura civil-militar (1964-1985)⁵², no Brasil, que o serviço de reabilitação profissional previdenciário será constituído integrando a política

⁵² “O regime derivado do golpe de abril sempre haverá de contar ao longo da sua vigência, com a tutela militar; mas constituiu um grave erro caracterizá-lo tão somente como uma ditadura-militar; se esta tutela é indiscutível, constituindo mesmo seus traços peculiares, é igualmente indiscutível que

previdenciária. Como vimos, no item anterior, ainda que o serviço já fosse previsto legalmente ficava a cargo de cada instituição previdenciária promover (ou não) o processo que, até então, era mais associado à assistência médica. Tal investimento estatal não ocorre por acaso, visto que é neste período que o país carrega o amargo título de recordista em acidentes de trabalho⁵³, acompanhando o avanço da industrialização no país e sua particular inserção na ordem monopólica.

De acordo com Netto (2011), é neste estágio do capitalismo⁵⁴ que ficará mais evidente “a contradição elementar entre a socialização da produção e a apropriação privada: internacionalizada a produção, grupos de monopólios controlam-na por cima de povos e Estados”. A busca pelo controle dos mercados reverbera em “constrangimentos *inerentes* à acumulação e à valorização capitalistas”, o que o faz necessitar de “*mecanismos de intervenção extra-econômicos*” (NETTO, 2011, p.24–grifos no original). Dessa forma, o Estado se refuncionaliza, alcançando um tipo de intervenção específica com a mesclagem de suas funções políticas e econômicas a fim de garantir os objetivos do capital. De acordo com Mandel (1982),

A hipertrofia e a autonomia crescentes do Estado capitalista tardio são um corolário histórico das dificuldades crescentes de valorizar o capital e realizar a mais-valia de maneira regular. Refletem a falta de confiança cada vez maior do capital em sua capacidade de ampliar e consolidar sua dominação por meio de processos econômicos automáticos⁵⁵. Também estão associadas à intensificação da luta de classes entre capital e trabalho – em outras palavras, à emancipação crescente da classe operária da subordinação completa e passiva à ideologia da burguesia, e à sua

a ditadura instaurada em 1º de abril foi o regime político que melhor atendia aos interesses do grande capital, por isto, deve ser entendido como uma forma de autocracia burguesa (na interpretação de Florestan Fernandes) ou, ainda como ditadura do grande capital (conforme análise de Octávio Ianni). O golpe não foi puramente militar, à moda de tantas quarteladas latino-americanas (os pronunciamentos dos ‘gorilas’), foi um golpe civil-militar e o regime dele derivado com a instrumentalização das Forças Armadas pelo grande capital e pelo latifúndio, configurou a solução que, para a crise do capitalismo no Brasil à época, interessava aos maiores empresários e banqueiros, aos latifundiários e às empresas estrangeiras (e seus gestores ‘gringos’ e brasileiros).” (NETTO, 2014, p.74).

⁵³ “[...] em 1968 foram registrados 454.097 acidentes no Brasil, em 1969 foram 1.059.296 casos notificados, número este que só se ampliou nos anos seguintes, chegando a 1.938.277 em 1975, maior índice registrado durante a ditadura militar” (SILVA, 2015, p.166).

⁵⁴ O capitalismo monopolista está relacionado ao surgimento dos monopólios e a concentração do capital com o objetivo de incremento dos lucros através do controle dos mercados. “Esse conceito indica a combinação *inédita e específica* de concorrência e monopólio que surge de um aumento *qualitativo* da concentração e centralização do capital (MANDEL, 1982, p.371 – grifo no original).

⁵⁵ Nota de rodapé 31 constante do texto original: “Isso corresponde plenamente à lógica da análise do capital de Marx, que enfatiza de modo explícito que ‘o desenvolvimento máximo do capital se dá quando as condições gerais do processo de produção social não são pagas por deduções feitas da renda social’. *Grundrisse*, p. 532 (MANDEL, 1982, p. 341 – grifos no original).

emergência periódica enquanto força independente em conflitos políticos (MANDEL, 1982, p.341 – grifos no original).

Desta forma, a intervenção estatal se direciona, mais incisivamente, para as sequelas da exploração da força de trabalho. Assim, é na ordem monopólica, com suas contradições, dinâmicas, luta de classes, busca de legitimidade, que o Estado irá intervir, efetivamente, na questão social por meio de políticas sociais. No entanto, esta intervenção será de forma parcial, com demandas fragmentadas por categorias, não sendo uma intervenção na raiz do problema, qual seja o próprio sistema capitalista. Seu limite de intervenção será exatamente até o ponto que não haja ameaça ao próprio capital.

É a política social do Estado burguês no capitalismo monopolista (e, como se infere desta argumentação, só é possível pensar-se em política social pública na sociedade burguesa com a emergência do capitalismo monopolista), configurando a sua intervenção contínua, sistemática, estratégica sobre as sequelas da questão social, que oferece o mais canônico paradigma dessa indissociabilidade de funções econômicas e políticas que é própria do sistema estatal da sociedade burguesa madura e consolidada. Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da 'questão social' de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas, operantes (NETTO, 2011, p.30).

Segundo Behring e Boschetti (2011), em comparação ao cenário internacional, onde já se vivia a crise de acumulação capitalista e do Estado de Bem-Estar Social, o Brasil, com atraso, implementava sua forma de fordismo com a inserção da produção em massa de automóveis e eletrodomésticos para consumo, iniciado no governo Juscelino Kubitschek com o Plano de Metas. No entanto, as autoras chamam a atenção que este descompasso brasileiro teve relação direta com a internacionalização da economia brasileira e a estratégia do capital interno em ampliar mercado e encontrar saídas para a crise. Assim, o regime civil-militar com sua bandeira econômica modernizadora, consolidou o capitalismo e ampliou o parque industrial.

Para a classe trabalhadora, o golpe civil-militar representou um retrocesso na sua mobilização, organização e participação política. É desta época, a criação, em 1966, do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), uma medida para substituir o fim da estabilidade no emprego dos trabalhadores com mais de dez anos de vínculo no trabalho. Com esta mudança, as demissões em massa não eram mais onerosas e as empresas multinacionais eram beneficiadas com a facilidade de poder

transferir seus investimentos em busca de melhores atrativos fiscais. Por meio dos recursos do FGTS, o Plano Nacional da Habitação foi financiado, acarretando a expansão do setor de construção civil, por exemplo⁵⁶.

De acordo com Pochmann (2018), é neste período que se pode delimitar a primeira onda de “flexibilização”⁵⁷ da legislação social e trabalhista no Brasil, onde a criação do FGTS foi fator determinante, pois sua

[...] implantação [...], por exemplo, não apenas interrompeu a trajetória de estabilidade no emprego, como também inaugurou enorme rotatividade na contratação e demissão da mão de obra no Brasil. A taxa de rotatividade que atingia cerca de 15% da força de trabalho ao ano na década de 1960 rapidamente foi acelerada, aproximando-se da metade dos empregos formais do país. Com isso, a generalização do procedimento patronal de substituir empregados de maior salário por trabalhadores de menor remuneração. (POCHMANN, 2018, p.75).

Dessa forma, o controle do enorme contingente de força de trabalho que se formara estava associado à fragilidade da permanência no emprego, da ameaça de demissão numa conjuntura de repressão política, autoritarismo, instabilidade, arrochosalarial. A rotatividade dos trabalhadores, favorecida pela superpopulação relativa, barateava o valor de troca de sua força de trabalho, visto que nas novas admissões os trabalhadores recebiam salários mais baixos, e, por sua vez, as empresas aumentavam a extração de mais-valor.

Silva (2019) destaca, ainda, que é neste período que se observa a ampliação do trabalho infantil como forma de mitigar a perda da renda dos trabalhadores, visto que a Constituição de 1967 reduziu a idade legal mínima para o trabalho para doze anos. Ou seja,

[...] devido à constante defasagem salarial, cada vez mais crianças passaram a ter que trabalhar para complementar a renda familiar e verificou-se a tendência das empresas de substituírem o trabalho adulto pelo infantil, pois, o menor de idade, por lei, recebia salário abaixo do de um adulto, devido à sua condição de aprendiz. Um estudo patrocinado pela

⁵⁶ A partir dos anos 1970, o FGTS em conjunto com o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) passam a ser as principais fontes de poupança compulsória do país em substituto à previdência social para fomento das políticas de desenvolvimento.

⁵⁷ Pochmann (2018), ao analisar a desestabilização do trabalho, afirma que a legislação social e trabalhista no Brasil passou por quatro ondas de flexibilização. A segunda onda estaria relacionada à política salarial de 1964 a 1994, com a perda de compra do rendimento dos trabalhadores e do valor real do salário-mínimo. A terceira onda seria a partir dos anos 1990, com os governos de orientação neoliberal, com generalização das medidas de flexibilização, terceirização dos contratos de trabalho, massificação do desemprego e precarização das relações de trabalho. Por fim, a quarta onda situa-se na segunda metade da década de 2010, com a generalização do “uberismo” laboral.

Arquidiocese do Rio de Janeiro apontou que 68% das crianças de sua amostra trabalhavam por mais de 40 horas por semana (SILVA, 2019, p.99).

O aumento da produtividade dos trabalhadores no período da ditadura civil-militar decorreu, portanto, das alterações nas relações de trabalho, da coerção política, da alta rotatividade dos postos de trabalho e da ameaça de demissões. Além da prática rotineira de realização de horas extras que, por um lado, acabava sendo uma imposição pelo medo de perder o emprego; por outro lado, era uma alternativa à complementação do salário defasado. É, desta forma, que o Estado ditatorial garante a acumulação do capital: pela produtividade e pela contenção dos salários⁵⁸. Para Faleiros (2010a), foi esta política que propiciou o “Milagre brasileiro”, no período de 1968 a 1973. O poder de compra do salário dos trabalhadores foi rebaixado, em especial o valor real do salário-mínimo. A expansão da produtividade no trabalho e o barateamento da força de trabalho fizeram com que os salários não tivessem fôlego para concorrer com a inflação da época (POCHMANN, 2018).

É mister sinalizarmos que os impactos da política de arrocho salarial afetaram diretamente e de forma mais agravada os trabalhadores com menor qualificação, menor poder de barganha e com salários mais baixos, onde a rotatividade e facilidade de substituição era maior. Mas trabalhadores especializados também foram afetados.

[...] a nova política trabalhista e salarial provocou transformações drásticas na qualidade de vida das famílias trabalhadoras, que tiveram que adotar novas estratégias de sobrevivência, tais como: a extensão da jornada de trabalho através de um grande crescimento das horas extras; a intensificação do trabalho familiar, com o conseqüente aumento da oferta de força de trabalho feminina e infantil, que recebiam salários ainda mais baixos do que os dos homens adultos. O empobrecimento da população assalariada e a grande rotatividade da força de trabalho, possibilitada pela implantação do FGTS, levaram ao aumento da mão de obra disponível e disposta a aceitar salários cada vez mais baixos e condições de trabalho cada vez mais precárias. Com um exército industrial de reserva cada vez maior, o preço da força de trabalho declinava (SILVA, 2019, p.111).

⁵⁸ Cardoso Junior (1999), ao analisar a participação dos salários na renda brasileira neste período conclui que essa se deu de forma muito limitada em comparação aos países centrais por dois fatores, a saber. “Em primeiro lugar, a manutenção de um peso elevado de trabalhadores em mercados de trabalho desestruturados, que marcados pela ausência de movimentos sindicais organizados e políticas públicas de transferências de renda e proteção social, reproduzem um distanciamento permanente entre ganhos de produtividade e repasses reais aos salários. Em segundo lugar, como reflexo do tipo de crescimento econômico que é imposto pela dinâmica especificamente capitalista no Brasil, o ritmo insuficiente de absorção de força de trabalho ativa nos segmentos mais organizados do mercado de trabalho dá origem a uma massa reduzida de remunerações que é conseqüência em grande parte da utilização intensiva de tecnologias poupadoras de mão-de-obra” (CARDOSO JUNIOR, 1999, p.34-35).

Não podemos desprezar nesta análise, a contribuição de Marini (1973) sobre a categoria de “superexploração do trabalho” nos países de capitalismo dependente, como o Brasil. Para o autor, a forma particular assumida por estes países no processo de acumulação capitalista é a de elevar o grau de exploração da força de trabalho ao invés do aprimoramento da sua capacidade produtiva. Esta forma específica da exploração do trabalho se dá através de três mecanismos:

[...]a intensificação do trabalho, a prolongação da jornada de trabalho e a expropriação de parte do trabalho necessário ao operário para repor sua força de trabalho — configuram um modo de produção fundado exclusivamente na maior exploração do trabalhador, e não no desenvolvimento de sua capacidade produtiva. Isso é condizente com o baixo nível de desenvolvimento das forças produtivas na economia latino-americana, mas também com os tipos de atividades que ali se realizam. [...] Além disso, importa assinalar que, nos três mecanismos considerados, a característica essencial está dada pelo fato de que são negadas ao trabalhador as condições necessárias para repor o desgaste de sua força de trabalho: nos dois primeiros casos, porque lhe é obrigado um dispêndio de força de trabalho superior ao que deveria proporcionar normalmente, provocando assim seu esgotamento prematuro; no último, porque lhe é retirada inclusive a possibilidade de consumo do estritamente indispensável para conservar sua força de trabalho em estado normal. Em termos capitalistas, esses mecanismos (que ademais podem se apresentar, e normalmente se apresentam, de forma combinada) significam que o trabalho é remunerado abaixo de seu valor correspondem, portanto, a uma superexploração do trabalho (MARINI, 1973, p.11).

Diante deste breve contexto, podemos perceber a particularidade das relações de trabalho na nossa sociedade, expressa pela precariedade das condições de trabalho e de vida da população.

A superexploração é a pedra de toque do processo de desgaste e adoecimento da classe trabalhadora das nações de economia dependente[...].Tal condição se manifesta, historicamente, em indicadores de saúde desiguais entre os trabalhadores das nações mencionadas e aquelas de capitalismo clássico, quando se observam mais acidentes e mortes dos trabalhadores nos países dependentes, assim como a maior presença de outras formas de adoecimento, ligadas diretamente ao trabalho ou decorrentes da precária vida determinada pelo roubo de seu fundo de consumo. (SOUZA; ARAÚJO, 2020, p.654).

No período da ditadura civil-militar, Silva (2019) demonstra, em sua pesquisa, que o Brasil ocupava o primeiro lugar no que se refere ao quantitativo de acidentes de trabalho, conforme a Organização Internacional do Trabalho (OIT).No entanto, as legislações referentes aos acidentes e afastamentos do trabalho ainda eram ínfimas⁵⁹.

⁵⁹ Em 1967, a lei 5.316 estabeleceu o acidente de trajeto (aquele realizado no percurso casa para o trabalho) como acidente de trabalho. Também ficou determinado o acréscimo de 25% no valor da

A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) será elemento chave na institucionalização da reabilitação profissional. Em 1960, com a promulgação desta lei, os direitos de todos os segurados dos diversos Institutos foram uniformizados. A legislação trouxe avanço no que se refere à reabilitação profissional dos trabalhadores por obrigar as empresas a partir de um determinado quantitativo de trabalhadores a contratar trabalhadores acidentados⁶⁰. No entanto, este avanço é limitado em razão da falta de fiscalização estatal e de interesse do patronato. A legislação contemplou algumas ações para o atendimento do trabalhador acidentado relacionado ao tratamento e formação.

Em 1966, pelo decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966⁶¹, é criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o que correspondeu à unificação de todos os institutos de previdência social num único organismo e sua direção destinada a representantes do Estado. Conforme Oliveira e Teixeira (1989), o processo de unificação das instituições previdenciárias faz parte do projeto de modernização da máquina estatal, incrementando seu poder regulatório sobre a sociedade além de ser uma ação de desmobilização da classe trabalhadora. Se por um lado, a partir da unificação um expressivo volume de trabalhadores passou a ser incorporado pela Previdência Social com a extensão de cobertura a outras categorias de trabalhadores urbanos contribuintes (empregadas domésticas, trabalhadores autônomos). Por outro lado, os trabalhadores – que das CAPs aos IAPs participavam da administração das instituições previdenciárias – são excluídos da participação direta de sua gestão. A unificação tratou-se de decisão de tecnocratas com o objetivo de “evitar uma crise financeira da Previdência Social,

aposentadoria por invalidez, caso o trabalhador inválido dependesse da assistência de terceiros (hoje, chamada de majoração). As empresas ficaram obrigadas a comunicar os acidentados à Previdência Social e, em situações de óbito, à autoridade policial. Ressalta-se ainda a previsão da estatização dos seguros dos acidentados de trabalho. Todavia, o conceito de risco e, por sua vez, a naturalização dos acidentados de trabalho se mantinha (FALEIROS, 2010a). Perspectiva esta, importante relembrar, distante do reconhecimento da dinâmica desgaste / reprodução e, portanto, das íntimas relações entre trabalho e processo saúde-doença, como procuramos esclarecer no capítulo anterior.

⁶⁰ A legislação obrigava as empresas com até 200 empregados a reserva de 2% das vagas para trabalhadores acidentados. Empresas que ultrapassem mais de mil empregados deveriam reservar 5% de suas vagas para trabalhadores reabilitados (FALEIROS, 2010a).

⁶¹ BRASIL. Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadorias e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. *Diário Oficial da União*. Seção 1, 22 nov.1966, p. 13523. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-72-21-novembro-1966-375919-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 03 ago. 2022.

reduzir seus custos administrativos e seus investimentos, e unificar as normas administrativas” (FALEIROS, 2010a, p.215).

No que se refere ao financiamento, observa-se que desde as CAPs o Estado não contribuía para o sistema. Tratava-se, como vimos, de repasses de tributos pagos pelos usuários dos serviços, ou seja, os próprios trabalhadores. Além disso, as empresas acumulavam dívidas junto às instituições previdenciárias. Desde a promulgação da LOPS, os custos do Estado no que tange ao sistema previdenciário correspondiam às despesas com pessoal e administração, mas esta contribuição na prática era fictícia. Cignolli (1985) aponta, ao analisar os balanços gerais do INPS no período de 1967 a 1976, uma redução progressiva de 9,2% para 4,7% das contribuições governamentais relacionadas às receitas correntes.

Logo, nem o Estado nem as empresas sustentam financeiramente a previdência social. Rigorosamente falando, não existe regime de capitalização nem regime de partilha, porque são os assalariados e os consumidores em geral que sustentam direta ou indiretamente o financiamento dos serviços médicos previdenciários (CIGNOLLI, 1985, p.55).

Permaneceu neste período a tendência da política assistencialista da Previdência Social. As condições gerais de vida da classe trabalhadora com o processo de urbanização demandavam necessidades de consumo de bens que diante dos baixos salários não eram passíveis de serem supridas no mercado, como a assistência médica, por exemplo. E como veremos a seguir, a política adotada neste período foi a de ampliação da cobertura de assistência médica, privilegiando o modelo curativo, individual e especializado fomentando um complexo médico industrial que propiciou elevadas taxas de acumulação de capital (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

[...] a continuidade da tendência assistencialista e até mesmo sua ampliação qualitativa indicam que o recurso característico do populismo de transferir pressões econômicas para a esfera estatal, através das concessões em termos de política social como mecanismo de suavização das tensões sociais e almejando alcançar legitimidade para o regime; não só não foi abandonado como recebeu ênfase e destaque nos regimes autoritários instaurados depois do golpe militar (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p. 203).

Por sua vez, o serviço de Reabilitação Profissional também será expandido como política ao atendimento de trabalhadores acidentados e adoecidos. A primeira

regulação neste período será pelo Decreto 60.501, de 1967 (BRASIL, 1967)⁶², com o objetivo de proporcionar aos trabalhadores cobertos pela previdência social, quando “doentes, inválidos ou de algum modo física ou mentalmente deficitários”, meios de reeducação ou readaptação profissional indicadas para que pudessem exercer atividade remunerada de trabalho. O processo previa as seguintes fases: exames iniciais, entrevistas e avaliações de natureza física, psicológica, social e profissional, para estabelecimento dos respectivos “diagnósticos”; indicação do tratamento adequado; realização do tratamento nos campos médico, de recuperação ou de “reajustamento social”, conforme tenha sido indicado; orientação profissional; formação e treinamento profissional; colocação ou reemprego e acompanhamento do caso até que se findasse o processo de reabilitação.

Na legislação, os direitos à assistência e à reabilitação são previstos. A assistência médica podia ser oferecida pelas empresas, instituições conveniadas ou pelo próprio INPS por meio da sua estrutura própria. Dessa forma, o atendimento ao trabalhador acidentado é compartilhado pela empresa e pela Previdência Social, sendo que a esta última cabe os recursos da política previdenciária – ou seja, da contribuição dos trabalhadores – assumindo os custos mais onerosos, tais como os benefícios por invalidez e a reabilitação. Por sua vez, à empresa caberia prestação da assistência médica, muitas vezes oferecida por meio de contratos com o setor privado. Esta forma de assistência favoreceu de forma ímpar a expansão do setor privado de saúde no Brasil.

O Estado não intervém diretamente na prevenção interna às empresas e cria mecanismos de restauração da capacidade de trabalho ou de reparação da sua perda. Não há acidente de trabalho se não houver prejuízo ao próprio trabalho. O acidente deve afetar o trabalho e não somente o trabalhador, isto é, ele se refere a uma relação de produção e não ao prejuízo de uma pessoa. O prejuízo é compensado fora da produção pelos mecanismos da Previdência, já que a produção deve continuar no seu conjunto (FALEIROS, 2010a, p. 233).

Deve ser mencionado que não apenas esta forma de assistência favoreceu a expansão do setor privado de saúde no Brasil, como também cabe reconhecer a centralidade do processo saúde-adoecimento no cerne do processo de produção capitalista, corroborando as formulações que vimos desenvolvendo em nossa

⁶² BRASIL. Decreto nº 60.501, de 14 de março de 1967. Aprova nova redação do Regulamento Geral da Previdência Social (Decreto nº 48.959-A de 19 de setembro de 1960), e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Seção 1, 28 mar. 1967, p. 3585. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-60501-14-marco-1967-401522-publicacaooriginal-37422-pe.html>. Acesso em: 03 ago. 2022.

exposição até aqui. Neste último caso, seja pelo Estado não intervir diretamente dentro do espaço privado da empresa, seja pelos interesses antagônicos que se expressam também na relação trabalho-adoecimento – na pertinente expressão de Faleiros (2010a), o acidente de trabalho expressa uma relação de produção, sendo a questão do “prejuízo” remetida para além desta, interessando apenas ao trabalhador e contando com o braço estatal em suas funções extraeconômicas de restaurar a capacidade de trabalho.

Um fato relevante deste período no que se refere à Reabilitação Profissional foi a estatização da cobertura dos acidentes de trabalho. De acordo com Miranda (2018), a estatização do Seguro Acidente de Trabalho (SAT) foi fundamental para a institucionalização do serviço de Reabilitação Profissional, pois se constituiu na sua principal fonte de custeio.⁶³ Todavia, devem ser considerados o caráter e a natureza da proteção social assim configurada, tendo em vista a estratificação desigual e restrita à posição ocupada no processo produtivo.

Para as companhias privadas, a concessão de benefícios a longo prazo não era interessante visto seu impacto no orçamento. Todavia, como ressalta Faleiros (2010a), as companhias foram bem recompensadas pelo Estado, evidenciando que suas funções extraeconômicas se articulam sempre imbricadas aos interesses privados, pois

As companhias de seguros perderam exclusividade e a concorrência com o Estado no domínio dos acidentes do trabalho, mas obtiveram compensações excepcionais como o seguro obrigatório de veículos, a compra das instalações, a contratação do seu pessoal e um prazo de três anos para liquidar as questões relativas aos acidentes de trabalho (FALEIROS, 2010a, p.233).

A lei 6.367, de 19 de outubro de 1976 tratou especificamente sobre os seguros de acidente de trabalho a cargo do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), sendo o acidente de trabalho definido como “aquele que ocorrer pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou

⁶³ Os recursos do Seguro Acidente de Trabalho provém do repasse das empresas sobre a folha de pagamento (em outros termos, do salário indireto) para assegurar benefícios relacionados a acidentes de trabalho. É calculado de acordo com a atividade econômica exercida pela empresa – quanto maior os Riscos Ambientais de Trabalho da atividade econômica (leve, médio ou grave), maior a alíquota de pagamento.

perturbação funcional que cause a morte, ou perda, ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho” (BRASIL, 1976)⁶⁴.

Foi mantida, por esta regulamentação, a responsabilidade das empresas em comunicar os acidentes de trabalho ao INPS, bem como a reabilitação profissional passou a ser obrigatória aos trabalhadores acidentados. Embora estivesse previsto um encargo sobre a folha de salário da empresa dependendo do grau do acidente de trabalho, cabia ao Estado amparar o trabalhador, afastando qualquer implicação maior ao empregador. Ou seja, o financiamento com os custos da proteção social provém dos próprios trabalhadores, bem como a intervenção estatal afasta e/ou dilui as principais determinações das relações entre o trabalho e o adoecimento e/ou acidentes, isto é, as razões de sua origem. Como observa Silva,

[...] neste sistema, o Estado através da Previdência Social, assume o papel de garantidor da manutenção de condições mínimas de sobrevivência ao trabalhador acidentado, seja garantindo o suprimento da força de trabalho para o capital ou conservando um exército de reserva de sequelados e incapacitados que cumpre a função de sustentar os salários do setor formal em níveis mínimos [...] Como forma de reparação pelos infortúnios, a luta dos acidentados ficava resumida a uma concessão de benefícios previdenciários e sua sobrevivência passa a depender do Estado. Por outro lado, a criação de mecanismos de amparo ao trabalhador acidentado cumpre a função ideológica de camuflar as causas reais da sinistralidade laboral (SILVA, 2019, p.120-121).

Com uma suposta neutralidade na intervenção da relação capital e trabalho, o Estado age em favor dos interesses do capital, ainda que alguma proteção social seja dirigida aos(às) trabalhadores(as). Tendo em vista a magnitude desta questão, cabe arguir quanto a efetividade das ações do Estado no que se refere à saúde dos trabalhadores acidentados e adoecidos pelo trabalho⁶⁵.

A unificação e a expansão da Previdência Social colaboraram para uma melhor sistematização dos dados relacionados tanto ao seu público quanto a

⁶⁴ BRASIL. Lei no 6.367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 21 out.1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6367.htm#:~:text=LEI%20No%206.367%2C%20DE%2019%20DE%20OUTUBRO%20DE%201976.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20seguro%20de,INPS%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 03 ago. 2022.

⁶⁵ Silva (2019), por exemplo, destaca que, na cidade de São Paulo, o maior centro urbano do país, havia à época apenas 06 médicos e 6 engenheiros na Delegacia Regional do Trabalho (DRT) – órgão responsável pela fiscalização. Deve ser considerado aqui que, até a Constituição Federal de 1988 e a consequente Lei Orgânica da Saúde, em 1990, apenas o Ministério do Trabalho tinha a prerrogativa de realizar intervenções de fiscalização dos ambientes de trabalho, sendo que a área de Saúde só será reconhecida a partir de então em sua competência para a vigilância de ambientes de trabalho (BRASIL, 1988; 1990).

prestação dos benefícios. Sinalizamos, em momento anterior, que, na década de 1970, o Brasil foi recordista mundial em acidentes de trabalho. De fato, esta realidade é expressa substantivamente pelos dados apresentados por Silva (2019): em 1970, dos 7,3 milhões de trabalhadores cobertos pela Previdência Social, 1,22 milhão acessaram à Previdência Social em razão de acidentes de trabalho, o que representava 1 a cada 6 trabalhadores⁶⁶.

Os dados apresentados no estudo de Silva (2019), por meio de levantamento dos boletins informativos do INPS, demonstram que os estados com maior índice de acidentes de trabalho, em 1970, eram São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Minas Gerais, respectivamente. Ao observarmos os acidentes de trabalho pelos tipos de atividade da indústria, o ramo de construção civil era a área de maior índice de acidentes, num total de 326.482. No ramo industrial, somados todos os acidentes de trabalho (notificados), no ano de 1971, chegou-se ao alarmante volume de mais de um milhão de acidentes de trabalho (1.088.722). Considerando que o total de acidentes de trabalho registrado, naquele ano, foi de 1.308.335, 83,2% dos sinistros foram relacionados a trabalhadores da indústria. Em 1975, o total de acidentes de trabalho correspondeu a quase 2 milhões.

Na análise destes dados, deve ser considerado, ainda, que a concepção majoritária pautada na perspectiva de monocausalidade, no princípio do risco e na culpabilização do trabalhador não contribuía para o devido enfrentamento deste fenômeno social. As razões que estão na origem dos acidentes de trabalho e do adoecimento, permanecem, portanto, intocadas, pois, certamente, este não é um interesse do Estado capitalista. Tais dados demonstram, todavia, o grau de exposição e exploração dos trabalhadores(as) e o quão violento é o processo de acumulação capitalista sobre os corpos dos trabalhadores, como vimos argumentando até aqui.

⁶⁶Importante lembrar a reconhecida e tradicional subnotificação dos acidentes de trabalho no país frente a esses dados estatísticos, uma vez que se referem apenas aos trabalhadores formais, excluindo-se os trabalhadores rurais, informais, contratos por empreitada - como era (e ainda é) comum no setor de construção civil. Neste contexto de distintas modalidades de inserção no trabalho e de desemprego em convívio com o assalariamento formal – traços estruturais do mercado de trabalho no Brasil – frente à notificação dos acidentes de trabalho como prerrogativa que era exclusiva das empresas, caracteriza-se uma vez mais a omissão do Estado em prol dos interesses do capital. Situação essa que era, e continua sendo, ainda mais grave, atualmente com a generalização indiscriminada de formas de assalariamento disfarçadas em outras falsas modalidades de contratação do trabalho.

A mitigação do problema recebe, contudo, a intervenção do Estado, especialmente se ela coloca em risco a própria produção e reprodução do capital, expressando as dinâmicas da ordem monopólica em suas contradições e lutas de classe como antes foi argumentado. É, portanto, diante desta conjuntura que o serviço de reabilitação profissional da Previdência Social recebe grande investimento para ampliação de sua infraestrutura, como forma de mitigar os efeitos da industrialização capitalista, acarretando a expansão desse serviço e de suas unidades. De 6 unidades em 1970, chega-se, em 1977, a 14 Centros de Reabilitação Profissional (CRP) e mais 4 em fase de instalação em 1978, capilarizando-se como uma das maiores estruturas de reabilitação profissional do mundo sob controle de uma única gestão⁶⁷. Segundo Silva (2019), nesse sentido, a área de reabilitação profissional da Previdência Social naquela época tinha disponibilizado o maior volume de recursos financeiros do instituto, sendo esses “destinados à compra de equipamentos, contratação de equipes multiprofissionais, bem como à manutenção de grandes estruturas físicas [...] num modelo marcadamente hospitalocêntrico” (SILVA, 2019, p.314).

De acordo com Takahashi (2006), os critérios para a criação dos CRP estavam vinculados tanto ao número de trabalhadores segurados afastados, quanto à existência de profissionais qualificados para o atendimento, assim como de recursos que pudessem ser disponibilizados.

A Previdência Social passou a gerenciar, então, a maior massa institucional de recursos financeiros do país, possibilitando a implantação de CRP(s) em quase todos os estados brasileiros, de acordo com os seguintes critérios: a) significativo número de beneficiários (na maior parte acidentados de trabalho), considerando não apenas o município sede do serviço, mas as localidades circunvizinhas que pudessem para lá convergir; b) existência de recursos universitários formadores do pessoal técnico a ser contratado; e c) existência de recursos assistenciais e de formação profissional que pudessem ser contratados para a complementação dos programas de reabilitação profissional. Com efeito, a área de reabilitação profissional no INPS concentrou o maior volume de recursos do instituto, tanto financeiros como em equipamentos, e equipes multiprofissionais formadas por pessoal técnico especializado de maior faixa salarial (TAKAHASHI, 2006, p.125).

⁶⁷ Dados, levantados por Silva (2019), indicam que as cidades que contavam com CRP: Rio de Janeiro, São Paulo, Recife, Belém, Fortaleza, Salvador, Niterói, Curitiba, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Brasília, Porto Alegre e Florianópolis, o que sinaliza, contudo, sua configuração, principalmente em capitais e/ou grandes centros urbanos, cujas relações com a industrialização poderiam ser aguçadas, embora este não seja nosso foco aqui.

Para Silva (2019), a política previdenciária para trabalhadores acidentados e adoecidos era composta pelo seguinte tripé: assistência médica, concessão de benefícios e a reabilitação profissional. Assim, o serviço de reabilitação profissional se constituiria na última etapa desta política.

O trabalhador, após estabilização do seu quadro clínico de saúde, não possuindo condições de retorno a sua atividade laboral era encaminhado pelo setor de Perícia Médica do INPS ao CRP. Portanto, a Perícia Médica previdenciária confirmava sua incapacidade para o trabalho e o trabalhador em gozo de benefício por incapacidade era encaminhado à Reabilitação Profissional (RP). Estes centros, na época, contavam, em geral, com equipes multiprofissionais compostas pelas áreas de Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Pedagogia, Fisioterapia, Medicina, Terapia Ocupacional e Sociologia. Tal composição, contudo, era variável de acordo com a localidade e o porte da unidade, não significando a presença desta diversidade de formação e de profissionais compondo as equipes em todos os CRP. O serviço previa as seguintes etapas: avaliação fisiológica, psicológica, social e profissional do segurado; tratamento e recuperação médica e psicológica; treinamento ou formação profissional; colocação ou reemprego; e, por último, o seguimento.

A RP é um processo global, composto por fases sobrepostas e complementares, mas que podem ser isoladas para melhor compreensão do processo como um todo. A primeira é a recuperação funcional que visa o tratamento e recobrimento da capacidade residual do indivíduo, através do tratamento médico, cirúrgico, psíquico, ortopédico ou protético. A segunda é a reeducação, na qual o indivíduo reaprende a executar atividades rotineiras apesar de suas dificuldades (escovar os dentes, calçar os sapatos, vestir-se, por exemplo), podendo também aprender uma nova profissão ou função, adequada à sua nova realidade. Nesta fase, o sujeito também aprende a usar uma prótese ou órtese, caso necessário. Já na fase de readaptação, o indivíduo deve se reabilitar ao esforço físico e mental do trabalho, bem como ao esforço adicional que as seqüelas o obrigam. [...] Posteriormente, temos a recolocação ou reemprego, que busca a reintegração do indivíduo ao mercado de trabalho, tornando-o capaz de prover-se sozinho. E finalmente, o seguimento, que é o acompanhamento do segurado no exercício da atividade para a qual foi reabilitado com vistas a avaliar sua readaptação. (SILVA, 2019, p.315-316).

Ainda que o serviço contemplasse diversas áreas de conhecimento, existia uma preponderância da atuação médica em relação a outras profissões, o que pode estar relacionado à influência da Medicina do Trabalho no tocante às ações que envolvem a saúde dos trabalhadores, além de outras razões, tais como o status ocupado pelo saber médico e a própria incidência de aspectos corporativos. Tal

afirmativa se justifica no encaminhamento ser centralizado na decisão da Perícia Médica sobre o encaminhamento ou não do trabalhador à reabilitação profissional, assim como a decisão sobre a aposentadoria do trabalhador em razão da inviabilidade do processo de reabilitação profissional e do retorno ao trabalho (aposentadoria por invalidez). Como veremos a seguir, mesmo com alterações no serviço de reabilitação profissional, o poder médico se mantém.

Como forma de exemplificar a dimensão da estrutura física dos CRP, Takahashi (2006) destaca um folheto informativo da época referente ao CRP de Belo Horizonte no ano de 1977.

Para a realização do programa de reabilitação profissional o Centro conta com equipes interprofissionais, constituídas de médicos, assistentes sociais, técnicos em aconselhamento profissional, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da palavra, sociólogos e enfermeiros. Conta ainda com professores de Ensino Básico e de Ofício e com um Serviço de Pesquisa de Mercado de Trabalho [...]O Serviço Médico conta com diversos especialistas [...]. O Setor de Fisioterapia está equipado para atender a uma média de 300 clientes diariamente e possui aparelhagem variada e em número suficiente para tratamento em hidroterapia, mecanoterapia, termoterapia, crioterapia e cinesioterapia. O Setor de Terapia Ocupacional possui recursos e equipamentos para, através de atividades em couro, madeira, pintura, desenho, cerâmica e tapeçaria, atuar no sentido de aumentar a força e melhorar a movimentação, normalizar a sensibilidade, desenvolver a iniciativa e a criatividade, descarregar e canalizar a agressividade, promover a troca de dominância e o treinamento de prótese. A Oficina de Reabilitação dispõe de maquinaria e equipamentos necessários para a avaliação e condicionamento nas áreas de marcenaria, tornearia, ajustagem, sapataria e artefatos de couro, eletricidade, desenho mecânico e práticas comerciais.[...] No Ensino Básico, professoras de nível secundário e superior realizam a avaliação da escolaridade do segurado, alfabetizando-o, reforçando sua escolaridade ou transmitindo-lhe conhecimentos específicos a sua profissionalização. [...]São concedidos auxílios materiais como: próteses e órteses, instrumentos de trabalho, alimentação, medicamentos e ajuda financeira para transporte urbano. O Setor de Serviço Social conta com recursos audiovisuais que auxiliam a aplicação de técnicas de grupo para sensibilização e mudanças de atitudes (TAKAHASHI, 2006, p.125-126).

Outro ponto importante a ser destacado é sobre a prestação do tratamento de saúde. Conforme Vianna (1998) aponta, a proteção social alavancada pela modernização ocorrida no período ditatorial foi vinculada a uma lógica privatizante, fenômeno denominado pela autora como “americanização”⁶⁸ da seguridade social brasileira. Fato que se observou pela adoção de medidas de suposta eficiência

⁶⁸ O termo é utilizado pela autora para expressar a restrição da proteção social pelo serviço público direcionado a poucos benefícios para a população pobre enquanto o mercado se apropria da parcela da população que pode obter planos ou seguros privados afastando o sentido da proteção social como universal e pautada na cidadania. E, neste sentido, a autora ainda complementa, denominando como um processo de “americanização perversa” (VIANNA, 1998).

empresarial na gestão dos órgãos públicos destinados às políticas sociais; pela contratação do setor privado de saúde para ampliação da rede de assistência de saúde e pelo desvio de recursos destinados à política social, utilizados para outras finalidades, como por exemplo, o citado FGTS⁶⁹.

Na visão da autora, a unificação dos IAP, ainda que tenha sido um avanço no processo de expansão – não de universalização, pois esta só será prevista com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde – acarretou numa perda de qualidade do atendimento que era oferecido, impactando de forma mais direta as categorias profissionais mais bem remuneradas. Dessa forma, a ampliação da cobertura previdenciária redefiniu os limites entre os setores público-privado, cujos pilares do Sistema Nacional de Saúde foram a aquisição de serviços no mercado pelo Estado e a transferência de sua função provedora para o setor privado.

Comprar serviços privados, mediante formas de pagamento que se alteraram ao longo do tempo, tornou-se um dispositivo crucial para a modernização autoritária da medicina previdenciária. Contratação de hospitais e credenciamento de prestadores passaram a ser práticas dominantes do INPS, substitutivas do investimento nas unidades próprias [...]. Do que decorreu em grande parte a transformação do setor privado existente, que deixou de ser predominantemente composto por instituições beneficentes (em 1945, cerca de 85% da rede particular de hospitais) e ingressou com ímpeto na economia capitalista (VIANNA, 1998, p.137).

Ocorre nesse período uma política de privilegiamento da assistência médica privada para o atendimento dos segurados da Previdência Social, que atendia aos interesses de acumulação do capital internacional, possibilitando não apenas o desenvolvimento de um “complexo médico-industrial”, incorporando a indústria farmacêutica e equipamentos hospitalares. Se na época dos IAP, a sua rede de serviços próprios contava com 22 hospitais em atividade, em 1967, 2.300 hospitais privados foram contratados pelo INPS. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). A capitalização na área de Saúde foi tão intensa no período, inclusive, como comprovado por indicadores substantivos frente a outros ramos econômicos que certamente justifica sua denominação, por Oliveira e Teixeira (1989), como um modelo de privilegiamento do setor privado.

⁶⁹ Vale destacar a implantação, em 1974, do Programa de Pronta Ação (PPA) que instituiu o direito ao atendimento emergencial gratuito independente da cobertura previdenciária. Para Vianna (1998) a medida caracterizou a expansão do sistema público com a transferência de suas funções para a iniciativa privada visto que até então a assistência médica era predominante prestada pelo setor privado.

Neste sentido, a prática médica tornou-se uma atividade extremamente lucrativa. Esta lucratividade gerada se relaciona, intimamente, com o modelo de atendimento hospitalocêntrico, pautado na perspectiva curativa e com tratamentos hospitalares mais caros, de maior complexidade e, ainda, com constantes episódios de superfaturamento em detrimento das ações de saúde coletiva e preventiva.

Esta significativa expansão do setor privado de saúde no período da ditadura civil-militar, favorecido pelos repasses financeiros dos segurados (visto serem os contribuintes), por meio da Previdência Social, acarretou uma mercantilização dos serviços destinados aos trabalhadores acidentados e adoecidos pelo trabalho.

Assim, era prevista a contratação de serviços de setor privado pelo INPS, incluindo para o atendimento da reabilitação profissional. Inclusive, se o trabalhador acidentado estivesse em local sem acesso aos recursos do INPS ou de terceirizados, o seu transporte era feito pela empresa para uma região com o atendimento e as despesas eram, posteriormente, reembolsadas pela previdência ao empregador. A concessão de órteses e próteses também era fornecida pelo instituto, como é até hoje com a ressalva de que as concessões são realizadas apenas para segurados com perspectiva de retorno ao trabalho.

Outra estratégia utilizada pelo Estado brasileiro, nesse período, no que tange à política de saúde foi de estabelecer convênios com instituições privadas/empresas, transferindo as funções da política previdenciária como alternativa de reduzir despesas. Vianna (1998) sinaliza que o primeiro convênio-empresa homologado pela Previdência Social foi assinado em 1964 com a multinacional automobilística Volkswagen. Ainda de acordo com a autora, embora estes convênios fossem incipientes e não tenham disseminado como era o esperado pelo Estado, foi significativo porque “legitimaram (e incentivaram) um novo formato de relacionamento entre os setores público e privado, tornando praticamente irremediável o processo de “americanização” do sistema (VIANNA, 1998, p.139)”.⁷⁰

⁷⁰ Várias alternativas privadas de assistência à saúde ali disputavam fatias de mercado, tais como o de convênios com empresas, a medicina de grupo, os serviços médicos/departamentos médicos próprios das empresas alimentando, sem dúvidas, uma medicina assistencialista, curativa, hospitalocêntrica e, ao mesmo tempo, evidenciando a perspectiva de um maior controle da saúde dos trabalhadores pelas empresas, por exemplo, em relação aos agravos à saúde, ao absenteísmo – centrava-se, contudo, na restauração da capacidade de trabalho, expressa pelo retorno mais rápido de trabalhadores à produção, ao mesmo tempo em privilegiava o setor privado e a capitalização da saúde, compreendida como mercadoria, isto é uma “prática médica [...] orientada por valores tais como lucratividade e controle da força de trabalho [...] [que] distancia-se cada vez mais de um modelo ético de medicina que visa a melhores das condições de saúde da população”. (OIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p.233-234).

Como podemos observar, por meio do serviço de reabilitação profissional, o Estado favorece o processo de acumulação do capital amenizando a responsabilidade dos empregadores no que tange aos adoecimentos e acidentes de trabalho. Também, por outro, financia o setor privado de saúde por meio da aquisição de tratamento médico favorecendo o processo de acumulação do capital.⁷¹

Para os trabalhadores em processo de reabilitação profissional, as ações prestadas dentro da própria empresa caracterizavam maior controle sobre esta força de trabalho que ficava pressionada a retornar ao trabalho o mais rápido possível. Sem a participação dos trabalhadores na gestão da política, com sua organização política fragilizada, reduzida era a autonomia da classe trabalhadora na decisão de sua inserção no serviço de reabilitação profissional ou da forma de condução deste processo. Além da previsão legal em realizar os tratamentos e exames prescritos pela previdência, bem como o cumprimento do programa de reabilitação sob pena de suspensão do pagamento do benefício previdenciário que cumpre o papel de renda substituta ao salário, o trabalhador é obrigado a se submeter ao processo estando de acordo ou não.

Silva (2019) menciona um ato normativo, de 1968,⁷² que chegou a estipular prioridade de atendimento aos trabalhadores cujo processo pudesse ser concluído em 180 dias, ou seja, com retorno ao trabalho em até 6 meses. Dessa forma, fica explícito que o objetivo do serviço estava pautado no retorno dos segurados ao trabalho, com a cessação dos benefícios previdenciários e, se possível, com retorno à contribuição previdenciária. Mencionamos “se possível” porque não é prevista no serviço a recolocação no mercado de trabalho ou garantia de emprego, cabendo ao trabalhador por sua própria conta garantir a sua subsistência – independentemente de ter adoecido na condição de trabalhador e, por vezes, diretamente como resultado do trabalho realizado, o que unicamente tem a dispor, podendo ou não interessar ao mercado, é a sua força de trabalho. Não é demais insistir aqui sobre suas possibilidades de inserção como superpopulação relativa e de integrar o exército de reserva – de forma momentânea, duradoura ou definitiva.

⁷¹ “É importante destacar que a RP não se restringia ao âmbito da Previdência Social, pois com o desenvolvimento industrial em curto espaço de tempo, surgiram mais de 1.000 entidades governamentais, estaduais e privadas voltadas para a reabilitação” (SILVA, 2019, p.310).

⁷² Ato Normativo nº 43, oriundo da resolução nº CD/DNPS – 360, 13/09/01968 (SILVA, 2019).

Portanto, a política de reabilitação desse período se destinava ao trabalhador incapacitado que apresentasse condições de voltar à atividade produtiva, deixando à margem os que tinham seqüelas mais graves e os trabalhadores aposentados, muitas vezes inválidos em decorrência do trabalho. Sem acesso à reabilitação, com vistas a melhorar sua qualidade de vida e minorar seqüelas, os aposentados e os inválidos, devido à gravidade do seu adoecimento ou acidente, ficavam simplesmente sem auxílio algum, se considerarmos a extrema precariedade dos serviços de saúde pública durante a ditadura (SILVA, 2019, p.302-303).

Conforme mencionado, a conclusão do processo de reabilitação profissional não trazia garantias sobre a forma de inserção no mercado de trabalho. Dessa forma, considerando que, no Brasil, nunca alcançamos o estágio de pleno emprego, com o convívio de formas de trabalho formal, informal, desemprego e distintas modalidades de contratação precária (POCHMANN, 2006), com alta rotatividade e o baixo preço dos salários, forma-se um conjunto de fatores que são ainda mais desfavoráveis aos trabalhadores, especialmente aqueles reabilitados profissionalmente. Se o exército de reserva exerce uma pressão para o rebaixamento dos salários, é possível inferir que também atua no favorecimento da contratação de trabalhadores e trabalhadoras em pleno gozo da sua capacidade de trabalho ao invés de trabalhadores reabilitados.

Faleiros (2010a) também aponta que a principal dificuldade do processo de reabilitação profissional estaria no retorno ao trabalho do trabalhador acidentado, visto que a empresa não estaria interessada em uma força de trabalho com capacidade reduzida. Como vimos, a força de trabalho é uma mercadoria a ser consumida pelo capitalista e é esta capacidade de trabalho que interessa ao consumo produtivo e embora toda a política fosse no sentido do retorno o mais rápido à produção, as inflexões do adoecimento ou acidente jogam um papel importante, especialmente quando se considera a pressão e concorrência de um vasto exército de reserva⁷³.

Silva (2019) observa que, na época, o INPS chegou a realizar algumas ações na tentativa de convencimento da classe burguesa e conscientização da sociedade sobre a importância de uma “segunda chance” a estes trabalhadores, evitando sua “exclusão” da sociedade. No entanto, as abordagens eram com claro teor

⁷³ Como exposto no primeiro capítulo, mas pertinente lembrar. No processo de acumulação do capital ocorre uma alteração qualitativa na sua composição, aumentando seu componente constante (trabalho morto) em detrimento do seu componente variável (trabalho vivo). Assim, a acumulação capitalista, em qualquer período histórico, produz uma população trabalhadora excedente, criando um exército industrial de reserva do qual o capital pode dispor de acordo com seu interesse e de acordo com sua expansão ou retração e que regula o movimento do salário (MARX, 2017).

moralizador do trabalho e sua valorização como único meio de dignidade ou utilidade do indivíduo – afinal, sem a possibilidade de venda da sua força de trabalho o que sobra ao trabalhador na sociedade capitalista?

O sucesso do programa de reabilitação profissional era deslocado para a superação e força de vontade dos trabalhadores. Assim, da mesma forma que os agravos à saúde eram tratados de forma individualizada, muitas vezes culpabilizando o trabalhador por sua “displicência” e desatenção, o sucesso da reabilitação profissional também era, por muitas vezes, transferido para suas costas, como algo que dependesse apenas do seu esforço ou do seu querer. Dessa forma, o Estado administrava o conflito entre capital e trabalho com medidas paliativas no que tange à saúde dos trabalhadores tanto no que se relaciona a ações de prevenção de acidentes e/ou demais agravos à saúde quanto na reinserção ao trabalho.

De modo geral, a defesa da RP, se revestia de um discurso em prol dos direitos dos trabalhadores e de um humanismo que encobria cálculos econômicos meticulosos objetivando manter a Previdência superavitária, além de um discurso baseado na utilidade do ser humano apenas como trabalhador, sob o capitalismo. Consequentemente, o trabalhador acidentado ou adoecido em benefício da previdência social era apresentado como oneroso e inútil para a sociedade como um todo, sendo necessário um processo de readaptação ou reajustamento para que este elemento marginalizado pudesse voltar a ser útil, digno, participe do desenvolvimento da coletividade através de seu labor (SILVA, 2019, p.312).

Na verdade, o serviço de Reabilitação Profissional cumpriu um papel econômico e ideológico no período da ditadura civil-militar. Econômico porque, como vimos, foi favorável ao desenvolvimento do capitalismo e ideológico porque escamoteava a relação de exploração entre capital e trabalho, fragilizando a luta social. Apontar ou definir o serviço de reabilitação profissional na sociedade capitalista como uma política humanitária ou assistencial encobre as contradições do modo de produção capitalista, reforçando a individualização da questão da saúde dos trabalhadores e a culpabilização do(a) trabalhador(a) pelo acidente ou pelo seu processo de adoecimento, que, em realidade, muitas das vezes, decorrem do próprio trabalho e/ou das condições de vida da classe trabalhadora (SILVA, 2019).

As mudanças sociais ocorridas, no entanto, a partir da redemocratização do país, a constituição do sistema de Seguridade Social brasileiro e as transformações político-econômicas em decorrência da expansão da política econômica neoliberal

incorporam novos elementos para a análise deste serviço previdenciário como veremos a seguir.

2.3 Restrições da Reabilitação Profissional da Previdência Social no período de 1990 a 2002

A partir da década de 1990, o serviço de Reabilitação Profissional (assim como a própria política previdenciária) sofrerá os rebatimentos da política econômica neoliberal. Trata-se de um reordenamento do capital diante do esgotamento da onda longa expansiva nos anos 1970, caracterizado pela crise do capital. Dessa forma, como Barbosa ressalta (2018), tanto o neoliberalismo quanto o capital financeiro não são os elementos responsáveis pela crise econômica, ainda que agravem o cenário de restrição de direitos e conseqüente piora da condição de vida da classe trabalhadora, mas surgem em decorrência da crise estrutural do capital. Isto é,

[...] a crise tem origem nas condições de produção e realização das mercadorias, resultando especificamente na superprodução mundial decorrente da concorrência. Ou seja, o excesso de capacidade no setor manufatureiro mundial e a queda da lucratividade do conjunto das empresas impediram a continuidade do dinamismo do ciclo anterior, dos 'trinta anos gloriosos'. (BARBOSA, 2018, p.251).

No caso brasileiro, o país tinha recentemente vivenciado o processo de construção da Constituição Federal, em 1988, instituindo o sistema de Seguridade Social com forte participação popular e dos movimentos sociais. Era uma fase de otimismo para o movimento progressista que reivindicava a implantação de um sistema de seguridade social universal⁷⁴.

Os movimentos sociais em franca ascensão, impulsionados pelas lutas em torno da redemocratização do país, resgate das liberdades individuais e coletivas suprimidas no período da ditadura militar, e ampliação dos direitos sociais, com vista à redução da enorme dívida social que se estabeleceu no período ditatorial, tiveram forte presença no processo constituinte. Participaram por meio das formas diretas e indiretas possibilitadas pela estrutura da Assembleia Nacional Constituinte (SILVA, 2012, p.132-133).

Destacamos aqui realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a participação de 4 mil pessoas debatendo questões como “Saúde como

⁷⁴ Desde o fim da década de 1970 a forma de prestação do serviço de saúde no país já sofria críticas e protestos em congressos operários e movimentos de renovação médica, recusando a parceria Estado e mercado no atendimento (VIANNA, 1998).

Direito”, “Financiamento do Setor da Saúde” e “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”.Cumpre destacar a importância do movimento de Reforma Sanitária na defesa de um sistema de saúde único, de acesso universal à população, superando as desigualdades relacionadas ao atendimento segmentado da assistência médica privada aos trabalhadores formais, fornecido pela Previdência Social.

De acordo com Vianna (2001), o conceito de seguridade social está relacionado a uma concepção sistêmica da política social e este foi o sentido expresso na Constituição Federal de 1998.

[...] a Carta consignou o entendimento da política social como conjunto integrado de ações, como dever do Estado e direito do cidadão. Incorporou, assim, ainda que tardia e nominalmente, uma das grandes marcas do século XX. Pois seguridade social é um termo cujo uso se tornou corrente a partir dos anos 40, no mundo desenvolvido e particularmente na Europa, para exprimir a ideia de superação do conceito de seguro social no que diz respeito à garantia de segurança das pessoas em situações adversas. Significa que a sociedade se solidariza com o indivíduo quando o mercado o coloca em dificuldades. Ou seja, significa que o risco a que qualquer um, em princípio, está sujeito – de não conseguir prover seu próprio sustento e cair na miséria –, deixa de ser um problema meramente individual e passa a constituir uma responsabilidade social, pública. Por isso, a Seguridade Social, em países avançados, fica de uma forma ou de outra, nas mãos do Estado (VIANNA, 2001, p.173).

De forma resumida, Takahashi (2006) pontua a existência de dois projetos ideológicos em disputa nesse período no que se refere à seguridade social. Por um lado, os que defendiam, sob influência do modelo Beveridgeano, um projeto de Seguridade Social pautado nos princípios da universalidade; da integralidade; da irredutibilidade dos valores dos benefícios; da solidariedade e do controle social. De outro lado, os que defendiam o projeto nos moldes de seguro social, seletivo, com cobertura condicionada à relação de emprego, com financiamento por contribuição direta dos empregados e empregadores sob a justificativa do equilíbrio atuarial e da modernização e eficiência da máquina estatal.

Boschetti e Behring (2011) classificam a Seguridade Social brasileira como um sistema híbrido, visto que os princípios do modelo Bismarckiano predominam na Previdência Social e os do modelo Beveridgeano orientam o sistema público de Saúde, não alcançando a universalização de todos os direitos sociais. Na área da Previdência Social, os direitos permaneceram dependentes do trabalho; na Saúde, os direitos são de caráter universal; e na Assistência Social são seletivos. Todavia, como Vianna (1998) defende, apesar de se ter avançado na construção da

Seguridade Social brasileira, o caráter da “americanização” não foi superado com entraves na prestação dos serviços de acordo com os preceitos constitucionais.

Apesar da Constituição Federal ter introduzido avanços ao tema dos direitos sociais, foi incipiente, portanto, para garantir a sua universalização. Assim, os avanços conquistados com a transição democrática não repercutiram de forma efetiva para a população em termos de seu pleno acesso. Como Mota (2007) salienta, a seguridade social brasileira foi adequada aos ajustes macroeconômicos impostos pelo capital.

Desde o final da década de 1980 estiveram em jogo duas questões centrais e organicamente vinculadas: uma, de ordem mais econômica, visou adequar a seguridade social às reformas macroeconômicas, implicando-a nos mecanismos de financiamento da economia e transformando-a na vilã do déficit público e da plena integração à economia de mercado; a outra, de natureza político-estratégica, consistiu em obter o consentimento passivo dos trabalhadores aos mecanismos que dão nova funcionalidade ao sistema de cobertura dos riscos sociais e do trabalho (campo da seguridade social), fragmentando-o em medidas assistenciais focais, na cobertura pública mínima e na complementação de benefícios e serviços privados, seja por meio de instituições do mercado, seja por meio da formação de fundos previdenciários complementares privados (MOTA, 2007, p.141).

Sobre a política de Previdência Social, permaneceu seu caráter contributivo, organizada por filiação obrigatória e custeada por toda a sociedade, visto que o orçamento da Seguridade Social passou a compor, além das contribuições diretas, impostos do orçamento da União, contribuições sociais sobre folhas de salários, faturamento e lucro, receitas de concursos de prognósticos, entre outros.

Em 1990, no governo Collor de Mello, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passa a se chamar Instituto Nacional do Seguro Social, demarcando a lógica economicista e securitária da política previdenciária. A prestação da Reabilitação Profissional continuou tendo como público os trabalhadores formais e trabalhadores contribuintes da Previdência Social.

Takahashi (2006) destaca que os profissionais do serviço chegaram, inicialmente, a serem otimistas com relação a mudanças mais progressistas na Reabilitação Profissional. Isto porque entre o período de 1992 a 1993 foram implementados grupos de trabalho pelo governo com a temática da Saúde do Trabalhador, considerando eixos como: prevenção, assistência à saúde, assistência previdenciária e sistema de informação. Na época, o serviço de Reabilitação Profissional fora questionado sendo considerado como um modelo ultrapassado e pouco eficiente.

Desse modo, acompanhava-se com atenção os trabalhos desenvolvidos pela Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador [Ministério do Trabalho, Ministério da Previdência Social e Ministério da Saúde], criada no início de 1993, e constituída por especialistas com experiência e qualificação acadêmica reconhecidas, que tinham como tarefa consolidar os dados dos diagnósticos dos GT(s) e apresentar propostas técnicas de integração das políticas e das práticas entre os três ministérios, definindo os papéis e as responsabilidades de cada setor, o plano de custeio de cada área, os mecanismos de articulação interinstitucional e os instrumentos legais e de controle social (TAKAHASHI, 2006, p.129).

Alguns avanços puderam ser observados no entendimento de Takahashi (2006) como, por exemplo, assessoria técnica prestada pelo Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social de Belo Horizonte – MG (NUSAT) a sindicatos, empresas, Perícia Médica do INSS, elaboração de norma técnica para subsidiar a Perícia Médica nas avaliações dos trabalhadores e elaboração de norma técnica sobre as lesões por esforços repetitivos (LER) em 1993. Por meio de uma ordem de serviço institucional, a Perícia Médica passava a ter a obrigação de visitar locais de trabalho para realização donexo causal entre trabalho e adoecimento. Outra ação sinalizada pela autora, foi uma proposta de criação de Centros Integrados de Atenção em Saúde do Trabalhador (CIATS) pela Coordenação de Serviços Previdenciários, de caráter interministerial (Ministérios da Previdência Social, do Trabalho e da Saúde) e que, apesar de não ter sido implementada, demonstrava a existência de um segmento progressista na instituição⁷⁵.

O documento do coordenador foi muito bem recebido pelos profissionais que desenvolviam trabalhos interinstitucionais e que tinham a expectativa de transferência dos serviços de reabilitação profissional para o SUS, devido ao caráter terapêutico desses serviços, o que representaria um avanço na busca da integralidade das ações de saúde do trabalhador, envolvendo assistência, vigilância/prevenção e reabilitação. A proposta dos CIATS parecia um caminho que seria trilhado nessa direção (TAKAHASHI, 2006, p.131)

A proposta de transferir a prestação do serviço de Reabilitação Profissional do INSS para o SUS foi descartada, no II Seminário de Atividades Previdenciárias, em 1994, “locus de disputa política” (TAKAHASHI, 2006, p.132), no momento. O deslocamento do serviço para o Sistema Único de Saúde seria uma vitória na universalização do seu acesso para toda a classe trabalhadora. Mas, conforme Takahashi (2006) sinaliza, a lógica dominante era securitária na defesa da Reabilitação Profissional como um benefício da Previdência e não um serviço de

⁷⁵ A autora ressalta, contudo que após 12 anos, em 2005, a essência da proposta foi incorporada na III Conferência de Saúde do Trabalhador, no eixo temático Integralidade.

saúde. Seu acesso estaria condicionado, portanto, à filiação dos trabalhadores e suas contribuições à Previdência Social.

Ora, a justificativa tratou-se apenas de um engodo, visto que o fundo público é a fonte de financiamento das políticas sociais e sua base provém da contribuição da classe trabalhadora, seja de forma direta ou indireta, como vimos. O fato do SAT, a fonte de custeio do SRP, ser realizada por repasse de tributos pelas empresas, não significa que não seja recurso do trabalhador.

Na verdade, a lógica de contenção de custos na política previdenciária é presente desde sua formação, não sendo algo novo. Mas, a partir da expansão do projeto político-econômico neoliberal, ocorre uma redefinição do papel do Estado e de redução dos custos sociais. Assim, nos anos 1990 iniciou-se um processo de desmonte do incipiente modelo de proteção social conquistado no Brasil, impactando a política previdenciária e, especificamente, o serviço de Reabilitação Profissional do INSS.

Cumprido destacar que o projeto neoliberal no Brasil já era presente em governos anteriores. Faleiros (2010b) destaca que, no governo Figueiredo, este paradigma já era emergente, tendo como pilar central a redução do Estado e o mercado como alternativa. Entre os períodos de 1983-1984, pressionado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) em razão do “déficit previdenciário”⁷⁶, a política governamental buscava reduzir benefícios e aumentar a arrecadação, além da forte pressão por este organismo internacional da privatização da Previdência Social em fundos de capitalização. O discurso do déficit da Previdência Social passa a ser uma constante nos governos posteriores até o momento atual.

No plano interno, a contra-reforma liberal foi favorecida pelo esgotamento do Estado Nacional Desenvolvimentista, o que contribuiu para que as elites políticas reorganizassem suas forças e fizessem a opção subserviente pelo projeto liberal, sobretudo a partir da eleição de Collor.

Em suma, foi somente em 1988 que o Brasil incorporou o paradigma adotado pelos países capitalistas centrais a partir de 1945. Quando o fez, esse paradigma já estava na contramão do movimento do capitalismo em escala mundial; e, no plano interno, o estiolamento de suas possibilidades foi favorecido pelo esgotamento do Estado Nacional Desenvolvimentista e

⁷⁶ O discurso do “déficit” previdenciário é manipulado na busca de consenso para a redução dos custos sociais e as contrarreformas da Previdência Social. Não podemos desprezar no debate, a contribuição de Mota (2005). Segundo esta autora, a tentativa de constituir um projeto hegemônico de classe, por parte da burguesia brasileira, consolida-se mediante a construção de uma “cultura da crise”, a partir dos anos 1980, que busca trabalhar o consentimento ativo das classes subalternas. Para tal, lança-se a ideia de que a crise afeta toda a sociedade e para sairmos desta “drástica” crise, os interesses privados da classe dominante devem-se tornar genéricos e universais.

pela nova recomposição das forças políticas conservadoras, que se deu em torno do modelo liberal. Assim, o ambiente que se formou nos anos 90 era absolutamente hostil para frágil cidadania conquistada. O embrião de Estado Social esboçado pela Constituição de 1988, emergiu praticamente natimorto (FAGNANI, 2005 p.378-379).

De acordo com Anderson (1995), o neoliberalismo surge após a Segunda Guerra Mundial e tratou-se de uma resposta crítica ao Estado intervencionista e de Bem Estar Social como estratégia de superação da crise recessiva do capital. Neste paradigma, qualquer limitação do mercado por parte de intervenção estatal é refutada, sendo considerada uma ameaça à liberdade. No aspecto ideológico, tem como pauta central o anticomunismo, mas, também o questionamento da social-democracia.

Assim, conforme análise de Netto (2001), a crise do *Welfare State* trata-se da crise do capitalismo democrático. Ou seja, a derrota do capitalismo em pacificar acumulação do capital com direitos sociais. O projeto neoliberal tem, na sua essência, uma “argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia” (NETTO, 2001, p.77). Ainda de acordo com o autor, “a restauração do capital [...] veio para demonstrar aos desavisados que o capital não tem nenhum compromisso social” (NETTO, 2012, p. 207-208). A “cartilha” para as políticas sociais passa a ser o aprofundamento da privatização, a focalização e a descentralização.

Os princípios que orientam o paradigma neoliberal na questão social eram absolutamente antagônicos aos da Carta de 1988: o Estado de Bem-Estar Social é substituído pelo ‘Estado Mínimo’; a seguridade social, pelo seguro social; a universalização, pela focalização; a prestação estatal direta dos serviços sociais, pelo ‘Estado Regulador’ e pela privatização; e os direitos trabalhistas, pela desregulamentação e flexibilização (FAGNANI, 2005, p.390).

No Brasil, o neoliberalismo passa a ter hegemonia, de forma mais contundente, em especial no governo de Fernando Henrique Cardoso que inicia o processo de “reforma” do Estado, por meio do Plano Diretor do Aparelho da Reforma do Estado (PDRE) (BRASIL, 1995), elaborado por Bresser Pereira. O PDRE considera que a crise brasileira da década de 1980 foi “uma crise do Estado, que desviou das suas funções básicas, do que decorre a deterioração dos serviços públicos, mais o agravamento da crise fiscal e da inflação” (BEHRING, 2008, p.177).

Assim, o Estado brasileiro é taxado de moroso, ineficiente e rígido, sendo necessária uma “reforma” gerencial com foco na qualidade e produtividade do serviço público.

[...] a ‘reforma’ passaria por transferir para o setor privado atividades que podem ser controladas pelo mercado, a exemplo das empresas estatais. Outra forma é a descentralização, para o ‘setor público não-estatal’, de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem, para os autores [do Plano Diretor], ser subsidiados por ele, como: educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Este processo é caracterizado como *publicização* e é uma novidade da reforma que atinge diretamente as políticas sociais. Trata-se da produção de serviços competitivos ou não-exclusivos do Estado, estabelecendo-se parcerias com a sociedade para o financiamento e controle social de sua execução. O Estado reduz a prestação direta de serviços, mantendo-se como regulador e provedor (BEHRING, 2008, p.178– grifos no original).

Ainda de acordo com a análise de Behring (2008), a transição para a contrarreforma do Estado e do seu aparelho consistia em três direções. São elas: a alteração da legislação; a instauração de uma cultura gerencial e a adoção das práticas gerenciais. A autora destaca que esta lógica gerencial, presente na contrarreforma do Estado⁷⁷, incorpora a eficiência e a produtividade como cultura da administração pública cujo controle estaria pautado pelos resultados e não pelos processos.

Diante deste contexto, dois grandes eixos iriam afetar a política previdenciária, o da contrarreforma da Previdência Social (por meio da Emenda Constitucional nº 20/1998) (BRASIL, 1998a)⁷⁸ e o da contrarreforma administrativa por meio do processo de “modernização” dos serviços previdenciários.

Destacamos aqui algumas das principais mudanças no sistema previdenciário do regime geral com a EC nº 20/1998(BRASIL, 1998a): o aumento da idade mínima para aposentadoria, o estabelecimento do teto máximo dos benefícios, supressão do cálculo das aposentadorias baseados nos últimos 36 meses, passando a uma média dos 80% dos maiores salários desde 1994; fim das aposentadorias especiais e

⁷⁷ O PDRE propõe a reorganização do Estado em quatro setores: o Núcleo Estratégico (responsável pela formulação das políticas públicas, legislação e controle de sua execução); o Setor de Atividades Exclusivas (serviços que somente o Estado poderia executar); o Setor de Serviços Não Exclusivos (o Estado poderia atuar simultaneamente com outras organizações, sejam elas privadas ou públicas não-estatais), cuja proposta era de sua “publicização” e o Setor de Bens e Serviços para o Mercado (empresas estatais a serem privatizadas no processo de contrarreforma que era propugnado) (BRASIL, 1995).

⁷⁸ BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 16 dez. 1998a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm. Acesso em: 15 mar. 2022.

implantação do fator previdenciário, uma espécie de redutor do valor do benefício que leva em consideração o tempo de contribuição, a idade e a expectativa de gozo do benefício (BRASIL, 1998a). Na prática, tais mudanças buscaram, com êxito, retardar o acesso à aposentadoria prolongando a permanência do trabalhador no mercado de trabalho.

Uma das primeiras consequências da reforma é a redução drástica na concessão das aposentadorias por tempo de contribuição. Elas representavam 18% dos benefícios concedidos e 49% das aposentadorias da Previdência Social em 1997 (antes da reforma) e reduziram-se para 4% e 21% respectivamente em 2002. Isto significou uma diminuição de 62% no período (SALVADOR, 2005, p.21).

Já no plano da “modernização dos serviços”, conforme Takahashi (2008), documentos do Ministério da Reforma do Estado (Mare) que circulavam na época nas unidades de Reabilitação Profissional tinham como foco prioritário o ataque à estabilidade dos servidores públicos. Os argumentos utilizados eram o engessamento das relações de trabalho, o excesso de protecionismo na legislação que impedia o espírito empreendedor e/ou, até mesmo, recusa em oportunidades de trabalho mais atrativas no mercado privado. A solução apontada seria a dispensa dos servidores, conforme documento do Mare “quando a pessoa se torna desnecessária por excesso de quadros ou desmotivada com seu trabalho, ela seria dispensada, mas indenizada correspondentemente” (TAKAHASHI, 2008, p.2664).

O pano de fundo dessas questões é, como já vimos, a tese neoliberal do Estado Mínimo e a crítica ao [seu] caráter demasiado intervencionista [...] na economia e nas políticas sociais, considerado o fator responsável pelo endividamento e pela crise fiscal. A transformação do Estado em apenas regulador das políticas sociais, e dentre elas as de previdência social, valorizava as funções de fiscalização e auditoria do INSS, ao mesmo tempo, que trazia uma depreciação das funções relacionadas à execução das políticas sociais, como os serviços de reabilitação profissional e de serviço social (TAKAHASHI, 2006, p.134-135).

O serviço de Reabilitação Profissional não foi a exceção neste período. O Serviço Social da Previdência Social também foi atacado e cujo ápice foi a Medida Provisória nº 1.729, de 02 de dezembro de 1998, que extinguiu o Serviço Social da Previdência como um serviço previdenciário (BRASIL, 1998b)⁷⁹. Por conta da grande mobilização dos movimentos sociais e dos conselhos representativos da categoria, a

⁷⁹ BRASIL. Medida Provisória nº 1.729, de 2 de dezembro de 1998. Altera dispositivos das Leis nºs 8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 3 dez. 1998b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas/1729.htm. Acesso em: 03 ago. 2022.

extinção foi revertida no mesmo mês (BRASIL, 1998c)⁸⁰. Contudo, como Cartaxo e Cabral (2007) pontuam o exercício profissional do Serviço Social foi esvaziado e seu espaço de atuação reduzido.⁸¹ Neste processo de extinção do Serviço Social, assistentes sociais foram transferidos para o serviço de reabilitação profissional.

O processo de reestruturação do Serviço de Reabilitação Profissional, compreendido entre 1992 e 1997, foi denominado “*Plano de Modernização da Reabilitação Profissional*” cujas propostas relacionadas ao redimensionamento do serviço estavam associadas à redução de sua atuação e enxugamento dos quadros, gerando um clima de insegurança e incerteza entre os servidores. A mudança mais significativa na época, conforme Takahashi (2008), foi a criação das equipes volantes e de extensão, com a extinção dos Centros de Reabilitação Profissional por meio do Decreto nº 2.172, (BRASIL, 1997)⁸².

Dessa forma, as equipes de extensão e volantes foram normatizadas no atendimento aos trabalhadores afastados do trabalho. Esta medida afetou drasticamente a forma como até então o atendimento técnico aos trabalhadores estava sendo ofertado, minando a concepção tradicional das equipes multiprofissionais. Na reestruturação do serviço, as “equipes” passaram a se constituir apenas por um profissional da Perícia Médica com outro servidor de nível superior para a avaliação e condução do processo de reabilitação profissional.

As equipes volantes, apesar de chamadas de equipes, eram, na prática, duplas formadas por um médico e qualquer profissional de nível universitário, denominado orientador profissional, que se deslocavam dos serviços para prestar atendimento nas diversas agências da Previdência Social de sua área de abrangência regional.

As equipes de extensão também eram duplas de composição semelhante à anterior, mas formadas por médicos peritos e assistentes sociais das

⁸⁰ BRASIL. Lei nº 9.732, de 11 de dezembro de 1998. [Conversão da MPv nº 1.729, de 1998]. Altera dispositivos das Leis nºs 8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, da Lei nº 9.317, de 5 de dezembro de 1996, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 14 dez. 1998c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9732.htm. Acesso em: 03 ago. 2022.

⁸¹ Deixando de ser caracterizado como um serviço para ser classificado como atividade auxiliar, o Serviço Social não compunha o organograma institucional – ocorrendo sua exclusão administrativa – além de suprimir a existência da Matriz teórico-metodológica. Apenas em 2002, por meio da Portaria MPAS nº 2.721, de 21 de fevereiro de 2002, as competências e atribuições privativas do cargo na instituição foram retomadas bem como a lotação no quadro geral do INSS. Contudo, não foi revertida a extinção do Parecer Social como instrumento comprobatório para reconhecimento do direito nos casos de ausência de provas materiais para comprovação da dependência econômica e união estável (CARTAXO; CABRAL, 2007).

⁸² BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 2.172, de 05 de março de 1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. *Diário Oficial*. Brasília, DF, 06 mar. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2172.htm. Acesso em: 15 mar. 2022.

próprias agências. Com isto, foram aproveitados servidores transferidos de outros órgãos públicos extintos, como a Legião Brasileira de Assistência, que passaram a executar atividades de reabilitação profissional com a 'supervisão' (à distância) dos CRPs e NRPs (TAKAHASHI, 2008, p. 2665).

Os profissionais com formação em Medicina, que até então atuavam exclusivamente no serviço, passaram a atuar como peritos médicos nas agências de benefícios da Previdência Social. O referido decreto, conforme Takahashi (2006), retirou das atribuições da Reabilitação Profissional as atividades terapêuticas e reforçou as ações relacionadas ao conteúdo de profissionalização/qualificação profissional. O Serviço de Reabilitação Profissional passava a ter como funções as seguintes etapas: de avaliação e a definição da capacidade laborativa; a orientação e o acompanhamento do Programa de Reabilitação Profissional; a articulação com a comunidade para reingresso no mercado de trabalho e a pesquisa de fixação no mercado de trabalho.

Novas formas de gestão e organização do trabalho foram impostas com características muito próximas da preconizadas pela reestruturação produtiva, de par com a contrarreforma do Estado, como exposto através do PDRE/MARE, como por exemplo, incorporação de metas quantitativas; controle de produtividade, aumentando 37%, em apenas um ano (1994 – 1995), o quantitativo de trabalhadores reabilitados, ou seja, desligados do serviço com indicação de retorno ao trabalho.⁸³ A autora destaca que houve resistência por uma parcela de profissionais em aderir às mudanças e a reação institucional se utilizava, por um lado, de um forte apelo pelo engajamento do servidor e, por outro, de mecanismos legais, com alterações em legislações como instrumento impositivo. (TAKAHASHI, 2008).

Verifica-se, assim, que também a Reabilitação Profissional acompanha as mudanças na esfera estatal e que seguem as inflexões da reestruturação da produção e do trabalho. Na verdade, as mudanças ocorridas na Previdência Social, em especial, no serviço de Reabilitação Profissional, compõem e integram um processo maior de reestruturação do capital diante de sua crise.

⁸³ Retoma-se aqui uma caracterização clara deste processo, tal como a conhecida formulação de Harvey (1993) com respeito às estratégias de reorientação da gestão da produção e do trabalho na perspectiva da "acumulação flexível", com a reorganização dos processos de trabalho e que se deu também na esfera estatal, a partir de propostas de gestão gerencialistas, no contexto de contrarreforma do Estado como acima já exposto.

Antunes e Alves (2004), ao caracterizarem as mutações no “mundo do trabalho”⁸⁴, na era da “mundialização do capital” (CHESNAIS, 1996), sinalizam como principais alterações a redução do proletariado industrial com a retração do binômio taylorismo/fordismo; o aumento do novo proletariado fabril e de serviços nas modalidades de trabalho terceirizado, subcontratado e *part-time*; o aumento do trabalho feminino, absorvido pelo capital de forma desregulamentada; a expansão dos assalariados médios no setor de serviços (trabalhadores oriundos do mundo produtivo industrial); a exclusão de jovens no mercado de trabalho; a exclusão de trabalhadores com idade próxima de 40 anos; a expansão do Terceiro Setor assumindo a forma alternativa de ocupação por meio de trabalho voluntário; a expansão do trabalho em domicílio e uma configuração do mundo do trabalho cada vez mais transnacional, com uma classe trabalhadora que mescla sua dimensão local, regional, nacional com o processo de mundialização produtiva.

Consideramos que a organização do trabalho possui características que combinam formas de controle tradicionais (padrão taylorista-fordista), com outras típicas do modelo toyotista e/ou de outros, em estratégias de gestão da produção e do trabalho, tais como os círculos de qualidade total, a avaliação de desempenho pelo alcance de metas, a polivalência, entre tantas outras. Podemos, assim, afirmar a existência de um padrão complexo e híbrido de organização do trabalho. Estas características recebem também suas especificidades particulares no país, conforme já comentado e, especialmente, porque

No Brasil, particularmente na década de 1990, as transformações geradas pela nova divisão internacional do trabalho foram de grande intensidade, já que partiram de uma dinâmica interna, característica dos países de industrialização dependente, fundada na superexploração da força de trabalho. A imposição de baixos salários, associados a ritmos de produção intensificados e jornadas de trabalho prolongadas, foi acentuada pela desorganização do movimento operário e sindical, impossibilitada pela vigência, entre 1964 e 1985 da ditadura militar (ANTUNES; PRAUN, 2020, p.142).

Observa-se, dessa forma, as inflexões que se dão tanto na organização do trabalho e de serviços prestados na reabilitação profissional, como parte da lógica contrarreformista do Estado, coadunando o neoliberalismo com as mudanças do

⁸⁴ De acordo com Stampa (2012, p.36) esta expressão “se refere aos processos sociais que vêm levando às mais diversas formas sociais e técnicas de organização do trabalho desde o fim do século XX e neste início do século XXI, pautando-se na submissão, cada vez maior, dos processos de trabalho e da produção aos movimentos do capital em todo o mundo, compreendendo a questão social e o movimento da classe trabalhadora”.

mundo do trabalho, quanto no que se refere ao perfil dos sujeitos desta política de reabilitação profissional.

Neste sentido, as demandas e o perfil da classe trabalhadora que se apresentava ao serviço de Reabilitação Profissional se alteraram. Se antes, majoritariamente tratava-se de trabalhadores acidentados, apresentando lesões ou mutilação oriundos do ramo industrial, a partir deste período observam-se encaminhamentos por motivo de dor crônica em razão do desgaste de articulações, pelas lesões por esforços repetitivos ou posturas viciosas e transtornos psíquicos.

Tampouco eram somente os trabalhadores, em geral homens que em atividades típicas industriais haviam se acidentado em quedas ou máquinas sem dispositivos de proteção e apresentavam seqüelas, geralmente visíveis. Estes continuavam a ser parte da clientela dos CRP, mas dividiam a atenção desses equipamentos e profissionais com pacientes com Lesões por Esforços Repetitivos (LER), na sua grande maioria mulheres, que haviam adoecido em um trabalho com pouco gasto energético, menos perigoso, mas que trabalhavam em linhas reguladas por esteiras, cujas atividades de montagem ou embalagem exigiam a execução de movimentos repetitivos, em particular dos membros superiores, ao mesmo tempo em que, permaneciam horas sentadas ou em pé, sem possibilidade de locomoção durante a jornada de trabalho, a não ser para suas necessidades fisiológicas, que, no entanto, só podiam ser satisfeitas quando as trabalhadoras eram substituídas por outras, como peças de uma grande engrenagem que não podia ter seu funcionamento interrompido (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009, p.55).

Concomitantemente às mudanças destacadas, propunha-se, pela gestão do próprio instituto, a privatização do serviço de Reabilitação Profissional, considerado incapaz de conduzir as demandas relacionadas aos acidentes de trabalho e doenças profissionais. Assim, a saída seria a privatização do SAT⁸⁵ e o repasse da reabilitação profissional para instituições privadas, como as agências autônomas.

Para a execução das políticas sociais a proposta foi a criação de Agências Autônomas (também chamadas de Agências Executivas), apresentadas como estratégicas para a reforma administrativa, pois operariam no setor de serviços sociais do Estado, não teriam a 'rigidez' do modelo burocrático estatal e sua operacionalização seria mais 'flexibilizada' (TAKAHASHI, 2006, p.135).

Conforme a autora, as principais características da "flexibilização" destas agências estavam relacionadas à contratação temporária de funcionários e o fim do concurso público; gestão voltada para resultados e metas; fim da estabilidade no serviço público com possibilidade de demissões, para reduzir o quadro de servidores

⁸⁵ Por conta da mobilização e resistência dos trabalhadores e sindicatos o projeto de privatização do SAT foi derrotado.

ou em caso de baixo desempenho e menor regulamentação para licitações. Dessa forma, imputou-se aos servidores a responsabilidade ou “culpa” pela ineficiência dos serviços, sem levar em consideração os recursos escassos e as condições de trabalho.

A imposição de metas impossíveis de serem alcançadas com qualidade e diante das condições de trabalho e o aumento da demanda de trabalhadores acidentados, associado a uma baixa capacidade de absorção pelo serviço, contribuíram para leituras distorcidas e busca de formação de um consentimento passivo (MOTA,2007). Isto é, buscavam legitimar medidas de redução ou extinção dos serviços e abolição das atividades terapêuticas na Reabilitação Profissional.

Podemos observar, pelo exposto, a existência de busca pela legitimação de um consenso de que os setores privados seriam mais competentes e eficientes que o setor estatal. Ou, nos termos de Oliveira (1999), há um forte processo de subjetivação, incentivado pela burguesia, de “desnecessidade do público” além da visível privatização do setor estatal.

Do que se trata é algo mais radical, que é a privatização do público, sem a correspondente publicização do privado que foi a contrapartida, ou a contradição, que construiu o sistema do Estado do Bem-Estar. A privatização do público é uma falsa consciência de desnecessidade do público. Ela se objetiva pela chamada falência do Estado, pelo mecanismo da dívida pública interna, onde as formas aparentes são as de que o privado, as burguesias emprestam ao Estado: logo, o Estado, nessa aparência, somente se sustenta como uma extensão do privado. O processo real é o inverso: a riqueza pública, em forma de fundo, sustenta a reprodutibilidade do valor da riqueza, do capital privado. (OLIVEIRA, 1999, p.68)

No período de implementação do Plano de Modernização da Reabilitação Profissional do INSS não se observou, portanto, melhorias no serviço, investimento ou recomposição do quadro de recursos humanos. Tampouco medidas de intervenção sobre as condições de trabalho, buscando a prevenção ao adoecimento ou a busca de ampliação da garantia ao emprego após desligamento destes(as) trabalhadores(as) do serviço, ou seu acompanhamento após o encerramento do processo. Ao contrário, as unidades específicas de Reabilitação Profissional foram sucateadas e o serviço reduzido. Foi permitida a parceria com instituições privadas, empresas, para que essas desenvolvessem o processo de reabilitação profissional de seus empregados, cabendo ao INSS, ao invés do papel de executor da política, o papel de regulador, homologador do processo de readaptação, permitindo inferir

evidências, portanto, da implementação de elementos do PDRE/MARE. O processo, de acordo com Takahashi (2006), estaria centrado na agilização e na homologação da aptidão para o retorno ao trabalho.

Além de o 'Plano de Modernização' alterar e reduzir o modelo assistencial da Reabilitação Profissional do INSS, também levou à extinção das funções ligadas às políticas públicas da Previdência Social, como Assistentes Sociais, Psicólogos, Sociólogos, Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, através da Lei nº 10.355 de 26/12/2001, instituindo-se os cargos de Procurador da Previdência Social, Auditor Previdenciário, Auditor Médico-Pericial, Analista de Benefícios Previdenciários (nível superior) e Técnicos de Benefícios Previdenciários (nível médio). A minuta de extinção apresentada em 1996, que tinha como justificativa o equilíbrio das receitas e despesas do INSS, previa o enxugamento de 924 cargos de nível superior e 4.423 de nível médio (TAKAHASHI, 2006, p.147).

É importante sinalizarmos que a prestação terapêutica aos trabalhadores acidentados, ou seja, a assistência do cuidado ao quadro clínico ou mental acabou sendo deslocada do serviço de Previdência Social para o Sistema Único de Saúde. Entretanto, não ocorre da mesma forma a intersectorialidade entre as políticas, visto que a reabilitação profissional depende da reabilitação clínica do trabalhador, lacuna que persiste até os dias atuais. Ou seja, a possibilidade da venda da capacidade de trabalho no mercado depende da sua condição de saúde, muitas vezes, ocorre um descompasso entre o tempo de atendimento e tratamento na rede pública de saúde e a condução do processo de reabilitação profissional.

Diferentemente da reabilitação profissional, a reabilitação física e psicossocial faz parte das atribuições da área assistencial e compete ao setor da Saúde, ainda que a linha divisória entre ambas seja tênue e suas ações estejam diretamente embricadas. As intervenções terapêuticas em reabilitação, através dos cuidados dos profissionais de saúde ou dos especializados em reabilitação profissional, não são lineares, seqüenciais ou realizadas em etapas estanques, mas atendem à integralidade de um processo dinâmico de recuperação que tem a potencialidade de eliminar ou reduzir a incapacidade (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009, p.54)

Essas alterações que o Plano de Modernização da Reabilitação Profissional executou culminaram com a implantação do "Reabilita", um subprograma vinculado à Perícia Médica em 2001. Takahashi (2006) considera que, a partir de 2001, o Serviço de Reabilitação Profissional entra numa nova fase, pautado pela "agilização e na homologação da aptidão para o retorno ao trabalho" (TAKAHASHI, 2006, p.148), sendo que nos casos de trabalhadores demitidos, ou sem possibilidades de retorno nas empresas de vínculo original, o processo era concluído apenas pela avaliação da aptidão. As atividades dos servidores relacionadas à sua formação e

especificidade profissional mantém-se suprimidas, enfocando-se na figura do “orientador profissional”⁸⁶. Como vimos, a Previdência Social se isenta da manutenção do emprego do trabalhador ou de sua colocação em outro emprego. Dessa forma, o resultado do processo não se trata de uma reinserção efetiva, mas, de uma expectativa.

Para Maeno e Vilela (2010), esta seria a principal característica desta fase, a transferência pelo INSS da responsabilidade do processo em único profissional e não mais o atendimento prestado por equipes multiprofissionais. Vale ressaltar que esta forma de prestação persiste até hoje com novas configurações relacionadas à mudança na carreira da Perícia Médica, como veremos posteriormente.

Muitos desses orientadores profissionais não têm familiaridade com o mundo do trabalho real e com as suas exigências. Seus procedimentos restringem-se à homologação de um processo precário de readaptação que não fica sob a coordenação geral do INSS, mas sim a cargo da empresa de vínculo, com pouca interferência do Estado. Não há sequer um programa de reabilitação profissional traçado por esses orientadores profissionais para cada caso. Com frequência, seus procedimentos restringem-se a entrevistar o reabilitando e a encaminhá-lo à perícia do órgão, solicitando à empresa de vínculo informações sobre o cargo a lhe ser oferecido. Sem uma avaliação criteriosa da atividade laboral oferecida pela empresa, promove-se um estágio, que, cumprido de alguma forma, resulta na homologação da reabilitação do segurado, independentemente das condições reais de efetiva reinserção no ambiente de trabalho (MAENO; VILELA, 2010, p.91).

Os autores mencionados sinalizam, em seu estudo, algumas questões que necessitam ser superadas pela Reabilitação Profissional, na perspectiva de uma política pública, dentre os quais ressaltamos: a falta da avaliação multiprofissional; a conclusão dos processos, mesmo em casos de desempenhos insatisfatórios dos trabalhadores; a delegação à empresa em identificar atividades laborais compatíveis com o quadro de saúde dos trabalhadores; pouca ou nenhuma participação dos trabalhadores, retirando-lhes o papel de sujeitos de seu processo de reabilitação profissional. Um ponto importante defendido pelos autores é que a superação de tais limites perpassa pelo entendimento do atual mundo trabalho. No entanto, de acordo

⁸⁶ Desde a retirada das atribuições privativas dos profissionais, “orientador profissional”, “responsável pela orientação profissional”, atualmente “profissional de referência”, passou a constituir a nomenclatura utilizada na instituição ao longo dos anos para se referenciar os profissionais de nível superior que atuam no SRP e são responsáveis pela condução dos casos de reabilitação profissional dos trabalhadores. Verifica-se aí características que podem estar relacionadas a perspectiva de polivalência/multifuncionalidade, tal como anteriormente foi exposto a respeito das denominadas mudanças do mundo do trabalho, adotadas também no âmbito estatal, caracterizando um processo de trabalho mais racionalizado e com perda de qualificações profissionais. Esta é uma questão importante a ser perseguida, em outros estudos, na análise de como o trabalho é alterado e as formas de gestão atual, mas que não cabe desenvolver aqui.

com o pensamento de Maeno e Vilela (2010) a incorporação das demandas trabalhistas e sanitárias dos trabalhadores “nas equações de sustentabilidade das políticas econômicas é de importância central para que se supere a sobreposição ao bem-estar da população cujo ônus recai sobre o próprio Estado” (MAENO; VILELA, 2010, p.93). Mas se compreendemos que a exploração do trabalho é elemento estrutural na sociedade capitalista e, se levarmos em conta a particularidade brasileira de capitalismo dependente, esta exploração do trabalho recrudescerá ainda mais, precarizando as condições de vida da classe trabalhadora. Portanto, a depender do processo de luta de classes, a gestão do trabalho pode ser mais ou menos favorável para a classe trabalhadora.

No próximo subitem, é possível observar uma tentativa de aproximação da Reabilitação Profissional com o campo de Saúde do Trabalhador, paralelamente ao processo de contrarreforma da Previdência Social. Trata-se do período dos governos do Partido dos Trabalhadores no país.

2.4 A Reabilitação Profissional no período de 2003 a 2016 na gestão do Partido dos Trabalhadores

Os duros ataques no campo das políticas sociais propiciaram uma série de contestações às restrições aos direitos sociais possibilitando a eleição de governos populares e de centro-esquerda, com posicionamento contrário à política neoliberal (MOREIRA; NOBRE, 2016). Neste contexto, o Partido dos Trabalhadores (PT) vence as eleições, em 2002, iniciando sua gestão em 2003.

Como as autoras destacam, o PT, todavia, ao longo dos anos foi afetado por um transformismo passando de forma antissistema ao caráter social-democrata. Dessa forma, sua postura foi de manutenção do ajuste fiscal e de outras medidas buscando a estabilidade monetária expressa na “Carta aos Brasileiros”. A mudança de postura ia em direção totalmente contrária à participação combativa do partido em sua trajetória e enquanto principal oposição durante o governo FHC, em especial, no processo de aprovação da contrarreforma da Previdência Social em 1998. Elemento fundamental nesse transformismo foi a derrota eleitoral de Lula contra FHC e a crescente institucionalização do partido com alianças a setores mais conservadores da sociedade.

Quando finalmente, Lula venceu as eleições em 2002, o país estava de cabeça para baixo. Ao contrário da potência criadora das lutas sociais dos anos 80, o cenário era de estancamento em meio a tanta destruição. *Sua eleição foi, por isso, uma vitória política tardia*. Nem o PT, nem o país eram mais os mesmos. O segundo estava *desertificado* enquanto o primeiro havia se *desvertebrado*. A Carta aos Brasileiros, assinada pelo PT em plena campanha eleitoral era uma clara demonstração de que o governo do PT seria fiador dos grandes interesses do capital financeiro, sob o comando do FMI. Por isso, ela se tornou conhecida pelos seus críticos como Carta aos Banqueiros. (ANTUNES, 2005)⁸⁷.

Nos termos do autor, “as forças de esquerda que se credenciam para demover o neoliberalismo, quando chegam ao poder, frequentemente tornam-se prisioneiras da engrenagem neoliberal” (ANTUNES, 2005). Já nos primeiros momentos do seu mandato, foi sinalizado pelo governo Lula o interesse na realização de uma contrarreforma da Previdência Social, adotando a agenda do FMI, do Banco Mundial (BM) e do capital financeiro, afastando-se de uma concepção universal para a política e defendendo o caráter de seguro e condicionalidades de acesso. A primeira medida do governo relacionada à Previdência Social afetou diretamente os servidores públicos.

O conteúdo da reforma do governo Lula penalizou principalmente os servidores públicos ao extinguir a aposentadoria integral, embutir previdência complementar e taxar os inativos. A despeito do impacto da reforma, o PT não se preocupou em realizar discussão clara e coletiva com as entidades de classe para saber a opinião dos trabalhadores sobre a reforma e, ainda, usou a mídia para aplicar meias-verdades e distorcer as informações sobre o déficit previdenciário, fortalecendo a cultura da crise em consonância com a manutenção do padrão burguês de exploração com os custos no trabalho (MOREIRA; NOBRE, 2016, p.526).

Na prática, foi uma medida para expandir os fundos de pensão e garantir o processo de acumulação do capital financeiro. Além disso, o governo tinha interesse na poupança interna propiciada por estes fundos para sua alocação em políticas de desenvolvimento, e “[...] manifesta sua intenção de utilizar os recursos dos fundos em seus futuros programas de infra-estrutura ou de caráter social, o que não estaria de acordo com a definição do benefício” (MARQUES; MENDES, 2004, p. 11).

Como Granemann (2002) aponta os processos de contrarreforma da Previdência Social tanto são de sentido político quanto econômico. Político porque aprofunda a fragmentação dos interesses dos trabalhadores e a luta de classes pela

⁸⁷ ANTUNES, R. O governo Lula e a desertificação neoliberal no Brasil. In: *Resistir Info*. Jan. 2005. Disponível em: https://resistir.info/brasil/r_antunes_jan05.html. Acesso em: 20 jul. 2021.

instituição de “previdência privada”⁸⁸ diluindo a solidariedade de classe dos trabalhadores. Econômico porque abre espaço ao capital financeiro para novos nichos de acumulação que reverberam na centralização dos capitais e na financeirização da riqueza.

De forma sucinta, os fundos de pensão são compostos por contribuições salariais dos trabalhadores com a expectativa de receber o retorno deste investimento no momento da complementação de sua aposentadoria. Mas não há a garantia do valor deste benefício futuro, que depende da rentabilidade destes recursos. Desta forma, os recursos dos trabalhadores são aplicados pelos administradores destas instituições em empreendimentos considerados mais sólidos, lucrativos. Ou seja, em empreendimentos que potencializem a extração de mais-valor de seus trabalhadores.

[...] cabe agora ao trabalhador – ‘proprietário’ de um dado fundo de pensão, eufemisticamente denominado participante – gerar ‘recursos’ e ‘apostar’ em ações mais rentáveis no eletrizante jogo das bolsas e do capital especulativo. Realiza-se assim a exploração do trabalhador pelo próprio trabalhador, porquanto ao aumentarem as ações em bolsas de valores e o capital financeiro emprestar capital-dinheiro a juros, incrementa-se a geração de mais-valia (GRANEMANN, 2002, p. 76).

No governo Lula buscou-se a política de conciliação de classes. Ao mesmo tempo em que mantinha e implementava medidas de cunho neoliberal, incorporou uma linha neodesenvolvimentista com reajuste salarial, ampliação do emprego formal, expansão de políticas sociais e significativo incremento da rede pública federal de ensino. Na necessidade de apoio com os partidos de centro, utilizou-se da velha política “toma lá dá cá” (MOREIRA; NOBRE, 2016, p.529), com esquemas de corrupção – denunciados posteriormente – e que foram denominados “mensalão”. Outra característica do governo de Lula foi a participação de líderes de movimentos sociais, como sindicalistas, em quadros técnicos do aparato estatal e na gestão de instituições privadas, como os fundos de pensão. Fato que, para Behring, Cislighi e Souza (2020), tratou-se de uma forma peculiar da gestão do governo PT, denominada por Cislighi (2020) de “neoliberalismo de cooptação”.

Essa faceta do neoliberalismo emerge como resposta às lutas de movimentos sociais em todo mundo no início dos anos 2000 contra os

⁸⁸ Aqui utilizamos o termo entre aspas, consoante ao entendimento de Granemann (2020), uma vez que trata-se, de fato, de uma não previdência, um investimento bancário-financeiro que, ao contrário de ser complementar, tem a existência condicionada à dilapidação da Previdência Social pública enquanto direito social.

efeitos perversos desse modelo econômico. Essas lutas impulsionaram a chegada ao poder de antigos representantes de partidos da classe trabalhadora, como Lula no Brasil e Tony Blair na Inglaterra. Esse ascenso de governos chamados progressistas, principalmente na América Latina, no entanto, não reverteu e sequer interrompeu a aplicação do receituário neoliberal em sua essência. Esses governos, entretanto, apropriaram-se das pautas de reconhecimento que, associadas a políticas sociais focalizadas, cooptaram lideranças sindicais, feministas, de movimentos antirracistas e LGBTQs para formação de um novo consenso, o que Fraser (2016) chama de neoliberalismo progressista. No Brasil, o neoliberalismo progressista adquire fortes características de cooptação de liderança sindicais, que passam a ocupar cargos no governo e administrar fundos de pensão, favorecendo dessa forma seus interesses materiais em associação com os interesses do capital financeiro por meio de seu acesso privilegiado ao fundo público (BEHRING; CISLAGHI; SOUZA, 2020, p.104).

Se por um lado, o governo incentivava a expansão das instituições de “previdência privada”, no que tange ao Regime Geral de Previdência Social, medidas foram tomadas para ampliação da cobertura previdenciária. Com isso, propiciava seu alargamento aos trabalhadores informais e desempregados, o que dava um “tônus popular ao gerenciamento da política” (MOREIRA; NOBRE, 2016, p.527), ao mesmo tempo em que se ampliava a base de financiamento diante da regressão do trabalho formal. Nesta direção, podem ser citadas as seguintes medidas: Plano Simplificado de Previdência Social (PSPS), Plano do Microempreendedor Individual (MEI); Plano de Contribuição Previdenciária associado ao Cadastro Único (CadÚnico) para os contribuintes facultativos de baixa renda, conhecido popularmente como a contribuição “dona(o) de casa”⁸⁹.

Referente ao serviço de Reabilitação Profissional, as alterações implantadas com o Plano de Modernização e os ataques aos servidores geraram um esvaziamento no serviço com um enorme déficit de profissionais que culminaram na contestação à forma como o serviço estava sendo prestado.

A crítica ao antigo modelo centralizado e elitista, mas também à distorção produzida pelas mudanças reducionistas promovidas pela contrarreforma, foi compartilhada por servidores, pelos segurados e sindicatos, pelas pessoas com deficiência e suas associações, pelos setores responsáveis pela fiscalização das condições de trabalho e pela saúde do trabalhador. Tal crítica inspirou, em parte, a elaboração da Carta de São Paulo. Esse

⁸⁹ As três formas de contribuição são fixadas no salário-mínimo. O Plano Simplificado da Previdência Social busca atrair os trabalhadores informais, reduzindo a alíquota de contribuição para 11% ao invés dos 20%, como é no caso do contribuinte individual. Por sua vez, o MEI abarca o universo de trabalhadores individuais que se registram na condição de Pessoa Jurídica (PJ), com encargos reduzidos, facilitação para empréstimos, entre outros, e estão submetidos à alíquota de 5% sobre o faturamento mensal da empresa. Já as contribuições relacionadas ao CadÚnico, vinculado à Assistência Social, contemplam a população que não exerce atividade de trabalho, sem renda própria e que tenha renda per capita familiar de até 2 salários-mínimos. Garante a possibilidade de recolhimento de 5% com a necessidade de atualização do CadÚnico a cada 2 anos.

documento foi elaborado em 2003, por ocasião do Fórum Nacional de Reabilitação Profissional, evento precedido por fóruns locais e regionais, que deveriam mobilizar a participação popular (MEDEIROS, 2012, p.168).

Medeiros (2012) aponta, contudo, que a ausência da participação popular limitou o debate ao caráter tecnicista. As propostas mais progressivas foram barradas por um “Projeto de Revitalização que não chegou a sair do papel e postergou indefinidamente a efetivação de ações intersetoriais e interdisciplinares” (MEDEIROS, 2012, p.168).

Em 2009, a partir de uma nova reestruturação do INSS, por meio do decreto nº 6.934, a antiga Diretoria de Benefícios por Incapacidade é substituída pela Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT)⁹⁰, gerida por um perito médico.(BRASIL, 2009)⁹¹. A esta diretoria caberia a coordenação dos serviços previdenciários de Perícia Médica, Serviço Social e Reabilitação Profissional. Dessa forma, de acordo com Miranda (2018), a partir da criação da DIRSAT, o Serviço de Reabilitação Profissional da Previdência Social demonstrou interesse em superar as ações de caráter biomédico, visando a construção de um novo modelo teórico-prático. Todavia, os esforços não foram capazes de romper com aquele modelo e nem com a cultura hierárquica institucional. Tal afirmação do autor, parte de algumas iniciativas adotadas pelo governo federal na época.

Em 2011, o Poder Executivo aprovou a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), com a inclusão da reabilitação profissional como um dos princípios estruturantes. Todavia, sem possibilitar, na prática, mecanismos e investimentos que promovessem impactos significativos na melhoria do serviço de reabilitação profissional. Em 2012, os ministérios da Previdência Social, do Trabalho e Emprego, da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio da Portaria Interministerial nº 323, instituíram

⁹⁰ Posteriormente, em abril de 2019, por meio do decreto n. 9.746, a Diretoria de Saúde do Trabalhador foi extinta e o SRP passou ser vinculado à Diretoria de Benefícios – Dirben (BRASIL, 2019). Cf. BRASIL.Decreto nº 9.746, de 8 de abril de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, remaneja cargos em comissão e funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 09 abr. 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9746.htm. Acesso em: 3 ago. 2022.

⁹¹ BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6934, de 11 de agosto de 2009. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão, das Funções Gratificadas e das Funções Comissionadas do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, dispõe sobre remanejamento de cargos em comissão e funções gratificadas, e altera o Anexo II ao Decreto nº 6.417, de 31 de março de 2008, que aprova a Estrutura Regimental e Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 12 ago. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/D6934.htm. Acesso em: 15 mar.2022.

o Grupo de Trabalho responsável pela avaliação e proposição de Políticas de Saúde e Segurança no Trabalho (GTSST). Esse GT elegeu os temas do modelo pericial do INSS e a reabilitação profissional como prioritários para discussão. Neste sentido, a partir de 2013, iniciou-se um movimento interno no INSS para tentar alinhar o serviço de reabilitação profissional com a Saúde do Trabalhador (MIRANDA, 2018, p.4).

Assim, este movimento em torno da reabilitação profissional estava associado à implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST), publicada, em 2011 e que, a princípio, deveria prever a articulação entre as áreas de Trabalho, Saúde e Previdência Social, diretamente envolvidas com a saúde dos trabalhadores, além de outras, tendo em vista a complexidade do próprio objeto em questão. (BRASIL, 2011)⁹². Antes de avançarmos na discussão do que é previsto nesta política em termos da Previdência Social e, em particular, da Reabilitação Profissional, é necessário tecer algumas considerações.

Assim, devem ser mencionadas as limitações para a estruturação de políticas voltadas para a saúde dos trabalhadores no país, desde os primórdios da industrialização. Além de concepções e práticas que se sustentam, principalmente, no modelo biomédico, com ênfase na Medicina do Trabalho e na Saúde Ocupacional, também se observa a fragmentação da questão saúde dos trabalhadores, cujas respostas do Estado se dão por diferentes áreas e instituições, sem a efetiva articulação entre elas.

Especialmente, deve ser considerado, por exemplo, que existe tanto esta política, que prevê a articulação interministerial das áreas já mencionadas, quanto a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída em 2012 (BRASIL, 2012a) e que, tardiamente, vem regulamentar o previsto pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e pela Lei Orgânica da Saúde – LOS 8080/8141 (BRASIL, 1990), em termos de competências da área de Saúde Pública / Saúde Coletiva. Com antecedentes importantes⁹³ que, inclusive, foram incorporados

⁹² BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 08 nov. 2011. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Decreto%20n%C2%BA%207602.html>. Acesso em: 25 fev. 2022.

⁹³ Deve ser lembrado aqui, em complemento à problematização realizada no primeiro capítulo desta dissertação, aspectos importantes que foram estabelecidos a partir da influência do Modelo Operário Italiano (MOI) e da medicina social latino-americana, na construção de fundamentos teórico-políticos da constituição da Saúde do Trabalhador no Brasil, no âmbito da Saúde Coletiva e no processo de Reforma Sanitária e que foram incorporados, parcialmente, na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, bem como em regulamentações específicas e/ou internas à área da política social de Saúde no Brasil: além do reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença; o reconhecimento da centralidade do trabalho – concebido como qualquer

parcialmente na carta magna e na legislação mencionada, a perspectiva desta política veio sendo construída, incisivamente, desde os anos 1990, com formulações que, em parte, foram oficializadas em diferentes regulamentações e em instâncias criadas na área de Saúde, mas, até então, não assumida como política oficial e em sua formulação integral.

Com a promulgação – tardia – desta segunda política (PNSTT) vê-se, novamente, a crítica da outra política interministerial (PNSST), ao regredir para o campo da Saúde Ocupacional, ratificando as atribuições fragmentadas dos Ministérios, subordinando as ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador ao Ministério do Trabalho, o abandono da luta anticapitalista, entre outros. (SOUZA, 2016).

Especialmente, deve ser considerada a crítica à fragmentação institucional e ao difícil enfrentamento de conflitos entre instituições e corporações com longa trajetória histórica no país. No âmbito da Saúde – e que reclama a Saúde do Trabalhador como uma política de saúde pública e que como tal encontraria no SUS a responsabilidade na sua condução –, a crítica de Vasconcellos (2013) resume, parcialmente, as questões aí postas. Para o autor, este não reconhecimento tem dificultado as possibilidades de estabelecimento de “um marco referencial legal e legítimo de política de Estado estruturante para a área”. (2013, p.180). Entre vários aspectos, destaca-se a fragmentação das ações, os interesses corporativos e institucionais que persistem e têm tradicionalmente dificultado os avanços em termos de concepções e práticas frente a questão saúde dos trabalhadores:

Essas corporações e instituições reativas não se situam só no campo da previdência e do trabalho, como pode parecer. Estão inseridas no próprio setor saúde, especialmente nas suas instâncias de gestão, em muitos dos profissionais de saúde da rede como um todo, na Anvisa, no controle social e, fora do setor saúde, nos outros ministérios, nos Poderes Legislativo, Judiciário e, claro, nos setores empresariais. (VASCONCELLOS, 2013, p. 180).

inserção ocupacional no trabalho, independente de vínculos – e do processo de trabalho como central ao estabelecimento das relações trabalho-saúde, ainda que não exclusivas, uma vez que a saúde dos trabalhadores diz respeito, ainda, as condições de vida; o protagonismo dos trabalhadores na investigação e intervenção; a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, o controle social, entre outros. Quanto as limitações, avanços e retrocessos na constituição da política na área de Saúde, bem como as regulamentações de sua inserção no SUS, sugerimos outras leituras, tendo em vista as limitações para este desenvolvimento aqui. A respeito ver, por exemplo, Ribeiro (2013); Costa *et al.* (2013); Melo (1993); Nobre (2011; 2013); Oliveira; Vasconcellos (1992); Lacaz (1996); Tambellini *et al.* (1986;1988); Tambellini *et al.* (2013); Vasconcellos; Ribeiro (2011).

Sobretudo, deve ser considerada, ainda, a observação do autor ao argumentar a necessidade de soluções em termos de uma política de Estado para a questão saúde dos trabalhadores, observando que ao encaminhar duas políticas para o país, na verdade, não se tem nenhuma política alguma, demonstrando a dificuldade de sua institucionalização no país:

Ao erigir duas políticas de saúde do trabalhador⁹⁴, o Estado brasileiro assumiu sua intenção de ter *nenhuma* política de Estado para a área. Quem tem duas não tem uma. Demonstra-se que se cria uma coisa com o SUS e outra coisa no SUS. É nenhuma política de Estado porquanto fragmenta, titubeia, virtualiza, mostra um Estado partido e envergonhado de assumir uma direcionalidade uma de suas estruturas. Como resposta contra-hegemônica a este 'buraco' político do Estado, existe uma política de fato (mais propriamente um conjunto de ações de fato) no âmbito do SUS, mas compreensivelmente débil, frágil, pontual e pouco resolutiva [...]. (VACONCELLOS, 2013, p. 180 – grifo no original).

Retomando a PNSST, o mencionado decreto 7.602 estabelece o que compete ao Ministério da Previdência Social e suas relações com a saúde dos trabalhadores, considerando, entre elas, aquelas ações referentes às ações de reabilitação profissional:

a) subsidiar a formulação e a proposição de diretrizes e normas relativas à interseção entre as ações de segurança e saúde no trabalho e as ações de fiscalização e reconhecimento dos benefícios previdenciários decorrentes dos riscos ambientais do trabalho; b) *coordenar, acompanhar, avaliar e supervisionar as ações do Regime Geral de Previdência Social, bem como a política direcionada aos Regimes Próprios de Previdência Social, nas áreas que guardem interrelação com a segurança e saúde dos trabalhadores*; c) coordenar, acompanhar e supervisionar a atualização e a revisão dos Planos de Custeio e de Benefícios, relativamente a temas de sua área de competência; d) realizar estudos, pesquisas e propor ações formativas visando ao aprimoramento da legislação e das ações do Regime Geral de Previdência Social e dos Regimes Próprios de Previdência Social, no âmbito de sua competência; e) por intermédio do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS: 1. *realizar ações de reabilitação profissional*; e 2. *avaliar a incapacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários* (BRASIL, 2011 – grifos nossos).

De fato, o modelo de atuação na Reabilitação Profissional era considerado ultrapassado, limitado e conservador de longa data (MIRANDA, 2018; MAENO; VILELA, 2010; TAKAHASHI, 2009). Assim, o INSS buscou se articular com outras instituições públicas para o debate sobre a reabilitação profissional. Neste contexto, a Fundação Jorge Duprat e Figueiredo (FUNDACENTRO) elaborou uma Proposta de Diretrizes para uma Política de Reabilitação Profissional em conjunto

⁹⁴ Nota de rodapé de nº. 2, no artigo original: "Política Nacional de Segurança e de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2011) e Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012)". (VACONCELLOS, 2013, p. 180).

com profissionais de diversas entidades como universidades, equipamentos da Saúde do Trabalhador – como a Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (DIVSAT) e CEREST, do Ministério da Saúde –, Justiça do Trabalho e o próprio INSS. O documento elaborado em 2013, é considerado

uma das primeiras propostas de construção coletiva que detalhou a situação do serviço de reabilitação profissional após a primeira década de 2000, com apontamentos dos principais problemas e definição de propostas para discussão (MIRANDA,2018, p.5).

O documento elaborado pela Fundacentro tinha por objetivo uma análise crítica da situação do SRP, com propostas de possíveis soluções, com vistas a contribuir com o debate interno que era realizado pelo INSS e no Grupo Interministerial, criado pela Portaria 323/2012⁹⁵. O documento elencou questões consideradas diretrizes para a reestruturação do serviço; são elas: a inexistência de um modelo teórico que fundamente o programa e ações de RP; a ausência ou insuficiência de políticas de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho dentro das empresas; o afastamento prolongado do trabalho como dificultador do retorno ao trabalho; a impessoalidade no primeiro contato com o INSS; o retrabalho do INSS e o congestionamento na perícia; e o encaminhamento tardio para o serviço de reabilitação profissional. A partir deste diagnóstico, foram sugeridas possíveis soluções para o fomento de debate à época que passavam, entre outras, pela necessidade de integração entre Perícia Médica e profissionais de Reabilitação Profissional; fornecimento de respaldo técnico aos profissionais; resgate pela Previdência Social dos conceitos de Seguridade Social; pela transparência institucional; pelo fomento da participação social, pela recomposição do quadro de servidores; e pela articulação entre as políticas de Saúde (em especial, as relacionadas à saúde dos trabalhadores) e a Previdência Social (FUNDACENTRO,2013).

Segundo Miranda (2018), as propostas foram desconsideradas pela gestão técnica da Reabilitação Profissional na época, a DIRSAT, que elaborou um novo

⁹⁵ Compunham o GT as referidas instituições: Ministérios da Previdência Social, do Trabalho e Emprego, da Saúde e do Planejamento; Orçamento e Gestão; Instituto Nacional do Seguro Social; Fundacentro; Fundação Oswaldo Cruz. Cf. BRASIL. Portaria Interministerial no. 323, de 11 de julho de 2012 institui grupo de trabalho responsável pela avaliação e proposição de políticas de saúde e segurança no trabalho. *Diário Oficial da União*. Brasília, 12 jul. 2012b. Disponível em: https://siabi.trt4.jus.br/biblioteca/direito/legislacao/atos/federais/pri_mps_mte_ms_mpog_2012_323.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

projeto intitulado “*Reabilitação Profissional: articulando ações em Saúde do Trabalhador e construindo a reabilitação integral*”⁹⁶. Para Spielmann e Bovo (2021),

O Projeto propunha-se a promover ações de RP que integrassem as diversas políticas públicas por meio de uma rede de reabilitação articulada e descentralizada com vistas a incluir o trabalhador em RP de maneira efetiva no mercado de trabalho. Para alcançar o objetivo, o Projeto tinha como estratégia ampliar e qualificar as equipes de RP e estabelecer acordos e fluxos de encaminhamentos com os demais órgãos dos entes federados para atender o trabalhador de uma maneira integral.

Os primeiros passos para a construção dos Fundamentos Teóricos da RP vieram com o Projeto que, dentre seus pressupostos, preconizava: a) o trabalho como elemento fundante do ser social; b) o território enquanto espaço de referência para os direcionamentos da RP; c) o trabalhador como sujeito ativo de seu processo de RP; d) atuação interdisciplinar das equipes e e) avaliação biopsicossocial do processo de adoecimento. (SPIELMANN; BOVO, 2021, p. 290).

O projeto, com duração de 4 anos, encerraria em 2018 e tinha por objetivos específicos: 1) revisar conceitos e pressupostos que norteiam a RP; 2) estruturar rede de reabilitação integral, articulada com entes federados (União, Distrito Federal, Estados e Municípios); 3) integrar as políticas de vigilância aos ambientes e processos de trabalho, visando a promoção à saúde e prevenção das doenças e agravos relacionados ao trabalho; 4) promover ações transversais de RP pactuadas em rede intersetorial, multiprofissional e articulada e 5) estruturar sistema informatizado para registro e gestão de informações em RP (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2013).

Nesta primeira fase do projeto, ocorreu um fortalecimento da articulação entre o INSS e o Ministério da Educação por meio do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC)⁹⁷. A articulação, iniciada em 2012, teve por objetivo a disponibilização de cursos para a qualificação profissional dos trabalhadores em processo de reabilitação profissional.

⁹⁶ Miranda (2018) destaca que, ao mesmo tempo em que a gestão da DIRSAT/INSS não considerou as contribuições da Fundacentro no debate sobre a reabilitação profissional, elaborando de forma independente outro projeto; por outro lado, disponibilizou o referido projeto para consulta pública em 2014.

⁹⁷ O PRONATEC foi criado pelo Governo Federal, em 2011, por meio da Lei 11.513/2011, com objetivo de expandir e interiorizar a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica no país, tendo como público-alvo jovens, trabalhadores e beneficiários de programas de transferência de renda. Os cursos, financiados pelo Governo Federal, são ofertados por instituições das redes federal, estaduais, distritais e municipais de educação profissional e tecnológica, assim como por instituições do Sistema S (SENAI, SENAT, SENAC e SENAR).

Em 2016, por meio do decreto-lei nº 8725, foi promulgada a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral (BRASIL, 2016a)⁹⁸. A rede tem por objetivo integrar e articular de forma permanente serviços e ações das políticas de Saúde, Previdência Social, Trabalho, Assistência Social, Educação, entre outras, de acordo com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). De acordo com lei, a reabilitação integral é considerada como

[...] o conjunto de serviços e ações integradas de políticas públicas que combinem atenção e assistência integrais à saúde, à reabilitação profissional e à reinserção social, para o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, de modo a propiciar a participação do indivíduo nos ambientes profissional, social, cultural e familiar (BRASIL, 2016a).

Para Miranda (2018), a legislação foi um desdobramento do projeto integral de Reabilitação Profissional. No entanto, não observamos desdobramentos concretos no Serviço de Reabilitação Profissional, na prática, quanto à forma como essa integração se daria, na prestação direta de ações junto aos trabalhadores ou normativas sobre sua operacionalização.

É do mesmo ano (2016) a publicação do Manual Técnico de Procedimentos da área da Reabilitação Profissional (INSS, 2016)⁹⁹. Pela primeira vez, o Manual apontava para um referencial teórico, apresentando em seu primeiro capítulo a concepção de saúde do trabalhador, além de apresentar conceitos e princípios pertinentes a essa concepção.¹⁰⁰ Esta perspectiva fez com que, inclusive, este manual seja considerado por alguns autores (MIRANDA, 2018; SPIELMANN; BOVO, 2021) um avanço por situar a reabilitação profissional no caminho da saúde do

⁹⁸ BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 8.725, de 27 de abril de 2016. Institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 28 abr. 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8725.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

⁹⁹ INSS. *Manual técnico de procedimentos da área de reabilitação profissional*. Vol. 1, 2016. Atualizado pelos Despachos Decisórios nº2/DIRSAT/INSS, de 24/11/2011, nº 1/ DIRSAT/INSS, de 19/04/2016 e nº 2,DIRSAT/INSS, de 12/05/2016. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/530037178/Manual-Tecnico-Reabilitacao-Profissional-Inss>. Acesso em: 02 ago.2022.

¹⁰⁰Neste manual, pela primeira vez, conceitos e categorias como trabalho; saúde do trabalhador, adoecimento; território; intersetorialidade; interdisciplinaridade; funcionalidade e incapacidade; diferenças entre os modelos biomédico e biopsicossocial; a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), entre outros, foram apresentados.

trabalhador¹⁰¹, ainda que longo seja o processo para percorrê-lo. Mas, na verdade, a concepção de saúde do trabalhador ficou restrita à parte teórica¹⁰², não alcançando as mudanças no plano técnico-operativo.

De fato, romper com o tradicional e ultrapassado modelo biomédico no que se refere às avaliações sobre incapacidade era – e é – urgente e uma demanda, de longo tempo, de servidores, profissionais do campo da Saúde do Trabalhador e dos próprios(as) trabalhadores(as). No INSS se conseguiu avançar no modelo de avaliação para acesso ao Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC), realizado por assistentes sociais e peritos médicos desde 2009, com instrumento de avaliação embasado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

A CIF faz parte do grupo de classificações desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A funcionalidade é usada no aspecto positivo e compreende componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. Ela se baseia numa abordagem biopsicossocial que considera os componentes de saúde nos aspectos corporais e sociais.

Segundo este modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social e, dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (FARIAS; BUCHALLA, 2005, p.189).

No que se refere aos benefícios previdenciários por incapacidade permanece, todavia, o modelo ultrapassado de avaliação pautado no diagnóstico em si, centrado na avaliação exclusiva da Perícia Médica. Pinto Junior, Braga e Roselli-Cruz (2012), em estudo sobre a prática da Perícia Médica Previdenciária, consideram que

A análise do processo de trabalho dos peritos do INSS segue os paradigmas da Medicina do Trabalho, que postula a adaptação física e mental dos trabalhadores aos postos de trabalho ou tarefas, através de

¹⁰¹ Em uma perspectiva que parece se aproximar do que se compreende por um campo (distinto da “questão” saúde dos trabalhadores, como discutido e problematizado no primeiro capítulo), de acordo com Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p.25), “por Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana. O avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, durante os anos 60 e o início da década de 70, ao suscitar o questionamento das abordagens funcionalistas, ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho”.

¹⁰² Tendo em vista a presença dos conceitos e princípios mencionados.

exames de seleção e de atividades 'educativas', restrito aos conhecimentos e práticas da Ciência Médica. No âmbito da Perícia Previdenciária, tal situação é evidenciada pela insensibilidade para lidar com questões socioambientais, culturais, econômicas, políticas e trabalhistas interferentes no processo saúde-doença-incapacidade, além da dificuldade de apropriação de estudos epidemiológicos para a compreensão das causas de incapacidade (PINTOJUNIOR; BRAGA; ROSELLI-CRUZ, 2012, p.2842).

Outro ponto a se destacar, no Manual de 2016, é sua preconização ao trabalho interdisciplinar e intersetorial. Também, o de reconhecer as potencialidades do serviço de RP para contribuir com ações de promoção à saúde, prevenção de adoecimentos e acidentes do trabalho, contando também com ações integradas de vigilância em saúde e estímulo ao controle social.

Mas, se por um lado o manual pautava um modelo de reabilitação integral em seus pressupostos teóricos, ancorado em uma concepção mais crítica de saúde dos trabalhadores, por outro, no cotidiano profissional era nítida a contradição entre a concepção teórica e a prática. Isto porque não houve reestruturação nas equipes de reabilitação profissional para garantir o trabalho interdisciplinar, bem como as políticas continuavam a atender o trabalhador de forma fragmentada fora a ausência de um dos elementos mais centrais à perspectiva campo da Saúde do Trabalhador – o protagonismo do trabalhador no processo. As equipes – ou melhor, duplas – continuaram compostas pelo profissional da perícia médica e por um profissional de referência de nível superior em áreas afins (Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Sociologia, entre outros), mantendo a descaracterização das especificidades profissionais no rol de atribuições dos profissionais de referência para o serviço.

No tocante a este modelo de avaliação pautado na CIF, o modelo biopsicossocial, não existe, no manual, nenhuma alteração do fluxo de avaliação da incapacidade, realizado pela Perícia Médica. A porta de entrada do segurado incapacitado para o trabalho é a Perícia Médica, tanto para a concessão do benefício por incapacidade quanto para a inserção no Serviço de Reabilitação Profissional. Portanto, não ocorreu alteração nesse processo de avaliação, permanecendo sua avaliação isolada de demais profissionais e centrada na figura do perito médico. Como já bem sinalizavam Maeno, Takahashi e Lima (2009) há cerca de uma década atrás,

É anacrônico o modelo pericial de avaliação da incapacidade, que continua tendo o médico como o único profissional a avaliar a incapacidade de uma pessoa nas perícias e a quem se confere a atribuição exclusiva de

encaminhamento à reabilitação profissional (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009, p.57).

Neste sentido, compartilhamos do entendimento de Miranda (2018) sobre a forma como manual foi elaborado. Apesar de ter sido produto de um grupo de trabalho composto pela gestão da DIRSAT e servidores da RP, o documento não traduzia a realidade, ressaltando um descompasso entre o modelo ideal e a forma como o serviço encontra-se estruturado.

[...]há uma série de contradições por parte do INSS que não favorecem a viabilização de um modelo integral de reabilitação profissional. Uma das primeiras contrições é a publicação isolada e desarticulada do manual que fundamenta o modelo de reabilitação integral, o qual considera pressupostos intersetoriais e interdisciplinares, mas que não dialoga com outros setores. Ou seja, propõem-se a um modelo de integralidade com base em um documento que não é integrado com instâncias da assistência social, da saúde e do trabalho, por exemplo. [...] Outra grande incoerência do INSS é a ausência de discussão de ações para intervir nas condições de trabalho. (MIRANDA, 2018, p.8).

Assim, por mais que a publicação deste manual tenha sido um momento diferenciado no serviço de Reabilitação Profissional na tentativa de uma aproximação com o campo de saúde do trabalhador, não foi suficiente para romper com a lógica consolidada na política previdenciária que a afasta, cada vez mais, da concepção de Seguridade Social e, mesmo, do processo saúde-doença e, especialmente, em sua relação com o trabalho. Não podemos desprezar que o projeto de revitalização não teve a chance de ser concluído. Seu curso foi interrompido, reverberando em uma lacuna deste processo na Reabilitação Profissional, em razão da interrupção do governo Dilma Rousseff por meio de um golpe jurídico-parlamentar em 2016, encerrando a gestão dos governos do PT.

Com relação às alterações nos direitos previdenciários, Dilma Rousseff seguiu o curso das contrarreformas, com destaque para a Medida Provisória nº 664, de 30 de dezembro de 2014 (BRASIL, 2014)¹⁰³, convertida posteriormente na lei nº 13.135 (BRASIL, 2015)¹⁰⁴. No que se refere ao Regime Geral de Previdência Social,

¹⁰³ BRASIL. Medida provisória nº 664, de 30 de dezembro de 2014. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e a Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, Seção 1, Edição Extra, 30 dez. 2014, p. 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2014/medidaprovisoria-664-30-dezembro-2014-779852-publicacaooriginal-145741-pe.html>. Acesso em: 03 ago. 2022.

¹⁰⁴ BRASIL. Lei nº 13.135, de 17 de junho de 2015. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 de junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10.666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 18 jun. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13135.htm. Acesso em: 03 ago. 2022.

foi a contrarreforma mais nefasta implementada pelo governo do PT. Trata-se das mudanças relacionadas à pensão por morte, auxílio reclusão e auxílio-doença que atingiram de forma brutal a classe trabalhadora piorando suas condições de vida pela restrição do acesso aos direitos previdenciários.

Para o acesso ao direito à pensão por morte, por exemplo, passou a se exigir tempo mínimo de contribuição de 18 meses e, nos casos de casamento ou união estável tempo mínimo de 24 meses. Além destas mudanças, ocorreu a perda indiscriminada da vitaliciedade da pensão por morte cujo tempo de duração passou a depender da idade do dependente. Quanto mais jovem o dependente, menor o tempo de duração da pensão por morte¹⁰⁵. Caso o dependente não cumpra esses critérios, o acesso ao direito previdenciário é de apenas 4 meses (o que fez o governodivulgarna época, dissimuladamente, que não estava negando o direito previdenciário!). A exceção à nova regra foi para os casos de óbito por acidente de trabalho ou agravos à saúde relacionados ao trabalho. O auxílio-reclusão seguiu os mesmos critérios.

No que tange ao auxílio-doença, alterou-se a forma de cálculo da média do benefício, passando o salário de benefício a estar relacionado à média das últimas 12 contribuições. O governo alargou o período o período de afastamento a ser pago pela empresa de 15 para 30 dias, abrindo a possibilidade para, após esse prazo mantendo-se a incapacidade para o trabalho, a perícia médica ser realizada pela própria empresa, por meio de convênio, cabendo ao médico do trabalho da empresa decidir sobre a permanência do afastamento ou não. Tais mudanças provocaram uma forte reação da classe trabalhadora, representada pelos movimentos sindicais. Denunciava-se o desprezo pela Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST) por transferir para o empregador a decisão sobre o afastamento dos trabalhadores. Conforme depoimento de WalcirPrevitale, Secretário de Saúde do Trabalhador da Contraf-CUT, na época:

Os trabalhadores perdem, pois sabemos que a Medicina do Trabalho, da forma como está, instrumentalizada pelo capital, por interesses de grupos corporativos, não atende as necessidades dos trabalhadores, não caminha no sentido da prevenção das doenças e acidentes do trabalho e encontra-se extremamente burocratizada e cartorial, cumprindo 'tabela' com instrumentos ultrapassados e anacrônicos, a exemplo do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), entre outras normas

¹⁰⁵ Atualmente, a pensão por morte tem caráter vitalício para dependente cônjuge a partir dos 45 anos.

regulamentadoras. O mesmo empregador que adoece, acidenta e mata não deve ter o direito de atestar as suas próprias condições de trabalho. Isso deve ser atribuição legal e intransferível do Estado, do poder público (PREVITALE, 2015)¹⁰⁶.

Diversas outras entidades sindicais e de representação dos trabalhadores se posicionaram contrários às medidas, Central Única dos Trabalhadores (CUT), a como Força Sindical¹⁰⁷, o Sindicato Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (SINDIFISCO)¹⁰⁸ e a Associação Nacional dos Auditores Fiscais (ANFIP), com desdobramentos, inclusive, em uma Ação Direta de Inconstitucionalidade. Nos movimentos, denunciavam-se as generosas desonerações tributárias ao capital, sendo que, após a pressão dos trabalhadores, as alterações referentes à concessão do auxílio-doença foram suspensas.

Desde o seu primeiro mandato do governo, se denunciava uma queda de popularidade da presidenta e uma dificuldade de resposta aos protestos da jornada de junho de 2013. A política econômica adotada por Dilma Rousseff foi de austeridade diante dos impactos da crise internacional de 2008, com perdas significativas aos direitos dos trabalhadores. Em contrapartida, favorecia os investimentos privados, realizando transferências indiretas ao capital por meio de renúncias fiscais, inclusive relacionadas às contribuições previdenciárias. De acordo com Moreira e Nobre (2016, p. 532), “A política de desoneração caracterizou-se como irresponsabilidade fiscal do governo Dilma quanto ao orçamento do fundo público e, conseqüentemente, sobre o financiamento das políticas sociais”. Em termos de valores, as renúncias fiscais representaram 4,76 % do PIB e as relacionadas à Previdência Social, estima-se o valor de 7,2 bilhões de reais.

Com relação à reabilitação profissional, as tratativas no intento de uma aproximação com o campo de Saúde do Trabalhador por meio do projeto de

¹⁰⁶ PREVITALE, W. A Medida Provisória nº 664 e a Saúde dos Trabalhadores. *In*: CUT – CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES. *Artigo*. 11 fev. 2015. Disponível em: <https://www.cut.org.br/artigos/a-medida-provisoria-n-664-e-a-saude-dos-trabalhadores-9395>. Acesso em: 24 jul. 2022.

¹⁰⁷ ESTADO DE MINAS. Manifestantes ligados à Força Sindical protestam contra a MP 664 no Congresso. *In*: _____. *Política*. 12 maio 2015. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2015/05/12/interna_politica,646826/manifestantes-ligados-a-forca-sindical-protestam-contram-mp-664-no-congresso.shtml. Acesso em: 24 jul. de 2022.

¹⁰⁸ SINDIFISCO - SINDICATO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. Sindifisco e outras entidades protocolam ação contra MP 664 no STF. *In*: SINDIFISCO – DIREÇÃO NACIONAL. *Notícias*. Valorização profissional. Disponível em: <https://www.sindifisconacional.org.br/sindifisco-e-entidades-protocolam-acao-contram-mp-664-no-stf/>. Acesso em: 24 jul. 2022.

reabilitação integral supracitado são inviabilizadas com o encerramento do ciclo do governo do PT no país.

2.5 O agravamento do desmonte da Reabilitação Profissional da Previdência Social no período 2016-2019

Por meio de um golpe jurídico-parlamentar, com o *impeachment* de Dilma Rousseff, Michel Temer assume o governo. De acordo com Demier (2020), a ascensão de Michel Temer ao poder fazia parte de um projeto da burguesia associada aos setores conservadores da classe média.

A intensificação vertiginosa da crise econômica e a necessidade do capital de implementar as contrarreformas, isto é, a retirada de direitos e a austeridade fiscal, numa velocidade e profundidade sem precedentes fizeram com que a classe dominante não pudesse aceitar o resultado eleitoral do final do ano de 2014 e começasse a preparar o golpe (DEMIER, 2020, p.92).

Diante da crise estrutural de superacumulação do capital e da recessão econômica que se aprofundou nos últimos anos, observa-se no país uma celeridade de medidas relacionadas ao ajuste fiscal que vem deteriorando as condições de vida e trabalho da classe trabalhadora. De fato, o governo Temer ficou marcado por duras medidas justificadas pela necessidade do permanente estado de ajuste fiscal como alternativa para a restauração das taxas de lucro do capital. A Previdência Social neste cenário ganha destaque em razão de ser “a maior destinatária dos recursos do orçamento público e, portanto, objeto de interesse do grande capital via punção de tais recursos como espaços de valorização financeira” (SOUZA; SOARES, 2019, p.12), mas não será a única política social a ser duramente atacada.

Tão logo assumiu o ilegítimo governo, a Emenda Constitucional nº 93 (BRASIL,2016b)¹⁰⁹ foi aprovada, aumentando o percentual da Desvinculação das

¹⁰⁹ BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 93, de 08 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 09 set.2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc93.htm. Acesso em: 15 mar. 2022.

Receitas da União¹¹⁰ de 20% para 30% e prorrogando esse mecanismo até 2023. Conforme Salvador (2019) explicita

A base de sustentação do Plano Real, engendrado em 1994, é o chamado tripé da macroeconomia neoliberal, notadamente a política fiscal. No ajuste fiscal em curso desde 1993, instrumentos de desvinculações têm sido importantes para retirar recursos das fontes tributárias exclusivas da seguridade social, destacando-se no século XXI a DRU (Desvinculação das Receitas da União), que passou a vigorar, a partir dos anos 2000, com sucessivas prorrogações. A mais recente ocorreu por meio da Emenda Constitucional n.93, que prorroga a DRU até 31 de dezembro de 2023 e amplia de 20% para 30% o percentual das receitas de tributos federais que podem ser usadas livremente (SALVADOR, 2019, p.107).

Logo após ter realizado o aumento do desvio dos recursos da Seguridade Social, uma nova Emenda Constitucional nº 95 foi aprovada. Esta EC, conhecida na época do seu projeto como a “PEC do fim do mundo”, estabeleceu um teto para os gastos sociais, congelando por 20 anos o gasto público destinado. Dessa forma, investimentos nas áreas da Saúde, Educação e Assistência Social, por exemplo, ficam inviabilizados. (BRASIL, 2016c)¹¹¹. Neste sentido, a EC ampliou a financeirização dos recursos do fundo público visto que a restrição dos gastos sociais amplia os recursos destinados à dívida pública¹¹².

Não bastasse a perda da classe trabalhadora no que se refere à sua reprodução social, em 2017, é aprovada a contrarreforma trabalhista impondo aos trabalhadores condições aviltantes como o trabalho intermitente, desprotegido, com liberalização integral da terceirização. O argumento principal era que as mudanças

¹¹⁰ Boschetti e Teixeira (2019), em estudo sobre o ajuste fiscal e os impactos na Seguridade Social, demonstram o enorme volume financeiro que é retirado de recursos públicos para financiamento de juros e amortização da dívida, sendo a parcela retirada do fundo público para este fim, no período de 2002 a 2018, 4 vezes superior ao recurso destinado para as políticas de Saúde e Assistência Social. Segundo dados da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP), no período de 2005 a 2016, a DRU saqueou o valor médio de R\$ 52,4 bilhões da seguridade social.

¹¹¹ BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 16 dez.2016c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 15 mar.2022.

¹¹² A dívida pública trata-se de um sistema de “punção de recursos dos(as) trabalhadores(as) e pequenos(as) produtores(as) para o grande capital, especialmente o capital portador de juros, o grande beneficiário de juros, por meio de suas diversas instituições e da sua relação com os capitalistas funcionantes e Estados” (BEHRING, 2017, p.13). A dívida pode ser externa ou interna, sendo a primeira relacionada a dívidas contraídas por credores públicos em acordos com multilaterais ou bilaterais com outros Estados, por instituições privadas através dos mercados financeiros e de créditos bancários. Já a interna está relacionada a empréstimos públicos com bancos e em moeda nacionais.

propiciariam novos postos de trabalho e regularização dos empregados. O que, de fato, não ocorreu piorando a condição da classe trabalhadora.

Como observam Barbosa e Silva (2020), é preciso compreender tais alterações na gestão da exploração da força de trabalho como estratégias de valorização do capital, a partir da sua crise estrutural a partir de 1970, a fim de ampliar o trabalho excedente (mais-valor). Tal análise é fundamental para não se cair no risco de considerar que as mudanças nos direitos trabalhistas dependeriam apenas da condução política de determinado tipo de governo. Na verdade, trata-se da apropriação, pelo capital, do tempo de vida dos trabalhadores, intensificando e prolongando o tempo de trabalho e afetando a saúde e condições de vida dos trabalhadores.

Diante de tamanha voracidade, somada à contrarreforma trabalhista, alguns autores compreendem que o Brasil vivencia um ultraneoliberalismo. Isto porque se evidencia uma radicalização do neoliberalismo, onde apesar da retórica ser a mesma iniciada, nos anos 1990, há um forte agravamento da precarização das condições de trabalho e de vida da classe trabalhadora. O capital, por meio do Estado, passa a absorver os recursos do fundo público como forma de mitigar os efeitos da crise (BEHRING; CISLAGHI; SOUZA, 2020).

A Previdência Social, por sua vez, também era afetada pela política de austeridade fiscal. Em 2016, o Ministério da Previdência Social foi extinto e o INSS passou a incorporar o Desenvolvimento Social e Agrário enquanto todas as outras instituições relacionadas à Previdência foram incorporadas ao Ministério da Fazenda (Conselho Nacional de Previdência Social, Conselho Nacional de Previdência Complementar, Câmara de Recursos da Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social, Conselho de Recursos da Previdência Social). Para Miranda (2018), a extinção do Ministério da Previdência representou uma das primeiras ações de intensificação do processo de fragilização que o INSS tem vivenciado, com impactos na prestação dos serviços e no acesso aos direitos sociais pela população.

Na análise da entidade político-organizativa dos servidores, o Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde, Trabalho e Previdência, do Rio Grande do Sul (Sindsprev-RS), a extinção tratava-se de ajustar o órgão a uma política macroeconômica de retirada de direitos. Assim, o INSS ter sido justamente incorporado ao ministério responsável pelas políticas sociais compensatórias

demonstrava que não se tratava apenas de uma mudança administrativa, mas, sim de uma nova configuração da Previdência Social diante dos rebaixamentos dos valores de benefícios¹¹³.

Salvador (2019), também, destaca o interesse na política previdenciária pelo fato dela representar um volume expressivo de contribuições e arrecadações, é uma política que sempre esteve na mira do capital como estratégia de contrarreformas para o enfrentamento da crise estrutural do capital. Behring, Cislighi e Souza (2020) partem da mesma compreensão, sinalizando que o objetivo da contrarreforma é a ampliação das contribuições, parcelas de salários que irão compor os fundos públicos, e redução de direitos para que os recursos possam ser liberados para dar suporte ao capital (BEHRING; CISLAGHI; SOUZA, 2020, p.115).

Por falta de legitimidade, o governo Temer não conseguiu implementar a contrarreforma da Previdência Social que, além da retirada de direitos previdenciários¹¹⁴, atingia a população idosa e com deficiência, e de baixa renda, ao propor a alteração da idade de 65 para 70 anos para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da pessoa idosa e ao buscar desvincular o valor do benefício ao salário-mínimo, conforme previsto na Constituição Federal.

No que se refere ao SRP, podemos considerar que o pouco que se avançou foi suprimido. A primeira alteração foi por meio de um despacho decisório, em novembro de 2016, revogando a possibilidade de prescrição de concessão e reparo de órteses e próteses pelos profissionais com formação em Terapia Ocupacional e Fisioterapia, passando a ser atividade exclusiva da Perícia Médica. A decisão provocou a manifestação dos conselhos profissionais e até do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que emitiu nota ao INSS com a recomendação de que as prescrições de órteses, próteses ortopédicas não-implantáveis de membros superiores e

¹¹³ IMPRENSA Sindsprev-RS. O Ministério do Trabalho e Previdência não existe mais! In: *Plataforma Política Social: caminhos para o desenvolvimento*. Maio 2016. Disponível em: <https://plataformapoliticasocial.com.br/o-ministerio-do-trabalho-e-da-previdencia-social-nao-existe-mais/>. Acesso em: 05 jan.2021.

¹¹⁴ A proposta contava com idade mínima de 65 anos para homens e mulheres e tempo mínimo de contribuição de 25 anos, para acesso a uma aposentadoria que iniciaria com 51% da média das remunerações e salários de contribuição. Para o trabalhador alcançar uma média de 100%, exigia-se um período de contribuição de 49 anos! Na prática, inviabilizaria o acesso para grande parcela da população. E, ainda, a redução dos valores da pensão por morte para 50% acrescentando uma cota de 10% para cada dependente e a não reversão das cotas a partir da exclusão dos dependentes para os demais, prejudicando, sobretudo, as mulheres, as que mais acessam este direito previdenciário (SILVA, 2022).

inferiores, meios auxiliares de locomoção e acessórios fossem realizadas por equipe interdisciplinar¹¹⁵.

Também em novembro de 2016, é realizado o Encontro Nacional de Trabalhadores da Reabilitação Profissional, na sede da Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS) em Brasília, contando com a participação de 9 estados e representantes do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITO). O objetivo era iniciar a mobilização dos trabalhadores do SRP e teve a formação de uma Comissão Nacional dos Trabalhadores da Reabilitação Profissional para organização da luta em defesa do serviço.

Em menos de dois anos, o manual técnico da área de Reabilitação Profissional foi revogado para a publicação de um novo manual (INSS, 2018)¹¹⁶. Este manual priorizou a rotina procedimental do serviço, excluindo todo o conteúdo, relacionado a concepções e práticas, que havia avançado, acerca da política de saúde do trabalhador, da centralidade do trabalho no processo saúde-doença, dos esforços de tentativa de intersectorialidade das políticas ou integração de ações ao atendimento dos(as) trabalhadores(as), bem como do modelo de avaliação biopsicossocial, foi retirado, caracterizando o documento como um rol de procedimentos a serem realizados pelos profissionais.

Além disso, a nova orientação confere à Perícia Médica centralidade na definição do processo, pois além do encaminhamento do segurado à reabilitação profissional, realiza a sua elegibilidade, ou seja, a avaliação do potencial laboral. A Perícia Médica, exclusivamente, não só encaminha como insere o trabalhador no serviço, não dependendo da avaliação de nenhum outro profissional. Mesmo diante de aspectos desfavoráveis à realização do processo, se a Perícia Médica não for “convencida” da inelegibilidade, o trabalhador permanece inserido no serviço. Consoante a Kulaitis e Silva (2022),

¹¹⁵ FENASPS – Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social. CNS faz requerimento ao INSS pela revogação da medida que altera o Manual de Procedimentos da Reabilitação Profissional. *In: _____*. *Página inicial*, 04 abr. 2017. Disponível em: <https://fenasps.org.br/2017/04/04/cns-faz-requerimento-ao-inss-pela-revogacao-da-medida-que-altera-o-manual-de-procedimentos-da-reabilitacao-profissional/>. Acesso em: 26 jul.2022.

¹¹⁶ INSS – INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Diretoria de Saúde do Trabalhador. *Manual Técnico de Procedimentos da Reabilitação Profissional*, vol. 1, fev.2018. Disponível em: <https://www.alexandretriches.com.br/wp-content/uploads/2018/03/Manual-de-Reabilita%C3%A7%C3%A3o-profissional.pdf>. Acesso em: 15 mar.2022.

Houve a perda do seu caráter biopsicossocial em proteção à saúde do trabalhador, especialmente por excluir a participação dos analistas do seguro social com formação em serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, entre outros, na avaliação do potencial laborativo. O principal efeito foi o retorno da avaliação de caráter biomédico (KULAITIS; SILVA, 2022, p.4)

Outra alteração realizada no SRP foi atribuir ao profissional da Perícia Médica, que encaminhou e elegeu o trabalhador ao SRP durante a realização da avaliação médico-pericial, a responsabilidade por todo o acompanhamento no serviço. Assim, a prorrogação do benefício, a avaliação de possível intercorrência médica ou de insusceptibilidade e/ou análise das restrições clínicas do trabalhador com a nova função deveriam ser realizadas pelo mesmo profissional. Antes, existiam peritos médicos de referência que atuavam no serviço de reabilitação profissional. Tal alteração, fez com que de uma hora para outra todos os peritos médicos passassem a atuar com a reabilitação profissional no atendimento aos trabalhadores(as), sem a devida capacitação, compreensão ou até perfil para a atividade. Por sua vez, o profissional de referência passou a ter que lidar com vários profissionais desta área e, portanto, com diversas concepções sobre o processo saúde-doença e o fenômeno da incapacidade, alargando a heterogeneidade do perfil da população atendida e dos encaminhamentos dados. Dessa forma, as poucas possibilidades de um trabalho mais articulado ou integrado junto à Perícia Médica foram comprometidos.

A estrutura organizacional também foi alterada com o privilegiamento dos peritos médicos nos cargos de assessoria técnica da Reabilitação Profissional.

Foram extintos, em 2018, os cargos de representantes técnicos de reabilitação profissional (RETs) das superintendências e os RETs das gerências executivas (GEXs). Os RETs, cargos anteriormente ocupados por analistas do seguro social com formação em serviço social, psicologia e fisioterapia, entre outros, foram substituídos pelo assessor técnico de reabilitação profissional (ATRP). Esse cargo, em todo o Brasil, foi assumido por peritos médicos. Somada à centralização de decisões no que se refere aos procedimentos de reabilitação profissional, com a edição do manual de 2018 a gestão do serviço também passou a ser de competência da categoria médica. (KULAITIS; SILVA, 2022,p.7).

Nesse período, também se buscou o estabelecimento de parcerias público-privadas – como vimos, não é algo novo na trajetória da RP –, por meio de Acordos de Cooperação Técnica, como o realizado com a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), em 2017. O objetivo era o de promover a reabilitação profissional dos

trabalhadores ofertando bolsas de estudo para qualificação profissional¹¹⁷, sem debate com os servidores do SRP e nem representantes sindicais.

Já, no governo Jair Bolsonaro, a proposta de contrarreforma da Previdência Social é rapidamente encaminhada, por meio da EC nº 103, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019c)¹¹⁸, no primeiro ano de seu mandato. Muito do seu conteúdo se assemelha à proposta do governo Temer. E, conforme Granemann (2019) destaca, as mudanças se tornam ainda mais duras em razão de todo acúmulo de expropriação de direitos das contrarreformas anteriores, empobrecendo mais ainda a classe trabalhadora.

Destacamos as mudanças que julgamos mais significativas no que se refere à restrição do acesso ao direito previdenciário: a) fim da aposentadoria por tempo de contribuição e por idade. A aposentadoria passa a ser denominada aposentadoria programada com exigência de idade mínima (62 anos para mulheres e 65 anos para os homens) e necessidade de 40 anos de contribuição para o valor do benefício corresponder a média integral simples de todas as contribuições realizadas pelo trabalhador nesse período. Se pensarmos na alta rotatividade do mercado de trabalho e nas últimas medidas de flexibilização e desestruturação da regulamentação do trabalho, podemos afirmar, que parcela significativa da população não alcançará o direito à aposentadoria com a média integral; b) mudança no valor do cálculo dos benefícios de auxílio-acidente, aposentadoria por incapacidade permanente (antes denominada aposentadoria por invalidez) e benefício por incapacidade temporária (antes denominado auxílio-doença), ocasionando a redução dos valores dos benefícios; c) aumento das alíquotas referentes às contribuições previdenciárias; d) mudança no cálculo da pensão por morte, instituindo cota adicional por dependente. Na prática, as pensões passam a corresponder a 60% da média do valor do benefício, sendo acrescidas em mais 10% por dependente (BRASIL, 2019c).

¹¹⁷ O acordo firmado não foi considerado positivo por uma parcela dos servidores da Reabilitação Profissional que, por meio de sua entidade representativa, a FENASPS, alertava sobre a tendência de terceirização da prestação do serviço.

¹¹⁸ BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº103, de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 13 nov.2019c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc103.htm. Acesso em: 15 mar. 2022.

Além de alterar direitos trabalhistas, no que se refere à saúde do trabalhador, o atual governo por meio da Medida Provisória nº 905/2019¹¹⁹ (revogada em abril/2020), instituiu o Contrato de Trabalho Verde e Amarelo. Pelo período que a MP teve vigência, o acidente de trajeto deixava de ser reconhecido legalmente como acidente de trabalho¹²⁰. Além disso, a MP instituiu o Programa de Habilitação e Reabilitação Física e Profissional, Prevenção e Redução de Acidentes de Trabalho com a finalidade de “financiar o serviço de habilitação e reabilitação profissional prestado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e programas e projetos de prevenção e redução de acidentes de trabalho” (BRASIL, 2019d). Na prática, o governo buscou retirar o financiamento do serviço de Reabilitação Profissional, definindo que os recursos do SRP passariam a ser provenientes de multas ou penalidades aplicadas a empresas que descumprissem a legislação trabalhista. Isto significa que, para o processo de reabilitação ser financiado, é necessária a existência de empregadores infringindo a lei e acordos de conduta. Ou, dito em outros termos é preciso uma conduta que viole os direitos do trabalhador, de alguma forma, para custear um serviço destinado à saúde dos trabalhadores.

Em 8 de abril de 2019, a Diretoria de Saúde do Trabalhador é extinta, passando os serviços de reabilitação profissional e o serviço social a ser vinculados à Diretoria de Benefícios (DIRBEN). Tratava-se do início do processo da saída da Perícia Médica da estrutura do INSS, concluído, em junho de 2019, quando foi aprovada a carreira de Perícia Médica Federal. Dessa forma, estes profissionais passaram a ser vinculados à Subsecretaria de Perícia Médica Federal subordinada à Secretaria de Trabalho e Previdência.

A supracitada alteração reverberou no Serviço de Reabilitação Profissional, bem como nas atribuições dos profissionais do serviço. Se antes, já com os limites pontuados, o profissional perito médico fazia parte da “equipe” de reabilitação profissional juntamente com o profissional de referência, este canal de discussão,

¹¹⁹ BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº905, de 11 de novembro de 2019. Institui o Contrato de Trabalho Verde e Amarelo, altera a legislação trabalhista, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 12 de nov. 2019d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv905.htm#art53. Acesso em: 19 mar.2022.

¹²⁰ O acidente de trajeto não ser reconhecido como acidente de trabalho reverbera no não acesso ao direito ao afastamento do trabalho pelo agravo de saúde remunerado, pois, como vimos os agravos relacionados ao trabalho isentam o trabalhador da contribuição prévia ao INSS por 12 meses.

acompanhamento e diálogo¹²¹ foi esvaziado. A introdução do agendamento eletrônico para as perícias médicas relacionadas à RP acarretou atendimentos aos trabalhadores em processo de reabilitação profissional de forma aleatória, sendo realizado por qualquer profissional da perícia médica. Considerando que ao longo do processo são necessárias prorrogações do prazo do benefício por incapacidade, assim como avaliação sobre possibilidade de intercorrência de saúde, o(a) trabalhador(a) é submetido à perícia médica é avaliado por diversos profissionais da Perícia Médica. Isso tem gerado diversos problemas no serviço relacionado a posturas unilaterais da Perícia Médica, como desligamentos de trabalhadores e trabalhadoras do SRP, com cessação do benefício previdenciário e indicação de retorno ao trabalho na função de origem, mesmo quando se encontram em processo de qualificação profissional, com a justificativa de que a avaliação médico-pericial julgou o(a) segurado(a) apto para o trabalho.

Além disso, de forma distinta da que prevê o Manual de 2018 (INSS, 2018)¹²², ainda em vigência no período, por meio de um ofício circular interno, foi transferida a cessação do benefício previdenciário ao servidor responsável pela condução do processo quando este é finalizado. Dessa forma, a cessação passa a ser um ato administrativo a ser realizado por profissionais de nível superior, inclusive, assistentes sociais, ao invés de um exame médico-pericial.

Paradoxalmente, em 14 de agosto 2019 foi emitido o ofício-circular n. 41/DIRBEN/INSS, determinando que a responsabilidade dessa etapa deveria ser somente do profissional de referência (Brasil, 2019c). Desde então, o certificado de reabilitação profissional não mais contaria com a assinatura do perito médico. Como resultado, a finalização do programa, a emissão de certificado e o desligamento sem a devida perícia médica podem acarretar altas indevidas e, conseqüentemente, o agravamento da saúde (KULAITIS; SILVA, 2022, p.8).

A nosso ver, longe de significar uma maior autonomia aos servidores do SRP, trata-se na verdade da transferência do “trabalho sujo” para estes profissionais. Isto

¹²¹ O “diálogo” atual é realizado de forma eletrônica com um preenchimento de formulário à Perícia Médica sobre os dados do segurado e o motivo da marcação da perícia, mas, o que se observa no cotidiano profissional é que, muitas vezes, o documento não é levado em consideração pela Perícia Médica, tendo em vista os resultados das perícias.

¹²² Historicamente no serviço de Reabilitação profissional, a avaliação sobre a capacidade laboral (e a conseqüente cessação do benefício previdenciário de “auxílio-doença”). No manual de 2018 cabia a Perícia Médica de desligamento da RP, avaliar se o segurado adquiriu requalificação profissional pertinente à sua limitação, e estabelecer a data de cessação do benefício. A partir da decisão pelo encerramento do processo, emitir em conjunto com o Profissional de Referência o Certificado de Conclusão da Reabilitação e demais documentos pertinentes a cada fase do PRP.

porque a cessação do benefício, de forma geral, é o momento de maior tensão em razão da real e justificável insegurança do trabalhador sobre o seu futuro laboral. Se fosse uma prática associada a um maior controle do processo de reabilitação profissional por estes profissionais, outros mecanismos deveriam estar vinculados à sua atuação, como, por exemplo, a prorrogação dos benefícios dos trabalhadores em curso de reabilitação profissional; ou a autonomia de desligamento de um caso, quando considerado insuscetível de reabilitação profissional, entre outros. Todavia, os atos que envolvem o processo decisório permanecem centralizados na figura do perito médico (concessão de benefício por incapacidade temporária, encaminhamento, elegibilidade, prorrogação de benefícios, concessão de aposentadoria por incapacidade permanente).

Apesar de reiteradas reivindicações dos servidores sobre a necessidade de reformulação do serviço, as mudanças implementadas na gestão Bolsonaro ocorrem de forma verticalizada, característica da sua forma de governo, e no caminho de maior desestruturação do serviço. (FENASPS, 2019 a/b)¹²³. Normativas internas têm alterado orientações e atribuições dos profissionais¹²⁴.

Pela exposição, nos parece claro que os dois últimos governos adotaram o

¹²³ Por meio da Comissão que representa os trabalhadores da Reabilitação Profissional vinculados às Fenasps ocorreram, no período, reuniões com a gestão central do INSS. Cf. FENASPS – Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social. Na defesa da Previdência Social Pública e dos serviços previdenciários FENASPS realiza o II Encontro Nacional dos Trabalhadores da Reabilitação Profissional. FENASPS, 17 out.2018. Disponível em: <https://fenasps.org.br/2018/10/17/na-defesa-da-previdencia-social-publica-e-dos-servicos-previdenciarios-fenasps-realiza-o-ii-encontro-nacional-dos-trabalhadores-as-da-reabilitacao-profissional-do-inss-nos-dias-20-e-21-de-outubro/> Acesso em: 25 jul. 2022; FENASPS – Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social. Comissões de Serviço Social e Reabilitação Profissional retomam discussão de pautas específicas na DIRBEN do INSS. In: _____. *Página Inicial*. 6 maio 2019a. Disponível em: <https://fenasps.org.br/2019/05/06/comissoes-de-servico-social-e-reabilitacao-profissional-retomam-discussao-de-pautas-especificas-na-dirben-do-inss/>. Acesso em: 25 jul.2022.; FENASPS – Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social. Na DIRBEN/INSS, Fenasps reitera discussão sobre demandas dos serviços previdenciários. In: _____. *Página Inicial*. 13 jul.2019b. Disponível em: <https://fenasps.org.br/2019/07/16/na-dirben-inss-fenasps-reitera-discussao-sobre-demandas-dos-servicos-previdenciarios/> Acesso em: 25 jul.2022.

¹²⁴ Por razões da delimitação do objeto deste estudo referente ao ano de 2019, não iremos nos debruçar nas alterações referentes ao SRP nos anos posteriores. Contudo, pela experiência profissional junto ao serviço, é pertinente registrar que esta foi a forma institucional de organizar o Serviço de Reabilitação Profissional nos anos que se seguiram, qual seja, por meio da publicação de diversas normativas internas que alteravam os fluxos e encaminhamentos disciplinados pelo Manual até então vigente. Exemplo foi a imposição da análise de compatibilidade para os profissionais de nível superior que atuam na Reabilitação Profissional, antes realizada em conjunto com a Perícia Médica. Conforme, manual do SRP de 2018, análise de compatibilidade compreende a avaliação de uma determinada profissão, considerando as atividades que estão relacionadas àquele processo de trabalho, com as restrições laborais/condições de saúde dos trabalhadores.

caminho do aprofundamento da desconstrução do serviço de reabilitação profissional. E tal escolha, perpassa por um projeto maior de reordenamento do capital, cuja política previdenciária é alvo constante.

Ainda que tenha se observado uma aproximação do SRP com o campo de Saúde do Trabalhador, até em razão da sua institucionalização por meio das políticas e equipamentos específicos na gestão dos governos petistas, somos cautelosos em afirmar que ações do SRP chegaram a se fundamentar no campo da Saúde do Trabalhador. Algumas considerações baseiam esta afirmação, para além das principais entre elas que significam o protagonismo dos trabalhadores e a consideração da centralidade do trabalho – a rigor, na maioria das vezes, não contempladas também em períodos anteriores pela política previdenciária, incluindo-se a Reabilitação Profissional –, a inexistência de interdisciplinaridade (que por sinal vem sendo metamorfoseada na instituição pela diluição das especificidades profissionais); as ações relacionadas à questão da saúde dos trabalhadores permaneceram (e permanecem) fragmentadas, com desarticulação das políticas de Saúde, Trabalho e Previdência Social; o campo Saúde do Trabalhador é essencialmente anticapitalista o que impõe limites a partir da sua institucionalização pelo Estado (SOUZA, 2016). E, por fim, mas não menos importante, o campo é indissociável da participação dos trabalhadores e trabalhadoras como sujeitos ativos do processo de mudanças, do controle sobre os processos de trabalho em que se inserem e das tomadas de decisão, inclusive, da própria reabilitação profissional.

O que ora é apresentado no SRP potencializa as limitações do serviço – enquanto política que tem por objeto a saúde dos trabalhadores e a atividade de trabalho – em fornecer um processo de reabilitação profissional satisfatório à classe trabalhadora. Assim, pode-se observar como a política previdenciária e, no caso de nosso estudo, o Serviço de Reabilitação Profissional passaram por sucessivas alterações num processo de restrição na prestação do serviço e na redução do acesso ao direito previdenciário compondo o processo de expropriação de direitos sociais pelo capital. Como, diante deste cenário tem ocorrido o retorno ao trabalho por estes trabalhadores reabilitados vinculados ao mercado formal de trabalho? É o que analisaremos no próximo capítulo.

3 REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E (IM)POSSIBILIDADES DE REINserÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO FORMAL: ESTUDO AGÊNCIA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO/RJ

A partir da apreensão desenvolvida nos capítulos anteriores, buscou-se situar o processo saúde-doença na dinâmica do capital, evidenciando sua determinação social a partir do reconhecimento da centralidade do trabalho e de sua relação contraditória e antagônica ao capital. Dessa forma, consideramos os agravos à saúde como um processo social sendo categoria principal de análise o processo de trabalho, ao lado das condições de vida e trabalho dos trabalhadores sob o modo capitalista de produção.

Tendo abordado os fundamentos do trabalho no capitalismo, aliado a exposição sobre as políticas sociais e sua vinculação com o Estado capitalista, tornou-se possível problematizar um serviço previdenciário – o Serviço de Reabilitação Profissional. Procurou-se evidenciar o papel que a proteção social ofertada pelo Estado cumpre sob o capitalismo, permitindo evidenciar que, no caso específico, da política previdenciária no atendimento a uma das faces da questão saúde dos trabalhadores, por meio da reabilitação profissional, não contraria os interesses do capital e, muitas das vezes, não atende às reais necessidades colocadas pelo trabalho.

Nessa exposição, sustentada em revisão teórico-bibliográfica e fontes documentais foi também caracterizado como a reabilitação profissional está organizada no âmbito da Previdência Social. Também se procurou problematizar a constituição, desenvolvimento e limitações deste programa institucional do INSS, por vezes, relacionando-o à política da Previdência Social no percurso histórico.

Com estas balizas de referência, torna-se possível, agora, apresentar os dados e sua análise, considerando um grupo de pesquisa específico, qual seja o de trabalhadores e trabalhadoras considerados(as) reabilitados pela Previdência Social. Especificamente, são conhecidos(as) estes(as) trabalhadores(as) em algumas características sociodemográficas centrais, bem como sua caracterização em termos de processos de adoecimento / acidentes e a consequente reabilitação profissional. A exposição se volta, posteriormente, para uma análise circunscrita a este grupo de trabalhadores(as) reabilitados(as) a fim de evidenciar o que foi possível com a pesquisa a respeito das (im)possibilidades de sua reinserção no trabalho formal.

Nesse último capítulo, apresentamos parte da pesquisa realizada para a elaboração desta dissertação, consistindo nos dados sistematizados referentes a trabalhadores(as) que concluíram o processo de reabilitação profissional no ano de 2018 na Agência da Previdência Social Realengo. Deste modo, expomos inicialmente os caminhos metodológicos utilizados para a realização desta pesquisa.

3.1 Características e procedimentos metodológicos

A pesquisa se caracteriza por um estudo exploratório, apropriado aos casos em que pouco se conhece ainda sobre o problema objeto da pesquisa (TOBAR; YALOUR, 2002). Os procedimentos metodológicos previstos para a sua realização consistiram em revisão teórico-bibliográfica sobre o tema¹²⁵ e a coleta, sistematização e análise documental e, especialmente, de dados secundários sobre os(as) beneficiários(as) da Reabilitação Profissional no INSS.

Em relação aos dados secundários, a unidade de análise se expressa pelos(as) segurados (as) que concluíram a reabilitação profissional¹²⁶ junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em sua relação com as situações de reinserção no mercado de trabalho após este processo. O grupo de pesquisa para este estudo é composto, portanto, por todos os(as) trabalhadores(as) segurados que estiveram sob a condição de incapacidade temporária e que foram reabilitados(as) profissionalmente pelo INSS, na Agência da Previdência Social (APS) de Realengo, no município do Rio de Janeiro/RJ, com esses benefícios concluídos e cessados durante o ano de 2018. A partir desta caracterização dos dados, a análise se detém em como se deu ou não o processo de (re)inserção no mercado de trabalho para estes(as) trabalhadores(as) no ano seguinte (2019).

¹²⁵Além da revisão de fundamentos teórico-históricos centrais ao nosso objeto de estudo, como exposto até o momento, utilizou a plataforma *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), com seleção pelas palavras-chave/descriptores relacionados ao estudo, tais como a reabilitação profissional; incapacidade; trabalho; mercado de trabalho; saúde dos trabalhadores; previdência social. Além de outras referências, a partir de livros, dissertações e teses, bem como pesquisa documental.

¹²⁶ Convém lembrar que, neste estudo, os trabalhadores chamados de reabilitados são aqueles que concluíram o processo de reabilitação profissional pelo INSS e, portanto, certificados pelo órgão previdenciário. É necessária a ressalva para que não haja o equívoco de compreender trabalhador reabilitado pelo INSS enquanto trabalhador reinserido no trabalho, pois a condição de reabilitado não é a garantia da reinserção profissional pelos(as) trabalhadores(as), como veremos a seguir.

Para a pesquisa foi considerado, portanto, o intervalo de um ano após a reabilitação profissional concluída, a fim de que as informações fossem apreendidas com um espaço temporal anual entre a conclusão do processo de reabilitação profissional e a inserção no mercado de trabalho. Considerando este intervalo anual posterior à reabilitação profissional, tratou-se de verificar se efetivamente estes(as) trabalhadores(as) conseguiram se reinserir no mercado de trabalho formal, analisando qualitativamente os dados nas diferentes condições em que este processo se deu durante ao ano seguinte ao da reabilitação concluída.

A escolha pela APS Realengo/RJ está relacionada à inserção da pesquisadora nesta agência da Previdência Social e sua experiência anterior que sinalizava para a questão aqui estudada. Em avaliação prévia quanto à viabilidade da coleta dos dados no período proposto, foi constatado que os profissionais do Serviço de Reabilitação Profissional (SRP) já realizavam a sistematização das informações relacionadas aos desligamentos dos(as) segurados(as) que concluíram a reabilitação profissional nessa agência¹²⁷. O ano de 2018 se constituiu, portanto, como o mais recente, em relação à pesquisa proposta, para o qual existiam dados sistematizados e que não contaria com um possível viés, passível de ser previsto¹²⁸, para a pesquisa.

Os dados foram, portanto, coletados, sistematizados e analisados, inicialmente a partir do livro de registros de desligamentos do SRP e, posteriormente, através de sua correspondência de identificação numérica, junto aos sistemas corporativos do INSS – especificamente, o Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) e o Sistema de Administração de Benefícios por

¹²⁷ Os registros disponíveis, identificados pelo número de benefício (NB) por incapacidade temporária, permitiriam a consulta correspondente à reabilitação profissional e a possível inserção posterior no mercado de trabalho, junto aos sistemas previdenciários, o que viabilizaria a identificação de dados necessários à questão de pesquisa e ao desenho metodológico.

¹²⁸ Ressalta-se que outro ano mais recente para a coleta de dados, no período desta pesquisa de mestrado, seria o de 2019 e que, por conseguinte, teria como período para análise de retorno ao trabalho de beneficiários (as) reabilitados(as), o de 2020. Nesse ano, a pesquisa poderia encontrar limites à análise, na medida em que a reinserção no mercado de trabalho coincidiria com o contexto pandêmico de *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19), o que, provavelmente, acarretaria um viés à pesquisa, tendo em vista outras variáveis que incidiriam neste processo, condicionando as condições de reinserção no mercado de trabalho. Portanto, uma vez já conhecidas estas possibilidades que se somariam à compreensão, complexificando a análise das relações entre reabilitação profissional e reinserção no mercado de trabalho, optou-se pelo recorte dos anos de 2018 (como o da reabilitação profissional concluída) e de 2019 (como o da possível reinserção no mercado de trabalho). Esta escolha metodológica não significa, contudo, desprezar a pertinência e relevância de outros estudos relacionados à pandemia de Covid-19, aos trabalhadores reabilitados e a processos de inserção no mercado de trabalho.

Incapacidade (SABI), previamente autorizados pela instituição previdenciária¹²⁹. A coleta dos dados secundários foi feita por meio do levantamento de todos os casos certificados com conclusão de processo de reabilitação profissional¹³⁰ com a indicação de “retorno ao trabalho”, contemplando, assim, dois tipos previstos em regulamentações do SRP/INSS: “retorno ao trabalho em função diversa” e “retorno ao trabalho na mesma função com restrição de atividades”.

Assim, os dados relacionados aos processos de reabilitação profissional de todos(as) os(as) trabalhadores(as), concluídos no ano de 2018, na APS Realengo/RJ, coletados a partir do Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI), foram cotejados com as informações disponíveis sobre sua inserção no mercado de trabalho, durante o ano de 2019, a partir do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS). Tendo a questão central, bem como as que lhe acompanham, como ponto de partida, se procurou desvelar e responder ao fenômeno reabilitação profissional, procurando se aproximar de sua estrutura e dinâmica, ainda que sob as características de um estudo exploratório.

Em pesquisas, é importante sempre demarcar seu desenho e as estratégias metodológicas adotadas de acordo com o objeto de pesquisa. Tal como observam vários autores, como por exemplo, Minayo (1999) e Alves-Mazzotti; Gewandszndjder (2002), os sujeitos selecionados para os estudos devem ser aqueles que detêm os atributos relacionados à questão de pesquisa. Ou, ainda, como observa Selltiz *et al.* (1975), ao tratar das amostras não probabilísticas e intencionais, a estratégia adequada se volta para os casos que julgamos ser típicos à população de interesse de estudo.

Dessa forma, a partir dos critérios de inclusão adotados para selecionar o grupo de pesquisa foi identificado um quantitativo de 77 (setenta e sete) trabalhadores(as) segurados(as), no período recortado para o estudo (2018/2019) que tiveram todos eles, seus dados coletados, sistematizados e analisados. A partir

¹²⁹ Como já exposto na Introdução desta dissertação, esta pesquisa foi submetida a avaliação da Comissão de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COEP/UERJ), com autorização prévia do INSS, tendo recebido parecer favorável à sua realização (CAAE: 50555421.8.0000.5282 / Parecer: 4.909.228).

¹³⁰ Convém lembrar que, neste processo investigativo, o grupo de pesquisa compreende os(as) trabalhadores(as) que concluíram o processo de reabilitação profissional com desligamento para retorno ao trabalho. Isto porque existem outras formas de desligamento no Serviço de Reabilitação Profissional, quais sejam: impossibilidade técnica, abandono, recusa, insuscetibilidade de reabilitação profissional, transferência, óbito, retorno imediato ao trabalho (dispensando a necessidade de reabilitação profissional).

deste levantamento e pela identificação numérica dos benefícios por incapacidade recebidos pelos(as) trabalhadores(as), foi realizada a coleta e sistematização de dados por meio dos registros e sistemas institucionais referentes às seguintes categorias de análise e/ou variáveis de atributos: sexo; idade; escolaridade; cargo/função; remuneração; valor do benefício previdenciário; vínculo trabalhista; tempo de exercício na função do vínculo empregatício; motivo do afastamento; tempo de afastamento do trabalho; espécie do benefício por incapacidade temporária; histórico de afastamento do trabalho com percepção de benefício por incapacidade temporária; tipos de desligamento para retorno ao trabalho; novas funções/profissões; cursos realizados e formas e características de retorno ao trabalho¹³¹.

As questões que moveram este processo investigativo foram: os(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) conseguem se reinserir no mercado de trabalho formal, mantendo ou não os vínculos empregatícios de origem? Como se qualifica este processo tomando como recorte específico os(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) profissionalmente? Sua pertinência se justifica mais ainda em um contexto de transformações substantivas relacionadas ao consumo da força de trabalho e diante de um cenário de precarização laboral, de formas desregulamentadas de inserção no trabalho e com aumento progressivo da informalidade do trabalho.

Feitas estas considerações, apresentamos a seguir, a título de contextualização, a atual caracterização e rotina do Serviço de Reabilitação Profissional da Previdência Social no período pesquisado. A partir desta contextualização, são expostas, em sequência, a partir dos dados pesquisados na APS Realengo, RJ/RJ, as características e dinâmica da reabilitação profissional entre os(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) no ano de 2018 e as possibilidades de reinserção posição no mercado de trabalho, durante o ano subsequente, o de 2019.

¹³¹ Para o tratamento e cruzamento de das categorias de análise/variáveis de atributos foi utilizado o *software R-Commander*.

3.2 Fluxo de atendimento e rotinas do Serviço de Reabilitação Profissional (SRP)

Delimitamos este subitem ao período relacionado à pesquisa, qual seja 2018/2019, em razão das constantes mudanças que vêm ocorrendo no Serviço de Reabilitação Profissional (SRP), como vimos no capítulo anterior. Até o momento em que a Perícia Médica compunha o quadro de servidores do INSS (junho/2019), a estrutura de organização do Serviço de Reabilitação Profissional estava vinculada à Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT).

É de responsabilidade da Divisão de Gerenciamento de Atividades de Reabilitação Profissional (DGARP) – vinculada à Coordenação de Reabilitação Profissional (CREABP) e à Coordenação Geral de Serviços Previdenciários e Assistenciais (CGPASS) subordinadas à DIRSAT– o planejamento, normatização, acompanhamento, e consolidação de metas físicas, orçamentárias e estatísticas, além da orientação e supervisão técnica dos profissionais do Serviço de Reabilitação Profissional (INSS, 2016)¹³².

Todas as Gerências Executivas do INSS (GEX)¹³³ devem se organizar para a prestação do serviço, sendo, na época, de competência do Serviço/Seção de Saúde do Trabalhador, o gerenciamento das atividades do serviço, a organização e acompanhamento da distribuição de demandas e agendas das equipes (INSS, 2018). É de responsabilidade da Previdência Social fornecer ao(à) trabalhador(a) segurado(a) os recursos materiais para o cumprimento do processo de reabilitação profissional, que inclui órteses e próteses, pagamentos das taxas de inscrição e mensalidades dos cursos oferecidos, implementos profissionais, instrumentos de trabalho (materiais considerados imprescindíveis para o desenvolvimento da formação ou treinamento profissional para o exercício de atividade laborativa), auxílio-transporte e alimentação.

¹³² Ainda que no Manual de 2018 não conste a competência da Divisão de Gerenciamento de Atividades de Reabilitação Profissional (DGARP), não houve, no período, alteração quanto a sua estrutura de organização, podendo ser utilizada a definição presente no Manual Técnico de Reabilitação Profissional de 2016(BRASIL, 2016).

¹³³ Convém destacar que o INSS, em razão da sua abrangência nacional, encontra-se dividido em cinco Superintendências Regionais, são elas: Norte/Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste I, Sudeste II e Sul. A Agência da Previdência Social do presente estudo (APS – Realengo) compõe a Gerência Executiva Rio de Janeiro Norte, subordinada à Superintendência Regional Sudeste II que compreende os estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo.

Considerando a existência de descentralização orçamentária, compete às Gerências Executivas a celebração de convênios ou acordos de cooperação técnica com instituição pública ou privada para aquisição de tais recursos materiais ou serviços necessários à condução do processo de reabilitação profissional. Todavia, esta competência para aquisição dos recursos necessários, no âmbito da Gerência Executiva, se, por um lado, pode contribuir para uma maior autonomia e reconhecimento das particularidades de cada região; por outro lado, faz com que o serviço de RP prestado dentro da mesma instituição tenha uma discrepância significativa, a depender da região, do grau de intersetorialidade entre as políticas, da capacidade de articulação que uma Gerência Executiva possa ter em estabelecer convênios ou parcerias, entre outros¹³⁴.

No âmbito da GEX, era prevista a função de Assessor Técnico da Reabilitação Profissional (hoje extinta, como vimos no capítulo anterior) com a responsabilidade de assessorar o Serviço de Saúde do Trabalhador em matéria de reabilitação profissional; promover a articulação entre a equipe de reabilitação profissional e a perícia médica; propor celebração de acordos, convênios ou parcerias; operacionalizar a execução orçamentária referente à RP na Gerência Executiva; avaliar a qualidade técnica das atividades do processo de RP; analisar e consolidar mensalmente os dados referentes aos atendimentos do SRP; analisar características do mercado de trabalho para subsidiar as equipes; adotar medidas para a realização de pesquisa de fixação, entre outros (INSS, 2018)¹³⁵.

As Agências da Previdência Social (APS) devem, preferencialmente, dispor de equipes de Reabilitação Profissional. Estas equipes são compostas pelos servidores de nível superior em alguma área afim (Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, entre outras) e os servidores peritos médicos. Apesar de usualmente a instituição denominar equipe de RP, vimos que ao longo da década de 1990 ocorre uma desestruturação desta rede atendimento, tratando-se de

¹³⁴ Exemplo desses limites são casos de Gerências Executivas que não conseguem firmar convênios com instituições para aquisição de recursos materiais, dependendo de cursos gratuitos na sociedade para a qualificação profissional dos(as) trabalhadores(as). Outras não realizam o pagamento de implementos profissionais, ou seja, os materiais necessários (instrumentos de trabalho) para uma determinada atividade laboral, limitando ainda mais as possibilidades de escolha dos(a) trabalhadores(as).

¹³⁵ Destacamos aqui algumas das atribuições do Assessor Técnico da Reabilitação Profissional. A relação de todas as atribuições encontra-se disponível no Manual Técnico de Procedimentos da Reabilitação Profissional (BRASIL, 2018).

duplas de profissionais (perito médico e um analista) que acompanham todo o processo de reabilitação do(a) trabalhador(a) do início ao fim. A organização do SRP nas Gerências Executivas pode ser verificada na ilustração da figura 1:

Figura 1 – Organização do Serviço de Reabilitação Profissional nas gerências executivas do INSS



Fonte: A AUTORA (2022).

Os(as) trabalhadores(as) celetistas¹³⁶ afastados(as) do trabalho por período superior ao prazo de 15 dias, obrigatoriamente, devem requerer o benefício previdenciário por incapacidade temporária (anteriormente denominado de “auxílio-doença”). Nos casos dos empregados domésticos; dos contribuintes individuais (trabalhadores autônomos que recolhem a Previdência Social), microempreendedores individuais (MEI) ou de trabalhadores desempregados com qualidade de segurado, o requerimento ao benefício previdenciário deve se dar no primeiro dia de afastamento junto ao INSS.

Como exposto no capítulo anterior, a avaliação da incapacidade laboral é centralizada na Perícia Médica. Nos casos em que for considerado que o agravo à saúde do trabalhador o impede (de forma definitiva ou por período que não é possível precisar) de exercer a profissão que desempenhava até o afastamento do trabalho e se tratando de condição clínica estabilizada, a perícia médica realiza a inclusão do(a) trabalhador(a) no SRP, considerando sua elegibilidade ao serviço.

¹³⁶ Relembrando, aqueles que são regidos pela legislação do trabalho, correspondendo a inserção formal no mercado de trabalho e, portanto, reconhecidos legalmente pela Previdência Social e que, com variações entre eles, estão vinculados a alguns direitos previdenciários.

Este(a) trabalhador(a) será atendido(a) por um profissional de nível superior¹³⁷, que o acompanhará até a conclusão do processo de reabilitação profissional. Durante o processo de reabilitação profissional, o(a) trabalhador(a) permanece recebendo o benefício por incapacidade temporária, exceto no caso de trabalhadores(as) aposentados(as) que permanecem em atividade¹³⁸. A cessação do benefício previdenciário ocorre com a conclusão do processo de Reabilitação Profissional, caracterizado pelo desligamento do(a) segurado(a) do SRP com emissão de certificado e o(a) trabalhador(a) sendo considerado(a) reabilitado(a). O Serviço de Reabilitação Profissional tem caráter obrigatório sendo prevista a suspensão (e posterior cessação) do benefício previdenciário em caso de recusa ou abandono.

No primeiro atendimento junto ao(à) trabalhador(a), após a elegibilidade realizada pela perícia médica, é realizada a “avaliação socioprofissional” do segurado(a) por meio de formulário próprio da instituição. Nesta fase, busca-se conhecer as atividades profissionais relacionadas a sua função; suas experiências profissionais; aptidões e conhecimentos; a história do seu afastamento; possíveis qualificações; composição familiar; remuneração, entre outras. Quando da avaliação socioprofissional, nos casos nos quais o profissional de referência compreenda que não se trata de perfil adequado para a reabilitação profissional (por exemplo, idade avançada, longo tempo de afastamento ou de exercício profissional em um único tipo de atividade ou grau de instrução muito limitado), reencaminha-se o(a) trabalhador(a) para uma nova reavaliação médico-pericial para ser definida as possibilidades de: aposentadoria por invalidez (aposentadoria por incapacidade permanente); retorno ao trabalho sem indicação de reabilitação profissional (caso seja considerado que tenha recuperado a condição clínica para tal), ou a

¹³⁷ Como vimos, hoje, este profissional é denominado na instituição como “profissional de referência” por ser o servidor responsável pela condução do processo junto ao(à) trabalhador(a). Desde a EC 103/2019 (BRASIL, 2019c), já referenciada, foi retirada da legislação as especialidades profissionais que poderiam compor as equipes do Serviço de Reabilitação Profissional – característica essa que conforma a gestão do trabalho estatal, orientada por princípios e estratégias gerencialistas próprias ao setor privado e que passaram a conformar a organização do trabalho, também na esfera do Estado, a partir do processo contrarreformista, assentada na diluição de qualificações profissionais e, por vezes, tendentes a polivalência e/ou multifuncionalidade profissional.

¹³⁸ A legislação previdenciária veda o acúmulo dos benefícios de aposentadoria e benefício por incapacidade temporária pelo(a) segurado(a). Neste caso específico, o(a) trabalhador(a) aposentado(a) afastado(a) das atividades de trabalho não recebe o benefício por incapacidade temporária, apenas a aposentadoria. A exceção é no caso de trabalhador(a) aposentado(a) por invalidez impedido legalmente de trabalhar.

discordância entre a Perícia Médica Federal e o profissional permanecendo a indicação de reabilitação profissional. Observa-se aqui a limitação de uma perspectiva de equipe de reabilitação profissional, sendo resguardada a centralidade do profissional perito médico – perspectiva esta que não considera, portanto, nem a interdisciplinaridade nem uma intervenção interprofissional que a questão saúde dos trabalhadores, necessariamente, reclama, considerando o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho em toda a sua complexidade. As razões para tal devem ser identificadas em suas relações com a cristalização do poder médico em nossa sociedade, e/ou, mesmo, com o corporativismo como um traço incrustado no Estado brasileiro, bem como na realidade social de nosso país. Esta incidência da hegemonia médica e/ou do perito permanece intocada, mesmo após os avanços de concepções e práticas sobre o processo saúde-doença e de suas relações com o trabalho, envolvendo múltiplos elementos que encontram seus fundamentos na formação médica, na conformação do Estado brasileiro e a incidência do patrimonialismo, entre outros que não cabe aqui, todavia, avançar.

As condições de retorno ao trabalho a partir da conclusão do processo de reabilitação profissional (seja na função diversa ou para a mesma função com restrição) podem ocorrer da seguinte forma: por meio da oferta pelo empregador de uma nova função de acordo com a condição de saúde do(a) trabalhador(a) ou de restrição de alguma atividade/adaptação do local de trabalho para o retorno a mesma função; diante da impossibilidade de reabilitação profissional junto ao mesmo local de trabalho ao qual o trabalhador estava vinculado antes do adoecimento, afastamento e reabilitação, ou trabalhador desvinculado, por meio da realização de curso custeado pela Previdência Social, que o considera, a partir de então, como qualificado profissionalmente.

Nos casos nos quais o(a) trabalhador(a) reúne as condições de cumprir o programa e está vinculado(a) a um local de trabalho, ou seja, mantém vínculo de trabalho regido pela CLT, cabe ao profissional de referência fazer contato com o empregador e formalizar a solicitação de nova função para o(a) empregado(a). A formalização deste pedido é feita por meio de ofício onde constam as restrições laborais do segurado, formuladas pela Perícia Médica.

Quando a empresa responde favoravelmente ao processo, deve informar também qual seria a nova função de inserção, com o detalhamento das tarefas do novo cargo e possíveis exigências com relação à escolaridade ou habilidades. Pode

ocorrer também da oferta se dar com a indicação de manutenção da função de origem do(a) trabalhador(a), restringindo-se as atividades que fiquem incompatíveis ou mudando sua lotação/setor. A análise da nova função a ser assumida pelo(a) trabalhador(a), no período do estudo, era de responsabilidade conjunta da Perícia Médica e do profissional de referência¹³⁹.

É facultado à empresa de vínculo original do(a) trabalhador(a)– aquela na qual o(a) trabalhador(a) estava inserido antes do processo de adoecimento/acidente, afastamento e reabilitação profissional – avaliar a necessidade do treinamento para a nova atividade, assim como é de sua responsabilidade as providências para a sua realização¹⁴⁰. O profissional de referência deve acompanhar esta fase do treinamento. Todavia, em 2017 por meio de um memorando interno as atividades externas dos servidores passaram a ser controladas exigindo-se uma arbitrária autorização para a realização da atividade pela chefia técnica (por exemplo, visita à empresa, participação em reunião interinstitucional, entre outras) reduzindo a autonomia dos profissionais e as suas atividades.

Com esta medida, relacionada ao processo de contrarreformas visto no capítulo anterior, as atividades externas foram extremamente prejudicadas. Ocorrendo, na prática, o encaminhamento do trabalhador à empresa por meio de um ofício com as informações pertinentes a: suas restrições laborais; o período do treinamento; a proibição da empresa desviar a função do reabilitando e a indicação de contato com o serviço em caso de intercorrência. De forma geral, não existe um acompanhamento sistemático do local de trabalho onde o treinamento é realizado ou das atividades que são realizadas.

Ao final do período proposto para o treinamento, é realizada uma avaliação pela empresa sobre a condição do (a) trabalhador(a) assumir a nova função ou se cabe prorrogação do treinamento. Dessa forma, podem ocorrer casos finalizados com reabilitação junto ao empregador com realização de treinamento ou sem.

¹³⁹ A ausência ou indisponibilidade de vaga para o(a) trabalhador(a) em processo de reabilitação profissional pelo empregador não é verificada pela Previdência Social, assim como não é de sua autonomia a escolha da nova função, cabendo ao empregador a indicação, podendo é claro existir tratativas para a função mais adequada. Mas o que convém ressaltar é que não cabe ao INSS a escolha da função específica que o trabalhador(a) irá assumir caso seja possível a reabilitação profissional no vínculo trabalhista de origem.

¹⁴⁰ Podem ocorrer, algumas exceções a serem avaliadas pelos profissionais de necessidade de custeio de curso mesmo nos casos de oferta de treinamento pelo empregador. No geral, são cursos mais relacionados a habilidades para a função pretendida, como por exemplo, conhecimentos de informática.

O INSS não obriga a empresa a fornecer a reabilitação profissional ao trabalhador(a)¹⁴¹. Isto é, não há garantias de que a empresa irá acolher o trabalhador e o reinserir em nova função ou, caso reinserindo, que este permanecerá no vínculo formal de trabalho, denotando, inclusive, limitações da legislação trabalhista e previdenciária no que se refere às relações entre trabalho e saúde e a respectiva proteção social. Portanto, quando não é possível a reabilitação profissional junto ao empregador, de vínculo original do(a) trabalhador(a) em processo de reabilitação, seja por negativa da empresa, por falência da mesma/encerramento das atividades ou até mudança de localidade da empresa durante o afastamento do trabalhador(a) o processo é direcionado para o que o INSS denomina de qualificação profissional, processo este previsto nas normativas do serviço. Ou seja, o(a) trabalhador(a) é direcionado para instituições de ensino profissionalizante¹⁴², com a finalidade de adquirir uma qualificação profissional compatível com sua condição de saúde. O curso e as despesas com transporte e alimentação (quando superada jornada de 6hs/dia) são custeados pelo serviço.

Deste modo, as possibilidades de custeio de curso pela Previdência Social ocorrem, via de regra, nos seguintes casos: quando a reabilitação profissional é negada pela empresa de vínculo, normalmente alegando indisponibilidade de vaga ou quando se trata de trabalhador(a) desvinculado(a) das empresas (seja pela condição de desemprego ou por se constituir como contribuinte individual). Portanto, curso e treinamento são atividades distintas e independentes no processo de reabilitação profissional e em algumas situações podem ser complementares (no caso de o empregador solicitar à Previdência Social o custeio de alguma qualificação antes de iniciar o treinamento no local de trabalho).

Não é normatizado um período máximo de duração do processo de reabilitação profissional. Entretanto, os casos com mais de 240 dias de inserção no programa são quantificados mensalmente para envio à gestão técnica. Mas, ainda

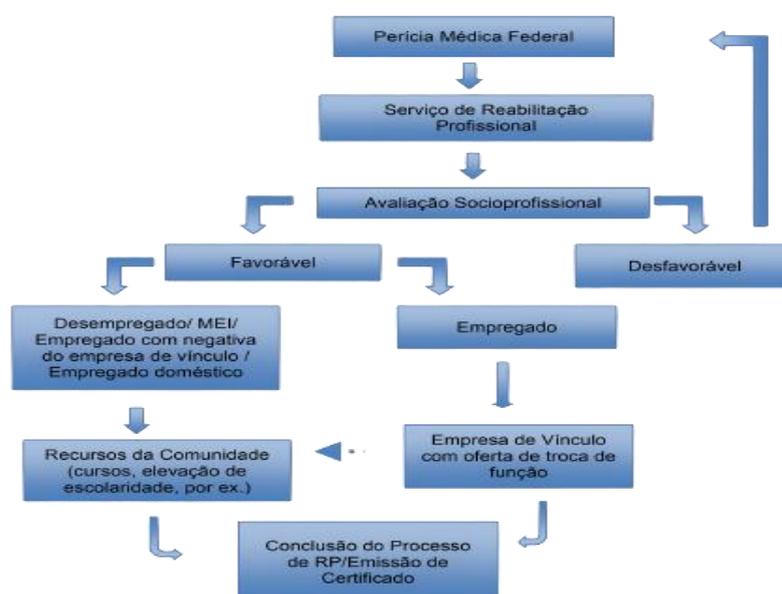
¹⁴¹ O que ocorre nos casos de negativa à solicitação previdenciária, é a notificação da empresa ao Ministério Público do Trabalho (MPT) para possíveis fiscalizações no que se refere ao cumprimento da “lei de cotas”, com possíveis desdobramentos em Termos de Ajuste de Conduta (TAC) ou multas. Mas, considerando que muitos casos decorrem de trabalhadores(as) oriundos(as) de empresas de pequeno porte, sem obrigatoriedade legal de contratação de pessoas com deficiência ou reabilitadas ou, em casos, de empresa de grande porte com cumprimento desta legislação, a intervenção do órgão fiscalizador do trabalho no que tange à reabilitação profissional fica limitada.

¹⁴² A Gerência Executiva relacionada ao grupo pesquisado possui convênio com o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC/RJ). Dessa forma, a escolha relacionada à qualificação profissional é limitada a oferta de cursos oferecidos nesta instituição.

que não haja normativa sobre a duração do processo, sempre é valorizada, pelo INSS, sua celeridade. Um exemplo disso pode ser visto na prescrição dos cursos de tipo técnico, com maior duração, que costumam ser orientados, pelo INSS, apenas em caráter de excepcionalidade.

Ao final do curso e/ou treinamento junto à empresa de vínculo de origem do(a) trabalhador(a) com êxito, o processo de reabilitação profissional é encerrado com a certificação e a cessação do benefício previdenciário. Ao finalizar esta exposição e a fim de permitir uma melhor visualização de como se organiza este fluxo de atendimento no SRP, conforme exposto até aqui, é apresentada a figura 2, em sequência, elaborada com o fim de ilustrar alguns dos elementos do processo de trabalho na Reabilitação Profissional.

Figura 2 – Fluxograma do atendimento e rotinas do SRP/INSS



Fonte: A AUTORA (2022)

Concluindo esta caracterização do SRP na prestação do atendimento aos(as) trabalhadores(as) segurados(as), em seus fluxos e dinâmica, cabe considerar, ainda, uma questão essencial em termos da efetividade deste serviço – que é um direito do trabalhador contribuinte da Previdência Social e, como demonstrado no

capítulo anterior aquele que financia esta política – que diz respeito à pertinência da reabilitação profissional em sua relação com a reinserção de trabalhadores e trabalhadoras reabilitados(as) no mercado de trabalho. Esta é uma questão essencial não apenas em termos do significado conferido à reabilitação profissional, mas também no seu alcance às possibilidades concretas de inserção no mercado de trabalho que, supostamente, ela promoveria. Não tão simplesmente, aqui incide, exatamente, a questão central que orientou esta pesquisa e seus distintos desdobramentos como até aqui vêm sendo exposto.

Não existe rotina prevista do acompanhamento ou suporte ao trabalhador pelo serviço de reabilitação profissional após a conclusão do processo. Entretanto, para fins estatísticos, é prevista a pesquisa de fixação. Pelo Manual vigente à época estudada, seu objetivo consiste em

constatar a adaptação do segurado/beneficiário ao mercado de trabalho, a efetividade do processo de RP, fornecendo dados importantes para o gerenciamento do trabalho da equipe de RP, conforme determinado no art. 137, inciso IV e art. 140, § 3º, ambos do RPS [*Regulamento da Previdência Social*]. A pesquisa de fixação será realizada dezoito meses após o desligamento do PRP [*Programa de Reabilitação Profissional*], utilizando os dados constantes no CNIS (INSS, 2018– grifos nossos).

Consideramos a pesquisa de fixação, ainda que considerada uma função básica do serviço, uma lacuna no SRP. Consoante a Maeno e Vilela (2012) que já haviam identificado esta deficiência, além da mesma não ser realizada de forma sistemática pelas equipes de reabilitação profissional, seus resultados permanecem não sendo disponibilizados, persistindo a dificuldade de informações sobre os(as) trabalhadores(as) reabilitados(as). Adicionalmente, outra lacuna a ser ressaltada, é o desconhecimento quanto a avaliação sobre a efetividade do processo de RP, em termos de diretriz institucional. E, ainda, acrescenta-se, o fato de a pesquisa de fixação ser prevista de forma direcionada apenas a fins estatísticos, em uma perspectiva de “adaptação” ou não do trabalhador ao mercado de trabalho, desconsiderando que este se organiza pela dinâmica econômica ditada pelo processo de acumulação capitalista, o que pode significar a responsabilização do(a) trabalhador(a) pelo seu “sucesso” ou “fracasso” em termos de sua reinserção no trabalho, denotando total desconsideração das determinações do trabalho, no modo de produção capitalista, bem como das relações entre trabalho e saúde, tal como foi discutido no primeiro capítulo.

A maior parte dos dados referentes ao Serviço de Reabilitação Profissional é coletada de forma manual pelos próprios profissionais de referência mediante o preenchimento mensal do Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional (BERP). É de responsabilidade do profissional a realização da estatística mensal, que envolve o quantitativo de: avaliações socioprofissionais realizadas; segurados(as) em acompanhamento; trabalhadores(as) segurados(as) desligados(as) do serviço; trabalhadores(as)segurados(as) em curso ou treinamento; tipos de desligamento; trabalhadores(as) segurados(as) que esperam o início do processo de reabilitação profissional, entre outros. Esses boletins estatísticos, consolidados posteriormente pelo assessor técnico da Gerência Executiva, são encaminhados à Superintendência. Por sua vez, as Superintendências, após compilação das respectivas Gerências Executivas de sua abrangência, encaminham os dados à gestão central. Em razão da forma como a coleta se desenvolve e, muitas vezes, da irregularidade de preenchimento e/ou apresentação de resultados do BERP, questiona-se sua capacidade de ser fidedigno à realidade dos locais de trabalho.

Consideradas estas limitações e tendo em vista proporcionar um panorama geral quanto ao quantitativo de trabalhadores(as) atendidos(as) no SRP no estado do Rio de Janeiro, apresentamos seus dados no ano de 2018¹⁴³, uma vez que é aquele em relação ao qual foram desenvolvidas a pesquisa e a análise aqui realizada. Lembrando que os resultados do BERP constituem a fonte de dados do SRP, pode ser afirmado, portanto, que, no estado do Rio de Janeiro, os serviços de Reabilitação Profissional¹⁴⁴ contavam, em 2018, com 6.236 trabalhadores(as) segurados(as) registrados(as); 4.990 segurados foram inseridos, naquele ano, no SRP; 1.932 trabalhadores(as) foram considerados(as) reabilitados(as); 6.511 estavam cumprindo o programa de reabilitação profissional, sendo que, deste quantitativo, 3.633 ultrapassam 240 dias de permanência. A partir destes dados gerais, torna-se possível avançar a exposição para caracterizar como vem se dando

¹⁴³ BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. *Estatísticas de reabilitação profissional, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação - 2017/2019*. 2019e. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/dados-abertos-previdencia/previdencia-social-regime-geral-inss/arquivos/versao-onlinte-aeps-2019-/secao-iii-servicos-previdenciarios/capitulo-28-reabilitacao-profissional/28-1-estatisticas-de-reabilitacao-profissional-segundo-as-grandes-regioes-e-unidades-da-federacao-2017-2019>. Acesso em: 17 jun.2022.

¹⁴⁴ O estado do Rio de Janeiro em 2018 contava com 7 (sete) Gerências Executivas do INSS e todas elas prestavam o serviço de Reabilitação Profissional, são elas: Volta Redonda, Campos dos Goytacazes, Petrópolis, Niterói, Duque de Caxias, RJ-Norte, RJ-Centro.

a reabilitação profissional em sua relação com a reinserção no mercado de trabalho formal, a partir do estudo realizado junto a APS – Realengo, no município do Rio de Janeiro/RJ – é o que apresentamos a seguir.

3.3 Trabalhadores(as) reabilitados(as) na SRP/APS – Realengo, Zona Oeste do Rio de Janeiro/RJ: qual reinserção no mercado formal de trabalho?

Como já exposto, a questão central deste estudo esteve voltada à possibilidade ou não dos(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) se reinserirem no mercado de trabalho formal. Relembra-se, também, que a questão da pesquisa se fez presente pela própria experiência, em período de atuação profissional da pesquisadora neste serviço, mas também expressa pelos(as) próprios(as) trabalhadores(as). Durante os atendimentos, por diversas vezes, foi notória a insegurança com seu futuro laboral e, certamente, da sua capacidade de subsistência material, visto que o benefício previdenciário substitui os salários destes(as) trabalhadores(as). E este temor não é infundado.

Numa sociedade, como já exposto, organizada sob o modo capitalista de produção, onde a possibilidade de sobrevivência para o conjunto dos trabalhadores e trabalhadoras se dá, exclusivamente, pela venda de sua força de trabalho, esta é uma questão inexorável. E mais que isto, sociedade esta na qual, de acordo com a atual dinâmica da acumulação capitalista, o exército industrial de reserva se adensa a cada dia, em razão da dinâmica estrutural do capital com a expulsão crescente do trabalho vivo—combinando desemprego massivo com inserções precárias e desregulamentadas de trabalho – o questionamento dos trabalhadores é pertinente e fundamentado: por que o empregador iria priorizar um(a) trabalhador(a) reabilitado(a), supostamente mais fragilizado frente a um considerado hígido?

A limitada atuação da política (seja ela previdenciária ou trabalhista) reforça a fragilidade deste retorno ao trabalho. O medo do trabalhador de ser demitido após um afastamento por motivo de saúde é uma realidade vivenciada pela classe trabalhadora, como o atestam distintos estudos recentes sobre o atual mundo do trabalho, cujas algumas de suas características centrais foram expostas anteriormente. Maeno e Wunsch Filho (2010), por exemplo, pontuam situações como pressão para demissão, desrespeito às restrições laborais, humilhações e

assédio moral em pesquisa sobre a reinserção de trabalhadores com LER/DORT em uma empresa da região metropolitana de São Paulo. Souza e Queiroz (2018) acrescentam o cenário de insegurança entre os trabalhadores que, sob a ameaça do desemprego, acabam submetendo-se as mesmas condições de trabalho que contribuíram para seu adoecimento. Tal cenário demonstra a atualidade de Marx (2017), como vimos no primeiro capítulo, sobre a relação entre adoecimento e trabalho e a pressão exercida pelo exército industrial de reserva nos trabalhadores.

No discurso coletivo, os trabalhadores reconhecem que o lucro é o maior – e, muitas vezes, único – objetivo das empresas, e como eles mesmos são utilizados para atenderem a essa demanda. Desta maneira, tem havido uma superexploração do trabalhador, que, às vezes, se submete a determinadas situações de trabalho, como, por exemplo, horas-extras, cumprimento de metas e atuação polivalente, tanto por medo do desempregado como pela demasiada concorrência no mercado, que o colocam em uma realidade competitiva, seja no ambiente de trabalho, seja na busca por recolocação. [...]

O dia que eu for falar 'Não' para eles, o que eles fazem? Me mandam embora e pegam outro ajudante geral para colocar e fazer o mesmo serviço[...] (DSC – Trabalhadores do Grupo 1 e 2) (SOUZA; QUEIROZ, 2018, p.106 – grifos no original).

A ausência de um acompanhamento da Previdência Social, após a conclusão do processo de reabilitação profissional, e a incipiente proteção e fiscalização trabalhistas reforçam a condição intrínseca e estrutural de “trabalhador livre”, na busca da venda de sua força de trabalho. Condição esta que, muitas vezes, se torna ainda mais reduzida, diante de seu adoecimento ou acidente, frente a um mercado de trabalho que opera sob determinações e condicionantes estruturais relacionados à dinâmica da acumulação, que sobredeterminam as relações laborais e frente às quais as limitações das políticas sociais são evidentes.

A magnitude da questão, tomando especificamente a relação trabalho e adoecimento, pode ser expressa a partir de dados previdenciários relacionados à capacidade/incapacidade de trabalho. Os benefícios previdenciários relacionados à incapacidade temporária podem ser de duas naturezas: os relacionados a acidentes de trabalho¹⁴⁵, doenças profissionais e/ou relacionadas ao trabalho reconhecidas ou

¹⁴⁵ Em termos jurídico-legais e de acordo com o INSS, entende-se por acidente de trabalho, aqueles tipicamente ocorridos durante o trabalho, os de trajeto, as doenças profissionais e as relacionadas ao trabalho reconhecidas legalmente. Conforme a legislação vigente: “Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”. E, ainda, conforme art.20, “Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas: I - doença profissional, assim entendida a produzida ou

agravadas por este¹⁴⁶ ou os que não possuem relação direta com o trabalho (no sentido de que, formalmente, não foram assim reconhecidos e/ou vinculados para benefícios previdenciários).

O processo saúde-doença não se trata de uma perspectiva biológica ou individual, mas sim de um processo social. A apreensão da questão saúde dos trabalhadores perpassa obrigatoriamente pela análise do processo de trabalho, condições de trabalho e de vida, e o processo de desgaste encontra-se diretamente associado às condições de reprodução social. Deste modo, é uma questão central tanto para trabalhador quanto para o capital, ainda que com distintos objetivos e interesses. Perpassa tanto a esfera da produção quanto da reprodução, para o primeiro trata-se da sua própria condição de existência, para o segundo de atender suas necessidades de acumulação.

De acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social, em 2018 foram concedidos, no país, 5,1 milhões de benefícios¹⁴⁷, representando um valor total de R\$ 7, 1 bilhões. Deste quantitativo de benefícios, aproximadamente 41,5% foram concessões de benefícios por incapacidade temporária (não acidentária), o que corresponde a 2.067.295 benefícios. Ressalta-se o volume expressivo destes benefícios na região Sudeste, o que corresponde a cerca de metade destes benefícios, especificamente 1.053.322 (50,95%). Já os benefícios por incapacidade temporária acidentários, concedidos no mesmo período, corresponderam a 194.955¹⁴⁸, sendo 92.300 oriundos da região Sudeste– o que também se aproxima

desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social; II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.” (BRASIL, 1991). BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 25 jul. 1991, atualizada. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm#art23. Acesso em: 22 mar. 2022.

¹⁴⁶ No INSS este tipo de benefício é denominado como “espécie 91”, enquanto os benefícios referentes aos afastamentos por doenças não relacionadas ao trabalho são denominados “espécie 31”.

¹⁴⁷ BRASIL. Ministério da Fazenda. *Anuário Estatístico da Previdência Social 2018*. Brasília, v. 25, 2019f. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/dados-abertos-previdencia/previdencia-social-regime-geral-inss/arquivos/aeps-2018.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2022.

¹⁴⁸ O baixo reconhecimento dos benefícios acidentários pode estar associado à subnotificação dos acidentes de trabalho pelas empresas, bem como as limitações da perícia médica em reconhecer o nexos com o trabalho. Entretanto, dados os limites deste estudo, esta importante questão não é passível de ser aprofundada aqui.

de 50% do total. No que tange ao estado do Rio de Janeiro, no ano de 2018, foram 170.048 benefícios por incapacidade temporária (não acidentária) e 10.972 benefícios por incapacidade temporária acidentários concedidos¹⁴⁹.

Antes de correlacionar estes dados com aqueles do grupo pesquisado, cabe lembrar aqui que este é compreendido por 77 (setenta e sete) trabalhadores e trabalhadoras que tiveram o processo de reabilitação profissional concluído, no ano de 2018, junto a Agência da Previdência Social (APS) da Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro/RJ, situada no bairro de Realengo, neste município. Em relação a este grupo, foram pesquisados elementos relacionados à reabilitação profissional, procurando explorar como este processo se revela entre estes(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) em 2018, bem como as correspondentes possibilidades de reingressaram ou não no mercado de trabalho durante o ano seguinte, de 2019, também explorando como este processo se deu, em algumas de suas características, junto a este grupo de pesquisa.

A fim de delimitar, também, espacialmente a APS Realengo, na qual os(as) trabalhadores(as) foram submetidos (as) ao processo de reabilitação profissional, cabe registrar que o município do Rio de Janeiro divide-se em cinco áreas de planejamento (AP). A região de localidade da APS Realengo e dos bairros de moradia da maioria do grupo pesquisado correspondem à AP5¹⁵⁰. É importante também destacar que, diferentemente da política de saúde, por exemplo, a prestação do serviço previdenciário não é descentralizada no sentido de o atendimento ser delimitado ao bairro de moradia do trabalhador(a) segurado(a). No entanto, existe uma orientação de que o usuário seja atendido pelo serviço mais próximo de sua residência. E, de fato, de forma geral, a maioria do grupo pesquisado reside em bairros da região da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro (Realengo, Padre Miguel, Bangu, Senador Camará, Campo Grande, entre outros), não obstante o serviço atender, portanto, trabalhadores(as) de outros locais de moradia.

¹⁴⁹ Como o Anuário Estatístico da Previdência Social não apresenta os dados de forma desagregada, distribuindo os indicadores de concessões de benefícios apenas entre os estados do país, não foi possível o levantamento do número de concessões dos benefícios por incapacidade temporária no município do Rio de Janeiro.

¹⁵⁰ Convém destacar que os bairros da Barra da Tijuca e da Baixada de Jacarepaguá correspondem a outra área de planejamento, a AP4, não sendo relacionada ao grupo pesquisado, embora também integrem a Zona Oeste do município do Rio de Janeiro/RJ.

De acordo com estudo de Carneiro *et al.* (2019), em 2010, esta área de planejamento abrangia 30% da população da cidade do Rio de Janeiro. O seu aumento populacional está relacionado ao espraiamento urbanístico em decorrência do processo de desenvolvimento urbano desordenado e desigual da cidade. As oportunidades de trabalho e opções de lazer, de forma geral, encontram-se distantes – em áreas mais centrais da cidade, cuja especulação imobiliária inviabiliza o acesso à moradia nestas localidades – fazendo com que a população de baixa renda seja obrigada a se deslocar para áreas periféricas.

Os moradores de áreas periféricas da cidade gastam maior tempo no deslocamento espacial para realização de suas atividades de trabalho, dependendo mais ainda do transporte público. Ainda segundo este estudo, a população em idade economicamente ativa era de 1.188.421, enquanto a oferta de empregos formais era de 185.749 nesta região, em 2013. Além disso, a população fica distante dos serviços básicos, apresentando maior dificuldade em acessar os serviços sociais, representando uma segregação socioespacial na cidade. Cotidianamente, é pauta nos meios de comunicação a precariedade do transporte coletivo da zona oeste, seja ele o rodoviário ou ferroviário. E, ao relacionar elementos como acessibilidade a empregos em 60 minutos, a quantidade de empregos, a distância do centro, a oferta de transporte e a renda média, dentre os sete bairros com os piores índices, na cidade do Rio de Janeiro, quatro deles correspondiam a esta região da zona oeste, são eles: Bangu, Campo Grande, Santa Cruz, Guaratiba (CARNEIRO *et al.*, 2019).

Retomando a questão do tipo de afastamento relacionado ao adoecimento, podemos observar que a maioria dos agravos de saúde, que geraram os afastamentos e posterior reabilitação no grupo pesquisado, não foi relacionada ao trabalho (N=52/67,5%) – pelo menos, do ponto de vista formal de seu reconhecimento e/ou vinculação junto a Previdência Social. Todavia, o número de trabalhadores(as) que estiveram afastados por agravos relacionados ao trabalho pela Previdência Social e que concluíram a reabilitação profissional durante o ano de 2018, também é significativo, relativamente ao conjunto, correspondendo a 25 (32,5%) em relação ao total de 77 (setenta e sete) trabalhadores(as) que concluíram a reabilitação profissional nesse ano.

O grupo pesquisado constitui-se majoritariamente de homens (62 trabalhadores entre o total de 77), correspondendo a 80,52%; enquanto o integram 15 mulheres (19,48%). Os dados, portanto, demonstram a prevalência do sexo

masculino, no SRP/APS – Realengo, corroborando também outros estudos relativos à reabilitação profissional (SOUZA; QUEIROZ, 2018; SANTOS; LOPES, 2021; VACARO; PEDROSO, 2011). No entanto, ao analisarmos as tabelas 1 e 2, apresentadas a seguir, observamos que a proporção de homens, que acessaram o benefício por incapacidade acidentária – isto é, com a relação entre o trabalho e adoecimento estabelecida pelo INSS –, encaminhados pela perícia médica para o serviço de reabilitação profissional, internamente ao grupo de trabalhadores homens (N = 18 / 29,03%), foi menor neste subgrupo do sexo masculino do que no subgrupo de trabalhadoras mulheres reabilitadas. Ou seja, entre as trabalhadoras reabilitadas, a expressão do tipo de benefício concedido pelo INSS não difere significativa e relativamente no subgrupo de mulheres – os benefícios por incapacidade (não reconhecidos como vinculados ao trabalho) foram concedidos a 08 trabalhadoras reabilitadas (53,33%), não sendo muito distinto, relativamente, entre elas e as que obtiveram benefícios por incapacidade acidentário (N=7 / 46,67%). Todavia, ao observarmos os dados gerais referentes aos benefícios acidentários– em geral e independentemente de processos relacionados à readaptação profissional – concedidos em 2018, conforme o citado Anuário Estatístico da Previdência Social, foi possível observar que, majoritariamente, estes se referem a trabalhadores do sexo masculino (136.331) enquanto 58.624 deste tipo de benefício foram concedidos a mulheres.

Tabela 1 – Trabalhadores homens reabilitados profissionalmente, segundo tipo de benefício: INSS, APS, RJ/RJ, 2018

Tipo de Benefício	Homens	
	N	%
Benefício por incapacidade Acidentário	18	29,03
Benefício por incapacidade	44	70,97
Total	62	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do INSS(SABI), 2018 (A AUTORA, 2022).

Tabela 2 – Trabalhadoras mulheres reabilitadas profissionalmente, segundo tipo de benefício: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018

Tipo de Benefício	Mulheres	
	N	%
Benefício por incapacidade Acidentário	07	46,67
Benefício por incapacidade	08	53,33
Total	15	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do INSS (SABI), 2018 (A AUTORA, 2022).

As ocupações profissionais relacionadas ao grupo de 77 trabalhadores(as) reabilitados(as), em 2018, e que conformam o grupo desta pesquisa, concentram-se no setor de serviços, conforme distribuição a seguir: motorista (8); vigilantes (8); gari/coletor de lixo (5); técnico de enfermagem (4); servente de obra (4); auxiliar/operador de produção (3); carteiro/operador de triagem e transbordo (3); porteiro/guariteiro (3); repositor/estoquista (3); servente de limpeza/auxiliar de serviços gerais (3); oficial de manutenção (2); copeiro (2); ajudante de caminhão (2); promotor de vendas (1); cozinheiro(1); balconista de laticínio (1); operador de telemarketing (1); carpinteiro (1); lapidador de pedras (1); ajudante eletricista (1); montador de andaime (1); ajudante naval (1); ajudante de atendimento (1); auxiliar de reparo de elevador (1); operador de empilhadeira (1); auxiliar de pátio (1); agente de prospecção (1); pintor de auto (1); conferente (1); agente de apoio(inspetor escolar) (1); encanador naval (1); consultor de vendas (1) empregada doméstica (1); operador de equipamento (1); impressor gráfico (1); embalador (1); ½ oficial caldeiraria (1); técnico em telecomunicação (1) e técnico em eletrônica (1).

A escolaridade dos(as) trabalhadores(as) (tabela 3), identificada na conclusão do processo de reabilitação profissional, concentra-se em ensino médio completo (48%), seguida do ensino fundamental completo. O processo de reabilitação profissional pode envolver a melhoria de escolaridade dos(as) trabalhadores(as), como, por exemplo, elevar sua escolaridade para atender a oferta de uma função que tenha esta exigência por parte da empresa ou para a realização de um determinado curso. Nesses casos, o(a) trabalhador(a) permanece em benefício, com a elevação da escolaridade atrelada ao processo de reabilitação profissional.

Tabela 3 – Trabalhadores(as) reabilitados(as) segundo grau de escolaridade: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018

Grau de Escolaridade	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ensino Fundamental Incompleto (1º ao 5º ano)	-	-	4	5,2	4	5,2
Ensino Fundamental Incompleto (6º ao 8º ano)	-	-	7	9,1	7	9,1
Ensino Fundamental Completo	-	-	20	26,0	20	26,0
Ensino Médio Incompleto	-	-	3	3,9	3	3,9
Ensino Médio Completo	13	16,9	24	31,1	37	48,0
Ensino Superior Incompleto	1	1,3	1	1,3	2	2,6
Ensino Superior Completo	1	1,3	3	3,9	4	5,2
Total	15	19,5	62	80,5	77	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do INSS (CNIS), 2018. (A AUTORA, 2022).

Destaca-se, ainda, que proporcionalmente, a escolaridade das mulheres é mais alta que a dos homens, bem como observa-se o baixo número de trabalhadores(as) com maior qualificação/escolaridade, não chegando a 8% os(as) trabalhadores(as) reabilitados com nível superior. Também, correlacionando com as funções, foi possível observar, a inexistência de função com exigência de nível superior no grupo pesquisado.

A faixa de rendimentos dos trabalhadores, caracterizada pelo valor do benefício previdenciário – utilizando-se os dados do valor dos benefícios recebidos por estes(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) no ano de 2018 como referência para esta análise¹⁵¹–, concentra-se entre > de 1 a 2 salários-mínimos (N=53 / 68,8%), seguida por > de 2 a 3 salários-mínimos(SM) (N=13 / 16,9%)(tabela 4). Em

¹⁵¹ O valor do salário-mínimo (SM) nacional no ano de 2018 era de R\$ 954,00.

relação aos dados da Previdência Social, quase 50% dos benefícios por incapacidade temporária, concedidos em 2018, concentravam-se no valor de 1 a 2 salários-mínimos, seguidos dos benefícios no valor de 1 SM. Como foi exposto anteriormente, o próprio custo rebaixado do valor da força de trabalho está vinculado à “superexploração da força de trabalho” (MARINI, 1973), especialmente no Brasil, o que significa um arrocho salarial que impacta no baixo valor dos benefícios referenciados nos salários dos(as) trabalhadores(as). Outro fator que contribui para o baixo valor dos benefícios foi a alteração na média de cálculo do auxílio-doença com a MP nº 664/2014, promulgada no governo Dilma, exposta no capítulo anterior.

Dessa forma, podemos afirmar que o grupo pesquisado, em sua maioria, insere-se nas frações mais subalternas da classe trabalhadoras, com vínculos formais, quando sua maioria possui renda de até 2 salários-mínimos, escolaridade majoritária de até ensino médio e, na maioria dos casos, usuários do Sistema Único de Saúde. Expostos dessa forma a maiores agravos e pelos limites impostos à política pública de saúde, a um tempo de espera demasiado para um tratamento adequado. Não identificamos entre os trabalhadores reabilitados, de forma significativa em relação ao conjunto, trabalhadores de nível superior (apenas 2 / 7,8%), com maior requisição de qualificação e/ou com ganhos salariais maiores que 3 ou mais salários-mínimos (5 / 6,5% no grupo pesquisado). Estes achados permitem supor que esses trabalhadores acabam por solucionar seus agravos à saúde e/ou à necessidade de reabilitação profissional diretamente no mercado e/ou por outros meios. Questão importante, quando se considera a fragmentação e heterogeneidade da classe trabalhadora e, especialmente, na atualidade com os atuais processos de precarização da força de trabalho. É possível supor, assim, a segmentação dos trabalhadores na atenção a necessidades de saúde e/ou típicas da Previdência Social, como, por exemplo, na perspectiva proposta por Mota (2005) em relação às clivagens entre os trabalhadores: cidadão-pobre; cidadão-trabalhador e cidadão-consumidor, com essas frações aqui mencionadas integrando este último subconjunto.

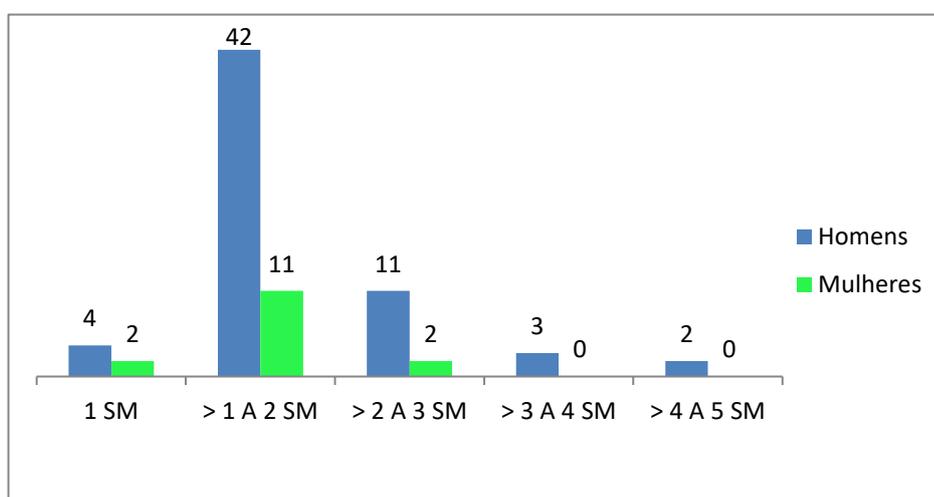
Tabela 4 – Trabalhadores(as) reabilitados(as), segundo rendimentos (valor do benefício previdenciário): INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018

Rendimento salarial (SM)	N	%
1	6	7,8
>1 a 2	53	68,8
>2 a 3	13	16,9
>3 a 4	3	3,9
>4 a 5	2	2,6
Total	77	100

Fonte:Elaboração própria a partir de dados do INSS (CNIS), 2018. (A AUTORA, 2022).

Quando desagregamos os dados de rendimentos (a partir dos valores dos benefícios previdenciários) por sexo (Gráfico 1), observamos que 2 entre o total de 15 mulheres trabalhadoras reabilitadas recebem 1 SM; 11 entre elas recebiam de 1 a 2 salários-mínimos e 2 contavam com rendimentos de 2 a 3 salários-mínimos. Já, entre os homens, 4 recebiam até 1 SM e a maioria concentrava-se na faixa de rendimentos de 1 a 2 salários-mínimos (42 entre o total de 62 trabalhadores reabilitados); 11 deles contavam com rendimentos entre 2 e 3 salários-mínimos; 3 situavam-se na faixa de 3 a 4 salários-mínimos; e 2, de 62 trabalhadores reabilitados recebiam 4 a 5 salários-mínimos. (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Trabalhadores(as) reabilitados(as), segundo valor do benefício por incapacidade temporária previdenciário entre homens e mulheres INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do INSS (CNIS), 2018. (A AUTORA, 2022).

Cabe registrar que o salário-mínimo do ano de 2018 correspondia a R\$ 954,00. Todavia, o salário-mínimo definido pelo Dieese, para aquele mesmo ano e para a satisfação das necessidades básicas, era de R\$ 3.960,57 demonstrando a discrepância salarial significativa em relação aos custos básicos de vida e que denota a atual precarização do trabalho¹⁵². Também é possível corroborar a diferença salarial entre homens e mulheres, sendo que de acordo com o IBGE¹⁵³, o rendimento médio do trabalho das pessoas ocupadas, no ano de 2017, era de R\$ 2.039,00. Contudo, ao analisar este rendimento pelo sexo, confirma-se a menor remuneração das mulheres no mercado de trabalho, alcançando a média de R\$ 1.743,00 enquanto a dos homens ficava em R\$2.261,00.

As mulheres, mesmo com maior escolaridade recebem benefício de valores menores que os homens. Considerando que o valor de benefício está associado ao salário de contribuição ao longo da vida laborativa¹⁵⁴, confirma-se que o salário das mulheres é inferior ao dos homens, também ilustrado pelo gráfico 1, apresentado a seguir. Os dados, portanto, confirmam o que as pesquisas vêm demonstrando no que tange à desigualdade salarial. Em 2017, os homens possuíam rendimentos 29% maiores do que as mulheres (IBGE, 2018). Tais dados demonstram a falácia do discurso da qualificação e incremento da formação para “maior competitividade” no mercado de trabalho tão em voga atualmente, que também não se expressam em mudanças no que se refere às históricas discriminações, como, por exemplo, as de gênero.

¹⁵² Retomando a perspectiva de Marini quanto a superexploração da força de trabalho, Mota (2013) observa, por exemplo, que a precarização do trabalho é um processo de desvalorização da força de trabalho que se apoia em quatro dimensões, sendo uma delas o rebaixamento dos salários. Os demais seriam: a diminuição do tempo real de vida do trabalhador em razão do desgaste psicofísico gerado pelo trabalho; a limitação de projetos de vida do trabalhador e sua família diante da insegurança e da necessidade vital de sobrevivência e a fragilização da organização e solidariedade de classe. Este processo de precarização do trabalho se constitui como uma das estratégias e meios para o enfretamento da crise capitalista e que encontra centralidade na exploração e desvalorização do trabalho.

¹⁵³ IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018* / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

¹⁵⁴ O valor do benefício por incapacidade temporária corresponde a 91% do salário de benefício (SB). O SB é limitado à média aritmética simples dos 12 (doze) últimos salários de contribuição existentes a partir de julho de 1994, ou, se não alcançado o número de 12 (doze) contribuições, a média aritmética simples dos salários de contribuição existentes, assegurado o valor mínimo de um salário-mínimo.

Outro ponto relacionado às discriminações refere-se à raça e etnia. Deve ser destacado aqui que não existe nos sistemas institucionais pesquisados o registro de informação sobre raça/etnia, não sendo possível identificar, neste estudo, o processo de reabilitação profissional relacionado a este recorte. Todavia, Paixão e Theodoro (2020) expõem as assimetrias de raça presentes na Previdência Social, evidenciando ser, em grande parte, produto das dinâmicas do mercado de trabalho – ainda que não se possa perder de vista aqui as raízes e constituição da formação social brasileira e que até hoje se fazem presentes no país. Dessa forma, as possibilidades de contribuição (ou não) e acesso aos benefícios previdenciários estão relacionadas com as dinâmicas do mercado de trabalho, mas não apenas por elas, tais como nas formas de discriminação e segregação ocorridas no momento da contratação, nas altas taxas de rotatividade e desocupação, por exemplo. No estudo dos autores, a população negra, apesar de representar 54% da força de trabalho, constituía 65% da população em trabalho informal no Brasil, em 2013. E, enquanto o rendimento médio da população branca era de R\$2.615,00, o da população negra era em torno de R\$ 1.516,00. Neste sentido, para além do enfrentamento desta realidade histórica no país, também a informação referente à raça entre os(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) é de fundamental relevância para estudos posteriores que busquem correlacionar as desigualdades do mercado de trabalho, os agravos à saúde e as possibilidades de proteção social.

Retomando as relações entre escolaridade e rendimentos, deve ser destacado que os maiores rendimentos não estão associados aos trabalhadores(as) com escolaridade mais alta, qual seja ensino superior, mas sim a trabalhadores com ensino médio completo conforme tabela 5, apresentada a seguir. De fato, voltando-se, internamente, para estes dados foi possível verificar que entre os rendimentos mais altos, estão inseridos trabalhadores em atividades especializadas, com formação de nível médio completo e exercendo as funções de técnico em eletrônica e impressor gráfico, conforme a tabela 5 a seguir.

Tabela 5 – Trabalhadores(as) reabilitados(as), segundo escolaridade e rendimentos:
INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018

Escolaridade	1 SM		> 1 a 2 SM		> 2 a 3 SM		> 3 a 4 SM		> 4 a 5 SM		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ens. Fundamental	2	2,6	15	19,4	2	2,6	1	1,3	-	-	20	25,9
Ens. Fundamental Incompleto I	1	1,3	3	3,9	-	-	-	-	-	-	4	5,2
Ens. Fundamental Incompleto II	1	1,3	5	6,5	1	1,3	-	-	-	-	7	9,1
Ens. Médio	2	2,6	24	31,2	7	9,1	2	2,6	2	2,6	37	48,1
Ens. Médio Incompleto	-	-	2	2,6	1	1,3	-	-	-	-	3	3,9
Ens. Superior	-	-	2	2,6	2	2,6	-	-	-	-	4	5,2
Ens. Superior Incompleto	-	-	2	2,6	-	-	-	-	-	-	2	2,6
Total	6	7,8	53	68,8	13	16,9	3	3,9	2	2,6	77	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do INSS (SABI), 2018. (A AUTORA, 2022).

Os dados demonstram a maior inserção de trabalhadores com menor escolaridade no Serviço de Reabilitação Profissional. De acordo com os dados gerais apresentado pelo IBGE (2018), observa-se um baixo nível de instrução entre os(as) trabalhadores(as), uma vez que, em 2017, 43,2% dos ocupados não possuíam o ensino médio completo. Deste modo, à escolaridade impacta de forma diferenciada a inserção do trabalhador no mercado de trabalho de acordo com a atividade econômica como também se relaciona com o processo saúde-doença.

Especificamente, tomando-as as relações trabalho-saúde, a fim de identificar as formas de adoecimento dos(as) trabalhadores(as) reabilitados(as), observa-se que os dois principais motivos de agravos à saúde¹⁵⁵, que levaram ao afastamento ao trabalho são as doenças do sistema osteomuscular ou do tecido conjuntivo seguido pelos agravos acometidos por causas externas/traumas, para ambos os sexos entre os trabalhadores pesquisados, conforme tabela 6, em sequência.

¹⁵⁵ Para fins de sistematização, utilizamos como referência a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). A avaliação do trabalhador é relacionada à sua incapacidade para o trabalho e, de forma, geral, é considerado pela perícia médica apenas o diagnóstico principal. Dessa forma, tratamos aqui do principal motivo do afastamento do trabalho e não das condições de saúde do grupo pesquisado visto que poderia englobar outras comorbidades não consideradas. De acordo com os códigos da CID-10 informados nos exames médico-periciais dos(as) trabalhadores(as), agrupamos os agravos à saúde consoante aos capítulos correspondentes a cada diagnóstico na referida classificação.

Entre os trabalhadores reabilitados homens, observa-se como terceira causa o adoecimento mental (estresse pós traumático, transtorno de ansiedade, depressão e dependência química), seguido das doenças do sistema circulatório (cardiopatias, tromboflebite). Já entre as mulheres, os demais motivos de agravos à saúde são dispersos, relacionados a doenças do sangue (leucopenia), do aparelho circulatório (trombose), transtorno mental (depressão) e sintoma da fala e da voz (disfonia). Todos estes motivos de agravos à saúde, que geraram o afastamento do trabalho, são equivalentes entre as trabalhadoras reabilitadas mulheres, conforme ilustrado pela tabela 6.

Quando cotejamos os dados do grupo pesquisado com os benefícios previdenciários por incapacidade temporária urbanos (incluindo-se os acidentários), concedidos no ano de 2018, pela Previdência social, no país observamos correspondência entre os três primeiros motivos de agravos à saúde, entre os trabalhadores homens reabilitados, ainda que com posições diferentes. Para os benefícios previdenciários por incapacidade temporária de trabalhadores(as) em geral, no país, o principal motivo de afastamento do trabalho são as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas correspondendo a 27,6% dos benefícios (624.278). Este indicador é seguido pelas doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo com 18,75% (424.301) e pelos transtornos mentais e comportamentais com 9,4% (212.704) (BRASIL, 2019f), conforme tabela 6 a seguir.

Tabela 6 – Trabalhadores(as) reabilitados(as) segundo sexo e motivo de agravos à saúde geradores do afastamento do trabalho (CID-10): INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018-2019

Motivo de agravos à saúde geradores de afastamento	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
Doenças do Sistema Circulatório	1	1,3	4	5,2	5	6,5
Sintoma, sinal, exame da fala e da voz	1	1,3	-	-	1	1,3
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	-	-	1	1,3	1	1,3
Doenças do Aparelho Digestivo	-	-	1	1,3	1	1,3
Doenças do Sangue	1	1,3	-	-	1	1,3
Doenças Infecciosas ou Parasitárias	-	-	1	1,3	1	1,3
Doença do Aparelho Geniturinário	-	-	1	1,3	1	1,3
Doenças do Sistema Nervoso	-	-	1	1,3	1	1,3
Doenças dos Olhos	-	-	1	1,3	1	1,3
Lesões, Envenenamentos e outras consequências de causas externas	4	5,2	15	19,5	19	24,7
Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	7	9,1	27	35,0	33	44,1
Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo e Transtorno Mental	-	-	1	1,3	1	1,3
Transtornos Mentais e Comportamentais	1	1,3	9	11,7	10	13,0
Total	15	19,5	62	80,5	77	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do INSS (SABI), 2019. (A AUTORA, 2022).

No grupo pesquisado, observando em detalhes os dados coletados, nota-se, na prevalência de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, os transtornos de discos intervertebrais, hérnias discais, dorsalgias, lombalgias e cervicobraquialgia como os principais agravos. Estes são seguidos por lesões em ombro e joelho. Ainda que não seja o objetivo deste estudo e por faltar maiores elementos para análise (como por exemplo, os prontuários dos casos), ao analisarmos o motivo do agravo à saúde gerador de afastamento dos trabalhadores(as) relacionado à função que exercem, notamos que a maioria dos trabalhadores(as) reabilitados(as) deste grupo desenvolvia funções que estão relacionadas ou a maior esforço físico ou a posturas viciosas e ortostatismo prolongado. As funções desempenhadas são, por exemplo, servente de obras, cozinheira, copeira, gari, carteiro, depositista, carpinteiro, técnico de enfermagem, faxineira, ajudante de caminhão, conferente, balconista de laticínios, lapidador de pedras, encanador naval, ½ oficial caldeiraria, entre outras.

Consoante a Maeno e Wunsch Filho (2010), o conceito de lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT)¹⁵⁶ é considerado como “um conjunto de entidades mórbidas do sistema musculoesquelético adquiridas pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho” (MAENO; WUNSCH FILHO, 2010, p.54). Portanto, os adoecimentos entre os(as) trabalhadores(as) reabilitados(a) podem estar relacionados a LER/DORT, visto sua relação com a postura exigida pelas tarefas; ritmo intenso de trabalho; cumprimento de metas; aumento de produtividade; fatores ambientais como a temperatura extrema, ruído, dimensões do posto de trabalho, vibrações; pressões mecânicas; logística de trabalho incorreta; posturas inadequadas ou mantidas; carga mecânica músculo esquelético elevada e/ou invariabilidade da tarefa (BRASIL, 2012c).

De fato, dados do Ministério da Saúde (MS)¹⁵⁷ apontam que as notificações referentes a LER/DORT cresceram 184% entre os anos de 2007 e 2016, mas este indicador ainda é ínfimo se pensarmos na tradicional subnotificação de acidentes de trabalho no país, bem como as limitações da Perícia Médica em reconhecer nexos com o trabalho, conforme já comentado, o que escamoteia a dura e cruel realidade do adoecimento relacionado ao trabalho¹⁵⁸. Assim, reforçamos que demais profissionais da saúde poderiam contribuir neste processo de reconhecimento donexo. Portanto, embora se observe o aumento dos casos de LER/DORT, os dados podem sugerir baixo reconhecimento destes agravos como relacionados ao trabalho, ainda que não tenha sido possível realizar o aprofundamento necessário nesta pesquisa para o afirmar.

¹⁵⁶ Complementando, de acordo com os autores, as LER/DORT são “alterações funcionais e/ou orgânicas heterogêneas que, entre outros sinais e sintomas, resultam em fadiga neuromuscular crônica causada pelo trabalho realizado pela posição fixa e/ou com movimentos repetitivos por tempo prolongado, sem tempo de recuperação” (MAENO; WUNSCH FILHO, 2010, p.54).

¹⁵⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2018: uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019g. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Acesso em: 14 jun.2022.

¹⁵⁸ Apesar do aumento do registro de casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM), vinculado ao Ministério da Saúde, cabe ressaltar que se trata de números subestimados, assim como as de outras doenças relacionadas ao trabalho. O reconhecimento da relação entre a doença e o trabalho nem sempre é tarefa fácil e imediata, o que requer conhecimento sobre as condições de trabalho para sua relação com o adoecimento. Além disso, existe uma baixa aderência dos profissionais em fazer a notificação aos sistemas de vigilância (SILVA-JUNIOR *et al.*, 2022).

Observando os dados detidamente, é possível afirmar, todavia, que, no grupo pesquisado de trabalhadores(as) reabilitados(as), entre os afastamentos do trabalho relacionados às doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, que correspondeu a um total de 12 benefícios reconhecidos como acidentários/relacionados ao trabalho, 7 casos foram em decorrência de acidentes de trabalho. Já, os outros 5 casos não tiveram relação com acidentes de trabalho, sendo importante destacar que, entre estes 5, apenas 3 tiveram os afastamentos reconhecidos, em seu nexo com o trabalho, por iniciativa da Perícia Médica. Os outros 2 casos só tiveram o nexo com o trabalho reconhecido pela Perícia Médica por provocação dos próprios trabalhadores – um deles, por meio de recurso previdenciário e o outro por apresentação de laudo técnico do Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT) – serviço vinculado ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) do Sistema Único de Saúde (SUS) solicitando transformação do benefício para o tipo acidentário.

Toldrá *et al.* (2010) chamam a atenção na avaliação de trabalhadores acometidos por LER/DORT, atendidos por um CEREST, para a identificação de alterações das funções mentais no grupo pesquisado, em razão de outras perdas que o adoecimento/afastamento do trabalho reverbera como, por exemplo, a perda da identidade profissional; dos vínculos sociais e de perspectivas de vida. Deste modo, para além da impossibilidade de realização da atividade laboral, os agravos à saúde repercutem em outras esferas da vida como a realização das atividades domésticas, o convívio familiar, a participação social e o lazer. Deste modo, é urgente e necessária a mudança do modelo de avaliação da incapacidade realizado pelo INSS, que hoje não contempla estes elementos, como pontuado, uma vez que pautado no modelo biomédico e na doença.

Os agravos relacionados a causas externas concentram-se nas fraturas e traumas, correspondendo a 7 dos 19 afastamentos considerados acidentes de trabalho no grupo pesquisado. Também foi observado, neste grupo, agravos relacionados a acidentes de trânsito e à violência urbana.

Importante ressaltar, no grupo de trabalhadores afastados por adoecimento mental, a alta prevalência de trabalhadores que exercem a função de motorista (50%), em especial a de coletivos¹⁵⁹. Em geral, são trabalhadores expostos a

¹⁵⁹ Entre os 5 motoristas afastados por adoecimento mental, 3(três) deles tiveram o reconhecimento do nexo causal como doença relacionada ao trabalho.

condições precárias de trabalho, sujeitos além das cargas relacionadas ao ônibus e seu manuseio (motor junto ao profissional com temperatura elevada, vibração, ortostase prolongada, ruído, impossibilidade de ajuste dos pedais e cadeira), à carga psíquica em razão do contato com os passageiros, a responsabilidade sobre a vida dos cidadãos transportados; a violência urbana; o acúmulo da função de cobrador e a de motorista; o tráfego intenso, as exigências das empresas rodoviárias com longas jornadas de trabalho, o medo de sofrerem acidente ou serem vítimas da violência urbana, por exemplo (ASSUNÇÃO; SILVA, 2013).

O tempo médio em gozo de benefício previdenciário, até o encaminhamento ao SRP, foi de 17 meses no grupo pesquisado. Ao analisar pelos tipos de agravos, entre os trabalhadores reabilitados afastados por motivos associados a causas externas o tempo médio foi de 22 meses. Já os casos de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo e de adoecimentos mentais contaram, em média, com 15 meses de percepção do benefício até o encaminhamento ao SRP. O tempo mais prolongado no grupo relacionado às causas externas pode ter relação com o tempo para estabilização do quadro clínico, uma vez que os agravos são decorrentes de fraturas e traumas, bem como a dificuldade do trabalhador em acessar pelo SUS para o tratamento adequado no prazo correspondente. De fato, é comum aguardar em “fila de espera”, atendimentos para cirurgia, serviços de reabilitação física como fisioterapia, terapia ocupacional etc. A demora no atendimento para tratamento contribui para a agudização das condições de saúde, ou, até mesmo, por vezes, inviabiliza sua capacidade de recuperação, fazendo com que os(as) trabalhadores(as) tenham que conviver com sequelas permanentes que repercutem em sua capacidade laboral. Ou seja, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde aumenta o período do tratamento e, por conseguinte, prolonga o tempo de afastamento do trabalho e retarda o encaminhamento ao serviço de reabilitação profissional.

No grupo pesquisado, o tempo médio de realização do processo de reabilitação profissional foi de 25 meses e o tempo médio de duração dos benefícios previdenciários foi de 42 meses. Como os casos com negativa da empresa de vínculo original aos pedidos de troca de função realizados pela Previdência Social demandam um tempo mais prolongado no Serviço de Reabilitação Profissional. Este é um elemento que contribui para o tempo em reabilitação profissional, visto que a

maioria do grupo pesquisado não teve o processo finalizado por meio da reabilitação junto ao empregador de seu vínculo original de trabalho, como veremos a seguir.

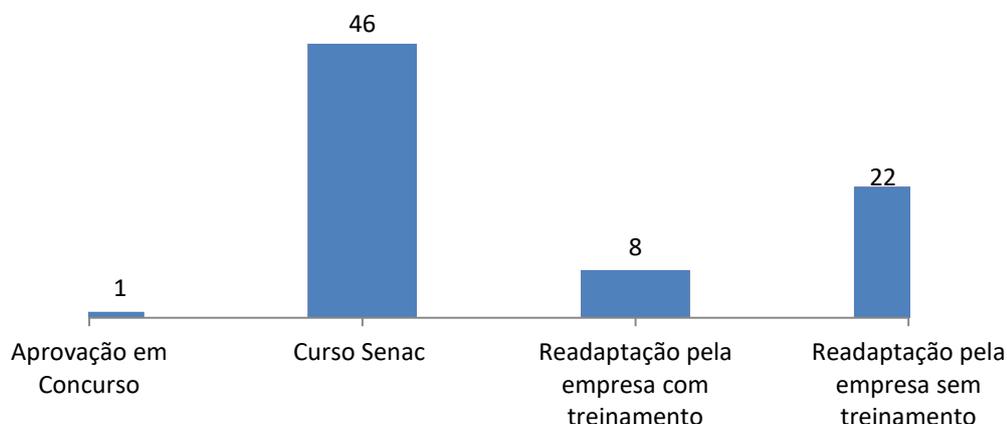
Sobre a forma como o processo de reabilitação profissional foi concluído, a grande maioria (N=66 / 85,7%) dos(as) trabalhadores(as) teve a conclusão do processo de reabilitação profissional para função diversa, ou seja, em uma nova atividade profissional. Os casos em que o retorno ao trabalho foi possível, na mesma função com restrição de algum tipo de atividade, corresponderam a 14,3% (N=11).

Como sinalizado no tópico anterior, estas são as duas possibilidades de conclusão de reabilitação profissional com emissão de certificado na condição de trabalhador(a) “reabilitado(a)”.

O gráfico 2, apresentado abaixo, ilustra a incipiente participação das empresas no processo de reabilitação profissional, considerando os dados do grupo pesquisado. Menos da metade dos casos (N = 30 /39%) foi concluída com perspectiva de retorno do trabalhador à empresa de vínculo original. Entre estes, em 73,3% dos casos não houve treinamento ofertado pela empresa. Nota-se a facilidade do empregador na recusa à oferta de trabalho se desresponsabilizando com o trabalhador adoecido/acidentado. No caso, a própria política permite essa “liberdade” com uma atuação limitada e sem maiores sanções. Contudo, a política não se move no que tange à sanção ao trabalhador em caso de recusa ao SRP, sendo clara, a cessação do seu meio de subsistência, o benefício previdenciário.

Mesmo nos casos nos quais houve recusa do empregador ao pedido de troca de função, o vínculo trabalhista permanece e, desta forma, todos os trabalhadores diante da conclusão do processo de reabilitação profissional e consequente cessação do benefício previdenciário devem se apresentar a sua empresa de origem. A Previdência Social encerra seu acompanhamento a este trabalhador mediante a conclusão da RP e emissão do certificado. Dessa forma, o(a) trabalhador(a) acaba vivenciando de forma individualizada seu retorno ao trabalho na condição de reabilitado(a). O único respaldo com que conta é o certificado de trabalhador(a) reabilitado(a) pela Previdência Social. Mas, como este mesmo documento sinaliza a possibilidade de exercício de outras atividades compatíveis com sua condição de saúde, o(a) trabalhador(a) fica numa posição fragilizada diante do empregador nas tratativas sobre quais atividades laborais pode ou não desempenhar.

Gráfico 2 – Trabalhadores(as) reabilitados(as) segundo forma de conclusão do processo de reabilitação profissional: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018-2019



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do INSS(SABI), 2019. (A AUTORA, 2022).

No grupo pesquisado, cabe registrar, ainda, uma forma excepcional de desligamento não prevista no Serviço de Reabilitação Profissional– a de desligamento para função diversa, em razão de aprovação de trabalhadora em concurso público, ocorrida neste grupo pesquisado. No caso, a condição da reabilitação profissional ocorreu com desligamento para retorno à função diversa; todavia, cabe registrar que não foi ofertada nova função pela sua empresa de vínculo e, paralelamente, a trabalhadora aprovada em concurso público foi convocada, não sendo fornecido curso.

Convém destacar que tais dados correspondem às formas de conclusão do SRP, o que não significa ser a realidade encontrada no ano seguinte– no caso desta pesquisa, o de 2019 – destes trabalhadores no mercado de trabalho, como veremos a seguir.

Nos casos de trabalhadores(as) reabilitados(as) que não obtiveram a reabilitação profissional ofertada pela empresa durante o processo junto ao INSS, o prosseguimento ocorre por meio da oferta de cursos com objetivo de reprofissionalização. Na pesquisa, este subgrupo que não obteve a reabilitação profissional através da empresa de vínculo de origem correspondeu a 46 trabalhadores (59,74% do grupo pesquisado) e nele 13(28,3%) trabalhadores(as) reabilitados(as) correspondem a benefício vinculado ao afastamento por agravos de saúde reconhecidamente relacionados ao trabalho pelo INSS (benefício

previdenciário acidentário). Esta espécie de benefício denominada “acidentária” garante ao(à) trabalhador(a) a estabilidade provisória na empresa de inserção anterior ao agravo de saúde/afastamento por 12 meses (um ano) quando do retorno ao trabalho. Assim, podemos considerar que a percepção do benefício por espécie acidentária não é garantia para oferta de reabilitação profissional junto ao empregador, ao menos no contato realizado pela Previdência Social¹⁶⁰, apenas resguardando o trabalhador pelo período de um ano e/ou seus direitos trabalhistas, caso a demissão ocorra antes deste prazo de 12 meses.

Considerando o total de trabalhadores com afastamentos vinculados a agravos relacionados ao trabalho de ambos os sexos (N=25), no grupo pesquisado, temos 52% (N=13) que tiveram seus pedidos de reabilitação profissional negados pelos empregadores. No entanto, quando analisamos os casos de afastamento sem relação com o trabalho (N=51), a recusa de reabilitação profissional pelo empregador foi ainda maior, cerca de 65%, equivalendo a 33 trabalhadores(as) reabilitados(as).

Entre os(as) 46 (59,74%) trabalhadores(as) que concluíram o processo de reabilitação profissional para função diversa por meio de curso, observamos que pela instituição conveniada com a Gerência Executiva da pesquisa para oferta de qualificação profissional, as opções são limitadas à área de serviços e comércio, o que nem sempre atende ao perfil do(a) trabalhador em reabilitação. Assim, ainda que o(a) trabalhador(a) tenha a possibilidade de realizar a escolha do curso de maior interesse, esta é limitada.

[...] a oferta é restrita; os reabilitandos sentem dificuldades de enquadrarem sua escolha no catálogo disponível e apontam que a decisão final acaba não sendo deles. Mesmo realizando um curso, em quase todos os casos, ele é feito em uma área nova para o trabalhador, na qual ele não tem experiência. Desse modo, o reabilitado seria um iniciante na profissão para o mercado de trabalho (SANTOS; LOPES, 2021, p.14)

Na pesquisa dos autores supracitados, os trabalhadores entendem que os cursos, de formação técnica ou não, pouco auxiliam na conquista de um emprego.

¹⁶⁰ Cabe destacar que ainda que negada a solicitação de troca de função pelo INSS, o trabalhador reabilitado não está impossibilitado de exercer outras funções que se julgue capacitado e de acordo com a sua condição de saúde. Portanto, pode ocorrer situações de negativa da empresa num primeiro momento e, após o retorno do(a) trabalhador(a) ao local de trabalho (em razão do processo ter seguido por meio de qualificação profissional), a empresa acabar reavaliando o caso e ofertar nova função. Pelos limites da pesquisa, baseada apenas em dados secundários e sem abordagem direta aos(às) trabalhadores(as), esta questão não pode ser aprofundada no estudo, revelando-se importante, contudo, em estudo posterior e, por isso, aqui sinalizada.

Isto porque, além de persistir a limitação funcional decorrente do agravo de saúde, não é, também, facultado um aprendizado prático na nova área (SANTOS; LOPES, 2021).

Dentre os cursos realizados pelos(as) trabalhadores(as) reabilitados(as), no grupo pesquisado, observamos a predominância do curso de Porteiro e Vigia (com exigência de menor grau de escolaridade e carga horária de 160hs) e, posteriormente, o curso de assistente de logística e assistente administrativo, conforme ilustrado pelos dados da tabela 7, a seguir.

Tabela 7 – Trabalhadores(as) reabilitados(as) para função diversa, segundo qualificação realizada: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018

Curso realizado	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
Porteiro e Vigia	-	-	15	32,6	15	32,6
Assistente de Logística	-	-	5	10,9	5	10,9
Assistente Administrativo	2	4,3	3	6,5	5	10,9
Montador e Reparador de Computador	-	-	3	6,5	3	6,5
Cozinheiro	-	-	3	6,5	3	6,5
Confeiteiro	-	-	2	4,3	2	4,3
Designer de Sobancelha	1	2,2	-	-	1	2,2
Designer de Games	-	-	1	2,2	1	2,2
Jardineiro	-	-	1	2,2	1	2,2
Modelista	1	2,2	-	-	1	2,2
Assistente de Recursos Humanos	1	2,2	-	-	1	2,2
Cabeleireira	1	2,2	-	-	1	2,2
Técnica em Nutrição e Dietética	1	2,2	-	-	1	2,2
Técnico de Informática	-	-	1	2,2	1	2,2
Técnico em Administração	1	2,2	1	2,2	2	4,4
Técnico em Segurança do Trabalho	1	2,2	2	4,4	3	6,6
Total	9	19,6	37	80,4	46	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do INSS (SABI), 2018 (A AUTORA, 2022).

Cabe ressaltar a baixa oferta de cursos técnicos, pois, em geral, são cursos mais restritos para autorização do pagamento pela gestão¹⁶¹ em razão do seu custo

¹⁶¹ Ainda que o profissional de referência solicite e justifique a prescrição de determinado curso, seu pagamento depende de autorização da Assessoria Técnica de Reabilitação Profissional da GEX e, na ausência desta, da chefia do Serviço de Saúde do Trabalhador, no período pesquisado. A partir

e da carga horária mais elevados, o que faz com que o(a)trabalhador(a)segurado(a) permaneça por um maior período no serviço de reabilitação profissional. Nota-se, também, que até pelo do tipo da instituição conveniada para a qualificação ser relacionada a comércio, a presença de oferta de cursos relacionados a possibilidades de inserção em trabalho “por conta própria”, como, por exemplo, designer de sobancelha, cabeleireiro, confeitoiro e cozinheiro.

Como observado por Cacciamali (2000), trata-se de uma ocupação no mercado de trabalho com a finalidade do autoemprego na busca da sobrevivência.

Este tipo de inserção deriva da escassez de empregos aderentes às características da força de trabalho, [...], e pode constituir-se, em determinadas situações, uma alternativa à miséria. É uma forma de trabalho que se estende através de indivíduos motivados por dificuldades de reemprego, ou de ingresso no mercado de trabalho, ou que se encontram inativos em famílias com renda familiar baixa[...]. (CACCIAMALI, 2020,p.167).

É possível verificar, mais uma vez, as limitações da política previdenciária, no que se refere à reabilitação profissional, que embora se suponha garantir os meios necessários para o retorno ao trabalho, acaba reforçando as condições restritas de reinserção no mercado de trabalho. Condições estas, convém dizer, que coadunam com o agravamento do processo de desregulamentação do trabalho. A reabilitação profissional de trabalhadores(as) acometidos(as) pelo adoecimento – direta ou indiretamente relacionado ao trabalho – acaba por se revelar como a criação de alternativas de trabalho – não necessariamente de emprego – que muitas vezes rebaixam sua condição de trabalhador(a) assalariado(a).

Diante de índices tão baixos de possibilidade de retorno ao trabalho nas empresas de origem, os trabalhadores têm tido êxito na manutenção dos seus vínculos formais de trabalho? A oferta de cursos para formação em nova profissão é suficiente para que o trabalhador por sua própria conta garanta a sua sobrevivência material por meio da inserção em novo trabalho formal? Os dados coletados nos indicam que não.

Se no acesso ao benefício previdenciário o trabalhador enfrenta uma *via crucis* diante da necessidade de comprovação da sua doença/incapacidade à Perícia Médica (BERNARDO, 2006; SEVERIANO; MACEDO, 2015), quando este é

cessado se inicia uma nova peregrinação na busca de se manter no mercado de trabalho formal. De acordo com Bernardo (2006),

Para a inserção no mercado de trabalho, o trabalhador afastado carrega marcas a mais do que as pessoas que buscam emprego com condições similares de instrução formal. Em primeiro lugar, ele deve se candidatar ao mercado sem nenhuma experiência na profissão para a qual teoricamente teria sido preparado, pois está impedido de apresentar o saber fazer da antiga função, mesmo que de baixa qualificação. Devem concorrer no mercado de trabalho em desvantagem, em relação por exemplo, à aspectos relativos à idade, até mesmo com iniciantes que buscam emprego (BERNARDO, 2006, p.24).

Considerando o recorte proposto, que se voltou para os(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) em 2018 e sua inserção no ano seguinte, procedemos a coleta de dados, observando a possível reinserção do(a) trabalhador(a) durante o ano de 2019¹⁶². Desta forma, ao final do ano de 2019, as condições dos trabalhadores(as) pesquisados(as) eram diversas. Foi possível observar a permanência de trabalhadores(as) na empresa de origem; os desligamentos dos(as) trabalhadores(as) das empresas de origem; novas admissões, mas por períodos temporários; anão efetivação de retorno ao trabalho; aposentadoria e desemprego, conforme disposto no gráfico 3, em sequência. Contudo, entre todas essas condições observadas, foi predominante a não permanência no mercado de trabalho formal dos(as) trabalhadores(as) reabilitados(as).

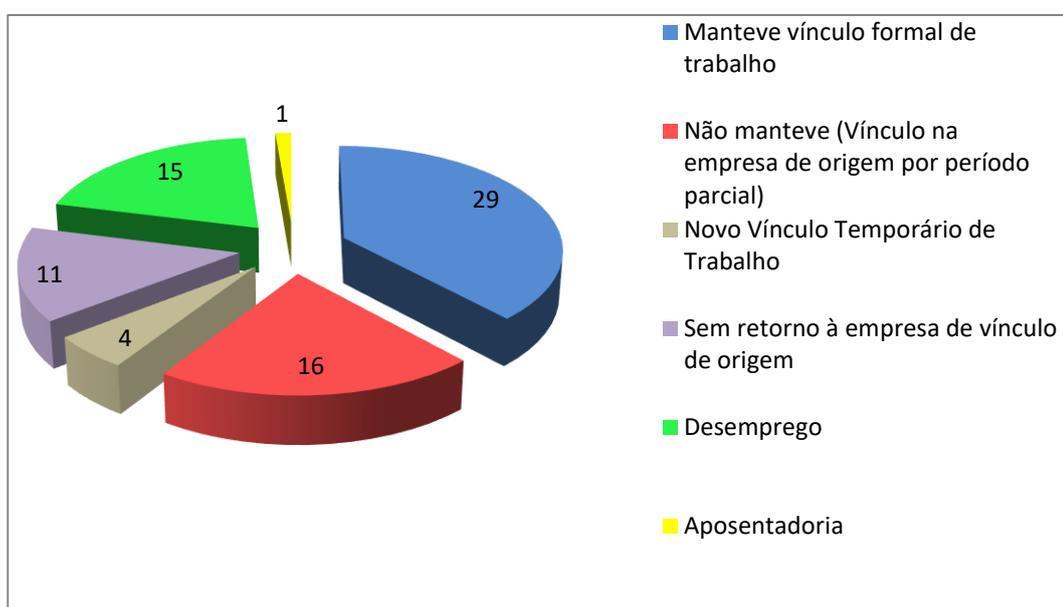
Comentando o gráfico 3, sobre a permanência no mercado de trabalho formal no ano de 2019, observa-se que, entre o grupo pesquisado, 48 de 76 (63%) não se mantiveram de forma integral em vínculo empregatício formal durante o ano de 2019. Portanto, apenas 38% (N=29) do grupo pesquisado manteve a inserção no mercado de trabalho em vínculos formais. Já a condição de desemprego durante todo o ano de 2019 foi vivenciada por 15 (19,5%) dos trabalhadores(as).

Analisando os dados dos(as) trabalhadores(as) que mantiveram vínculo formal de trabalho em 2019, observa-se que 7 eram empregados(as) de empresas públicas. Todos os(as) trabalhadores(as) com este tipo de contratação foram reabilitados(as) nas empresas de vínculo original para novas funções laborais, ou na mesma função de origem com restrição de atividade. Os dados demonstram que a maior estabilidade trabalhista garante a possibilidade de reabilitação profissional,

¹⁶² Entre os(as) 77 trabalhadores(as) reabilitados(as) no ano de 2018, deve ser mencionado que 7 eram empregados públicos; 1 encontrava-se desempregado; 1 era empregada doméstica e 67 estavam vinculados a empresas privadas.

seja para função diversa ou na mesma função com restrição de atividades. Também entre estes trabalhadores que mantiveram o vínculo formal de trabalho, uma era empregada de empresa privada, sendo que, por ser pessoa com deficiência, sua contratação já era vinculada à lei de reserva de vagas para pessoas com deficiência ou reabilitadas. Os demais 22 (vinte e dois) trabalhadores(as) restantes deste grupo são empregados(as) do setor privado.

Gráfico 3 – Trabalhadores(as) reabilitados(as), segundo vínculo formal de trabalho em 2019: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018-2019



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do INSS, (CNIS), 2018-2019. (A AUTORA, 2022).

*NOTA: Foi excluído do cômputo de dados, um caso, já mencionado, de trabalhadora aprovada em concurso público com pedido de desligamento para “retorno à função diversa”, totalizando neste gráfico 3, 76 trabalhadores(as).

Sobre a faixa etária dos(as) trabalhadores(as) que mantiveram vínculo formal de trabalho no ano de 2019 observamos predominância na faixa etária entre 40 e 45 anos (41,5%), seguido da faixa etária de 46-49 anos (17,2%). Já a faixa etária de 24 a 35 anos foi a de menor incidência no grupo pesquisado com 10,3%.

No que tange à escolaridade, a maioria dos que mantiveram vínculos formais de trabalho de forma integral em 2019 possui o ensino médio completo (51,8%), seguido do ensino fundamental completo (24,1%).

Os ramos de atividades econômicas das empresas de vínculo original são bem diversos, prevalecendo o comércio e serviços, compreendendo: universidades e escola particular; clínicas de saúde; prestação de serviços em área de vigilância e

segurança, logística, alimentação e manutenção; instituição socioassistencial; empresas de transporte rodoviário; produção de aço e minério de ferro; produção de bebidas; construção civil; limpeza urbana e de transporte de objetos e documentos.

Entre os 29 trabalhadores(as), 15 entre eles, conforme já comentado, tiveram sua incapacidade associada ao trabalho (isto é, o estabelecimento do nexo causal reconhecido pelo INSS, seja por acidente de trabalho ou por adoecimento). Se analisarmos os dados numa relação entre os agravos de saúde que geraram afastamentos relacionados ao trabalho e aqueles sem estabelecimento de nexo com o trabalho, pode-se afirmar, de forma geral, que os afastamentos acidentários têm uma maior possibilidade de oferta de reabilitação profissional pelo empregador e permanência no vínculo formal de trabalho, até mesmo por conta da estabilidade provisória de 12 meses. No entanto, como foi possível observar, mesmo nestes casos, ocorreram demissões antes do período previsto de 12 meses.

Entre os 29 trabalhadores(as) que permaneceram em vínculos formais de trabalho, 15 permaneceram nas empresas de origem que ofertaram possibilidade de reabilitação profissional. Já 14 trabalhadores(as) concluíram o processo de reabilitação profissional por meio da realização de cursos, uma vez que não foi viabilizada a reabilitação profissional em seus vínculos trabalhistas durante o processo. Destes 14 trabalhadores(as), 12 mantiveram o vínculo formal junto à empresa de vínculo da época do afastamento que havia recusado a reabilitação profissional. Observa-se a total omissão do SRP com este grupo de trabalhadores(as), que retorna à empresa de origem sem nenhuma tratativa realizada pela Previdência Social, ficando à mercê do empregador a alocação na nova atividade, caso esta tenha ocorrido, de fato.

Não foi possível confirmar pelas fontes principais desta pesquisa, quais sejam os sistemas Cadastro Nacional de Informações Social (CNIS) e Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (Sabi), se as novas funções destes(as) 29 trabalhadores(as) permaneceram as mesmas de quando o processo de reabilitação foi finalizado, visto que não se encontra atualizado, no sistema, os novos códigos da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) após retorno ao trabalho pelos empregadores¹⁶³. Desta forma, é pertinente o aprofundamento em estudo posterior sobre em que real condição estes trabalhadores(as) retornaram ao

¹⁶³ Cabe às empresas a atualização dos dados referentes aos(as) trabalhadores(as), inclusive daqueles referentes à função, conforme CBO, por meio do preenchimento do eSocial.

trabalho e exercendo que tipo de atividade, pois, o CNIS como fonte de dados para a identificação da ocupação laboral é limitado, especificamente no que se refere a CBO. Já nos casos que mantiveram vínculo formal em 2019, mas por meio de novos vínculos de trabalho em empresas distintas da inserção anterior ao processo de reabilitação, por se tratar de novo cadastro, tal inconsistência não ocorreu, como desenvolvemos a seguir.

Entre o quantitativo total de 77 casos concluídos, com indicação de retorno ao trabalho, apenas 30 foram encerrados por meio da oferta de reabilitação profissional pelo empregador – um índice próximo a 39% em relação ao conjunto do grupo pesquisado, conforme gráfico 2. Todavia, se dos 29 trabalhadores(as) que mantiveram vínculo formal em 2019, 15 foram em razão de readaptação na empresa, conforme tabela 8, a seguir. Deste modo, os dados sugerem que a metade dos casos concluídos com manifestação dos empregadores para troca de função efetivamente não se concretizou em manutenção do vínculo formal de trabalho. Isso quer dizer que, após retorno ao trabalho para funções indicadas pelos empregadores para cumprimento da reabilitação profissional, estes trabalhadores (as) foram desligados de seus vínculos trabalhistas.

Tabela 8 – Trabalhadores(as) reabilitados(as) que mantiveram vínculo formal de trabalho em 2019, segundo formas de conclusão dos benefícios: INSS, APS Realengo, RJ/RJ, 2018-2019

Forma de conclusão	N	%
Readaptação pela empresa de vínculo sem treinamento	11	37,9
Readaptação pela empresa de vínculo com treinamento	4	13,8
Curso Senac	14	48,3
Total	29	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do INSS(SABI), 2018-2019 (A AUTORA, 2022).

Como a legislação trabalhista não obriga a permanência do vínculo do trabalhador(a) que retorna de um benefício por incapacidade temporária, observa-se que demissões podem ser realizadas quando este(a) trabalhador(a) retorna ao seu local de trabalho. Exceção se dá quando do retorno de trabalhadores cujo agravo à saúde se deu em relação com o trabalho (como já exposto, benefício acidentário que

garante um ano de estabilidade), mas, ainda assim, há a possibilidade de demissão, mediante a indenização do(a) trabalhador(a) pela empresa. Esta omissão do INSS, após o encerramento do processo de reabilitação profissional, foi criticada por Maeno, Takahashi e Lima (2009) e persiste até os dias de hoje. A lacuna deixada pela Previdência Social em relação ao acompanhamento da reinserção do trabalhador nos vínculos de origem favorece a possibilidade de ludíbrio por parte de empregadores no que tange à (real) oferta de troca de função.

Uma questão que chama a atenção na análise sobre os trabalhadores(as) reabilitados(as) que permaneceram com vínculos formais de trabalho no ano de 2019, refere-se aos casos que ingressaram em novo vínculo formal de trabalho, após demissão pelos seus empregadores e/ou por falência de empresa de vínculo. São 3 trabalhadores nessa condição, cerca de 10% do quantitativo total, mas todos se reinseriram em novos vínculos de trabalho desempenhando suas funções originárias, ou seja, consideradas incompatíveis com sua condição de saúde e, portanto, inadequadas do ponto de vista do processo saúde-doença. Trata-se de dois motoristas (um de ônibus e um de veículo de pequeno porte) e uma técnica de enfermagem. Assim, os dados nos sugerem que, possivelmente, por não alcançarem outra possibilidade de vender sua força de trabalho, os trabalhadores(as) retornaram para atividades profissionais que podem agravar ou prejudicar sua saúde. Estes 3 casos demonstram que os cursos realizados por estes(as) trabalhadores(as) não tiveram relevância, ou melhor, não foram decisivos para manutenção de vínculos trabalhistas anteriores ou para acesso a novos vínculos formais de trabalho.

A maior parte dos trabalhadores (as) não permaneceu em vínculo formal de trabalho no ano de 2019 integralmente, podemos apresentar as seguintes informações abaixo¹⁶⁴.

Entre estes 46 trabalhadores(as), 10(21,7%) tiveram seus afastamentos reconhecidamente relacionados ao trabalho e 36 (78,3%) estão associados a afastamentos por agravos à saúde ou acidentes sem relação com o trabalho estabelecida. Em relação a este grupo de 46 trabalhadores que não mantiveram o vínculo formal, após a reabilitação, classificamos a sua condição de retorno ao

¹⁶⁴ Cabe registrar que foram desconsiderados neste cômputo: o da segurada aprovada em concurso público e o de um trabalhador que se encontrava desempregado ao ingressar no serviço de reabilitação profissional e, após conclusão do processo, requereu aposentadoria.

trabalho em quatro eixos: “sem retorno à empresa de vínculo de origem” (N=11/23,9%); “desemprego” (N=15 / 32,6%); “vínculo na empresa de origem por período parcial” (N=16 / 34,8%) e os que se inseriram em “novo vínculo temporário de trabalho” (N=4 / 8,7%).

Os(as) trabalhadores(as) “sem retorno à empresa de vínculo de origem” correspondem àqueles(as) que, após conclusão do processo de reabilitação profissional e cessação do benefício previdenciário, efetivamente não retornaram ao trabalho, visto que, conforme consulta ao CNIS, não houve contribuições previdenciárias posteriores, nem informações sobre pagamento de salário a este grupo e tampouco os vínculos trabalhistas foram encerrados. Tal situação nos sugere que estes trabalhadores(as) ou foram considerados(as) inaptos(as) ao trabalho pelos seus empregadores, sendo impedidos(as) de retornar ao trabalho, ou discordaram da decisão do INSS, buscando possíveis recursos (administrativo ou judicial) quanto à cessação do benefício previdenciário no que tange à incapacidade laboral. Foi possível verificar que deste grupo de 11 trabalhadores(a), 7(63,7%) buscaram retornar ao benefício previdenciário junto ao INSS, com solicitação de novos pedidos de benefício por incapacidade, e apenas 2 lograram êxito¹⁶⁵. São trabalhadores(as), portanto, que ficaram no “limbo”, sem acesso tanto à cobertura previdenciária quanto à percepção dos salários para a subsistência, a partir de vínculos formais.

O segundo subgrupo, denominado como “desemprego”, refere-se aos trabalhadores(as) que foram desligados do vínculo formal de trabalho ainda no ano de 2018, quando concluíram o processo de reabilitação profissional e não acessaram, em nenhum momento, novos empregos formalmente durante todo o ano de 2019, conforme o desenho desta pesquisa. Ou seja, trata-se de trabalhadores(as) que retornaram aos locais de trabalho, mas permaneceram no vínculo por curto período, sendo demitidos posteriormente. Deste subgrupo de 15 trabalhadores(as), consideramos o quantitativo final de 14¹⁶⁶. Predominam, de forma majoritária e relativamente, aqueles(as) cujo benefício previdenciário se deveu a agravos de saúde formalmente reconhecidos como sem relação estabelecida com o trabalho

¹⁶⁵ Não foi possível o levantamento dos recursos que se deram pela via judicial.

¹⁶⁶ Não foi considerado neste grupo para análise o caso do trabalhador que retornou ao trabalho readaptado pela empresa de vínculo em 2018 e acessou o direito à aposentadoria no final deste ano, saindo do mercado formal de trabalho.

(14), demonstrando que trabalhadores com histórico de afastamento vinculado a agravo de saúde sem nexos com o trabalho pelo INSS são mais suscetíveis a demissões. Apenas 1 se caracterizou como benefício acidentário, isto é, cuja relação com o trabalho foi estabelecida formalmente junto ao INSS.

A maioria dos(as) trabalhadores(as), 11 de 14 (78,5%), teve o processo de reabilitação profissional recusado pela empresa de origem, concluindo este processo por meio da realização de cursos oferecidos pelo INSS. O restante, 3 de 14 trabalhadores(as) tiveram propostas de reabilitação profissional pelas empresas, todas com dispensa de treinamento, com demissão em logo em seguida. Tal fato chama a atenção, pois, pode indicar um comportamento de “burla” dos empregadores à legislação trabalhista visto que, ainda que não tenha recusado formalmente ao encaminhamento dado pelo SRP/INSS, na prática, os trabalhadores não tiveram a reabilitação profissional garantida e viabilizada. Em um dos casos fica explícita a manobra ilegal, pois a demissão ocorreu após 2 dias de retorno ao trabalho. Considerando grupo pesquisado integralmente, a média de tempo de permanência na empresa de origem, após o retorno ao trabalho, foi de aproximadamente 2 meses.

Vacaro e Pedroso (2011), em estudo sobre o desempenho dos segurados reabilitados na cidade de Porto Alegre/RS, entre os anos 2008 e 2009, observaram o retorno limitado ao mercado de trabalho entre os trabalhadores reabilitados que realizaram cursos. Para os autores, o modelo de maior eficácia de reabilitação profissional seria o realizado dentro da própria empresa de origem. Contudo, não se deve desconhecer que os processos de retorno ao trabalho na condição de trabalhador reabilitado ou com algum tipo de limitação não são isentos de práticas discriminatórias ou, mesmo, abusivas através das quais os trabalhadores são desqualificados e depreciados (MAENO; WUNSCH FILHO, 2010; SELIGMANN-SILVA, 2013). Consoante a Maeno, Takahashi e Lima (2009), a prática reducionista do processo de reabilitação profissional, associada ao despreparo das empresas (incluimos, mesmo, também o desinteresse) para lidar com a questão

[...] leva à existência de cidadãos de segunda classe dentro das empresas, constituída por adoecidos e ‘reabilitados’, que em um contexto de exigência de metas e produtividade, não considera as diferenças entre pessoas, igualando-as no tocante às demandas de desempenho, o que abre possibilidades para o desenrolar de situações de humilhações e assédio moral. (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009, p. 56)

Dessa forma, um processo satisfatório de reabilitação profissional – nos marcos das limitações próprias às políticas sociais, como se procurou expor nesta dissertação –, não se esgotaria apenas na reinserção do trabalhador ao local de trabalho, mas na forma como este trabalho e essa reinserção acontecem. E, o que percebemos, é que não existem políticas públicas que intervenham concretamente nesta lacuna, sejam elas dos campos previdenciário, trabalhista e/ou da saúde. A nosso ver, o Serviço de Reabilitação Profissional deveria ser prestado de forma intersetorial englobando as políticas de Saúde e do Trabalho. O que não significa ter a ilusão de que o cerne da questão sobre a debilidade da política esgota-se neste ponto. Não podemos esquecer o caráter contraditório das políticas sociais, pois, se por um lado, incorpora algumas demandas da classe trabalhadora, por outro, atende aos interesses do capital e, por essa razão, seus limites de atuação são restritos.

O penúltimo subgrupo, identificado pelo eixo “vínculo na empresa de origem por período parcial”, como exposto anteriormente, caracteriza-se por uma reinserção no trabalho de trabalhadores(as) reabilitados(as) que mantiveram vínculos formais nas empresas de vínculo de origem, mas de forma fragmentada, parcial, sendo desligados durante o ano de 2019. Estes(as) trabalhadores(as) não conseguiram, portanto, permanecer empregados de forma integral durante todo aquele ano.

Neste subgrupo de 16 trabalhadores(as), nota-se novamente a prevalência majoritária da recusa do empregador à solicitação de reabilitação profissional feita pela Previdência Social (N=10/62,5%). Com relação aos trabalhadores(as) com agravos relacionados ao trabalho reconhecidos (N=5/31%), o seu tempo de permanência na empresa foi superior ao dos demais, compreendendo de 12 a 17 meses, com exceção de 1 caso demitido, após 6 meses de trabalho. Ou seja, pode-se inferir que os empregadores mantiveram os(as) trabalhadores(as) com afastamentos com nexos relacionados ao trabalho, em decorrência, supostamente, apenas do cumprimento da legislação trabalhista relacionada à estabilidade nos casos considerados dos benefícios acidentários.

Por fim, o quarto grupo, caracterizado como “inserção em novo vínculo formal de trabalho de forma parcial”, relaciona-se aos(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) que, após demissão pelo empregador de seu vínculo original, conseguiram acessar vínculo formal de trabalho junto a novos empregadores, mas por período parcial, limitado, não efetivando a formalidade do trabalho no período estudado de forma integral. Metade deste grupo (N=2/50%) teve o processo de reabilitação profissional

encerrado por readaptação na empresa de vínculo original e a outra metade (N=2/50%) por cursos (de porteiro e vigia e assistente de logística).

As novas ocupações, dos 4 trabalhadores, estão associadas a atividades de repositor, depositista, frentista e pintor de obras¹⁶⁷e, portanto, distintos dos cursos de qualificação realizados. Considerando que todos os afastamentos foram relacionados a questões osteomusculares, chama a atenção as ocupações profissionais destes trabalhadores que, nos parece, não serem as mais adequadas em relação as suas condições de saúde. Questão importante e grave, verificando-se que a única alternativa que os(as) trabalhadores(as) têm é de venda de sua força de trabalho, como forma de garantir a reprodução própria e/ou de familiares e, nestes casos, evidenciando-se que não são consideradas as relações com a saúde dos trabalhadores, ultrapassando os limites psicofísicos.

Percebe-se, na verdade, que este grupo de trabalhadores(as), adensa a superpopulação relativa. Transformam-se em trabalhadores “flutuantes” que de acordo com a necessidade do consumo dessa força de trabalho, ora acessam o mercado de trabalho formal, ora, em outros momentos, são expulsos.

Retornando aos dados do grupo pesquisado, observando o grau de escolaridade desagregando os dados, nota-se que este não difere, de forma geral, do grupo anterior seguindo a predominância do ensino médio completo e, em sequência, pelo ensino fundamental completo. Dessa forma, não foi possível correlacionar a escolaridade como um condicionante para os(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) do grupo que manteve vínculo formal de trabalho.

Deve ser destacado que, de forma predominante, entre os trabalhadores(as) que não mantiveram inserção formal no trabalho durante o ano de 2019, as condições da reabilitação profissional foram concluídas com a orientação, para este grupo de trabalhadores, de “retorno ao trabalho em função diversa” (N =42 / 91,3%) e apenas 8,7% (N =4) tiveram indicação de “retorno ao trabalho na mesma função com restrição de atividades”. Dessa forma, podemos considerar que o retorno ao trabalho para uma nova ocupação profissional é um dificultador de acesso para estes(as) trabalhadores(as). Já as formas pelas quais ocorreram estes desligamentos dividem-se em realização de cursos de qualificação profissional encaminhados pelo INSS (N =31/67,4%), oferta de readaptação profissional pela

¹⁶⁷As ocupações foram extraídas do CNIS por meio do Código Brasileiro de Ocupação informado pelos empregadores.

empresa de vínculo de origem (N =15 /32,6%). Ou seja, mais de 30% (N =15) dos casos concluídos foram com indicação de retorno ao trabalho nos seus vínculos trabalhistas de origem; todavia, ressalta-se que a oferta de reabilitação profissional pelo empregador não é a garantia da manutenção do emprego.

Ao analisarmos em especial a condição dos trabalhadores reabilitados em razão de adoecimentos/acidentes relacionados ao trabalho, observamos que dos 10 segurados(as), 4 (40%) mantiveram seus vínculos formais na empresa de origem por período acima de 12 meses, o que pode ter relações com a obrigatoriedade legal de permanência por 12 meses do vínculo trabalhista quando este trabalhador retorna ao trabalho após cessação do benefício previdenciário. Convém destacar que, apesar da permanência no vínculo formal de trabalho ter sido superior a 1 (um) ano, foram desligados dos seus empregos em 2019. 30% deste grupo de trabalhadores não retornou ao trabalho junto às empresas de vínculo de origem; 1 (10%) foi demitido, em 2019, antes do prazo estipulado por lei; 1 (10%) foi demitido ainda em 2018 e vinculado em nova empresa por apenas um mês, sendo desligado sem nova inserção e 1 (10%) não manteve vínculo formal de trabalho, mas como possuía requisitos para aposentadoria, a requisitou, aposentando-se em 2019

Podemos apresentar algumas questões que consideramos importantes de reflexão a partir dos dados levantados. A primeira delas corresponde à faixa etária dos(as) trabalhadores(as) afastados que pode ser considerada como a do auge da inserção produtiva – 30 aos 49 anos. Deste modo, ainda haveria um significativo percurso laboral destes(as) trabalhadores(as) na condição de “reabilitados”.

Os afastamentos por agravos de saúde mesmo que não reconhecidos formalmente como vinculados ao trabalho, em sua maioria, estão relacionados a questões osteomusculares. Correlacionando com as funções destes(as) trabalhadores(as), é possível inferir que, ainda que não reconhecidos por sua relação com o trabalho, pela Perícia Médica no INSS, parece haver relação entre o adoecimento e as condições de trabalho, isto é, às relações entre processos de trabalho e de saúde-doença. Embora os limites deste estudo não contemplem a investigação sobre o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP)¹⁶⁸, é

¹⁶⁸ A partir de 2007, foi implantando pelo INSS o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), por meio do decreto nº 6042. O NTEP é um mecanismo que possibilita à perícia médica caracterizar a natureza acidentária da incapacidade com base na ocorrência de nexos técnicos epidemiológicos entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a condição de saúde prevista na Classificação Internacional de Doenças (CID). BRASIL, 2007. Decreto nº 6402, de 12 de

mister a problematização do não reconhecimento dos agravos relacionados ao trabalho pela Perícia Médica Federal. O não estabelecimento de nexos com o trabalho e, respectivamente, o não enquadramento do afastamento na condição de benefício acidentário impede e/ou impossibilita o acesso destes trabalhadores a direitos trabalhistas e, inclusive, previdenciários.¹⁶⁹ Além disso, escamoteia uma condição de trabalho adoecedora e isentam os empregadores de possíveis tributos previdenciários¹⁷⁰. Ou seja, penaliza o trabalhador e favorece as empresas.

Neste aspecto, convém destacar que servidores do serviço de reabilitação profissional poderiam contribuir para o reconhecimento de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Assim, o conhecimento sobre as políticas, serviços, legislação e rede de atendimento às questões que envolvem a saúde dos trabalhadores é fundamental. Algumas medidas poderiam auxiliar neste atendimento, como encaminhamentos destes trabalhadores(as) aos CEREST; atuação intersetorial; solicitação junto à Perícia Médica da avaliação sobre o nexo causal fundamentada na realização das atividades laborais e a orientação ao trabalhador.

Takahashi e Canesqui (2003) demonstraram a viabilidade da intersetorialidade das políticas no atendimento integral ao trabalhador articulada aos programas de reabilitação profissional. Ainda que tenha se tratado de uma medida isolada, demonstrou possibilidade de avanços na atuação profissional. A experiência realizada em uma cidade do interior de São Paulo, em 2007, contava com a participação do serviço de reabilitação do INSS, do CEREST, sindicatos e órgãos fiscalizadores do trabalho, como a Delegacia Regional do Trabalho (DRT). Fator de destaque, naquela experiência, foi o protagonismo dos(as) trabalhadores(as) que participavam do processo, validando as propostas de mudanças relacionadas a sua ocupação profissional. Todavia, a experiência teve forte reação contrária da gestão

fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 13 de fev. 2007, p.2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm. Acesso em: 04 ago. 2022.

¹⁶⁹ Como exemplo, citamos nos casos de benefício por incapacidade temporária acidentário a isenção da carência de 12 meses para seu acesso; a obrigatoriedade do recolhimento pela empresa do FGTS durante todo o período do afastamento do trabalhador, entre outros.

¹⁷⁰ Empresas que registram um número maior de acidentes de trabalho ou doenças do trabalho pagam uma alíquota de contribuição maior relacionada ao Grau de Incidência de Incapacidade Laborativa decorrente dos Riscos Ambientais do Trabalho (GILRAT). (BRASIL, 1999).

estadual e nacional de Reabilitação Profissional do INSS o que inviabilizou sua continuidade.

Ao longo das últimas décadas, o SRP foi esvaziado da sua capacidade técnica e das tentativas de aproximação com o campo da Saúde do Trabalhador, reduzindo-se a um rol de procedimentos administrativos, conforme abordado anteriormente. Todavia, não podemos ter a ilusão de que a baixa efetividade do serviço de reabilitação profissional é algo que dependa apenas de sua estrutura.

É certo que a defasagem de servidores, a alta demanda, a forma restrita de avaliação da incapacidade centrada no modelo biomédico, a ausência de uma diretriz pautada no campo da Saúde do Trabalhador, a extinção das especificidades profissionais e o consequente trabalho em equipe contribuem para a prestação de um serviço precário que tem demonstrado não ser capaz de alcançar a sua finalidade. Mas todo este quadro conforma um quadro estrutural de reordenamento do capital diante de sua crise.

O serviço de reabilitação profissional teve sua expansão, aumento de financiamento e visibilidade a partir dos anos 1970, especialmente porque atendia aos interesses do crescente processo de industrialização da época e da expansão capitalista no Brasil. Destaca-se, ainda, a especificidade particular do caso brasileiro com o processo de superexploração do trabalho e o volume de acidentes conforme já comentado. Se por um lado, houve um fomento da industrialização observa-se, por outro lado, os altos índices de acidente de trabalho e agravos à saúde. Relembrando Marx (2017), a acumulação do capital produz a degradação do trabalhador. Mas, a partir da década de 1990, como vimos, o Estado assume outra postura na regulação da relação capital, abandonando “pacto de classes” e desprezando os direitos sociais, buscando situá-los a mercadorias.

Ocorre que, como foi abordado no capítulo anterior, o serviço de reabilitação profissional promovido pela Previdência Social nunca enfrentou de forma consistente o conflito da relação capital e trabalho, expresso, centralmente, nos agravos à saúde dos trabalhadores. Ao longo dos anos, o SRP vem se conformando como uma espécie de amortecedor desta tensão, um remédio paliativo que muito pouco oferece ao trabalhador adoecido ou acidentado. Como bem destacam Souza, Melo e Vasconcellos (2017), o Estado capitalista “age como instituição que filtra as demandas sociais assimiláveis pela lógica do capital e que, portanto, poderão se

tornar demandas institucionais” (SOUZA; MELO; VASCONCELLOS, 2017, p.597).

Dessa forma,

[...] as demandas institucionais são terreno de hegemonia da classe burguesa, uma vez que o Estado não é uma arena neutra, conforme a perspectiva marxista tem demonstrado. Mais especificamente, o Estado é uma instituição a serviço dos exploradores/dominadores, embora não seja imune à luta de classes, portanto, à exploração do homem pelo homem, sendo que o Estado atende aos interesses da classe economicamente dominante e que, por meio dele, torna-se também dominante no plano político (SOUZA; MELO; VASCONCELLOS, 2017, p.597).

Por outro lado, participação das empresas de origem dos(as) trabalhadores(as) na oferta de reabilitação profissional é ínfima, e sem maiores sanções às mesmas, descartando os(as) trabalhadores(as) quando sua capacidade laboral fica reduzida. Demonstra-se, mais uma vez, que a relação capital e trabalho, não é uma relação de iguais. Uma demonstração clara de que, quando impedido de vender a sua força de trabalho, o trabalhador perde a sua condição de sujeito de direitos, mas, sobretudo, a única forma de garantir sua sobrevivência e de sua família.

Outro ponto preocupante diz respeito ao retorno dos(as) trabalhadores(as) às atividades laborais de origem, contraindicadas para suas condições de saúde. Possivelmente, tal situação deve estar associada à falta de perspectiva de acessar a formalidade do trabalho em profissões sem experiência e/ou à ausência de identidade com outras profissões. Somado a um contexto de desemprego e de avanço da precarização do trabalho alarmantes, deste modo, o trabalhador fica ainda mais exposto à intensificação dos agravos a sua saúde.

Os processos de reabilitação profissional concluídos por meio da realização de cursos, denominados no SRP como qualificação profissional, não contribuíram para a reinserção no mercado de trabalho. No grupo pesquisado, nenhum caso de nova admissão foi relacionado à ocupação profissional certificada pelo Senac, retratando a baixa influência (no caso desta pesquisa, a ausência) deste recurso no processo de reinserção ao trabalho. Esta constatação é consoante a estudos anteriores, como, por exemplo, os de Vacaro e Pedroso (2012); Lopes e Santos (2021) e Bernardo (2006). Desta forma, é possível constatar que os cursos previstos pela reabilitação profissional, e mesmo a perspectiva de qualificação profissional que os acompanham – ainda mais em voga, nos dias atuais, como discurso ideológico que acaba por responsabilizar os(as) trabalhadores(as) por sua inserção ou não no trabalho, quando as determinações do mercado de trabalho são encontradas na

própria dinâmica do capitalismo– têm sido utilizados como um instrumento “pro forma” para justificar a conclusão do processo de reabilitação profissional e a cessação do benefício previdenciário.

Como o programa de reabilitação profissional é obrigatório e diante da possibilidade de sua negação pela própria empresa de vínculo de origem dos trabalhadores(as) reabilitados(as) – o que, claramente, permite constatar as artimanhas da política social no Estado capitalista, que transfere para o(a) trabalhador(a) a responsabilidade de ter que lidar com seu adoecimento e seu retorno ao trabalho –, a reabilitação profissional, por meio de cursos de qualificação profissional têm sido a porta de saída da política previdenciária.

Os afastados não têm, realmente, outra escolha. Se não cumprirem a exigência de fazer o curso, eles recebem alta do INSS, o que, para os entrevistados, é uma punição: ‘Eu quis porque se eu não aceito, eles me davam alta... aí fui lá’ (E3, 39 anos, sexo masculino, LER/DORT, era ajudante de produção e fez curso de portaria e padeiro), ‘a gente tem que fazer por obrigação’ (E4, 36 anos, sexo feminino, LER/DORT, era almoxarife e fez curso de costureira) e ‘era obrigada a fazer um curso, obrigada porque senão ela me liberava’ (E1, 38 anos, sexo feminino, LER/DORT, auxiliar de produção e fez curso de vendas) (BERNARDO, 2006, p. 50).

Podemos observar a partir da percepção dos(as) próprio(as) trabalhadores(as) como um serviço que é um direito acaba por resvalar em uma punição para o(a) trabalhador(a), um serviço arbitrário, que já se encontra fragilizado pelo seu processo de adoecimento/perda da sua capacidade laboral.

A reabilitação profissional realizada pela Previdência Social apresenta poucos resultados, no que tange ao acesso e permanência dos(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) em vínculos formais de trabalho, não correspondendo às necessidades dos(as) trabalhadores(as). A abstenção de qualquer compromisso após o encerramento do programa de reabilitação profissional por parte da política previdenciária – associada a uma fragilizada legislação trabalhista e política de saúde do trabalhador – responsabilizam e acabam por penalizar, ainda mais, os(as) trabalhadores(as) reabilitados(as).

D’arisbo e Martins (2016) defendem que a partir da década de 1990 em razão das alterações provenientes da acumulação flexível, observa-se uma valorização da noção de empregabilidade que acaba por transferir à responsabilidade ao indivíduo de acessar as poucas possibilidades de inserção existentes no mercado de trabalho. Ou seja, desloca-se a questão do acesso ao trabalho formal a uma capacidade

individual sem problematizar as mudanças nos processos produtivos e de trabalho que expulsam o trabalho vivo elevando em números extraordinários a força de trabalho excedente em prol dos interesses do capital. Pelo estudo e pesquisa realizados, nota-se que, para os(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) esta lógica perversa já incidia, pois apesar dos agravos à saúde serem um processo social da coletividade dos indivíduos, do como os homens produzem e se reproduzem coletivamente, sua abordagem se dá de forma individualizada.

Sem o acesso a vínculos formais de trabalho, os(as) trabalhadores(as) interrompem suas contribuições previdenciárias, o que pode acarretar sua desvinculação do sistema previdenciário, perdendo o acesso aos direitos previdenciários para si próprios e seus dependentes. Ou seja, ocorre um rebaixamento da condição de vida destes indivíduos. Neste sentido, ao invés do serviço previdenciário fomentar uma proteção social a estes(as) trabalhadores(as), pode, na verdade, contribuir para um cenário maior de perda de direitos. Considerando o fato de que são os trabalhadores que financiam este serviço, seja pela contribuição direta ou pelo salário indireto, conforme abordado no capítulo anterior, a situação se torna ainda mais aviltante.

Consoante a Netto (2012), o capitalismo atual esgota qualquer possibilidade civilizatória como a ocorrida em seus estágios anteriores, como visto ao longo desta dissertação. A busca de sua restauração frente as suas próprias crises, incide sobre a totalidade social de forma destruidora, agudizando e complexificando as manifestações da questão social. É urgente a reivindicação da reabilitação pelos trabalhadores, mas sem perder do horizonte que o fenômeno do adoecimento e acidentes de trabalho e o da escassez do trabalho formal, entre tantos outros, têm suas raízes no próprio capitalismo e não são passíveis de serem superados apenas com o incremento das políticas sociais, nem mesmo numa perspectiva reformista. Há de se superar esta forma de sociabilidade para uma verdadeira emancipação humana, nos termos de Marx (2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação tivemos como objetivo compreender quais têm sido as possibilidades de inserção no mercado de trabalho formal de trabalhadores(as) considerados(as) reabilitados(as) profissionalmente pela Previdência Social. Trata-se, portanto, de trabalhadores(as) contribuintes da política previdenciária que, em razão dos agravos à saúde sofridos, encontram-se impossibilitados de exercer a sua atividade laboral habitual e o serviço de reabilitação profissional se propõe a oferecer os meios necessários para que estes(as) trabalhadores(as) retornem ao trabalho exercendo funções laborais de acordo com sua condição de saúde.

Nosso entendimento partiu da análise marxiana da crítica da economia política sobre o significado de ser trabalhador nesta forma de sociabilidade capitalista. Na sociedade capitalista existe uma forma específica, historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais de sua existência humana, centrada na mercantilização de mercadorias. É através do mercado, portanto, que os homens se relacionam, por meio da venda e da compra de suas mercadorias que só possuem sentido em relação uma com as outras.

Abordamos a aparente condição de trabalhador “livre”, construída e determinada historicamente, que obriga trabalhadores(as) a submeterem a venda de sua força de trabalho no mercado - única mercadoria da qual são proprietários. Este processo de compra e venda da força de trabalho mascara a relação desigual que se estabelece. A produção capitalista não tem como objetivo a satisfação das necessidades humanas, mas sim a extração de mais-valor que fomentará o processo de acumulação do capital. Vimos que o trabalhador não recebe em forma de salário o valor que produz durante sua jornada de trabalho integral, sendo uma parcela deste valor abocanhado pelo capital. Dito de outro modo, o mais-valor está no trabalho excedente que passa a ser a busca incessante do capitalista. Para o trabalhador, este processo se expressa como dispêndio excedente de força de trabalho. Esta é a relação antagônica entre capital e trabalho que reverbera na luta de classes. Temos de um lado, o capital buscando novas formas de potencializar o uso e consumo produtivo desta capacidade de trabalho e, de outro, o trabalhador buscando manter preservado o único bem que possui, sua capacidade de trabalho.

Neste aspecto, a forma de apropriação pelo capital do incremento das forças produtivas foi de fundamental importância e trouxe prejuízos consubstanciais à classe trabalhadora. A utilização da maquinaria no processo produtivo possibilitou a expulsão do trabalhador do processo produtivo – mediante sua substituição pela máquina –, adensando a estrutural superpopulação relativa; o barateamento do valor da força de trabalho, que inflexionou as condições de sua reprodução social; o aumento da produtividade e intensidade do trabalho, disciplinando o corpo do trabalhador à máquina, comandado pelo ritmo da produção, por exemplo.

A partir desta apreensão teórica, torna-se possível apreender o processo saúde-doença como determinado socialmente e condicionado por um processo social coletivo, fruto da organização e do desenvolvimento da coletividade humana cuja categoria explicativa central é o processo de trabalho, mas também as condições de vida e de trabalho. Esta concepção afasta a lógica da individualização dos agravos à saúde ou da monocausalidade, evidenciando que ainda que o processo saúde-doença se manifeste individual e biologicamente, por exemplo, no corpo dos trabalhadores, ele também é social e coletivo, resultado da forma de organização da vida social. Apresentamos os conceitos de carga e desgaste, ainda que o desenho desta pesquisa não permitisse um estudo que contemplasse os processos de trabalho, nos quais estes trabalhadores(as) estiveram inseridos(as) e, como isso, se tornasse possível a análise de possíveis nexos causais entre os agravos à saúde que levaram a reabilitação e o trabalho por eles e elas desempenhado. Refutamos assim os modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, no atendimento à saúde dos trabalhadores, uma vez que entendemos que não suficientes para apreender as relações trabalho-saúde.

Diante da forma insustentável que ameaça a própria existência da classe trabalhadora, esta, ao reconhecer a sua forma de inserção no modo de produção capitalista, por meio da luta de classes, reivindica limites à exploração desmedida do capital. É, nesse contexto, que as primeiras legislações, buscando uma regulamentação da jornada de trabalho, são criadas. Inicialmente, as demandas da classe trabalhadora pautavam-se em lutas inespecíficas de saúde, ainda que estas estivessem indiretamente relacionadas, como vimos, à questão saúde dos trabalhadores. Buscamos, dessa forma, demonstrar como o corpo do trabalhador é objeto de disputa nesta sociedade, visto que, se, por um lado, tenta ser domesticado

e disciplinado pelo capital, é, ao mesmo tempo, potência de resistência para a contestação desse processo.

Assim, foi a partir da tensão desta relação contraditória que surgiram as primeiras medidas de proteção reguladas pelo Estado, as políticas sociais. Todavia, as políticas sociais compreendem um duplo papel, pois, se, de um lado, atendem aos interesses da classe trabalhadora; por outro lado, atendem também aos interesses do capital na manutenção desta sociabilidade, legitimando o projeto de classe dominante, apaziguando o conflito entre classes. Desta forma, o Estado teve suas funções ampliadas para garantir a produção do capital seja na esfera da produção como na da reprodução neste determinado momento histórico, na medida em que se afasta da provisão de políticas públicas e transfere mais rendimentos ao capital a partir do fundo público.

Apresentamos, portanto, de forma breve, a constituição da Previdência Social no Brasil atrelada à assistência médica, baseada numa lógica de seguro, de natureza contributiva e que previa o acesso à apenas parcela da classe trabalhadora. Dessa forma, forjou-se no país um modelo de atenção à Saúde e de Previdência Social excludentes, onde seu acesso dependia da inserção formal no mercado de trabalho. Como política social, também expressa contradições, pois, ao mesmo tempo, que estabeleceu direitos (ainda que limitados), foi um mecanismo utilizado pelo Estado de enfraquecimento da luta dos trabalhadores – ao incorporar as categorias de acordo com a inserção no processo produtivo e cooptar sindicatos, no populismo de Vargas, por exemplo – e meio para expansão do processo de acumulação do capital em distintos momentos. Se no período da ditadura civil-militar, o Estado fomentou o modelo de saúde assistencial, curativo e privado, atualmente, por meio da expropriação de direitos sociais – realizados através dos processos de contrarreformas – mercantiliza, cada vez mais, este direito, transformando-o em objeto de investimento do capital financeiro, como estratégia de restauração frente à crise estrutural do capital, cujo fundo público é elemento de disputa.

A Previdência Social é uma política que medeia a relação entre capital e trabalho e a Reabilitação Profissional não está descolada das transformações que ocorrem nesta política. Constituindo-se como um serviço previdenciário, foi possível notar, no Brasil, diferentes fases em sua oferta, evidenciando o quanto os direitos e políticas sociais são transitórios: de iniciativas incipientes nas primeiras décadas do

século XX; de sua constituição, com sua expansão e forte investimento financeiro no período da ditadura civil-militar; de sua desestruturação nos anos 1990; uma tentativa de reformulação de sua proposta de intervenção, na articulação com outras áreas de políticas sociais, afetas à questão saúde dos trabalhadores, na década de 2010; e de um novo refluxo a partir do golpe jurídico-parlamentar em 2016 e que segue até 2019, como ano final de recorte de nosso estudo, mas que podemos extrapolar para o reconhecer ainda nos dias atuais. Mas ainda que percebamos características particulares em cada momento histórico foi possível identificarmos um elemento comum que perpassa por todas estas fases – ela favorece o processo de acumulação do capital, se tornando um instrumento paliativo, uma espécie de amortecedor, amenizando a responsabilidade dos empregadores – e por vezes até a omissão – no que tange aos adoecimentos e acidentes de trabalho da classe trabalhadora sem o devido enfrentamento da questão.

Compreendemos que nem Previdência Social e nem o Serviço de Reabilitação Profissional são os responsáveis pelos agravos à saúde da classe trabalhadora, pois, como apreendemos trata-se de uma questão estrutural do modo de produção capitalista que ao consumir a força de trabalho mediante um processo de exploração, a degrada. Mas, ainda por conta dos limites das políticas sociais no Estado burguês, sua intervenção no que se refere à saúde dos(as) trabalhadores(as) é, no mínimo, significativamente deficitária, para não dizer extremamente perversa ao prestar um serviço – lembre-se pago pelos próprios trabalhadores – que não responde às suas necessidades de reabilitação e inserção no trabalho.

Esta compreensão foi confirmada por meio da análise dos dados secundários de trabalhadores(as) considerados reabilitados profissionalmente pela Previdência Social no ano de 2018, na APS/Rio de Janeiro – Realengo. Dados estes que demonstraram uma baixa efetividade no que se refere à reinserção no mercado de trabalho formal por estes(as) trabalhadores(as) no ano subsequente, o de 2019, como recortado para nosso estudo. As conclusões do estudo são preocupantes, pois penalizam duplamente o(a) trabalhador(a), que já vivencia um processo de adoecimento e redução da sua capacidade laboral, bem como por este(a) ser o financiador(a) de uma política que não atende suas necessidades, reforçando e reafirmando a concepção escamoteada de trabalhador “livre” para a venda da sua força de trabalho.

Os (as) trabalhadores(as) reabilitados(as), em sua maioria, se situam na faixa etária dos 30 aos 49 anos, ou seja, os agravos à saúde ocorreram no auge da sua inserção produtiva, o que demandará um período ainda prolongado no mercado de trabalho na condição de trabalhador(a) reabilitado(a). E sem a devida formalização do trabalho, vagarão entre o trabalho precarizado, em suas formas mais violentas, e/ou a política de Assistência Social.

Constatou-se uma grande incidência de afastamentos associados às questões osteomusculares (LER/DORT) que, embora não reconhecidos oficialmente pela Previdência Social como relacionados ao trabalho, pelas ocupações profissionais destes(as) trabalhadores(as), sugerem haver relação entre os agravos de saúde, o adoecimento, e o trabalho. Neste aspecto, acreditamos que os servidores do SRP teriam possibilidade de atuação com vistas à ampliação do direito da classe trabalhadora, como a expansão da cobertura previdenciária nos afastamentos de trabalhadores(as) sem a carência, por exemplo.

É vergonhosa a ínfima participação das empresas de origem dos(as) trabalhadores(as) na oferta de reabilitação profissional e sem sanções às mesmas, descartando os(as) trabalhadores(as) quando sua capacidade laboral fica reduzida, numa lógica que favorece apenas o capital. O desprezo – ou melhor, o descarte desta força de trabalho – é representado nas demissões realizadas após o retorno ao trabalho. Nesta lógica, não escapam nem mesmo os(as) trabalhadores(as) oriundos(as) de benefício previdenciário acidentário que, por lei, possuem uma estabilidade de 12 meses no vínculo empregatício.

Outro dado preocupante, apontado pela pesquisa, diz respeito às novas inserções profissionais adquiridas pelos(as) trabalhadoras após a demissão dos seus vínculos trabalhistas da época do afastamento. Isto porque os cursos realizados com o objetivo da qualificação profissional não tiveram relação com as contratações. Foi possível verificar que parte delas ocorreu, com a inserção na mesma profissão de origem, ou em outras funções com atividades laborais conflitantes com suas condições de saúde. Ou seja, a reinserção no mercado de trabalho em novo vínculo trabalhista pode contribuir para agravamento da sua condição ou novos agravos à saúde dos(as) trabalhadores(as).

Vimos também que mais da metade dos(as) trabalhadores(as), cerca de 60%, não manteve inserção em mercado de trabalho formal de forma integral, no ano de 2019, vivenciando condições de desemprego e vínculos trabalhistas formais

temporários. O quadro descrito é dramático se pensarmos que, como política contributiva, o acesso ao direito previdenciário depende das contribuições mensais. Vergonhoso e dramático também porque, de um lado, contam com um serviço por eles financiados, mas que não os atendem e, de outro, porque poderão vivenciar a impossibilidade de cobertura previdenciária tanto para si quanto para seus dependentes no futuro.

Por fim, o que foi percebido, com o estudo, é que o Serviço de Reabilitação Profissional promovido pela Previdência Social para uma grande parcela da classe trabalhadora não reabilita o(a) trabalhador(a), visto que não ocorre inserção e/ou permanência destes em vínculos formais de trabalho e, dessa forma, não corresponde às necessidades dos(as) trabalhadores(as). Sabemos que a Previdência Social não é a responsável pelos agravos à saúde dos trabalhadores e que a retração de vínculos formais de trabalho é um elemento central da nova dinâmica do capital. Contudo, ao não ser obrigação da política previdenciária a garantia do vínculo trabalhista e, nem ao menos, o acompanhamento do(a) trabalhador(a) neste retorno ao trabalho, o Estado “lava as suas mãos” após o encerramento do processo, o que leva a identificar outra contradição, quando se divulga que o interesse da Previdência Social em fomentar a reabilitação profissional seria o retorno das contribuições destes(as) trabalhadores(as) à política.

Sabemos que o mercado de trabalho brasileiro não se constitui apenas pelo trabalho formal e que desde sua constituição com o processo de urbanização e industrialização do país, a informalidade do trabalho é traço marcante, estrutural e crescente, ao lado também de indicadores substantivos de desemprego, ainda que demarcados em distintas conjunturas. Mas, o grupo pesquisado é formado por trabalhadores(as) oriundos(as) de vínculos formais de trabalho e, assim, não conseguindo permanecer, o que ocorre é o rebaixamento, a degradação, de condições de vida e de trabalho destes trabalhadores e de sua família. Neste aspecto, adensam a superpopulação relativa, transformam-se em trabalhadores “flutuantes”, empregados ou descartados de acordo com as necessidades do capital.

Reconhecemos que os dados apresentados não refletem a experiência vivenciada por todos(as) os(as) trabalhadores(as) reabilitado(a), representando a particularidade de uma Agência da Previdência Social e de uma parcela destes trabalhadores que se inserem na Reabilitação Profissional, com o recorte de um dado ano. Todavia, os dados secundários acessados permitiram explorar a questão

proposta, aprofundando o conhecimento acerca deste fenômeno, em uma aproximação que, ainda que exploratória, foi realizada criteriosamente. Dizemos aproximação por reconhecer que a realidade é muito mais dinâmica e complexa do que nosso esforço de apreensão, sendo o conhecimento gerado uma contribuição para concepções e práticas junto à questão da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Encerrando estas considerações, cabe destacar, contudo, as limitações percebidas durante o desenvolvimento da pesquisa. A primeira refere-se ao enfoque na reinserção em mercado de trabalho formal em razão da base de consulta de dados existente e passível de ser acessada, ser a dos sistemas do INSS, ou seja, Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) e o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI). Considerando as condições do mercado de trabalho no país, em um contexto que as recrudescem ainda mais, é necessário reconhecer as limitações de um estudo que se volta apenas para o mercado de trabalho formal, para o qual existem dados oficiais a respeito. Contudo, não se pode esquecer que tais dados, por muitos anos, se constituíram na “caixa preta” da Previdência Social e, mesmo hoje, não são comuns e facilmente acessíveis pelo meio acadêmico, bem como pelos técnicos que atuam junto à questão da saúde dos trabalhadores. Sobretudo, não são acessíveis nem mesmo aos usuários e usuárias, sujeitos desta política social, uma política pública.

Além e somando-se a esta primeira limitação central, algumas outras lacunas proporcionadas por esta pesquisa – mas que se constituem também em importantes questões para estudos futuros –, durante a análise dos dados secundários, devem ser sinalizadas, como, por exemplo, as que podem ser assim sistematizadas: quais as trajetórias, caminhos percorridos pelos(as) trabalhadores(as) que não acessaram o mercado de trabalho formal? Quais as barreiras enfrentadas? Os(as) trabalhadores(as) que permaneceram nas empresas de vínculo original (da época do afastamento laboral) encontram-se, de fato, nas funções consideradas compatíveis e indicadas pela Previdência Social? Houve mudança de função ou até retorno para a função de origem? Qual a atual condição dos(as) trabalhadores(as) que não retornaram ao trabalho? Foram considerados inaptos pelas empresas? Recorreram (ou recorrem, ainda) judicialmente? Consideramos que tais questionamentos podem ser desenvolvidos em desdobramento futuro desta pesquisa, cujo aprofundamento envolveria a abordagem a estes(as)

trabalhadores(as), por meio de entrevista e/ou algum outro procedimento de pesquisa que permita a interação direta com estes(as) trabalhadores(as), o que para o alcance do presente estudo não seria possível, tendo em vista a própria realização vinculada a um curso de mestrado e, sobretudo ainda, em um contexto pandêmico.

Considerando as dificuldades em socialização de dados relacionados ao Serviço de Reabilitação Profissional do INSS, a expectativa é de que este estudo possa vir a contribuir para o fomento do debate sobre o trabalho, o processo saúde-doença e a reabilitação profissional entre os próprios trabalhadores que integram os quadros do SRP. Todavia, arriscamos a dizer que ele é de suma importância, também, para os movimentos sindicais, os(as) trabalhadores(as) de áreas de políticas sociais afetas à questão saúde dos trabalhadores e os(as) trabalhadores(as).

De fato, a reabilitação profissional pode vir a se tornar dispensável em uma outra sociabilidade. Todavia, até que esta seja construída, na luta de classes, é urgente a sua reivindicação pela classe trabalhadora enquanto um direito previdenciário que, minimamente, cumpra o que se propõe a fazer.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. Trabalho, Corpo e Subjetividade: toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, vol.3, n.2, p.409-428, set/2005. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/GsSvG7FXBNNzcZkrg9V9cvB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul.2021.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. *In: SADER, E.; GENTILLI, P. (Org.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1995.

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação e Sociedade*, Campinas, vol. 25, n.87, p.335-351, maio/ago. 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2021

ANTUNES, R. O governo Lula e a desertificação neoliberal no Brasil. *In: Resistir Info*. Jan. 2005. Disponível em: https://resistir.info/brasil/r_antunes_jan05.html Acesso em: 20 jul. 2021.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. 2ª ed., São Paulo: Boitempo, 2020.

ASSUNÇÃO, A.A.; SILVA, L.S. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(12):2473-2486, dez, 2013.

BARBOSA, R.N.C. Questão Social, crise do capital e formação profissional: desafios do Serviço Social na contemporaneidade. *Sociedade em Debate*, Pelotas, maio/ago. 2018, v. 24, n.2, p.245-272.

BARBOSA R.N. C.; SILVA, M. M. Reforma trabalhista e tempo de trabalho: recomposição dos instrumentos legais do trabalho assalariado no Brasil. *In: MELO, A.I.S.C; CARDOSO, I.C.C.; FORTI, V.L. (Org.) Trabalho, reprodução social e Serviço Social: desafios e utopias*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BATALHA, C. *O movimento operário na Primeira República*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2000.

BEHRING, E.R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2ª Ed., São Paulo, Cortez, 2008.

BEHRING, E. R. A dívida e o calvário do fundo público. *In: Asduerj - Associação dos Docentes da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Revista Advir - Dossiê da Dívida Pública.* [BEHRING, E.; CISLAGHI, J.F. (Org.)]. Rio de Janeiro: Asduerj, n. 36, p. 9-21, jul. 2017.

BEHRING, E.R. Fundo Público, exploração e expropriações no capitalismo em crise. *In: BOSCHETTI, I. (Org.) Expropriação e direitos no capitalismo.* São Paulo: Editora Cortez, 2018.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história.* 9ª ed., Cortez, São Paulo, 2011, v.2.

BEHRING, E.R.; CISLAGHI, J.F.; SOUZA, G. Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. *In: BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.) Políticas sociais e ultraneoliberalismo.* Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BERNARDO, L. D. *Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual.* Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ECJS-73BKA6/1/lilian_dias_bernardo.pdf. Acesso em: 19 jun. 2022.

BOSCHETTI, I.S.; TEIXEIRA, S.O. O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social. *In: SALVADOR, E.; BEHRING, E.R.; LIMA, R. de L. de (Org.) Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social.* Cortez, São Paulo, 2019.

BRASIL. Decreto nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919. Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho. *Diário Oficial da União.* Seção 1, 18 jan.1919, p. 1013. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-3724-15-janeiro-1919-571001-publicacaooriginal-94096-pl.html#:~:text=para%20o%20trabalho,-,Art.,propria%20victima%20ou%20de%20estranhos>. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Decreto nº 24.637, de 10 de julho de 1934. Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes do trabalho e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* Seção 1, 12 jul.1934, p. 14001. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24637-10-julho-1934-505781-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 02 ago. 2022.

BRASIL. Decreto-lei nº 7.036 de 10 de novembro de 1944. Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho. *Diário Oficial da União.* Seção 1, 13 nov. 194, p. 19241. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-7036-10-novembro-1944-389493-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 02 ago. 2022.

BRASIL. Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadorias e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. *Diário Oficial da União.* Seção 1, 22 nov. 1966, p. 13523. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-72-21-novembro-1966-375919-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Decreto nº 60.501, de 14 de março de 1967. Aprova nova redação do Regulamento Geral da Previdência Social (Decreto nº 48.959-A de 19 de setembro de 1960), e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Seção 1, 28 mar. 1967, p. 3585. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-60501-14-marco-1967-401522-publicacaooriginal-37422-pe.html>. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 6.367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 21 out. 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6367.htm#:~:text=LEI%20No%206.367%2C%20DE%2019%20DE%20OUTUBRO%20DE%201976.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20seguro%20de,INPS%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A Ancias. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 28 jun. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre o Plano de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 25 jul. 1991, p.14809. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 28 jul.2022.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado (PDRE)*. Brasília, MARE, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 2.172, de 05 de março de 1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. *Diário Oficial*. Brasília, DF, 06 mar. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2172.htm. Acesso em: 15 mar. 2022

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº20, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 16 dez. 1998a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm. Acesso em: 15 mar.2022.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.729, de 2 de dezembro de 1998. Altera dispositivos das Leis nºs 8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 3 dez. 1998b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas/1729.htm. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.732, de 11 de dezembro de 1998. [Conversão da MPv nº 1.729, de 1998]. Altera dispositivos das Leis nºs 8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, da Lei nº 9.317, de 5 de dezembro de 1996, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 14 dez. 1998c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9732.htm. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 3048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 7 mai. 1999, p.50. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm. Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6402, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 13 de fev. 2007, p.2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm. Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Decreto no. 6.934, de 11 agosto de 2009. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão, das Funções Gratificadas e das Funções Comissionadas do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS [...] *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 12 ago. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/D6934.htm. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 08 nov. 2011. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Decreto%20n%C2%BA%207602.html>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, n. 165, Seção I, p. 46-51, 24 ago. 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Portaria Interministerial no. 323, de 11 de julho de 2012. Institui grupo de trabalho responsável pela avaliação e proposição de políticas de saúde e segurança no trabalho. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 12 jul. 2012b. Disponível em: https://siabi.trt4.jus.br/biblioteca/direito/legislacao/atos/federais/pri_mps_mte_ms_mog_2012_323.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER)/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, 2012c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_trabalho_ler_dort.pdf. Acesso em: 05 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Reabilitação Profissional: articulando ações em Saúde do Trabalhador e construindo a reabilitação integral*. Brasília: Ministério da Previdência Social, Instituto Nacional de Seguro Social, 2013. Disponível em <https://docplayer.com.br/57724475-Reabilitacao-profissional-articulando-acoes-em-saude-do-trabalhador-e-construindo-a-reabilitacao-integral.html>. Acesso em: 24 jul. 2022.

BRASIL. Medida provisória nº 664, de 30 de dezembro de 2014. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e a Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, Seção 1, Edição Extra, 30 dez. 2014, p. 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2014/medidaprovisoria-664-30-dezembro-2014-779852-publicacaooriginal-145741-pe.html>. Acesso em: 03 ago. 2022

BRASIL. Lei nº 13.135, de 17 de junho de 2015. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 de junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10.666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 18 jun. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13135.htm. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 8.725, de 27 de abril de 2016. Institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 28 abr. 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8725.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 93, de 08 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 09 set. 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc93.htm. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 16 dez. 2016c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.846, de 18 de junho de 2019. Institui o Programa Especial para Análise de Benefícios com Índícios de Irregularidade, o Programa de Revisão de Benefícios por Incapacidade, o Bônus de Desempenho Institucional [...] *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 18 jun. 2019a, p.16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13846.htm. Acesso em: 16 mar. 2022

BRASIL. Decreto nº 9.746, de 8 de abril de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, remaneja cargos em comissão [...] *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 09 abr. 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9746.htm. Acesso em: 3 ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº103, de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 13 nov. 2019c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc103.htm. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória n. 905, de 11 de novembro de 2019. Institui o Contrato de Trabalho Verde e Amarelo, altera a legislação trabalhista, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 12 de nov.2019d. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv905.htm#art5. Acesso em: 19 mar.2022.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Estatísticas de reabilitação profissional, segundo as grandes regiões e unidades da federação: 2017/2019*. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2019e. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/arquivos/versao-online-aeps-2019-/secao-iii-servicos-previdenciarios/capitulo-28-reabilitacao-profissional/28-1-estatisticas-de-reabilitacao-profissional-segundo-as-grandes-regioes-e-unidades-da-federacao-2017-2019>. Acesso em: 17 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Fazenda. *Anuário Estatístico da Previdência Social 2018*. Brasília, v. 25, 2019f. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/dados-abertos-previdencia/previdencia-social-regime-geral-inss/arquivos/aeps-2018.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2018: uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019g. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Acesso em: 14 jun. 2022.

CACCIAMALI, M.C. Globalização e processo de informalidade. *Economia e Sociedade*, Campinas, SP, v. 9, n. 1, p. 153–174, jun. 2000. Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643124>. Acesso em: 10 jun. 2022.

CARDOSO JR., J.C. *Anatomia da distribuição de renda no Brasil: estrutura e evolução nos anos 90*. Dissertação de Mestrado, Unicamp, Campinas, 1999.

CARNEIRO, M.; TOLEDO, J.; AURELIO, M.; ORRICO, R. Espriamento urbano e exclusão social: uma análise da acessibilidade dos moradores da cidade do Rio de Janeiro ao mercado de trabalho. *EURE*. Santiago. v. 45., n. 136, set-2019, p. 51-70.

CARTAXO, A.M. B.; CABRAL, M. S.R. O processo de desconstrução e reconstrução do projeto profissional do Serviço Social na Previdência: um registro de resistência e luta dos assistentes sociais. *In*: BRAGA, L.; CABRAL, M. S. R. (Org.). *O Serviço Social na Previdência Social: trajetórias, projetos profissionais e saberes*. São Paulo, Cortez, 2007.

CASALINO, V. O capital como sujeito e o sujeito de direito. *Revista direito e praxis*. Rio de Janeiro, v.10, n. 4, 2019, p. 2979-2922. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/cccmT4pbbZxmSFWhp7fxhdd/?lang=pt#:~:text=Sustenta%20a%20hip%C3%B3tese%20de%20que,do%20processo%20de%20produ%C3%A7%C3%A3o%20capitalista>. Acesso em: 10 mar.2022.

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

CIGNOLLI, A. *Estado e força de trabalho: introdução à política social no Brasil*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1985.

CISLAGHI, J.F. Do neoliberalismo de cooptação ao ultraneoliberalismo: respostas do capital à crise. *Esquerda online*, junho 2020. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/06/08/do-neoliberalismo-de-cooptacao-ao-ultraneoliberalismo-respostas-do-capital-a-crise/>. Acesso em:03 ago.2022.

COHN, A. *Previdência Social e processo político no Brasil*.1ª ed. São Paulo: Editora Moderna Ltda, 1980.

COSTA, D; LACAZ, F.A. C.; JACKSON FILHO, J.M.; VILELA, R.A.G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013, p. 11-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a03.pdf>.

D'ARISBO, A.; MARTINS, B. V. O discurso da empregabilidade e a individualização do processo de ingresso no mercado de trabalho. *IV Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais*. Porto Alegre, out.2016.

DEMIER, F. Burguesia e pandemia: notas de conjuntura sobre neofascismo e ultraneoliberalismo no Brasil de Bolsonaro. *In*:BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). *Políticas sociais e ultraneoliberalismo*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4662435/mod_resource/content/1/ENGELS.pdf. Acesso em: 10 mai.2022.

ESTADO DE MINAS. Manifestantes ligados à Força Sindical protestam contra a MP 664 no Congresso. *In: _____*. *Política*. 12 maio 2015. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2015/05/12/interna_politica,646826/manifestantes-ligados-a-forca-sindical-protestam-contram-p-664-no-congresso.shtml. Acesso em: 24 jul. 2022.

FALEIROS, V. P. *O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores*. 2ª Ed. São Paulo, Cortez, 2010a.

FALEIROS, V. P. Previdência Social: conflitos e consensos. *SER Social*, Brasília, n. 11, mar. 2010b. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/9090>. Acesso em: 20 dez. 2020.

FAGNANI, E. *Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. Tese de doutorado, Unicamp, Campinas, 2005.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, jun. 2005, v. 8, 187-193. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/grJnXGSLJSrbRhm7ykGcCYQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 jan.2021.

FENASPS – Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social. CNS faz requerimento ao INSS pela revogação da medida que altera o Manual de Procedimentos da Reabilitação Profissional. *In: _____*. *Página inicial*, 04 abr. 2017. Disponível em: <https://fenasps.org.br/2017/04/04/cns-faz-requerimento-ao-inss-pela-revogacao-da-medida-que-altera-o-manual-de-procedimentos-da-reabilitacao-profissional/> Acesso em: 26 jul. 2022.

FENASPS – Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social. Na defesa da Previdência Social Pública e dos serviços previdenciários FENASPS realiza o II Encontro Nacional dos Trabalhadores da Reabilitação Profissional. *In: _____*. *Últimas notícias*, 17 out.2018. Disponível em: <https://fenasps.org.br/2018/10/17/na-defesa-da-previdencia-social-publica-e-dos-servicos-previdenciarios-fenasps-realiza-o-ii-encontro-nacional-dos-trabalhadores-as-da-reabilitacao-profissional-do-inss-nos-dias-20-e-21-de-outubro/>. Acesso em: 25 jul. 2022.

FENASPS – Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social. Comissões de Serviço Social e Reabilitação Profissional retomam discussão de pautas específicas na DIRBEN do INSS. *In: _____*. *Página Inicial*. 6 maio 2019a. Disponível em: <https://fenasps.org.br/2019/05/06/comissoes-de-servico-social-e-reabilitacao->

profissional-retomam-discussao-de-pautas-especificas-na-dirben-do-inss/. Acesso em: 25 jul.2022.

FENASPS –Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social.Na DIRBEN/INSS, Fenasps reitera discussão sobre demandas dos serviços previdenciários. *In:_____PáginaInicial*.13 jul.2019b. Disponível em:<https://fenasps.org.br/2019/07/16/na-dirben-inss-fenasps-reitera-discussao-sobre-demandas-dos-servicos-previdenciarios/> Acesso em: 25 jul. 2022.

FONTES, V. A transformação dos meios de existência em capital:expropriações, mercado de propriedade.*In:BOSCHETTI,I. (Org.) Expropriação e direitos no capitalismo*. São Paulo: Editora Cortez, 2008.

FREIRE, L.M.B. *O Serviço Social na reestruturação produtiva: espaços, programas e trabalho profissional*. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT E FIGUEIREDO (Fundacentro). *Proposta de diretrizes para uma política de reabilitação profissional*. Versão impressa, São Paulo: Fundacentro, 2013.

GAZE, R.; LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Os movimentos de luta dos trabalhadores pela saúde. *In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. O. (Org.) Saúde, trabalho, direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

GRAMSCI, A, Americanismo e fordismo. *In: _____ . Maquiavel, a política e o Estado moderno*. RiodeJaneiro: Ed. Civilização Brasileira, 8ª. ed,1991.

GRANEMANN, S. Trabalho e Previdência Privada: A (Im)possível solidariedade do capital financeiro. *Temporalis*, n.6, ano 3, Brasília:ABEPSS, 2002.

GRANEMANN, S. [Entrevista] A classe trabalhadora sairá mais empobrecida se não derrotar a contrarreforma da Previdência. *UFSC à Esquerda*, março 2019 Disponível em:<https://ufscaesquerda.com/entrevista-a-classe-trabalhadora-saira-mais-empobrecida-se-nao-derrotar-a-contrarreforma-da-previdencia-afirma-sara-granemann/>. Acesso em: 20 jul.2022.

GRANEMANN, S. Quando o capital vai às compras: direitos sociais, privatização e a acumulação capitalista. *Revista Linhas*, Florianópolis, maio-ago. 2020, v.21, p.50-71.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Edições Loyola, 1993.

HARVEY, D. *Espaços de esperança*. 7ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

HUBERMAN, L. *História da Riqueza do Homem*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5123118/mod_resource/content/1/Leo%20Huberman%20-%20Historia%20da%20Riqueza%20Do%20Homem.pdf. Acesso em: 24 maio 2022.

IMPrensa Sindsprev-RS. O Ministério do Trabalho e Previdência não existe mais! In: *Plataforma Política Social: caminhos para o desenvolvimento*, maio 2016. Disponível em: <https://plataformapoliticassocial.com.br/o-ministerio-do-trabalho-e-da-previdencia-social-nao-existe-mais/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

IMPrensa, Sindifisco. *Sindifisco e outras entidades protocolam ação contra MP 664 no STF*. Disponível em: <https://www.sindifisconacional.org.br/sindifisco-e-entidades-protocolam-acao-contra-mp-664-no-stf/>. Acesso em: 24 jul. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018* / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

INSS – INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Diretoria de Saúde do Trabalhador. *Manual técnico de procedimentos da área de reabilitação profissional*. Vol. 1, 2016. Atualizado pelos Despachos Decisórios nº 2/DIRSAT/INSS, de 24/11/2011, nº 1/DIRSAT/INSS, de 19/04/2016 e nº 2,DIRSAT/INSS, de 12/05/2016. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/530037178/Manual-Tecnico-Reabilitacao-Profissional-Inss>. Acesso em: 02 ago.2022.

INSS – INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Diretoria de Saúde do Trabalhador. *Manual técnico de procedimentos de reabilitação profissional*. v. 1. Brasília: INSS, fev. 2018. Disponível em: <https://www.alexandretriches.com.br/wp-content/uploads/2018/03/Manual-de-Reabilita%C3%A7%C3%A3o-profissional.pdf>. Acesso em: 15 mar.2022.

KULAITIS F.; SILVA, K. C. As transformações recentes no programa de reabilitação profissional do INSS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, 2022. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/188/6>. Acesso em: 20 jul.2022.

LACAZ, F. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas;Campinas. 1996.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*. Cidade do México, v. 2, 1982. Trad. E. D. Nunes.

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

MAENO, M.; VILELA, R. A. G. Reabilitação Profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 2010, v. 35, p.87-99.

MAENO, M.; WUNSCH FILHO, V. Reinserção no mercado de trabalho de ex-trabalhadores com LER/DORT de uma empresa eletrônica na região metropolitana de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, 2010 v.35, p.53-63, Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbso/a/Fk3NbJF88vTYNqsMyCBLWGv/abstract/?lang=p>. Acesso em: 10 jun.2022.

MANDEL, E. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARINI, R.M. *Dialética da dependência*. [Versão em PDF, online], 1973. Disponível em:https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6539551/mod_resource/content/2/7.%20Dial%C3%A9tica%20da%20Depend%C3%Aancia%20%20Ruy%20Mauro%20Marini%20-%20exp.%20popular%20-%20At%C3%A9%20p.28.pdf. Acesso em: 18 mar.2022.

MARX, K. *Sobre a questão judaica*. São Paulo, Boitempo, 2010.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Livro I: o processo de produção do capital. 2ª ed. São Paulo, Boitempo, 2017.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. O governo Lula e a contra-reforma previdenciária. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, 2004, v.18, p.3-15.

MATTOS, M.B. *Trabalhadores e sindicatos no Brasil*. 1ª Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MEDEIROS, F. M. *Administração Pública e Previdência Social no Brasil: desconstrução neoliberal, mutações objetivas e subjetivas e suas particularidades em Juiz de Fora*. Juiz de Fora, MG, Universidade Federal de Juiz de Fora — Faculdade de Serviço Social, 2012. Dissertação de mestrado.

MELO, A.I.S.C. *Contracena de diferentes: a saúde do trabalhador como prática social e a percepção dos trabalhadores*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 1993.

MENDES, R; DIAS, E. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 25, 1991.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13, 21-32, 1997.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MIRANDA, C. B. Aspectos do cenário atual da reabilitação profissional no Brasil: avanços e retrocessos. *Cadernos de Saúde Pública*, 34 (8), 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9qcMrvNKrL6nLfccc6CN7DR/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2021.

MOREIRA, J.I. S.; NOBRE, M. C. Q. Transformismo do PT e contrarreforma da Previdência Social. *Ser Social*. Brasília, v.18, n.39, p.520-539, jul./dez. 2016. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14636/12946. Acesso em: 20 jul. 2022.

MOTA, A.E. *Cultura da crise e seguridade social*. São Paulo:Cortez, 2005.

MOTA, A.E. Crônica de uma morte anunciada: as reformas da Previdência Social Brasileira nos anos 1990 e 2000. In: BRAGA, L.; CABRAL, M. do S. R. (Org.). *O Serviço Social na Previdência Social: trajetórias, projetos profissionais e saberes*. São Paulo, Cortez, 2007.

MOTA, A.E. Seguridade Social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A.E. *et.al.* (Org.) *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4ª. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1I2tsX9YeDdiBr0aKJKif3Ee2_iY8SMmL/view. Acesso em: 14 abr. 2022.

MOTA, A.E. Superexploração: uma categoria explicativa do trabalho precário. *Ubimuseum*: Revista Online do Museu de Lanifícios da Universidade da Beira Interior Covilhã, Portugal, n.2, p.87-97, 2013. Disponível em: <http://www.ubimuseum.ubi.pt/n02/docs/ubimuseum02/ubimuseum02.ana-elizabete-mota.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2022.

NAÇÕES UNIDAS. Brasil. Relatório climático da ONU: estamos a caminho do desastre, alerta Guterres. In: *Notícias*. Brasília: Casa ONU Brasil, 04 abr. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/176755-relatorio-climatico-da-onu-estamos-caminho-do-desastre-alerta-guterres>. Acesso em: 25 mai. 2022.

NETTO, J.P. *Crise do socialismo e ofensiva neoliberal*. São Paulo: Editora Cortez, 3ª ed., 2001.

NETTO, J.P. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, J.P. Capitalismo e barbárie contemporânea. *Argumentum*, Vitória, UFES, v.4, n.1, p.202-2022, jan./jun.2012.

NETTO, J.P. *Pequena história da ditadura brasileira*. São Paulo: Cortez, 2014.

NOBRE, L.C.C. A política de saúde do trabalhador no Brasil e na Bahia. In: NOBRE, L.; PENA, G.L.P.; BAPTISTA, R. (Org.). *A saúde do trabalhador na Bahia: história, conquistas e desafios*. Salvador: EDUFBA; SESAB; CESAT, 2011. p. 23-92.

NOBRE, L.C.C. A política do possível ou a política da utopia? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 38 (128): 179-198, 2013, p. 186-194. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n128/06.pdf>. Acesso: 03 set.2020.

ODDONE, I. *et al. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. 2a. ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec, 2020

OLIVEIRA, M.H.B.; VASCONCELLOS, L.C.F. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. *Cad. de Saúde Pública*,8(2):150-156, 1992.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA S.M.F. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

OLIVEIRA, F. de. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política. *In: OLIVEIRA F. de; PAOLI, M.C. (Org.). Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global*. Petrópolis: Vozes, 1999.

OLIVEIRA, F. de. *Crítica à razão dualista: o ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2003.

PAIXÃO M.; THEODORO, M. ...pra depois dividir: notas sobre Reforma Previdenciária e assimetrias raciais no Brasil. *Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, 1º semestre 2020, n.45, v. 18, p.130-147. *Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/47220>. Acesso em: 10 jun.2022.

PENA, P.G.L.; GOMES, A.R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história: *In: VASCONCELLOS, L. C. F; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro, Educam, 2011

PÉREZ, A.A. Uma reflexão crítica sobre o salário indireto e os benefícios trabalhistas. *Revista Praia Vermelha*, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.233-259, 2017.

PEREIRA, R. Associações de classe, profissionais e beneficentes do Rio de Janeiro (1860-1889). *Diálogos*, Maringá, Universidade Estadual de Maringá, v.3, n.3, p. 191-211, 1999. Disponível em:<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Dialogos/article/view/37543/19470>. Acesso em: 29 jul.2022.

PINTO JUNIOR, A.G.; BRAGA, A.M.C.B; ROSELLI-CRUZ, A. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (10), p.2841-2849, 2012. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/grJnXGSLJSrbRhm7ykGcCYQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez.2020.

POCHMANN, M. Desestabilização do trabalho. *Saúde Debate*, 42, n.esp. 3, p.67-77, nov.2018. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zPB6hsTrgbQBPZWtDRm6s7d/?lang=pt>. Acesso em: 03 jan.2022.

POCHMANN, M. Desempregados do Brasil. In: ANTUNES, R. (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006.

PREVITALE, W. A Medida Provisória nº 664 e a Saúde dos Trabalhadores. In: CUT – CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES. *Artigo*. 11 fev. 2015. Disponível em: <https://www.cut.org.br/artigos/a-medida-provisoria-n-664-e-a-saude-dos-trabalhadores-9395>. Acesso em: 24 jul. 2022.

RIBEIRO, F.S.N.; LEÃO, L.H.C.; COUTINHO, S.R.A.; Saúde do Trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000: do período da audácia ao desbrío. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*. Revista da Faculdade de Serviço Social. Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2º. Sem. 2013, v. 11, n. 32, p. 39-63. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/10155/8138>. Acesso em: 02 mar. 2020.

RUBIN, I. I. *A teoria marxista do valor*. São Paulo: Polis, 1987.

SALVADOR, E. Fundo público, crise e financeirização da previdência social. In: SALVADOR, E.; BEHRING, E. R.; LIMA, R. de L. (Org.) *Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social*. Cortez, São Paulo, 2019.

SALVADOR, E. Implicações da reforma da Previdência sobre o mercado de trabalho. *Serviço Social e Sociedade*, n. 81, Ano XXVI, mar. 2005.

SANTOS, G. S. H.; LOPES, R. E. O programa de Reabilitação Profissional do INSS e a reinserção do trabalhador no mercado de trabalho. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, 2021, v. 29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2100>. Acesso em: 10 jun.2022.

SANTOS, W.G. dos. *Cidadania e justiça: política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro, Campus, 1979.

SELIGMANN-SILVA, E. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

SELLTIZ, C. *et al. Método de pesquisa nas relações sociais*. 6ª reimp. São Paulo: EPU/EDUSP, 1975.

SEVERIANO, E.M. O.; MACÊDO, A. C. Previdência Social: a saga entre trabalho e adoecimento. *Revista Kátal*, Florianópolis, v.18, n.2, p.172-181, jul./dez.2015.

SILVA, A.B.R.B. Brasil, o “campeão mundial de acidentes de trabalho”: controle social, exploração e prevencionismo durante a ditadura empresarial-militar brasileira. *Revista Mundos do Trabalho*, v. 7, n. 13, jan.-jun. 2015, p. 151-173. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/19849222.2015v7n13p151/31305>. Acesso em: 19 mar.2022.

SILVA, A.B.R.B. *Corpos para o capital: acidentes de trabalho, precarização e reabilitação profissional durante a ditadura militar brasileira (1964-1985)*. 1.ed. Jundiaí, SP: Paco Editorial, 2019.

SILVA, M.L.L. *Previdência Social no Brasil: (des) estruturação do trabalho e condições para sua universalização*. São Paulo, Cortez, 2012.

SILVA, M.L.L. A face abstrusa da Previdência Social lapidada pela ofensiva ultraneoliberal. *Temporalis*, Brasília, n.43, p.53-71, jan./jul.2022.

SILVA-JUNIOR, J.S.; BANDINI, M.; BAÊTA, K.F. DIAS, E.C. Atualização 2020 da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 47:e11, 2022. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rbso/a/rbPkmWjQLBqJpqTYcGPrjYH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun.2022.

SOUZA, D.O. *Saúde do(s) trabalhador(es): análise ontológica da 'questão' e do 'campo'*. Tese de Doutorado, UERJ, Rio de Janeiro, 2016.

SOUZA, D.O.; MELO, A.I.C.; VASCONCELLOS, F. Saúde do(s) Trabalhador(es): do 'campo' à 'questão' ou do sujeito sanitário ao sujeito revolucionário. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.41, n113, p.591-604, abr./jun. 2017.

SOUZA, D.O.; ARAUJO, A.M.M. Superexploração e saúde: a reprodução da força de trabalho nas economias dependentes. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v.23, n.3, p.648-657, set-dez.2020.

SOUZA, A. D. S.; QUEIRÓZ, M. F. F. Percepção dos trabalhadores inseridos na reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social: a organização do trabalho adoece? *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v.42, n.116, p. 100-112, jan./mar.2018.

SOUZA, G.; SOARES, M.G.M. Contrarreformas e recuo civilizatório: um breve balanço do governo Temer. *SER Social*, Brasília, v.44,p.11-28, jan-jun.2019.

SPIELMANN, C.K.; BOVO, M.C. Nas interfaces da Saúde do Trabalhador: reflexões acerca do programa de Reabilitação Profissional do INSS, Brasil. *Revista Pegada online*, v.22, n.1, jan-abr.2021. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/viewFile/8301/pdf>. Acesso em: 20 dez.2021.

STAMPA, I.T. Transformações recentes no 'mundo do trabalho' e suas consequências para os trabalhadores brasileiros. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*. Rio de Janeiro, 2012 n.30 v.10, p.35-60. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

STOTZ, E. N.; PINA, J. A. Experiência operária e ciência na luta pela saúde e a emancipação social. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*, v.42, 2017,p.1-11.

TAKAHASHI, M.A.B.C. *Incapacidade e Previdência Social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990*. Tese de doutorado, Unicamp, Campinas, 2006.

TAKAHASHI, M.A. B.C. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (11):2661-2670, nov. 2008.

TAKAHASHI, M.A.B.C; CANESQUI, A. M. Pesquisa avaliativa em Reabilitação Profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(5), set-out. 2003, p, 1473-1483.

TAMBELLINI, A.M.T. *et al. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: análises e perspectivas: contribuição para a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ENSP/CESTEH-ABRASCO, 1986 (mimeo).

TAMBELLINI, A.M.T. *et al. Avanços na formulação de uma Política Nacional de Saúde no Brasil: as atividades subordinadas à área das relações produção e saúde*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ENSP/CESTEH, 1988 (mimeo).

TAMBELLINI, M.L.T; ALMEIDA, M.G.; CAMARA, V.M. Registrando a história da Saúde do Trabalhador no Brasil: notas sobre sua emergência e constituição. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*. Revista da Faculdade de Serviço Social. Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2º. sem. 2013, v. 11, n. 32, p. 21-37. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/10154/8137>. Acesso em: 02 mar. 2020.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. (Org.) *Como fazer teses em Saúde Pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*, 2002.

TOLDRÁ, R. C.; DALDON, M. T. B.; SANTOS, M. C.; LANCMAN, S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*, São Paulo, 35 (121): 10-22, 2010

VACARO, J.E.; PEDROSO, F.S. Desempenho dos segurados no serviço de reabilitação do Instituto Nacional de Seguridade Social. *Acta Fisiatría*, v.18, p.200-205, 2011.

VASCONCELLOS, L.C.F. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 38 (128): 179-198, 2013, p. 179-182. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n128/04.pdf>. Acesso: 03 set.2020.

VASCONCELLOS, L.C.F; RIBEIRO, F. S. N. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. *In: VASCONCELLOS, L. C. F; OLIVEIRA, M. H. B. de (Org.). Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: EDUCAM, 201. p. 423-452.

VIANNA, M.L.W. *A Americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, UCAM, IUPERJ, 1998.

VIANNA, M.L.W. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. *In*: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. (Org.). *Política Social e democracia*. São Paulo, Cortez, Rio de Janeiro, UERJ, 2001.

ANEXO A – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa (Coep/Uerj)

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Serviço de Reabilitação Profissional da Previdência Social: uma análise das possibilidades de retorno ao trabalho

Pesquisador: Paula Cristina Nunes de Sá

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50555421.8.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.909.228

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UERJ, o qual "objetiva identificar quais têm sido as formas de inserção ou não no mercado de trabalho dos trabalhadores considerados reabilitados pelo Serviço de Reabilitação Profissional, previsto na legislação e executado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A pesquisa baseia-se em um estudo de natureza exploratória, pautado em revisão teórico-bibliográfica e análise qualitativa de dados extraídos do livro de registros de desligamentos do Serviço de Reabilitação Profissional, do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) e do Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) de trabalhadores que tiveram a reabilitação concluída durante o ano de 2018, junto a uma Agência da Previdência Social (APS), sediada na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro e das alternativas de inserção no mercado de trabalho no ano de 2019, subsequente à reabilitação profissional concluída. Assim, busca-se analisar de que forma tem ocorrido o retorno destes trabalhadores ao trabalho dentro de uma conjuntura marcada pelo agravamento da precarização e superexploração do trabalho."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, o objetivo central da pesquisa é: "Conhecer e analisar as possibilidades de retorno ao trabalho dos(as) trabalhadores(as) reabilitados(as) pela Previdência Social,

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.909.228

considerando o contexto atual do mundo do trabalho no país."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São definidos como riscos: "Considerando o que dispõe as Resoluções mencionadas do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013; 2016)(*), considera-se que os riscos desta pesquisa podem ser considerados como do tipo mínimo, tendo em vista que se trata de dados secundários, analisados retrospectivamente e em relação aos quais não haverá identificação de pessoas e instituições. Além de não haver quaisquer contatos e/ou intervenção humana, os dados serão tratados de forma agregada e analisados qualitativamente sem identificação e sem prejuízo dos(as) respectivos(as) trabalhadores e trabalhadoras que foram beneficiados(as) pela reabilitação profissional. Cabe ressaltar que em hipótese alguma os(as) trabalhadores(as) serão identificados, sendo descartadas quaisquer exposições e/ou situações de violação de sigilo. Os dados secundários serão sistematizados e analisados qualitativamente, mas tratados de forma exclusivamente agregada, sem a revelação de pessoas e instituições relacionadas."

Quanto aos benefícios: "Os benefícios da pesquisa se apresentam de forma indireta, pois seus resultados permitirão o conhecimento da realidade de inserção no mercado de trabalho, no contexto atual, de beneficiários do processo de reabilitação profissional do INSS. Acredita-se, ainda, que estes resultados poderão contribuir com reflexões para a atuação profissional de assistentes sociais, como também de outras áreas relacionadas à temática da reabilitação profissional e do mundo do trabalho no contexto atual, bem como subsídios a de políticas sociais e de proteção social. Nesse sentido, de proporcionar indiretamente contribuições aos serviços relacionados à reabilitação profissional, a pesquisa, após sua conclusão e exposição, sob a forma de dissertação de mestrado, e aprovação junto à banca examinadora, terá seus resultados apresentados e publicizados. Além de publicações e exposição em seminários, congressos e demais atividades acadêmico-científicas, está prevista sua apresentação junto aos serviços de reabilitação profissional do INSS no Rio de Janeiro/RJ e/ou outros possíveis locais de interesse acadêmico e/ou profissional, sempre mantendo-se as prerrogativas e critérios éticos aqui expostos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta recorte claro e relevante e a metodologia a ser utilizada se mostra compatível com seus objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto está assinada e carimbada pelo coordenador do PPGSS. Orçamento e cronograma

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.909.228

são apresentados, assim como os instrumentos a serem utilizados na coleta. Apresenta-se o TAI do Instituto Nacional do Seguro Social, autorizando o acesso aos sistemas de informação para captação dos dados. Justifica-se a ausência de TCLE, pois não haverá contato direto com seres humanos, cujas informações serão coletadas nesses sistemas de cadastro do INSS. O pesquisador compromete-se a utilizar dados secundários, os quais serão tratados de forma agregada, impossibilitando qualquer identificação pessoal.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para agosto de 2022. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.^a que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1796364.pdf	26/07/2021 19:29:40		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO_PAULACNUNESDESA.pdf	26/07/2021 19:27:57	Paula Cristina Nunes de Sá	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_PAULACNUNESDESA.pdf	25/07/2021 18:12:11	Paula Cristina Nunes de Sá	Aceito
Outros	APENDICE_A.pdf	25/07/2021	Paula Cristina	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.909.228

Outros	APENDICE_A.pdf	18:09:16	Nunes de Sá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B.pdf	25/07/2021 18:08:22	Paula Cristina Nunes de Sá	Aceito
Declaração de concordância	ANEXO_TERMOS_ANUENCIA_INSTITUCIONAL.pdf	25/07/2021 18:08:10	Paula Cristina Nunes de Sá	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Agosto de 2021

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br