



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Trabalho, Questão Social e Serviço Social

Sub-eixo: Trabalho e expressões da questão social

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A INTERFACE COM O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

PAULA CRISTINA NUNES DE SA ¹

O artigo apresenta uma análise sobre o processo saúde-doença e sua interface com o serviço de Reabilitação Profissional da Previdência Social. O processo saúde-doença está diretamente vinculado ao consumo produtivo da força de trabalho e à sua reprodução, expresso pelas condições de vida e de trabalho, na sociedade capitalista. A Reabilitação Profissional se caracteriza como uma das respostas do Estado para o fenômeno da incapacidade ao trabalho. Reconhecendo os limites das políticas sociais no Estado capitalista, em especial a Previdência Social golpeada com sucessivas contrarreformas, nota-se que este serviço pouco tem contribuído para as reais necessidades da classe trabalhadora. Palavras-chaves: Trabalho, Reabilitação Profissional, Previdência Social; saúde-doença.

The article presents an analysis about health-disease process and its interface with the Social Security Professional Rehabilitation service. The health-disease process is directly linked to the productive consumption of the workforce and its reproduction, expressed by living and working conditions in capitalist society. Professional Rehabilitation is characterized as one of the State's responses to the phenomenon of incapacity to work, recognizing the limits of social policies in the capitalist State especially in the Social Security system hit with successive counter-reforms. It is clearly observed that this service has contributed little to the real needs of the

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro

working class.

Keywords: Work, Professional Rehabilitation, Social Security, health-disease.

1.INTRODUÇÃO

O artigo apresenta uma análise sobre o processo saúde-doença e sua interface com o serviço de Reabilitação Profissional da Previdência Social. O enfrentamento às expressões da questão social, no caso deste estudo a 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) 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 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 uma reestruturação associada ao projeto de contrarreforma do Estado reduzindo sua capacidade de atuação, com características que persistem até os dias atuais, agravada com os constantes processos de contrarreforma da Previdência Social.

2. O processo saúde-doença na sociedade capitalista

A compreensão do processo saúde doença, em nosso estudo, tem como ponto de partida a análise marxiana sobre a forma específica historicamente determinada de os homens e as mulheres produzirem e reproduzirem as condições materiais de sua existência na sociedade capitalista. Os indivíduos nesta socialidade se relacionam por meio das trocas de mercadorias, 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 (MARX, 2017).

A venda da força de trabalho no mercado consiste na única opção dos homens despossuídos para a garantia da sua sobrevivência. Embora haja uma regulação jurídica nessa relação, um contrato, reconhecendo os homens como proprietários mútuos para a mercantilização de suas mercadorias, o processo da venda da força de trabalho não supera a condição de exploração dos trabalhadores visto que esta é a condição essencial para a extração de mais-valor por meio de trabalho não pago. A extração de mais valor é a finalidade do modo de produção capitalista e não a satisfação das necessidades sociais.

Dessa forma, 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, buscando preencher todos os tempos porosos do trabalho, para a apropriação do mais valor absoluto e/ou relativo. Estas formas podem se combinar no processo de produção capitalista, expondo a classe trabalhadora a um processo de trabalho que não é comandado pela mesma; 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.

O interesse capitalista no consumo da mercadoria força de trabalho é 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. Nota-se, portanto

uma relação antagônica, a base da 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.

Portanto, 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.

Neste sentido, a saúde dos trabalhadores “se coloca como um processo objetivo, tipicamente capitalista” (SOUZA, 2016, p.49) 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 condição de existência da classe trabalhadora, do trabalho e do próprio capital, visto sua dependência do trabalho vivo (SOUZA, 2016). Para o capital, trata-se de uma questão relacionada à 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.

Assim, 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 (SOUZA, 2016), como é o caso das práticas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Perspectiva esta, inclusive, que fará avançar uma outra concepção de saúde-doença e de sua determinação social e, nesta, a centralidade do trabalho que forja o campo da saúde do trabalhador.

Esta nova concepção de saúde-doença tem em suas bases 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) compreendendo tanto a esfera da produção como da reprodução social.

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 um dado ambiente de trabalho. Neste sentido, os trabalhadores assumem o protagonismo da luta como sujeitos capazes de intervir e transformar a realidade de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Como Marx (2017) já sinalizava, “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.

Consoante a Faleiros (2010), o teor de uma política social é, acima de tudo, um processo de disputa pelas diferentes forças sociais presentes na sociedade, não se restringindo apenas ao marco legal do seu objetivo ou de justificativas tecnocratas. Por essa razão, é impossível desprezar o caráter econômico e político da constituição das políticas sociais. 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).

Assim, 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, trata-se de uma conquista parcial e provisória. Isto porque 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 absorvendo apenas as demandas e/ou alargando as medidas de proteção social que não ameacem a ordem vigente.

É por esta razão que, mesmo haja conquistas pelas lutas dos trabalhadores, 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).

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 no caso dos trabalhadores “reabilitados”, por exemplo.

3. Os limites da Reabilitação Profissional da Previdência Social

A Reabilitação Profissional se constitui como um serviço previdenciário destinado aos trabalhadores contribuintes da Previdência Social e às pessoas com deficiência sem condições de desempenhar o seu trabalho habitual em razão da sua condição de saúde.

Ainda que a legislação previdenciária 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 filiados à Previdência Social. Seu público alvo, de forma geral, são os(as) trabalhadores(as) com vínculos formais de trabalho, os(as) trabalhadores(as) contribuintes individuais (autônomos(as)) ou os(as) desempregados(as) que permanecem com a qualidade de segurados(as) considerados incapazes de exercer sua profissão habitual em razão de doença ou acidente sejam eles reconhecidos pela Previdência Social como relacionados ao trabalho ou não.

Como podemos observar, este serviço destina-se aos trabalhadores incapacitados parcialmente para o trabalho. Assim, são trabalhadores e trabalhadoras que 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. 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 (auxílio-doença) ao término deste processo. Portanto, trata-se de uma questão complexa, que envolve diversos aspectos (sociais, sanitários, políticos, econômicos, entre outros).

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).

É relevante ressaltarmos que por estar vinculado a uma política contributiva, desde a sua origem não se trata de um serviço com acesso e cobertura universal a todos os trabalhadores e trabalhadoras. 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 a possibilidade de convênios (inclusive com instituições privadas) que visem o reingresso no mercado de trabalho e o acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho (BRASIL, 1999).

A previsão legal deste serviço surge pela primeira vez em 1944 a partir do decreto-lei 7.036, de 10 de novembro de 1944 (BRASIL, 1944). 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. Tratava-se de medidas pontuais com enfoque em tratamento de saúde como fisioterapia e cirurgias ortopédicas e no ensino em escolas profissionais (MAENO; VILELA, 2010). Não existia uma uniformização da prestação deste serviço visto que era de responsabilidade das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) e dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) e, como cada um destes possuía suas próprias normas e financiamento, nem sempre ocorria a sua efetivação.

Será a partir da unificação da Previdência, no período da ditadura civil-militar, que o serviço de reabilitação profissional ganha destaque na intervenção referente aos adoecimentos e acidentes da classe trabalhadora inserida no mercado de trabalho formal. Trata-se da ordem monopólica do capital, com a refuncionalização do Estado alcançando um tipo de intervenção específica com a mesclagem de suas funções políticas e econômicas a fim de garantir os objetivos do capital.

É neste período também a fase que ficou conhecida como “milagre brasileiro” (1968-1973) que propiciou a acumulação do capital por meio do aumento da produtividade e da contenção dos salários (FALEIROS, 2010). O aumento da produtividade dos trabalhadores neste período decorreu das alterações nas relações de trabalho, da coerção política, da alta rotatividade dos postos de trabalho (agravada com a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS) 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.

Este cenário – e a própria viabilidade de sistematização de dados sobre os afastamentos do trabalho em razão da unificação do sistema previdenciário – acarretou num volume de agravos à saúde dos trabalhadores(as) alarmantes, ocupando o Brasil o primeiro lugar no que se refere ao quantitativo de acidentes de trabalho, conforme estudo de Silva (2019). 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. Segundo Silva (2019), a área de reabilitação profissional da Previdência Social na década de 1970 tinha disponibilizado o maior volume de recursos financeiros do instituto², 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).

Convém destacar que a 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..

Todavia, já nesta época era sinalizado os limites do serviço de reabilitação profissional no que tange às possibilidades de reinserção 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

2 Para se ter uma dimensão do investimento, 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 gestão (SILVA, 2019).

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.

Sem o enfrentamento devido na raiz da questão, o serviço de Reabilitação Profissional, na verdade cumpriu um papel econômico e ideológico no período da ditadura civil-militar. Econômico porque 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).

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 estrutural. 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 consequente piora da condição de vida da classe trabalhadora, mas surgem em decorrência da crise estrutural do capital.

Nota-se que 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. 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, 1998) e o da contrarreforma administrativa por meio do processo de “modernização” dos serviços previdenciários.

O processo de reestruturação do Serviço de Reabilitação Profissional, compreendido entre 1992 a 1997, foi denominado “*Plano de Modernização da Reabilitação Profissional*” cujas

propostas foram relacionadas ao redimensionamento do serviço estavam associadas à redução de sua atuação e enxugamento dos quadros servidores. 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 por exemplo, incorporação de metas quantitativas e controle de produtividade (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.

A mudança mais significativa na época, conforme Takahashi (2008), foi a criação das equipes volantes, com a extinção dos Centros de Reabilitação Profissional e das equipes multiprofissionais de atendimento aos(as) trabalhadores (as). Dessa forma, o serviço passou a ser ofertado nas agências da Previdência Social por um profissional de nível superior e um perito médico. 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 os dias atuais.

A partir de 2009, nota-se a manifestação do Serviço de Reabilitação Profissional da Previdência Social em superar as ações de caráter biomédico, visando a construção de um novo modelo teórico-prático, de acordo com Miranda (2018). Ainda de acordo com o autor, 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 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).

Portanto, 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). De fato, o modelo de atuação na Reabilitação Profissional é considerado ultrapassado, limitado e conservador de longa data (MIRANDA, 2018; MAENO; VILELA, 2010). Assim, o INSS buscou neste período articulação com outras instituições públicas para o debate sobre a reabilitação profissional, como a Fundação Jorge Duprat e Figueiredo (FUNDACENTRO).

Entretanto, a construção coletiva pelas entidades foi desconsiderada pela gestão técnica da Reabilitação Profissional na época, que elaborou um novo projeto intitulado “*Reabilitação Profissional: articulando ações em Saúde do Trabalhador e construindo a reabilitação integral*”. Nota-se, pela primeira vez, um manual técnico de orientação aos profissionais do serviço que apontava para um referencial teórico, apresentando em seu primeiro capítulo a concepção de saúde do trabalhador, fazendo com que este manual seja considerado por alguns autores (MIRANDA, 2018; SPIELMANN; BOVO, 2021) um avanço por situar a reabilitação profissional no caminho da saúde do trabalhador, ainda que longo seja o processo para percorrê-lo. Mas, na verdade, a concepção de saúde do trabalhador ficou restrita à parte teórica, não alcançando as mudanças concretas no plano técnico-operativo do serviço previdenciário.

As tentativas de avanço na prestação do serviço são asfixiadas com o golpe jurídico-parlamentar em 2016, com revogação do manual técnico, alterações sobre as atribuições dos profissionais e na gestão técnica, entre outros. No governo Temer observa-se no país uma celeridade de medidas relacionadas ao ajuste fiscal com repercussão na deterioração das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora. Este governo ilegítimo 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.

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 propiciariam novos postos de trabalho e regularização dos empregados. O que, de fato, não ocorreu como piorou 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 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.

Já, no governo Bolsonaro, a proposta de contrarreforma da Previdência Social é rapidamente encaminhada, por meio da EC nº 103, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019), no primeiro ano de seu mandato. E, conforme Granemann (2019) destaca, as mudanças se tornam ainda mais duras³ em razão de todo acúmulo de expropriação de direitos das contrarreformas anteriores, empobrecendo mais ainda a classe trabalhadora.

No que tange ao serviço de reabilitação profissional, as mudanças implementadas ocorrem de forma verticalizada, característica da sua forma de governo, e no caminho de maior desestruturação do serviço. Normativas internas têm alterado orientações e atribuições dos profissionais constantemente. Parece-nos claro que os dois últimos governos adotaram o caminho do aprofundamento da desconstrução do serviço de reabilitação profissional. E tal escolha, perpassa por um projeto maior de reordenamento do capital diante da queda da taxa de lucro, cuja política previdenciária é alvo constante.

O cenário que por ora se tem potencializa as dificuldades 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.

A prestação do serviço de Reabilitação Profissional por meio da Previdência Social permanece limitada, a começar pela avaliação da incapacidade laboral dos(as) trabalhadores(as) centralizada na Perícia Médica Federal. 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.

A Previdência Social não tem o poder legal de obrigar a empresa a fornecer a reabilitação profissional ao trabalhador(a). Isto é, não há garantias de que a empresa irá acolher o

3 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 à média integral simples de todas as contribuições realizadas pelo trabalhador nesse período; 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) 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, 2019).

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 por meio da realização de cursos. Portanto, as condições de retorno ao trabalho a partir da conclusão do processo de reabilitação profissional 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 à empresa de vínculo ou trabalhador desvinculado, por meio da realização de curso custeado pela Previdência Social, que o considera, a partir de então, como qualificado profissionalmente.

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. Ou seja, a conclusão do processo não se trata de uma reinserção efetiva, mas, de uma expectativa. 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. Todavia, a omissão do Estado após o encerramento do processo em ações que visem a permanência no trabalho, demonstra o quão distante a política está das reais necessidades da classe trabalhadora.

4.CONCLUSÃO

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, observa-se, no Brasil, diferentes fases em sua prestação, evidenciando o quanto os direitos e políticas sociais são transitórios: de iniciativas incipientes nas primeiras décadas do século XX; de sua constituição efetiva, com sua expansão e forte investimento financeiro no período da ditadura civil-militar; de sua desestruturação nos anos 1990; com tentativa de reformulação, 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 os 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 deteriora a capacidade desta força de trabalho no consumo produtivo. Assim, como a retração de vínculos formais de trabalho é um elemento central da nova dinâmica do capital e, especialmente no Brasil, o mercado de trabalho desde sua constituição com o processo de urbanização e industrialização do país, tem a informalidade do trabalho como traço marcante, estrutural e crescente. 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 significativamente deficitária sobretudo no aprofundamento do cenário de “expropriação de direitos sociais” (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2019) dos últimos anos.

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 cumpra o que se propõe a fazer.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, R.N.C. Questão Social, crise do capital e formação profissional: desafios do Serviço Social na contemporaneidade. **Sociedade em Debate**, Pelotas, mai-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.

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-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. 1944, 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.

BRASIL. Decreto nº 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, 7 mai. 1999, p. 50. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048compilado.htm. Acesso em: 29 ago. 2022.

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. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm. Acesso em 15 mar. 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. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 103, 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.

FALEIROS, V. de P. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores**. 2ª Ed. São Paulo, Cortez, 2010

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. **Espaços de esperança**. 7ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

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.; VILELA, R.A.de 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.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. 2ª ed. São Paulo, Boitempo, 2017.

MENDES, R; DIAS, E. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 25, 1991.

MIRANDA, C.B. de. 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 de nov. 2021.

POCHMANN, M. Desempregados do Brasil. In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006.

SILVA, A.B.R.B. **Corpos para o capital**: acidentes de trabalho, precarionismo e reabilitação profissional durante a ditadura militar brasileira (1964-1985). 1.ed. Jundiaí, SP: Paco Editorial, 2019.

SOUZA, D.O. **Saúde do(s) trabalhador(es)**: análise ontológica da 'questão' e do 'campo'. Tese de Doutorado, UERJ, Rio de Janeiro, 2016.

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.

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.