

SOCIOLOGIA

M

1982

BH/UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES

*Docas de
Arquivos de Coord
do curso de C. Soc*

B S C H

FORÇA DE TRABALHO ACIDENTADA NA LUTA PELA SOBREVIVÊNCIA

MARFISA BARROS DE LIMA

Trabalho apresentado ao Departamen
to de Ciências Sociais e Filosofia
da UFC como exigência para obten
ção do Título de Bacharel em Socio
logia.

A-001

ASSUNTO: SOCIOLOGIA
REG.: M-02

FORTALEZA - CEARÁ
julho - 1982

Aos reabilitandos pela oportuni-
dade que me deram para realiza-
ção deste trabalho e a todos que
contribuíram direta ou indireta-
mente para o mesmo fim, o meu
agradecimento.

INTRODUÇÃO

Plano de Trabalho

1. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA PREVIDENCIÁRIO BRASILEIRO.
 - 1.1. Processo para a Unificação da Previdência

2. SISTEMA PREVIDENCIÁRIO E POLÍTICA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.
 - 2.1. O Programa de Reabilitação Profissional do INPS

3. "PROCESSO REABILITATÓRIO" E A LUTA DO REABILITANDO PELA SOBREVIVÊNCIA.
 - 3.1. O Reabilitando Frente ao Programa de Reabilitação

CONCLUSÃO

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

"Os socorros públicos são uma dívida sagrada. A sociedade deve a subsistência aos cidadãos infelizes, quer proporcionando-lhes trabalho, quer assegurando os meios de existência àqueles que são incapazes".

(DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM
E DO CIDADÃO. Artigo 21, p. 211)

Plano de Trabalho

Nesse trabalho tentamos analisar o sistema previdenciário brasileiro nos aspectos relacionados com a força de trabalho acidentado tomando como tema central o programa de reabilitação profissional desenvolvido pelo INPS frente à população por ele atendida.

O interesse pelo tema não se deu apenas como uma simples prestação de conta acadêmica, mas sobretudo uma tentativa de sistematizar, numa perspectiva "teórica", os problemas enfrentados no dia-a-dia durante uma experiência de 7 anos de trabalho na área de Reabilitação Profissional, junto ao INPS.

Como funcionário, somos vistos pelos reabilitandos como representantes do poder da Instituição que é exercido sobre eles. Um poder que de fato é manifestado através de nossa postura no cumprimento das normas estabelecidas pela Instituição que nem sempre correspondem aos interesses dos reabilitandos. A não correspondência desses interesses origina uma contradição interna que descaracteriza a "filosofia de reabilitação", o trabalho técnico do profissional frente às reais condições dos reabilitandos.

O discurso "oficial" que orienta a nossa prática distancia-se muito da realidade concreta da classe trabalhadora quando esta é afastada do trabalho por motivo de acidente ou doença e que é obrigada a cumprir um programa de reabilitação profissional.

Sobre o tema pouco ou quase nada temos sistematizado para que pudéssemos tomar como ponto de referência teórica, tal

vez por se constituir de uma área muito restrita dentro do conjunto dos benefícios prestados pela previdência social.

Tivemos que fazer, aqui, um corte com o fim de analisar, apenas, um aspecto dentro do processo reabilitatório por conveniência de tempo, de custos e de espaço para a realização deste trabalho. Podemos dizer que daremos apenas um primeiro passo no estudo do tema porque em outras circunstâncias mereceria uma análise mais aprofundada o que não será possível aqui pelas limitações que já aludimos acima.

Consideramos como elemento de estudo os reabilitandos com mais de 240 dias de programa porque nos últimos anos, o número deles tem crescido e isso tem causado problemas para os Centros de Reabilitação Profissional, visto que extrapola o tempo previsto em que deve ser completado o processo reabilitatório.

A responsabilidade quanto às medidas de solução para esses casos quase sempre recai sobre os reabilitandos. O problema é visto mais do lado do reabilitando do que pelo programa estabelecido porque é sobre ele exercida uma "pressão" para que volte a trabalhar. Ao invés do programa ser ajustado às reais condições dos reabilitandos, são estes que devem se amoldar ao que lhes é proposto.

Torna-se evidente o conflito gerado por interesses divergentes: de um lado o reabilitando lutando pelo benefício como meio de sobrevivência e do outro o interesse institucional em retorná-lo ao mercado de trabalho mesmo que não exista por parte deste, condições de absorvê-lo.

Nessas circunstâncias, é muito comum os reabilitandos serem tratados como "resistentes", "poliqueixosos", porque referem-se a dores ou doenças e "enrolões" porque não querem colaborar com o programa.

Daí poderíamos questionar: será que eles merecem ser tratados assim, ou não são eles vítimas de exploração de um processo de acumulação capitalista e de um sistema previdenciário controlado pelo Estado em favor desses sistema?

Pensando assim, partimos da idéia de que seria interes

sante realizar um estudo sobre a "problemática existencial" desses reabilitandos e podéssemos trazer à luz a explicação dos motivos que levam esses reabilitandos a se tornarem "difíceis e problemáticos" ao programa de reabilitação.

Quando decidimos por esse estudo vimos que seria necessário investigar sobre o sistema previdenciário brasileiro para entendermos a proposta de reabilitação profissional. Em que momento histórico, político e econômico ela surgiu, como surgiu e para que surgiu. Para isso, dispomos de algumas obras já realizadas que tratam do assunto sobre Previdência no Brasil e as suas relações com a saúde e trabalho e com o processo político brasileiro e de trabalhos que tratam especificamente das leis de Acidentes do trabalho.

Com base nesses estudos traçamos o perfil desse trabalho e apoiamos nossas questões teóricas acerca de determinados problemas que são podem ser explicados à luz de teorias mais consistentes já sistematizadas.

Reservamos a primeira parte para tecer considerações gerais sobre a Previdência Social no Brasil, revendo o seu processo histórico através das relações que vem mantendo com o processo de acumulação capitalista e a reprodução da força de trabalho. O papel que tem desempenhado e vem desempenhando o Estado no contexto político e econômico frente à classe trabalhadora previdenciária, notadamente, aquela que é expulsa do processo produtivo por acidente ou doença, fenômeno provocado pelo próprio desenvolvimento industrial.

Na segunda parte tivemos a preocupação de examinar as leis de Acidentes do Trabalho na busca de encontrar a justificativa oficial em que se apoia a Política de Reabilitação Profissional. Também, verificar os problemas situados na área da Assistência Médica através dos serviços prestados na saúde e na área de benefícios.

Na terceira parte nos dedicamos ao estudo específico dos reabilitandos. Optamos pela história de vida dando ênfase mais à trajetória ocupacional dos reabilitandos, visto que o proble

ma central tem como núcleo o fator trabalho. Não queremos dizer com isso que desprezamos os outros aspectos da vida dos reabilitandos, pois na análise do fator trabalho e das relações de trabalho, outras variáveis da vida deles foram decisivas para explicação do fenômeno estudado.

A questão de termos optado pela história de vida foi devida à possibilidade que esse método dá, em obtermos dados qualitativos, e de maior profundidade, os quais interessavam mais em relação ao estudo de caso. Concomitantemente, realizamos levantamento de dados estatísticos junto ao próprio CRP e fizemos leitura de prontuários de 51 reabilitandos que compunham o universo daqueles que permaneciam no CRP com mais de 240 dias de programa. Desse total realizamos 16 histórias de vida. As entrevistas foram realizadas no próprio CRP (Centro de Reabilitação Profissional), levando em conta a dificuldade que enfrentamos em efetivá-las fora do contexto de trabalho, por não dispormos de tempo e financiamento para cobrirmos as despesas de locomoção.

A análise dos dados coletados foi feita à luz do conhecimento sobre o sistema previdenciário, da política de reabilitação estabelecida em confronto com os relatos dos reabilitandos e com o apoio teórico de dados dos trabalhos citados.

Questões metodológicas

Algumas questões metodológicas surgiram quando nos propusemos a executar esse trabalho. Umas com relação ao próprio conteúdo e outras sobre o método a ser utilizado. Em relação às primeiras vimos que é um assunto muito vasto e até podemos dizer "perigoso" de ser tratado de forma simples como é este estudo de caso a que nos propomos. Fica difícil de ser tratado sem recorrermos a uma análise mais profunda da história brasileira em relação ao processo de acumulação capitalista e ao processo político. Fazer uma análise superficial sobre isso correríamos o risco de incorrer em falhas quando tentamos restringir o assunto porque escapam fatos que são impresvidíveis mes

mo numa análise tão limitada como esta que nos propúnhamos.

Não existindo outra alternativa, visto que o campo de estudo foi delimitado dentro das "conveniências" de tempo e de "espaço", nos lançamos como uma primeira tentativa de estudo, através do qual podessemos vislumbrar as questões acerca do fenômeno estudado.

Outras questões dizem respeito ao método utilizado, visto que somos técnicos do próprio CRP e isso poderá ter interferido durante o processo de entrevista com o reabilitando, embora não tenhamos nos colocado como funcionários no momento da entrevista. Não temos atuação direta com eles em relação ao programa e por isso pode ter sido atenuada a relação de poder que o técnico tem sobre ele na "resolução" de seus problemas junto ao CRP. Outro aspecto relevante da questão é o fato do processo de entrevista ter sido realizado no próprio contexto do CRP e isso também poderá ter interferido na confiabilidade das informações coletadas. Porém, ficou difícil evitar estes "vieses", se de fato eles existiram, e assim fizemos a análise.

1 — ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE FORMAÇÃO DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO BRASILEIRO

O interesse especial neste trabalho é pelo sistema previdenciário no Brasil nos aspectos relacionados com o processo de acumulação capitalista e a reprodução da força de trabalho, notadamente no que se refere à força de trabalho acidentada.

Sabe-se que no modo de produção capitalista produz-se uma ruptura entre a posse dos meios de produção e o trabalhador. Os meios de produção passam a ser de propriedade do capitalista, pela expropriação, pela reprodução simples e ampliada, pela acumulação. Do outro lado, está o trabalhador oferecendo a sua força de trabalho por troca de salário, meio de prover a sua subsistência.

O Estado no contexto político e econômico capitalista é ao mesmo tempo, lugar do poder político, um aparelho coercitivo e de integração, uma organização burocrática, uma instância de mediação para "praxis social" capaz de organizar o que aparece num determinado território como interesse geral.

No Brasil, as políticas governamentais na área social tiveram maior expressão a partir de 1930, quando ocorreram transformações básicas na estrutura política, econômica e social. De uma estrutura econômica com base na agro-exportação passou a ser substituída por uma política econômica com base no setor industrial, alterando, assim, o quadro panorâmico do processo produtivo e das relações sociais de trabalho.

O desenvolvimento industrial e a crescente concentração da força de trabalho no processo produtivo, originaram-se outras variáveis sociais no âmbito das relações sociais de produção e do próprio desenvolvimento das forças produtivas. Entre elas, poderíamos citar os riscos de acidentes e doenças de

trabalho, o processo crescente de migração de mão-de-obra do campo para a cidade, na busca de trabalho que por sua vez faz pressão ao meio urbano, não são no aspecto espacial como também de instrumentos institucionais ou serviços básicos necessários à condição de vida do trabalhador.

Do lado do processo produtivo, as inovações tecnológicas impõem certas exigências quanto à formação e qualificação profissional, cabendo ao Estado a implantação de políticas educacionais dirigidas para o processo de acumulação do capital.

A implantação de um processo econômico capitalista com base na industrialização deu origem a uma complexificação social, isto é, uma gama de variáveis sociais, cujo controle cabia ao Estado o estabelecimento de Políticas Públicas.

Para a classe trabalhadora (operários) o objetivo dessas políticas tem sido mais um estímulo para a produtividade, o consumo e a manutenção da "paz social", isto é, atenuar ou controlar áreas de conflito.

Antes de 1930, algumas demandas já haviam sido feitas em relação ao sindicalismo da classe trabalhadora, pois em 1907 fora permitido "legalmente" a organização e formação de sindicatos por categorias profissionais. (1)

Diz Wanderley Guilherme (1) que mesmo as demandas e greves articuladas e desencadeadas pelas organizações sindicais, bem como as sucessivas tentativas parlamentares de regular as condições de desempenho do fator trabalho no processo de acumulação somente a questão dos acidentes de trabalho foi objeto de intervenção do Estado com a 1a. Lei de Acidentes de Trabalho, em 1919.

Colocamos aqui algumas características do Decreto-Legislativo de número 3.724/19, que trata desta 1a. Lei:

1. Doenças profissionais - Não considerava acidente do trabalho a doença profissional atípica (mesopatia). Isto porque exigia, para reparação, "moléstia contraída exclusivamente pelo exercício do trabalho, quando este for de natureza a são

por si causá-la".

2. Campo de aplicação - Além de outros setores da economia, abrangia a agricultura, porém só a "motorizada".

3. Garantia de pagamento - Ausência de garantia de pagamento. Estabelecia a obrigação de pagar, mas não o seguro obrigatório.

4. Incapacidade temporária - Além da morte e da incapacidade permanente, distinguia a incapacidade temporária em total ou parcial.

5. Processo - Exigia intervenção da autoridade policial em todos os processo de Acidente de Trabalho. (2)

Pode-se observar que o controle do Estado sobre o processo acumulativo era insuficiente tendo em vista os limites apresentados à classe trabalhadora. Ficou estabelecida a responsabilidade potencial do empregador pelos acidentes de trabalho que viessem a ocorrer acobertando somente os incidentes por negligência ou incompetência do empregado.

Como a Lei era inspirada na "teoria objetiva do risco profissional", em princípio retira a responsabilidade do empregador e do Estado pelo infortúnio ocorrido ao trabalhador no processo de produção. Risco este considerado inerente ao próprio trabalho e não nas relações de trabalho.

A obrigação de indenizar a força de trabalho acidentada era mais uma concessão de "privilégios sociais" do que uma regulamentação do processo de acumulação. Os processos sobre acidentes de trabalho permaneciam na esfera dos conflitos privados, como questões policiais, devendo o acidentado solicitar abertura de inquérito policial, dando início ao processo judicial pelo qual eram definidas a procedência da demanda e a compulsoriedade ou não da indenização. (1)

Esta situação permaneceu até 1924 quando foi reformula

da a Lei em vigor. A reforma estendia os seguros de acidentes de trabalho ao comércio e à agricultura e eliminou o inquérito policial em grande número de casos. No entanto, foram mantidos os depósitos empresariais de seguros por acidentes de trabalho sob a responsabilidade de companhias seguradoras privadas e o princípio da "teoria objetiva do risco profissional".

Com a aprovação da Lei Eloy Chaves, instaurou-se a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Esta Lei, diz Cristina Possas (3), era limitada em seu alcance pois concedia proteção apenas aos empregados das Companhias Ferroviárias. Prioridade, esta, que poderia ser explicada pela importância estratégica de uma economia agro-exportadora.

À medida que as reivindicações eram atuantes em determinadas categorias profissionais o sistema de caixas foi se ampliando progressivamente. Em 1926 foi estendida aos portuários e marítimos e em 1928 aos trabalhadores das companhias telegráficas e radiotelegráficas. Ainda no mesmo ano, o governo criou para os seus funcionários o Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Civis da União, que em 1938 recebeu o nome de Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE).

Em 1930, segundo os dados ainda fornecidos por Cristina Possas, o sistema já abrangia 47 caixas, com 142.469 segurados ativos, 8.006 aposentados e 7.013 pensionistas.

Prosseguindo as informações de Cristina, a criação dessas caixas apoiadas na Lei Eloy Chaves, permitiu ao Estado o estabelecimento dos mecanismos de contribuição compulsória, controlar para si os recursos das caixas mortuárias e ao mesmo tempo procurar esvaziar o potencial revolucionário das reivindicações trabalhistas.

Segundo a Lei o sistema de financiamento era tripartite: os empregados contribuíam com um percentual de 3% inicial (aumentado no decorrer do tempo) o empregador com 1% da renda bruta anual da Empresa, nunca menor que a dos empregados e o Estado com os recursos de uma taxa adicional sobre os serviços pres

tados pelas empresas a que as caixas pertenciam.

Quanto à administração, era feita por um colegiado de iguais representantes de empregados, de empregadores e a isenção do Estado na gerência dessas instituições. (4)

Porém, com as transformações ocorridas a partir de 1930, no cenário político e econômico, na presença marcante das classes trabalhadoras urbanas, a previdência social passa a ser objeto de atenção do Estado e não do setor privado através de contratos de seguro empregador-empregado. Foram criados uma série de dispositivos legais que regulamentavam o trabalho. Começaram a surgir os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) sob o controle direto do Estado. De 1933 a 1945, foram criados vários institutos destinados à diversas categorias profissionais, cujo vínculo não seria mais com a empresa e sim com essas categorias. Daí a criação do IAPM, IAPB, IAPC, IAPI e IAPETEC.

A base financeira desses institutos era a mesma do sistema das Caixas, isto é, com base na contribuição do empregado, empregador e Estado, como ainda permanece nos dias atuais. A finalidade precípua também continuava com a oferta de benefícios, aposentadorias, pensões e assistência médica.

Com essas modificações no campo da previdência também ocorreram alterações na lei dos acidentes de trabalho. Foi aprovada, em 1934, uma segunda Lei, Dec. nº 24.637, cujo objetivo principal era preencher as lacunas que aproximassem a lei da teoria do risco profissional.

Algumas características da Lei:

1. Doenças profissionais - Assimilou ao acidente do trabalho a doença profissional atípica (mesopatia), não considerada na Lei anterior.
2. Campo de Aplicação - Além da indústria, comércio e serviço doméstico, abrangia a agricultura e a pecuária, não exigindo que se tratasse de agricultura "mo

torizada", como preconizava a outra Lei.

3. Garantia de Pagamento - Obrigou o empregador a escolher entre o seguro privado e o depósito obrigatório no Banco do Brasil ou na Caixa Econômica Federal.
4. Incapacidade Temporária - Manteve a mesma distinção entre temporária total e parcial.
5. Processo - Simplificado, mas mantendo a exigência de comunicação de todos os casos de acidente à autoridade policial. (2)

Uma terceira lei foi decretada, em 1944, cujo principal objetivo era o de ampliar o conceito de acidente de trabalho, com a adoção da teoria das concausas e transformar gradativamente o seguro privado em monopólio do Estado, que só veio concretizar-se em 1967, com a criação do INPS.

No campo de aplicação estendia aos servidores públicos não sujeitos ao regime estatutário.

Quanto à garantia de pagamento, passou a ser um seguro obrigatório prevendo a passagem para a implantação de um monopólio estatal.

Abolia a distinção sobre o tipo de incapacidade e dispensava a comunicação à autoridade policial a não ser em caso de morte.

Reconhecia a manutenção ou a recuperação da capacidade de ganho do trabalhador, o aperfeiçoamento das normas sobre assistência médica, farmacêutica e hospitalar, a inclusão de medidas complementares à Consolidação das Leis do Trabalho sobre prevenção de acidentes e higiene do trabalho e dispositivos que regulavam a reabilitação profissional. (2)

Estas duas últimas Leis foram decretadas no governo de Getúlio Vargas, período em que o Estado assume um caráter paternalista que ao mesmo tempo em que controla a vida política

das massas assalariadas urbanas, procura responder as demandas e pressões dos assalariados por melhoria de salários e de condições de vida e trabalho. Em 1930 foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e em 1931 o Departamento Nacional do Trabalho. Dois órgãos estatais de controle da legislação social, em torno dos quais giravam todos os assuntos trabalhistas. (4)

Tendo em vista a situação política e econômica brasileira na época da reformulação dessas leis, revela Cristina Possas que o sistema previdenciário estava longe de surgir como uma plataforma de reivindicações sindicais e sim como um projeto da própria classe empresarial, interessada em garantir condições mínimas de estabilidade aos seus trabalhadores, e assim conter os conflitos e tensões que ameaçavam despontar no seio da classe operária. Ressalta, ainda, que a criação dos Institutos com as suas leis específicas ou particulares além de constituir um conjunto confuso de leis e normas de operação e uma variedade de padrões diferentes de proteção, reforçava uma competição entre as categorias profissionais, dividia os trabalhadores e minava qualquer base de solidariedade de classe.

Cada Instituto tinha um presidente nomeado pelo Presidente da República e um tipo de órgão administrativo colegiado formado de igual representação de empregados e empregadores. A estrutura sindical estava vinculada diretamente às instituições de Previdência Social, favorecendo desse modo o clientelismo pelo controle de verbas e empregos, constituindo a base de toda a política populista no período.

No período do Estado Novo, a intervenção do Estado, "na questão operária" não se limitou estabelecer os limites "toleráveis" das reivindicações e participação dos trabalhadores, mas chamou para si a própria organização dos sindicatos. (3)

Frente ao processo de capitalização, a gerência do Esta

do sobre a previdência social, com recursos escassos, ligou-se de maneira estreita ao processo de aplicação de recursos aos interesses das classes dominantes. Daí resultou a forte tendência do Estado na unificação dos Institutos e a resistência por parte destes, visto que havia uma diferenciação quanto aos recursos provenientes de cada um e os benefícios por eles oferecidos.

No final do Estado Novo houve uma tentativa de unificação dos Institutos com a denominação de Instituto de Serviços Sociais do Brasil (ISSB) com o objetivo de universalização da previdência social atribuindo equivalência médica aos demais benefícios. A implantação de um projeto que abrangesse todos os habitantes do território nacional, com a centralização da execução, orientação e coordenação dos programas da previdência e assistência. Ao mesmo tempo, os fundos seriam aplicados proporcionalmente nas várias regiões do país, na perspectiva de uma relativa redistribuição. Mesmo assim, a proposta apresentava uma distribuição desigual visto que a distribuição regional seria com base proporcional na arrecadação, persistindo as desigualdades regionais. Tal proposta foi rejeitada no período em questão, vindo a se concretizar com a criação do INPS em 1966, como veremos adiante.

Durante o período em questão, ocorreram mudanças aceleradas, no processo de desenvolvimento econômico brasileiro, com profundos reflexos sociais e políticos no qual a previdência social ganha espaço nas discussões políticas, tanto de parlamentares, como de empregadores, empregados e da própria burocracia estatal.

A questão mais genérica sobre a relação entre os processos econômicos e os políticos no que toca à previdência social passa a ser mais específica em relação ao entrelaçamento do populismo, do trabalhismo e da previdência social.

As reivindicações da classe trabalhadora por melhorias salariais de condições de vida e de trabalho estão presentes durante todo o período populista.

O sistema trabalhista brasileiro se estrutura através dos sindicatos, Previdência Social e Justiça do Trabalho. Os dois primeiros deveriam representar os interesses dos trabalhadores, fornecer alguns serviços sociais e colaborar com o governo. O último funcionaria como estrutura de mediação entre as disputas de empregados e empregadores com o fim de evitar o conflito direto, canalizando os problemas da classe trabalhadora através de vias burocráticas. Daí a reformulação da Lei de Acidentes de Trabalho, no ano de 1944, que estabelece o seguro obrigatório, a dispensa da comunicação do acidente à autoridade policial e a regulação de dispositivos legais sobre prevenções de acidentes e higiene do trabalho e reabilitação profissional. Referida Lei tem como base o reconhecimento de que o que mais interessa ao Estado e à coletividade é a manutenção ou a recuperação da capacidade de ganho do trabalhador. (2)

A legislação do trabalho e da Previdência Social representa a primeira forma pela qual as "massas populares" vem de finindo sua cidadania. No entanto, no período de 1946-50, a economia brasileira apresentava pontos de estrangulamento, no desenvolvimento do processo de industrialização. A política econômica esteve basicamente condicionada a comportamentos externos e as decisões políticas voltaram-se para a contenção dos desequilíbrios interno x externo. Mediante tal conjuntura o governo enfrenta problemas como: a inflação, desequilíbrio da balança de pagamentos, necessidade de importação de maquinário e equipamentos e outros pertinentes à própria situação de desequilíbrio.

As mobilizações operárias durante o período foram no sentido de melhorar os salários e ampliar as reformas sociais e as liberdades públicas.

A Previdência Social tornou-se um instrumento político não só em épocas de mobilização e democracia, mas também de autoritarismo e controle. (1)

Até 1945, relata Amélia Cohn (4), a Previdência Social é concebida como a prestação dos benefícios e a manutenção do

sistema de capitalização, com predominância de suas funções econômicas no processo de acumulação de capital, através de investimentos de seus recursos. A partir de 1945, os estudos técnicos refletem bem a nova realidade com que a Previdência Social tem que se defrontar: de um lado, justificar para os empregadores a utilização dos recursos dispendidos por eles através das contribuições; e de outro para as classes assalariadas.

A partir de 1950, com o retorno de Vargas ao poder pelo voto e com a mobilização das classes assalariadas, a política previdenciária passa a ser um elemento de legitimação do poder e importante fonte de recursos para implementar o processo de industrialização.

1.1. Processo para a Unificação da Previdência

Inúmeros projetos de Lei foram apresentados na Câmara Federal relativos à Previdência Social entre 1946 a 1960. Muitos deles por serem objetos de reformulações ligadas a regulamentações específicas, visando atender determinadas categorias através de seus institutos, não foram aprovados pois, já estava previsto no âmbito das decisões o projeto de unificação dos mesmos. As propostas de unificação, ressalta Amélia Cohn (4), foram assim formuladas: estender ao "trabalhador rural" a previdência social; os presidentes seriam nomeados pelo Presidente da República; os conselhos fiscais continuariam tendo a tripla representação, bem como a receita; manter o regime de capitalização e aumentar o percentual da contribuição. Essas propostas não foram aceitas pela Comissão de Legislação Social e de Finanças. Já tramitava um outro projeto de reformulação apresentado pelo deputado Aluizio Alves, denominado projeto de Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que faz um breve histórico da Previdência Social brasileira e traça o quadro "existencial" na época:

- a) dispersão de esforços entre os institutos;
- b) multiplicação de dispositivos legais;

- c) diversidade dos planos de benefícios, de arrecadação, de administração e de aplicação de reservas, desigualdade entre os benefícios dos segurados dos vários institutos (ausência de padronização entre os benefícios e contribuições);
- d) desorientação na aplicação das reservas (financiamento de construções suntuosas, má aplicação dos recursos, etc.);
- e) falta de distribuição racional dos serviços por todo o território nacional;
- f) demora na concessão dos benefícios;
- g) dificuldade no controle administrativo das instituições;
- h) dificuldade de coordenação do sistema previdenciário pela influência de órgãos e autoridades estranhas (ingerência de órgãos como DASP e Ministério da Fazenda);
- i) falta de amparo aos trabalhadores rurais, aos domésticos, profissionais liberais e outras categorias urbanas.

Além desses aspectos apresentou uma análise da situação financeira deficitária da Previdência Social.

Segundo ainda o relato de Amélia Cohn, a LOPS propunha uma unificação da previdência a "médio prazo" levando em consideração a própria formação histórica da previdência, com base nas categorias profissionais, surgidas dentro de uma "mentalidade" de grupos e as condições sócio-geográficas do país.

Dentre as propostas de reformulações apresentadas, destacaram-se as seguintes: a inclusão dos trabalhadores rurais,

domésticos e profissionais liberais, a instituição do seguro desemprego, a adoção de um plano único de benefícios, a instituição dos serviços de reabilitação profissional, devendo o empregador reservar 2% dos empregos de sua empresa para esse fim; a adoção de um único fundo de previdência social; o estabelecimento de um sistema orgânico na administração previdenciária; a unificação dos serviços de assistência médica e dos serviços de aplicação de reservas (mantendo o regime de capitalização); a constituição dos conselhos fiscais como órgãos imediatos de controle e eleição de seus membros pelos sindicatos ou pelos próprios interessados; a redução para dois anos, a encampação total do seguro de acidente do trabalho pela Previdência Social.

Tal projeto sofreu inúmeras emendas, tramitando pelo Congresso, devido a "manipulação" da política partidária dos próprios institutos por parlamentares que não se mostravam favoráveis à idéia de unificação.

A partir de 1950 as decisões sobre a política previdenciária passam a solicitar assessorias com base em estudos técnicos, marcando a atuação de especialistas em Previdência Social nas decisões sobre a sua estruturação. A oposição ao modelo e às questões relativas à Previdência era revelada pela inflexão dos vínculos da Previdência Social com o processo de "reprodução da formação social brasileira". "A Previdência Social concebida como instrumento de captação forçada para investimentos estratégicos na implantação do processo de industrialização passa a perder a importância. (4)

Relata ainda Amélia Cohn que "a partir de 1956 que as disputas interpartidárias dar-se-ão em termos da defesa da LOPS, que vai se revelar importante instrumento de barganha entre os interesses dos vários partidos políticos não surgindo claramente temas referentes, diretamente, a estrutura e organização do sistema previdenciário que ficam subordinados a questões mais gerais referentes à utilização política da previdência por determinados partidos sobretudo PTB - e ao sistema de financiamento, prevalecendo aqui a dívida da União". (4)

Foi nesse clima bastante agitado que tramitou o projeto

da LOPS, sofrendo modificações e emendas propostas pelos diferentes grupos políticos partidários, por interferências da política econômica e da classe trabalhadora representada por grupos profissionais específicos. Teve finalmente a aprovação depois de treze anos de tramitação no Congresso Nacional, isto é, do ano de 1947 a 1960. O projeto previa a fusão dos serviços de assistência médica dos Institutos e das Caixas em um órgão único: o Serviço de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS) descentralizado e articulado com os órgãos de saúde da União, dos Estados, dos Municípios e das entidades particulares. Enquanto não se uniformizava a legislação, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido por todos os Institutos e Caixas.

Foi também transformado, em 1960, o Ministério do Trabalho, que passou a denominar-se Ministério do Trabalho e Previdência Social.

"A Lei Orgânica da Previdência Social estabeleceu a unificação do Regime Geral da Previdência Social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos, os servidores civis, militares da União, dos Estados, Municípios e Territórios, bem como os das respectivas autarquias que estivessem sujeitos aos regimes próprios de previdência". (3)

Aponta Wanderley Guilherme (1) que a falta de atenção previdenciária do governo para com os trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos, embora constituindo parcela considerável na prestação de serviços ao processo de acumulação, foi devida a insuficiente organização desses grupos que pudessem interferir no processo de acumulação.

No entanto, a atenção do poder público se fez em 1963 com a criação do Estatuto do Trabalhador Rural, como instrumento de contenção da agitação camponesa que revelou ser simbólico do ponto de vista legal na sua operacionalização.

Com o movimento militar de 1964, instaurou-se um regime

de força autoritário. Ressalta Wanderley (1) que o governo imprimiu maior velocidade à expansão da cobertura previdenciária legal à população brasileira, sem abrir mão da vinculação entre benefícios sociais e acumulação de riquezas.

Logo em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cuja Lei foi consolidada em 1967, unificando todos os institutos, com exceção do IPASE. Foi colocada sob a Jurisdição do INPS o controle administrativo e a alocação dos recursos provenientes dos seguros relativos a acidente de trabalho.

Vale ressaltar que duas Leis foram necessárias para que fosse transferido o seguro da empresa privada para área específica da Previdência Social. A 4a. Lei de acidentes do trabalho promulgada em fevereiro de 1967, teve vida efêmera porque foi totalmente revogada com outro DECRETO-LEI meses depois. Foi frustrado o objetivo de transferência dos recursos para a área da Previdência Social. Com esta Lei a regra voltou a ser exploração do seguro pelas Cias. Seguradoras, em concorrência com o INPS. (2) No entanto, no mesmo ano, ou seja, em setembro de 1967, uma outra Lei, isto é, a 5a. Lei de acidentes do trabalho entra em vigor com o objetivo principal de estabelecer o monopólio do seguro pelo INPS e maior entrosamento entre as prestações infortunisticas e as previdenciais. Uma etapa a mais no sentido da completa integração do seguro de acidentes do tralbalho na Previdência Social.

Com esta Lei, foram feitas algumas alterações com exceção ao conceito de acidente do trabalho e ao de doença de tralbalho. Somente medidas relativas a abrangência de novos segurados acobertados pela Previdência Social.

No campo de aplicação destinava-se aos empregados e empresas sujeitas à LOPS, bem como aos trabalhadores avulsos e presidiários.

Sobre as doenças profissionais excluía as doenças degenerativas e as inerentes a grupos etários.

Nos casos de morte, perda ou redução de capacidade pass

saram a ter direito às próprias prestações previdenciárias com dispensa do período de carência e com o valor mais elevado. Foram criados dois novos benefícios: o Pecúlio para os casos de incapacidade parcial e permanente de até 25%, invalidez no caso indicado e morte; o Auxílio Acidente, nas hipóteses de incapacidade parcial e permanente superior a 25%, que não impedisse o exercício de trabalho.

O custeio tinha por base a contribuição a cargo exclusivo do empregador calculada sobre a folha de salário de contribuição da Previdência Social. Observada a experiência de risco, empresas da mesma natureza poderiam pagar contribuições diferentes através da chamada "tarifação individual".

A lei reservou ainda 0,5% da contribuição para o custeio do seguro de acidentes de trabalho para a Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (FUNDECENTRO) (2)

Fora do âmbito da previdência social, outras mudanças ocorreram após o movimento de 1964, na política social do governo, referentes ao campo das relações sociais, da força de trabalho, com o objetivo de adaptar as novas condições impostas pelas transformações na estrutura do capital. Tais transformações exigiam uma mão-de-obra móvel e eficaz. Para manter esse estado foi criado em 1966 o FGTS como meio de substituir a estabilidade no emprego. O FGTS funcionando como um "seguro-de-emprego" até então inexistente no país. Tornou-se assim, uma política social "compensatória", em que o Estado procura articular a política de acumulação à política social.

Para os trabalhadores rurais foi criado o FUNRURAL (1969) e incluído no sistema previdenciário em 1975, que responde ao processo de capitalização da agricultura e aos movimentos camponeses dos anos sessenta. A redistribuição da renda que propicia o programa não se faz através de uma verificação do capital para o trabalho e sim de uma distribuição horizontal da renda pois os fundos do FUNRURAL, provêm dos trabalhadores urbanos enquanto produtores e consumidores. Ao mesmo tempo transforma os benefícios recebidos pela população rural coberta, em

valor monetário de circulação, através do consumo dos bens que são produzidos pelo sistema produtivo.

Instaurou-se também uma repressão salarial (arrocho salarial) que tem diminuído o poder da população trabalhadora até os dias atuais!

Podemos verificar através de dados oficiais que aproximadamente 70% dos trabalhadores urbanos têm um rendimento abaixo do mínimo de subsistência (acreditamos que no momento este percentual tenha se elevado). A renda apresenta-se cada vez mais concentrada, a acumulação do capital foi mantida e a "paz" imposta, pela força da repressão que se implantara no país. Mais uma situação de crise se lança e novas medidas são impostas ao sistema previdenciário, como a criação do Sistema Nacional de Previdência Assistência Social (SINPAS), em 1975, que vem atender aos interesses dos setores privados e não aos interesses da classe trabalhadora, face ao recuo e ao aniquilamento em que esta se encontra. Tal situação possibilitou ao governo o estímulo dos "setores sociais", ampliando a clientela da previdência com outras categorias como: trabalhadores rurais, domésticos, ambulantes e religiosos.

Uma outra lei foi estabelecida, a 6a. Lei de Acidente do Trabalho no Brasil de nº 6.367, de 19/10/76, com fundamento jurídico na teoria do risco profissional, ampliada pelas chamadas teorias do risco de autoridade e teorias do riscos social, com tendência mais forte desta última. O principal objetivo foi a adaptação da lei ao dispositivo constitucional que integra o seguro de acidentes do trabalho na Previdência Social.

No campo de aplicação, ficaram sem proteção especial contra acidente do trabalho o empregado doméstico e os presidiários que exercem trabalhos sem remuneração.

Em relação às doenças profissionais, a lei identifica doença profissional e doença do trabalho como expressões sinônimas, são equiparando-as a acidente de trabalho quando constantes de relação organizada pelo MPAS. São em casos excepcionais, poderá haver equiparação fora da listagem quando resultar de con

dições específicas de sua execução. As doenças degenerativas e inerentes a grupos etários permaneceram excluídas.

O custeio tem por base o acréscimo da contribuição previdenciária, a cargo exclusivo do empregador no valor de 0,4%, 1,2% e 2,5% da folha de salário contribuição, conforme o risco de acidente do trabalho no estabelecimento seja considerado leve, médio ou grave, respectivamente. Foi suprimida a tarifação individual. (2)

O ressarcimento pecuniário só ocorre quando o acidente ou doença profissional acarreta prejuízo para o exercício de trabalho. Conforme as consequências do acidente, o segurado recebe as próprias prestações previdenciárias, dispensa do período de carência e valor mais elevado (o mesmo estabelecido na lei anterior).

A lei suprimiu o pecúlio nos casos de incapacidade parcial e permanente. Criou novo benefício de renda mensal, denominada "auxílio suplementar", devido quando em consequência de perda anatômica ou redução de capacidade, o exercício da atividade realizada na ocasião do acidente passe a exigir maior esforço do acidentado. O auxílio acidente, antes proporcional passou a ser uniforme, vitalício e devido nas hipóteses em que o acidentado esteja apto para trabalhar, mas não para exercer sua atividade habitual, no momento do acidente.

A reabilitação profissional, quando indicada, passou a ser garantida obrigatoriamente, como acontecia antes com a assistência médica, farmacêutica e hospitalar.

Foi suprimida tacitamente a exigência do esgotamento da via recursos administrativo para ingresso na Justiça.

Permaneceu mantida a reserva para a FUNDACENTRO. Ficou atribuída 1,25% da renda adicional ao Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) para aplicação em prevenção de acidentes, mediante empréstimos sem juros às empresas.

Podemos observar que as leis estabelecidas pelo governo ao longo do processo de leis previdenciárias respondem mais aos

interesses do processo de acumulação do que aos da classe trabalhadora.

A partir de 1964, isso ficou mais patente com a eliminação dos canais de participação e cooptação política, "resquícios da fase populista". O Estado tem regulamentada a política social previdenciária vinculada à política de acumulação conciliando-a para que os problemas sociais não se tornem ameaçadores e sim favoreçam ao esforço de acumulação.

Embora, de forma superficial, podemos verificar que o sistema previdenciário no Brasil, toma uma forma de política social e tem se desenvolvido com o processo de contradição entre o capital e o trabalho. Assumiu um caráter de política de reprodução da força de trabalho, de controle dos movimentos sociais de trabalhadores insatisfeitos com a ordem estabelecida, de socialização pelo Estado dos custos de manutenção dos trabalhadores incapacitados ao trabalho, de prevenção das crises econômicas, pelo estímulo a demanda e ao consumo.

Quanto à reprodução imediata da força de trabalho, a Previdência Social responde à falta de salários, por sua interrupção causada pela perda da capacidade física ou social de trabalho.

Os seguros velhice e invalidez (acidentes) "compensam" com prestações a perda da capacidade trabalho. Os auxílios-doença, desemprego, acidente de trabalho (parciais e natalidade compensam a perda temporária da capacidade de trabalho.

A perda é ao mesmo tempo física e social, pois, a expulsão dessas categorias do mercado de trabalho é determinada pela produtividade, pela legislação, pelas pressões sociais que pesam mais nas decisões dessas políticas do que a capacidade do indivíduo.

Assim, as políticas sociais funcionam como mecanismos eficazes de sustentação do poder aquisitivo mínimo das classes trabalhadoras, evitando a ruptura do processo produtivo e da acumulação capitalista.

É dentro dessas políticas que se desenvolve o sistema

previdenciário brasileiro e no qual se insere um programa dirigido à camada de trabalhadores que se afastaram do processo produtivo por motivos de acidentes do trabalho ou doenças e que ainda apresentam capacidades residuais para o trabalho. Para eles foi estabelecido um programa de reabilitação profissional com o objetivo de retornar à força produtiva do país. É sobre este programa o tema principal de abordagem deste trabalho.

2 — SISTEMA PREVIDENCIÁRIO E POLÍTICA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Revedo o processo de legislação do Sistema Previdenciário brasileiro, vimos que as primeiras normas de regulamentação relacionadas com a política de reabilitação profissional surgiram com o Decreto-Lei nº 7036, de 10.11.44, a 3a. Lei de Acidentes do Trabalho no Brasil.

A prestação do serviço de reabilitação profissional durante algum tempo foi feita sob a direção da Superintendência de Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social (SUSERPS), que atendia aos acidentados segurados dos IAPs. Esses serviços foram criados e fundamentados no reconhecimento de que o que mais interessa ao Estado e a coletividade é a recuperação da capacidade de ganho do trabalhador.

A tendência monopolista do Estado com essa Lei, já dava seus primeiros passos em direção ao monopólio do Seguro Acidente, até então explorado por empresas privadas.

Da exposição de motivos do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio que acompanhou o ante-projeto de lei contém um item que diz: "A Lei deverá adotar o princípio de que o seguro de risco de acidente de trabalho, imposição legal, não pode ser objeto de especulação privada e deve competir ao Estado, como seguro social que é". (2)

Ainda na mesma exposição é colocado o novo conceito de acidente do trabalho que trata de abolir o sistema de indenização através do processo judicial e passar a ter base na teoria do risco profissional. Parte do princípio que: "O acidente é um risco profissional que ameaça todos os que trabalham e sobretudo os que exercem um ofício manual de cujos efeitos ninguém pode estar livre. Não interessa pesquisar a causa nem o

responsável. O acidente deve ser considerado como um risco inerente ao exercício da profissão. A sua indenização deve pesar sobre o trabalho, levado à conta das despesas gerais da empresa como acontece, por exemplo, com o seguro contra-incêndio".(2)

Um outro dado da exposição de motivos, convém aqui ressaltar, no sentido de melhor entender a proposta da lei, em relação à vida humana: "A vida humana tem, certamente, um valor econômico. É uma capital que produz, e os atuários matemáticos podem avaliá-lo. Mas a vida do homem possui também valor espiritual inestimado, que não se pode pagar com todo o dinheiro do mundo. Isto consiste, sobretudo, o valor da prevenção, em que se evita a perda irreparável do pai, do marido e do filho, enfim, daquele que sustenta o lar proletário e preside os destinos de sua família. Por mais que se dispenda com a prevenção racional, ela será sempre menos onerosa que o sistema de indenizações, além de evitar oportunidade de discórdia entre elementos essenciais da produção, capital e trabalho". (2)

Os dispositivos que regulam a readaptação profissional e o aproveitamento de empregado acidentado tem por princípio a reintegração da vítima do "infortúnio do trabalho", nas forças produtoras da nação, prestando assim o Estado um imenso benefício, não só ao trabalhador como à sociedade.

Com a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), 1960, e a conseqüente unificação dos institutos - 1967, o monopólio do Estado sobre o seguro de acidente do trabalho se consolidou, com a 5a. lei de Acidentes do Trabalho, em 1967.

A política de unificação da Previdência Social efetivou-se com o objetivo de racionalizar e alocar os recursos no sentido de proporcionar "maior equidade" na distribuição dos serviços, independente de categorias profissionais. Propunha a universalização e padronização dos direitos" de "cidadania", em relação à Assistência Médica em toda sua expansão, ao mesmo tempo estratificava essa mesma "cidadania" em relação à distribuição dos benefícios.

Porém, a estratificação não está ausente no âmbito da

Assistência Médica, uma vez que a expansão da medicina na década de 60 favoreceu ao florescimento das empresas médicas e dos hospitais privados dando impulso à expansão da medicina capitalista no país. Ressalta Cristina Possas que esse fenômeno deve ser analisado principalmente à luz das novas condições e exigências que emergiram com a aceleração do processo de industrialização desencadeada durante a 2a. metade da década de 50.

A intervenção estatal no sistema previdenciário viabilizou com a racionalização dos gastos, a transferência dos recursos previdenciários destinados à Assistência Médica ao setor privado. Com isto, ao invés de uma "estatização" da medicina no país, implantaram-se as organizações privadas hospitalares e para-hospitalares, com o objetivo de garantir o poder de compra de serviços médicos. Sobre o assunto acrescenta Cristina Possas que os serviços médicos comprados a terceiros em 1978, consumiram 90% dos recursos previdenciários destinados à Assistência Médica.

A compra desses serviços reveste-se sob a forma de convênio e credenciamento. A modalidade de convênio é feita com empresas industriais, comerciais, bancárias, mediadas por empresas médicas ou grupos médicos, com sindicatos, com universidades, União e Município. Vale ressaltar que com esse último grupo a participação é mínima em relação aos do 1º grupo.

O credenciamento é feito com clínicas e consultórios particulares e laboratórios privados (clínicas médicas, radiológicas, laboratórios, clínicas odontológicas, etc.).

Essas modalidades, juntamente, aos serviços oferecidos pelo próprio sistema formam o "complexo previdenciário", que pela própria natureza de estruturação diferenciada por essas modalidades oferece um quadro de variações quanto ao atendimento médico. No sistema de contrato com empresas privadas originaram-se os sub-sistemas de convênios e credenciamentos que divergem quanto à forma de financiamento e conseqüentemente interferem na quantidade e qualidade dos serviços prestados ao sistema previdenciário. Enquanto no convênio as prestações dos

serviços têm por base o pré-pagamento, o credenciamento é feito através do pagamento por Unidade de Serviço (US). No primeiro caso, é levado em conta a racionalização dos custos e do menor tempo de recuperação tendo em vista a maximização dos lucros, indiferente à qualidade da atenção médica. Tanto nas empresas que têm serviços próprios ambulatoriais como através das empresas de medicina de grupos contratados pelas empresas para prestação dos serviços médicos, há um forte controle em relação à força de trabalho, dificultando o seu afastamento do processo produtivo, ordenando-lhe que volte ao trabalho mesmo não estando em bom estado de saúde. Não existe um interesse pela saúde do trabalhador proporcionando-lhe um tratamento melhor e mais prolongado porque as empresas contam com um mecanismo bastante favorável à dispensa do empregado que é o FGTS.

No segundo caso, o financiamento através de US, o estímulo se dá com o aumento das prestações de serviços desnecessários ou tender para as áreas mais rentáveis no campo da medicina como internações, cirurgias, baterias de exames, etc. O grande número de partos cesarianos foi motivo de comentários em jornais e de trabalhos de estudiosos sobre assuntos previdenciários, como consequência desse estímulo dado através do pagamento por Unidade de Serviço.

A criação desse "complexo previdenciário" foi efetuada através do Plano de Pronta Ação (PPA)* estabelecido por Resoluções a partir de 1974, que outorgava às empresas conveniadas, que tivessem ou contratassem os serviços médicos para seus empregados, o direito de fornecer atestado médico para abono de faltas do trabalhador, até então fornecidos pelo INPS. O controle era tanto que o registro ao atendimento médico era feito na carteira profissional para que o trabalhador não tivesse alternativa de recorrer ao INPS e este por sua vez retirava a responsabilidade em relação ao atendimento do segurado.

Com essas medidas as empresas garantem mais o seu domínio

(*) Resolução nº INP-900.10 de 17/02/75, transfere do INPS para as empresas sobre forma de convênios a possibilidade todos ou parte dos serviços previdenciários aos seus empregados.

nio e exploração sobre a classe trabalhadora controlando os direitos sobre saúde e benefícios previdenciários de seus empregados.

Para o Estado a fundamentação para a implantação do sistema é a de que traz vantagens não só na redução dos custos operacionais, na descentralização da carga de serviços de previdência que podem ser prestados pelas empresas privadas, como para o segurado na presteza e comodidade que esses serviços podem oferecer. Na prática, não tem favorecido ao previdenciário e sim aos donos das empresas que carregam para si grandes proporções dos fundos beneficiários destinados à Assistência Médica. O Estado, através dessas medidas tem escamoteado a liberdade de escolha dos segurados, favorecendo cada vez mais o controle do processo acumulativo de produção sobre a força de trabalho produtiva.

No que concerne aos acidentes de trabalho, diz Cristina Possas que a transferência desses poderes às empresas fizeram com que a partir de 1976 reduzisse o número absoluto de acidentes do trabalho, registrado oficialmente. Porém, a explicação para esta redução está na relação direta com o dispositivo legal estabelecido que obriga as empresas a se responsabilizarem com o pagamento dos benefícios ao trabalhador acidentado durante os 15 primeiros dias após o acidente. Somente a partir do 16º dia cabe ao INPS a responsabilidade pelo pagamento do benefício caso o trabalhador não possa retornar ao trabalho. De acordo com dados estatístico do INPS, uma parte considerável dos acidentes gastam menos de 15 dias para retornar ao trabalho. Esses não são notificados pela empresa ao INPS. A notificação num prazo máximo de 24 horas, do acidente ao INPS, envolve gastos e burocracia e por isso torna desnecessária a notificação, sendo feita apenas nos casos de morte e nos casos mais graves, que ultrapassam o limite de 15 dias para recuperação e retorno ao trabalho.

Além do mais, se o índice de notificação torna-se elevado, com um número excessivo de acidentes, expõe a empresa à possibilidade de fiscalização pelo Ministério do Trabalho ou mes

mo ser obrigada a pagar uma taxa mais alta ao INPS, como empresa de "alto risco".

Os casos de acidentes não notificados, são atendidos em ambulatorios da própria empresa, ou por serviços contratados, deixando que os empregados fiquem em casa alguns dias e logo depois são convocados para o trabalho, antes mesmo de estarem totalmente recuperados.

Em termos numéricos o índice de acidentes decresceu, fazendo aumentar o índice de gravidade porque não são notificados os acidentes graves, sobressaindo também a proporção de mortos sobre o número de acidentes em todo Brasil, entre os anos de 1971 a 1978.

**% MORTES POR ACIDENTES DO TRABALHO OCORRIDOS NO BRASIL
(1978-1979)***

ANO	Nº ACIDENTES	MORTES	% MORTES SOBRE ACIDENTES
1971	1.330.523	2.587	0,19
1972	1.504.723	2.854	0,19
1973	1.632.696	3.173	0,20
1974	1.796.761	3.833	0,21
1975	1.916.187	4.001	0,21
1976	1.743.825	3.900	0,22
1977	1.614.750	4.445	0,28
1978	1.564.380	(n.d.)	0,28

* Tabela retirada do trabalho de Cristina Possas-Saúde e Trabalho A Crise da Previdência Social, pág. 144

Mesmo com toda subestimação dos dados desses registros diz Cristina Possas que no Brasil, no período compreendido entre 1970 e 1978 foram oficialmente registrados mais de 14 milhões de acidentes com o afastamento do trabalho.

Foi durante esse período a intensificação da política de Reabilitação Profissional, que já havia sido estabelecida desde 1944 destinada aos segurados que por motivo de acidentes do trabalho ou doença são afastados do contingente da força ativa do país. De 1968 para cá deu-se a expansão do programa de reabilitação, criando-se centros de Reabilitação Profissional através dos quais são prestados os serviços de reabilitação e não mais pelas SUSERPS. Os primeiros centros foram criados na cidade de São Paulo e Belo Horizonte por se constituírem em grandes centros industriais do Brasil onde os acidentes, conseqüentemente, ocorrem com maior incidência. Atualmente, temos Centros ou Núcleos de Reabilitação em quase todas as capitais e cidades onde o processo industrial vai produzindo a sua parcela significativa de acidentes do trabalho e jogando a força de trabalho considerada "improdutiva" ou "parcialmente improdutiva" sob a responsabilidade da Previdência Social. Esta por sua vez desenvolve uma política de reintegração dessa força de trabalho através de um programa obrigatório para todos os segurados nas referidas situações.

A política de racionalização e alocação dos recursos proposta com a unificação da previdência, não podia deixar de lado a Política de Reabilitação, pois a intensificação dos trabalhos nessa área iria aliviar os cofres da Previdência com o retorno do beneficiário ao trabalho.

O programa de reabilitação profissional também se liga ao "complexo previdenciário" pois é submetido a todas as regras do jogo do sistema tanto no que diz respeito à Assistência Médica como em relação à distribuição dos benefícios.

A última lei de acidentes do trabalho em 1976 estabelece assim a relação de Benefícios e Serviços que são prestados aos acidentados do trabalho:

I - Benefícios:

- Auxílio-doença: 92% do salário de contribuição do dia do acidente;
- Aposentadoria por invalidez: 100% do salário de contribuição;
- Pecúlio por morte: 30 vezes o salário de referência;
- Pecúlio por invalidez: 15 vezes do valor de referência a todos os casos de acidente;
- Auxílio-acidente: Valor fixo de 40% do salário-de-contribuição devido aos acidentados que voltam para o exercício de atividade diversa;
Auxílio mensal
Valor de 20% do salário-de-contribuição para os que voltam para a mesma atividade com sequelas que exigem maior esforço permanente.
- Cálculo de Auxílio-doença

Aposentadoria e pensão de "avulsos": média aritmética dos doze maiores salários de contribuição compreendidos nos últimos 18 meses anteriores ao acidente. Não possuindo o acidentado mais de 12 meses de contribuição o cálculo é feito com a média aritmética dos meses existentes - a partir do 16º dia do afastamento do trabalho.

O auxílio-doença no caso de avulso é a partir do dia seguinte do acidente,

II - Serviços:

- Assistência Médica (ambulatorial, cirúrgica, hospitalar, farmacêutica e odontológica);
- Reabilitação Profissional (3).

2.1. O Programa de Reabilitação Profissional do INPS

Nos relatos anteriores vimos que a Reabilitação Profissional se constitui um dos serviços prestados pela Previdência Social, destinado aos seus segurados que por motivo de acidente do trabalho ou doença foram afastados da força produtiva do país e que apresentam capacidade residual para o exercício de uma atividade laborativa. Esses serviços até os fins da década de 60 foram prestados através de uma Superintendência de prestação de serviços de reabilitação (SUSERPS) criada para esse fim.

Com as mudanças ocorridas na estrutura e funcionamento Previdência Social que resultou na unificação de todo o sistema previdenciário, esses serviços passaram a ser prestados através de Centros de Reabilitação criados pelo próprio sistema. Esses Centros são estruturados e controlados por uma Direção Geral de onde emanam todas as decisões técnicas e burocráticas que por sua vez se submetem às diretrizes políticas daqueles que detêm o poder central sobre o Sistema Previdenciário do país.

Em cada região os Centros de Reabilitação estão subordinados à Superintendência Geral do órgão e mais diretamente subordinados a uma Secretaria de Serviços Previdenciários e a Coordenação Regional de Reabilitação Profissional.

O poder de decisão da Direção específica dos Centros de Reabilitação está prescrito nas normas e diretrizes que regem os programas de reabilitação e sob as quais é submetida. Todo

o trabalho efetuado por esses centros é dirigido sob essas normas e diretrizes através do processo de burocratização do Sistema que controla todos os serviços prestados aos segurados inscritos.

Esses segurados são provenientes da Perícia Médica Acidentária (no caso de acidente), Perícia Médica (nos afastamentos por doença) e Perícia do Serviço Médico de Pessoal (Servidores da Previdência Social regidos pela CLT).

O critério seletivo de encaminhamento para os Centros, segundo informações de peritos do INPS, tem por base o estudo de "Análise profissiográfica" que descreve para cada profissão os requisitos mínimos ao seu exercício. Porém, a "avaliação oficial" do grau de incapacidade, tomando como critério básico a possibilidade de retorno ao trabalho, é realizada somente após o programa de reabilitação.

O conceito dos critérios para avaliação da capacidade laborativa de acidentados do trabalho ou portador de uma doença profissional, é fundamentado, basicamente, na avaliação do indivíduo como um todo em face do exercício profissional. Não são considerados as perdas anatômicas ou funcionais em si, mas, exclusivamente, suas repercussões sobre a atividade profissional útil. Esta concepção traz problemas para o segurado porque interfere diretamente no valor do benefício que ele receberá em decorrência da seqüela. Com relação a este aspecto, poderíamos citar como exemplo aqueles que se situam na "categoria de incapacidade temporária", embora o nome possa sugerir acidentes com até mais um ano de afastamento.* Além disso, diz Cristina Possas: *A partir de 1975 (com o PPA) e 1976 (com a Lei 6.367/76) muitos dos acidentes que anteriormente caíam em "incapacidade temporária", passaram a não ser registrados ou simplesmente considerados como "sem perda de tempo". Isto equivale a "só" Assistência Médica.

O programa de reabilitação por ser de caráter obrigat

* Não é pequeno o nº de registros nos Centros de segurados com mais de um ano de benefício, tanto encaminhados pelo AT como Perícias Médicas.

rio, todos aqueles que forem encaminhados ao Centro devem cumprir o programa prescrito. Caso não aceitem perdem o benefício que recebem durante o afastamento do trabalho. Isso dificilmente acontece porque a clientela atingida depende desse benefício como única renda para a sua manutenção e da família. Grande parte dos segurados cobertos por esse programa, no CRP de Fortaleza, avaliada em 90% aproximadamente, percebe o salário mínimo regional quando é acidentada ou afastada do trabalho por doença. Mesmo que o segurado percebesse um pouco mais com as horas extras de trabalho não era registrado na carteira profissional, era pago "por fora" como dizem eles.* A seguir vamos descrever rapidamente o "percurso" do Segurado no CRP.

O segurado ao chegar no Centro recebe o número de registro e logo em seguida é aberto um prontuário no qual são registrados os seus dados pessoais e as subsequentes atividades que são cumpridas por ele.

Uma sequência de passos é dada pelo reabilitando que tem início com uma reunião em grupo ou entrevista individual onde são dadas todas as informações sobre o programa, os seus direitos e deveres. Em seguida é marcada a entrevista com o médico e Assistente Social que forma a equipe básica do Centro para a avaliação da situação do segurado e se de fato o caso dele é elegível para o programa de reabilitação. Caso não seja é devolvido ao setor de origem que irá decidir sobre a sua aposentadoria ou não. Se é elegível, é prescrito o programa de acordo com as necessidades de recuperação, conforme o caso.

Alguns Centros de Reabilitação já se encontram bem aparelhados, prestando todos os serviços reabilitatórios na área física, com exceção dos serviços complementares como exames laboratoriais, cirurgias e outros serviços de saúde que são prestados por clínicas e empresas médicas particulares dentro das mesmas modalidades citadas anteriormente. Também em alguns casos, quando possível são prestados pela própria rede do sistema de saúde da Previdência, o INAMPS.

* Este é um dado frequente relatado nas anotações do Serviço Social.

Os Centros que ainda não contam com uma aparelhagem própria compram a maior parte dos serviços a terceiros, através de convênios e outras modalidades que convêm ao sistema como um todo.

No primeiro caso, os Centros dispõem de vários setores que se interligam entre si, na prestação de serviços ao segurado, com a finalidade de retorná-lo ao processo produtivo num prazo máximo de 240 dias corridos. O elastecimento desse prazo não deverá ocorrer, a não ser em casos excepcionais porque reflete nos índices do "ótimo" previsto quanto ao tempo, gastos e quantitativo de reabilitandos que deverão retornar ao trabalho. Quando isto ocorre, geralmente, os segurados são considerados problemáticos, "poliqueixosos" e que não querem colaborar com o programa, tornando-se um problema para os Centros. A eficiência dos CRPs é medida mais pela quantidade de desligamentos dos reabilitados do que pelo nível de qualidade que poderia alcançar com um tratamento mais prolongado na área de saúde, na orientação profissional e nas potencialidades concretas do mercado de trabalho que pudesse garantir a permanência do reabilitado no trabalho, desde uma vez que não existe um mercado específico para ele.

Os setores que compõem os CRPs são formados pelas várias atividades técnicas que se desenvolvem de forma direta ou indireta em relação ao reabilitando. Tentaremos aqui apresentá-los de modo geral, descrevendo apenas a prestação de serviços de cada um deles para termos uma visão de como são prestados ao reabilitando. Poderíamos dividi-los em 2 grupos:

1. Setores Técnicos Burocráticos:

Seção de Recepção e Registro
 Seção de Expediente
 Compra de Material*
 Controle de Prestação Indireta**

(*) Compra de instrumento de trabalho para o reabilitado autônomo, órteses e próteses e outros materiais para desempenho de atividades do reabilitando.

(**) Auxílio-transporte, alimentação, convênios, documentação.

2. Setores de Atividades Técnicas (representados pelos diferentes controles técnicos de prestação de serviços médicos, psico-sociais, sôci-profissionais e orientação profissional propriamente dita):

Coordenação e equipes técnicas (compostas de médicos, assistentes sociais, psicólogos, que examinam, entrevistam e acompanham o segurado durante todo o programa dentro de suas especialidades e responsabilidades);

Serviços de fisioterapia e de terapia ocupacional;

Terapia da palavra e avaliação do grau e de escolaridade;

Serviços de órteses e próteses;

Serviços farmacêuticos e de enfermagem;

Oficina de reabilitação com áreas de ofício e ensino básico voltados para a profissão;

Serviço de Pesquisa do Mercado de Trabalho.

A prestação desses serviços técnicos é efetuada por uma equipe de profissionais composta de médicos, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, logopedistas, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos em assuntos educacionais, professores de ensino básico e de ofício, agentes de colocação e técnicos em órteses e próteses.

Além do atendimento médico, para-médico, psico-social e de orientação profissional os reabilitandos recebem auxílios referentes a: transporte (passagem de ônibus para a locomoção e no caso dos amputados de membro inferior dispõem de um transporte próprio da instituição), alimentação (é fornecido lanche e almoço visto que o programa tem como objetivo preencher o maior tempo possível do reabilitando no CRP e assim evitar que ele possa trabalhar, isto é, fazer "bicos" porque oficialmente

não lhe é permitido), hospedagem (quando o reabilitando é de outra cidade ou de outro Estado), documentação (quando necessária para o exercício de uma nova profissão). Recebem também órtese (óculos, sapatos ortopédicos, coletes, cintas, muletas, tutores para membros inferiores, fêrulas para membros superiores, etc) e prótese (ocular, membros artificiais superiores e inferiores, luvas estéticas, etc).

Quando em última instância o reabilitando não tem condições de ser absorvido pelo mercado de trabalho é concedido a ele instrumental de trabalho cujo valor máximo só atinge o limite de Cr\$ 194.205,00 (valor para 1982). O objetivo da concessão desse material é fazer com que ele retorne como autônomo numa atividade laborativa remunerada.

Em termos de recursos humanos e tecnológicos a maioria dos Centros se encontram bem estruturados e porque não dizer até mesmo sofisticados frente à situação da clientela por eles atendida. Porém, a recuperação física psico-social e a preparação profissional, por si só, não representam tudo em relação ao objetivo proposto pela "política de Reabilitação", a ser atingido por cada reabilitando. A participação da Comunidade (empresas, instituições) é decisiva no processo reabilitatório, principalmente, os setores produtivos no que concerne ao reengajamento do reabilitado na força de trabalho. É sobre esse aspecto que aqui colocamos a grande questão sobre a "política de Reabilitação", visto que se dá o confronto entre a força de trabalho reabilitada e o processo produtivo de acumulação de capital que está acima de tudo preocupado com lucros e não em colaborar de modo específico com a absorção de uma mão-de-obra que já fora expulsa do conjunto da força ativa do trabalho. A substituição dessa mão-de-obra não cria problemas de solução de continuidade do sistema produtivo porque existe um "exército de reserva", no contexto da mão-de-obra não qualificada. É dentro deste contexto a ocorrência maior do número de acidentes verificada através dos registros de segurados no CRP de Fortaleza que atinge, aproximadamente, 90%. Dentre eles, os acidentes considerados "mais graves", devido a sonegação de re

gistros das empresas ao INPS, pelos motivos que vimos anteriormente, dos casos que podem ser recuperados no prazo inferior ou igual a 15 dias, cujas despesas são cobertas em caráter obrigatório, pelas empresas.

É necessário que a força de trabalho reabilitada consiga obter condições "normais" de trabalho e efetivamente possa competir em condições de igualdade com o contingente de mão-de-obra disponível à espera da absorção pelo mercado de trabalho. Caso contrário, engrossará mais as fileiras dos "marginalizados" do processo de produção e em piores condições de competir. Não existindo um mercado paralelo para absorvê-lo, formal ou "informal", ele é lançado à marginalização não só no direito inalienável de trabalhar como de outros direitos como pessoa humana que é.

Mesmo sabendo-se que existem funções no mercado de trabalho que poderiam ser perfeitamente exercidas por reabilitados, na prática, a preferência dada pelos empresários no momento da absorção da mão-de-obra, não recai sobre a força de trabalho reabilitada disponível. Isso ocorre, não só, em relação ao preconceito com a especificidade causada pela abundância de demanda e pelo mecanismo oficial do FGTS, que favorece aos empregadores no processo de dispensa e contratação de novos empregados com um salário inicial de apenas um salário mínimo, quando é registrado na carteira.

Esses problemas poderão ser evidenciados em toda a realidade brasileira, notadamente no Nordeste, onde a criação de novos empregos tem sido muito inexpressiva no conjunto geral da economia. No momento, com a crise econômica, política e social do Nordeste, o mercado de trabalho está dispensando grande parte da mão-de-obra, principalmente aqueles setores de maior absorção como a construção civil, o setor têxtil, etc. Ao lado dessas dificuldades encontradas no âmbito do mercado de trabalho está o problema da não qualificação da mão-de-obra absorvida pelo programa de reabilitação, advindo dos setores econômicos da construção civil (que apresenta maior incidência nos casos de acidente), do setor de indústrias alimentícias (casta

nha e óleo), metalúrgica e outros que absorvem em menor quantidade a força de trabalho não qualificada.

Nos casos de retorno à mesma atividade, o programa é intensificado na área física e no relacionamento com a empresa de vínculo do reabilitando no sentido de obter uma vaga disponível na função que exercia ou outra similar que ele possa exercer. Nesses casos, tem havido certa frequência de retorno para o reabilitado na empresa, mas nada podemos garantir sobre a permanência dele no emprego, porque não existe controle sistemático de acompanhamento do reabilitado após o desligamento do CRP. Sobre esse aspecto trataremos mais adiante.

Quanto aos casos de readaptação ou novo emprego a dificuldade é bem maior, tanto por parte da clientela como por parte do mercado de trabalho. O reabilitado enfrenta dificuldades em mudar de função por não ter tido outras experiências de trabalho e nem tão pouco apresenta condições e capacidades de exercer outra função que exige um nível mínimo de qualificação. Como exemplo poderíamos citar aqui os que são provenientes da construção civil, na qualidade de operários, que após o acidente ou incapacidade para o exercício profissional, não poderão exercer funções consideradas "pesadas", de muito esforço físico, comum no processo de produção na construção civil e sim funções "leves". Estas, geralmente, exigem no mínimo o 1º grau, nível escolar, difícil de ser conseguido por esses reabilitados a curto prazo, ou mesmo a longo prazo.

Além desses problemas outros poderão ser apontados como a experiência limitada de trabalho no exercício de uma mesma profissão, durante toda a vida profissional. Sobre esse aspecto diz um reabilitando:

"Quando eu podia trabalhar, antes do acidente, como carpinteiro, eu conseguia trabalho porque eu não sou um homem preguiçoso, não. Mas agora é diferente porque não posso trabalhar como carpinteiro, que é a única coisa que sei fazer. Sempre fiz isso, desde que arrumei emprego e dava pra eu viver".

3 — "PROCESSO REABILITATÓRIO E A LUTA DO REABILITANDO PELA SOBREVIVÊNCIA"

Até aqui estivemos analisando o sistema previdenciário brasileiro nos seus aspectos referentes às leis, normas e diretrizes sobre a força de trabalho segurada, mais especificamente, àquela que por motivo de acidente ou doença se afastou do processo produtivo. Quais os benefícios e serviços a ela prestados, dirigindo nossa atenção ao programa de reabilitação profissional, que lhe é destinado.

Passaremos agora a tratar do segurado em relação à prestação desse serviço e ao mesmo tempo colocar o "posicionamento do segurado" frente ao referido programa.

Como referência teremos os segurados atendidos pelo CRP de Fortaleza, que vem desenvolvendo esse programa desde 1970.

No início, o Centro se desenvolveu com grande parte dos seus serviços comprados a empresas privadas através de convênios. Somente a partir de 1976, foi estruturado o quadro "completo" de pessoal técnico e aparelhagem para atendimento próprio. Compra, ainda, os serviços que não dispõe como os de laboratório, clínicas e unidades radiológicas. Mantém convênios com uma empresa de construção civil que presta serviços na área de treinamento profissional aos reabilitandos que apresentam possibilidades de exercer uma função neste setor de atividade e uma empresa de "formação profissional" na área de escritório com treinamento em datilografia.

Os segurados atendidos têm maior procedência da Perícia Acidentária em comparação com o número de encaminhamentos da Perícia Médica. Um levantamento de dados a esse respeito revelou um total de 1534 segurados de acidente do trabalho e 909 de doença, registrado no CRP, no período de 1979 a 1981.

O nosso interesse aqui se volta mais para os casos de acidente do trabalho porque é para eles que o programa se desenvolve em toda sua extensão, quanto ao benefício e reengajamento do segurado no trabalho. Alguns direitos são negados por Lei aos que se afastaram por motivo de doença, mesmo retornando em "condições semelhantes" ao exercício de uma outra função. Enquanto os acidentados recebem uma complementação mensal de 40% do salário benefício, os outros nada recebem, sendo obrigados a cumprir o mesmo programa.

Queremos, em primeiro lugar, colocar algumas questões sobre esses segurados a respeito de suas origens, quem são, como são e em quais condições se encontram para submeterem-se a um processo de reabilitação profissional. Não pretendemos com isso tecer considerações profundas sobre a personalidade deles, porque isto foge ao nosso objetivo neste trabalho e a nossa competência como "técnico do social". Passaremos a nos reportar aos aspectos vinculados às relações sociais de trabalho anteriores e às perspectivas futuras através do processo reabilitatório.

Sabemos, através de dados coletados no próprio CRP que, aproximadamente, 80% da população por ele atendida são de origem rural e que migraram para Fortaleza na busca de trabalho e de "melhores condições de vida". Uma mão-de-obra que experimenta a "primeira expulsão" como "força de trabalho no campo", visto que se exauria com a penetração do capitalismo que introduz mecanismos de racionalização técnica de redução de mão-de-obra. Junto a isto temos as questões relativas à natureza geográfica e climática do Nordeste, bem como as disparidades na distribuição dos recursos para as diferentes regiões, dificultando a resolução dos problemas mais urgentes. Além destes aspectos temos a forte atração dos centros urbanos com a concentração do processo de industrialização e conseqüentemente "aumento das perspectivas" do mercado de trabalho.

Mesmo, ainda no campo essa força de trabalho já começa a passar por um "processo de exploração"* uma vez que é chama

(*) Consideramos apenas o aspecto de ser forçado a entrar muito cedo na força produtiva, sem falarmos em outras formas de exploração a que se submetem os reabilitandos.

da a contribuir com a renda familiar aos 8 ou 9 anos de idade. Isso foi relatado por quase todos os reabilitandos entrevista dos.

Por esta razão, a escola, quando existia na localidade onde morava passou a ser um elemento insignificante na vida de les porque não se constituia de "algo concreto" e imediato na garantia de sua subsistência ou de primeiras necessidades. Não eram atraídos e nem tão pouco estimulados a não ser para assi nar o nome em documentos que no futuro fossem necessários.

Expressão muito comum entre eles:

"Estudar! Pra que, se a gente precisa mesmo é trabalhar. Gente pobre não pode estudar".

Daí, o grande contingente que é encaminhado ao CRP não atingir o 1º grau, isto é, o antigo primário. Tomando-se por base os segurados matriculados em 1981, verificamos que de um total de 681 reabilitandos matriculados, 88,70% não atingiu o 1º grau fundamental isto é, as quatro primeiras serie do 1º grau. Deste percentual, 25,55% é de analfabetos e 18,64% cor responde aos alfabetizados.

Eles deixaram o campo por falta de trabalho e na busca de melhores condições de vida na cidade. Passaram a oferecer a sua força de trabalho, através de iniciativa própria ou com apoio de familiares que já haviam se instalado na cidade. Entra ram no "processo produtivo urbano" quer sob um contrato formal ou não, contanto que obtivessem um trabalho para fins de garan tir a sua sobrevivência. Geralmente, pegaram a primeira oportu nidade, porqueurgia a necessidade objetiva de obter um salá rio para se manter. De acordo com as ocorrências de registro no CRP, o setor de construção civil é o que mais tem encaminhado segurados acidentados ou afastados por doenças (lombalgia, pro blemas de coluna, etc). Logo concluimos que a absorção também é maior por parte deste setor que atende a um contingente maior de mão-de-obra não qualificada.

Sobre o mesmo assunto, em relação ao Brasil, ressalta

Cristina Possas que em 1972, a construção civil pela importância que tem na absorção da mão-de-obra (13% do emprego total) concentrou cerca de 60% dos acidentes fatais e 30% dos acidentes registrados. (3)

Na construção civil eles foram contratados como operários executando tarefas de servente de pedreiro, pedreiro e carpinteiro armador. No caso das últimas tarefas, os contratos foram feitos com base em algumas referências de trabalhos anteriores no ramo ou mesmo na descoberta das aptidões ou habilidades durante a execução do trabalho, sob a orientação de outro com mais experiência. No geral, eles aprenderam a executar as funções através do próprio dia-a-dia do seu trabalho.

É certo que outros setores também participam com a parcela de acidentados e afastados por motivo de doença, mas em menor escala como é o caso do setor de metalurgia, de madeira e mobiliário, padaria, indústrias alimentícias, têxtil, couro, bebidas, etc.

Através de um levantamento de dados em 27 prontuários (aleatórios) de registro no CRP, dos segurados que foram encaminhados no primeiro trimestre de 1981, obtivemos o seguinte quadro:

SETORES DE ATIVIDADE ECONÔMICA	Nº DE REABILITANDOS REGISTRADOS (1º TRIMESTRE DE 1981)
Construção civil	16
Metalúrgica	03
Ind.de madeira e mobiliário	02
Padaria	01
Ind.Alimentícia(Castanha e óleo)	01
Indústria Textil	02
Couro	01
Bebidas	01
T O T A L	27

Trata-se de uma pequena amostra, mas representativa por que revela uma mesma ocorrência observada em levantamentos mais gerais realizados no CRP.

Retornando à abordagem ao processo migratório dos reabilitados observemos os seguintes relatos:

"Vim do Interior porque o trabalho da roça não dava. Trabalhava num pedacinho de terra que a gente tinha e também de "alugado". Nós vendemos a terrinha mas o dinheiro não deu pra nada. Nós era muito. Os outros debandaram e eu com minha mãe vim pro Acarape porque tinha um parente dela lá. Quando cheguei arrumei trabalho na Usina, trabalhei muito tempo na roça de canavial, plantando, limpando, cortando e carregando cana pra Usina. Trabalho "alugado" num é difícil arrumar não. Depois de 2 anos assinaram a minha carteira. Mas o trabalho tava muito pesado, eu pedi pra eu ficar muito tempo porque a gente fica um tempo sem ter trabalho quando acaba a moagem. O meu trabalho era carregar e descarregar caminhão de cana. Por isto eu procurei trabalho aqui na cidade (Fortaleza) e arruemi de operário de construção mais com 2 meses me acidentei. O cabo do "guincho" quebrou na altura do 7º andar e eu caí e desmantelei meus 2 pés. Passei 5 meses com os meus pés no gesso. Com isto, eu pensei... As coisas vão ficar muito ruim pra mim porque não vou ter saúde como eu era antes pra trabalhar". (Servente de Construção).

x x x x x x

"Eu vim do interior com 21 anos de idade. Lá eu trabalhava de agricultura desde menino no "cabo da enxada" e todo tipo de trabalho que aparecia. Quando não deu mais porque não tinha mais trabalho na roça que desse pra viver e pra não morrer de fome vim pra ci

dade (Fortaleza). Aqui me encostei na casa de uns parentes e eles arrumaram pra mim um serviço de servente de construção com carteira assinada. Passei 2 anos nessa empresa, mais o serviço dela acabou e eu fiquei "pulando" de empresa em empresa e dando baixa na carteira toda vez que a obra acabava. Quando acabava eu fazia uns "macacos". (Servente de Construção).

Um outro dado relevante é a idade do reabilitando para o seu processo reabilitatório, tanto para a "recuperação física" como pra engajamento no mercado de trabalho. A faixa etária após os 40 anos é fator de inelegibilidade do segurado para o programa, critério estabelecido por norma. No entanto, verificamos que durante o ano de 1981, foram registrados no CRP, 681 segurados e destes 24,8% já haviam completado 41 anos. Seguiram-se depois as faixas de 23 a 28 anos com 22,17%; de 29 a 34 anos, 17,76% e o restante do percentual distribuído entre as faixas de 17 a 22 anos e de 11 a 16 anos.

Sabemos que do total de inscritos apenas 11 segurados foram inelegíveis ao programa e desse total não sabemos se recai na faixa dos segurados com mais de 40 anos, porque coletamos somente um total de reabilitandos que cumpriram o programa durante o ano.

O critério de inelegibilidade estabelecido, por normas, para os segurados com mais de 40 anos, tem por base as restrições do mercado de trabalho em absorver mão-de-obra com essa referência etária. Por essa razão, em muitos casos não é levado em consideração a idade e sim a "capacidade de trabalho" do segurado, na "esperança" de que o mercado de trabalho abra alguma "brecha" de absorção para ele. Concretamente, isso dificilmente ocorre a não ser quando a empresa de vínculo é "condescendente", goste do empregado pelos grandes serviços por ele prestados a ela e resolva reabsorver "criando alguma função" para ele porque no momento do seu retorno a sua vaga já se encontra ocupada.

Merece aqui um destaque especial a situação de renda do reabilitando uma vez que é fator decisivo na sua manutenção, a falta dela ou mesmo a redução traz problema não só de natureza econômica e biológica na "reprodução da sua força de trabalho", mas também de ordem psico-social, alterando o quadro de relações familiares e com outros ambientes de relação. É nesse ponto que se situam os grandes problemas do processo de reabilitação profissional do qual trataremos a seguir.

Antes do afastamento por acidente ou doença o trabalhador "dá tudo de si" no trabalho para conseguir ganhar mais que o mínimo estabelecido por lei, tornando-se comum entre eles a prática da hora-extra.

Em relação a hora-extra observemos os seguintes relatos dos reabilitados:

"Eu fazia "extra" trabalhava mais hora pra poder ganhar mais. Trabalhava até quando aguentava. A empresa não "exigia" mais só aqueles que fazia "extras" ficava mais tempo na empresa". (Carpinteiro armador).

Relato igual a este foi feito por quase todos os reabilitandos entrevistados.

O trabalhador recebe um pagamento adicional, correspondente a um esforço dispendido acima do "normal" (estabelecido em 8 horas) que se acrescenta ao seu "salário-hora". O salário fica assim constituído de 2 parcelas, uma fixa e outra variável. Expressão frequente entre eles, "ganhar por fora", que implica ausência do registro na carteira profissional. Esta forma de remuneração baseada em "extra" aumenta brutalmente o desgaste físico no processo de trabalho, na medida em que o trabalhador é estimulado a ir além do "tempo-padrão".

Com base em estudos já realizados, no Brasil, nesta área, Cristina Possas (3) ressalta como um dos fatores relevantes na determinação dos acidentes o número de horas trabalhadas. No entanto, a gravidade dos acidentes não é determinada pelo tamanho da empresa e nem pelo número de horas trabalhadas. Depen

de das condições técnicas de produção específica de cada setor de atividade, vinculada às características do processo produtivo e do produto final. Sobre este último aspecto, ela coloca uma citação de Marx (1867), que transcrevo aqui:

"Todo tipo de produção capitalista, na medida em que não é apenas um processo de trabalho, mas também um processo de criar a mais-valia tem isto em comum, que não é operário que emprega os instrumentos de trabalho, mas os instrumentos de trabalho é que empregam o operário. Mas é apenas no sistema fabril que esta inversão pela primeira vez adquire realidade técnica e palpável. Por meio de sua conversão num autômato, o instrumento de trabalho faz frente ao trabalhador, durante o processo de trabalho, na forma de capital, morto, que domina e drena força de trabalho-viva".

O processo tecnológico tem avançado muito e penetrado em quase todos os setores e atividade econômica à medida que a racionalização do sistema capitalista avança e expande os seus tentáculos sobre o sistema econômico dos mais diversos países.

No nosso caso, o sistema produtivo de alguns setores econômicos já atinge um grau tecnológico significativo como é o caso das grandes indústrias metalúrgicas que contratam operários "operadores de máquina de produção". Eles entram como "auxiliar de operação" ou "ajudante de máquinas", dentro de um período probatório de 6 meses, período considerado pela empresa como suficiente para se dar a aprendizagem no próprio trabalho.

Um dos reabilitandos acidentados numa empresa deste ramo relatou o seguinte:

"Consegui emprego na Esmaltec, como operário ajudante de produção. Trabalhava de 2 horas da tarde até 10 horas da noite. Era ajudante na produção de peças de fogão. São depois de 6 meses é que a gente podia fi

car direto nas máquinas porque elas são muito perigosas. Com um mês que eu estava ajudando, um operador saiu da empresa e me mandaram eu ficar no lugar dele. O trabalho era receber as peças da máquina que o outro metia na máquina que operava. Quando a máquina operava trabalhava a peça e eu retirava a peça com as mãos, fazendo isto toda vez que a máquina operava. A máquina repetiu a operação e pegou o meu braço direito". (Perda do segmento do membro superior direito, ao nível de 1/3 superior).

Um trabalho automático e dirigido pela operação da máquina, repetitivo e "monótono" fazendo a mesma operação permanecendo o operador em posição bípede com a utilização constante das mãos.

Porém, não é só o processo de automatização que leva à ocorrência de acidentes graves, mas também fatores como a falta de proteção, a utilização de máquinas antigas e obsoletas, que tornam vulneráveis, trabalhadores fatigados, menos alertas, e com reflexos mais lentos com a diminuição da acuidade visual e da coordenação motora, podendo ser colhidos com uma maior facilidade por uma máquina em funcionamento. Temos um exemplo típico dessa situação com o relato de uma fiandeira que está cumprindo programa de reabilitação:

"Quando fazia 3 meses que eu estava na máquina espuladeira aconteceu o meu acidente. Eram 4 horas da manhã, porque eu entrava as 10 da noite e saía as 6 da manhã. Eu não estava com sono. O problema é que o contra-mestre fica em cima d'agente pra que a gente dê mais produção e a máquina não ajudava porque quebrava o fio e precisava emendar. Na nossa turma da noite não tinha ajudante como as de dia. Sem ajudante não dá pra dar produção como ele queria porque a gente tem que dar conta da máquina cada vez que o fio quebra".

Observamos através desse exemplo que além do fator máquina outros elementos estão associados em relação à exploração do trabalhador que favorecem a ocorrência de acidentes como a pressão sobre ele a fim de que mantenha a produção mesmo com o caráter deficiente da máquina e da falta da mão-de-obra ajudante.

Inúmeros outros exemplos poderiam ser dados aqui entre tanto nos restringimos porque apenas queremos vislumbrar os problemas gerais que afligem a classe trabalhadora que é afastada do trabalho e que é obrigada nestas circunstância submeter-se a um programa de reabilitação profissional com a finalidade de reengajar-se, novamente, no contexto da força de trabalho ativa do país.

3.1. O Reabilitando Frente ao Programa de Reabilitação

Em linha gerais essa é a situação dos segurados encaminhados ao CRP. Temos observado através dos relatos nos prontuários que no primeiro contato com os técnicos do CRP eles apresentam um estado de "expectativa" em relação ao programa que lhes é proposto e raro são os casos de rejeição "a primeira vista". Eles estão cobertos pelo benefício, embora menor que o salário recebido quando trabalhavam. Isso sem levar em conta a "remuneração por fora" com base na hora-extra.

Parece que as informações iniciais não lhes são muito "claras" sobre a sua situação concreta em relação ao programa, percebendo o mesmo, como outro qualquer serviço prestado pela previdência no campo da saúde. Ou mesmo por ser um atendimento de caráter individualizado não permite ao segurado discutir com os outros, problemas semelhantes ou divergentes que são dentro de "padrões técnicos uniformizados". Reflexo que denota o resultado da unificação da Previdência nos seus "traços" de universalização e padronização por um lado e, por outro, na estratificação dos direitos do segurado.

A atenção do reabilitando se dirige, exclusivamente, pa

ra o seu problema físico e enquanto o tratamento vai lhe causando melhoras sensíveis ele aceita bem o programa. Mas, à medida que esse programa declina para a preparação de seu retorno ao trabalho, o problema físico passa a ser "mais valorizado", sem "resultados objetivos" para o exercício do trabalho. Desse modo, é frequente serem chamados de "resistentes", "enrolões" e que não querem colaborar com o programa. Tornam-se problemas para o bom andamento dos trabalhos do CRP que devem atingir, mensalmente, um índice percentual de reabilitados, levando em consideração os custos que envolve o processo de reabilitação do mesmo. Nestes casos o prazo para execução do programa excede os 240 dias corridos. A incidência desses casos reflete mais na ineficiência dinâmica do programa do que na problemática "existencial" do reabilitando que não permite liberá-lo do benefício porque é a única forma de remuneração garantida.

Durante os anos de 1979, 1980 e 1981, tivemos o seguinte quadro quanto ao número de reabilitandos que ultrapassaram os 240 dias:

ANOS	Nº DE REABILITANDOS COM MAIS DE 240 DIAS		T O T A L
	PM	AT	
1979	92	437	529
1980	352	414	766
1981	202	548	750
TOTAL	646	1.399	2.045

FONTE: Registro estatístico do CRP de Fortaleza.

Quando observamos este quadro em relação ao número de reabilitandos que foram considerados elegíveis para o programa, durante o mesmo período, num total de 2.300, podemos encará-los como um quadro problemático dentro da perspectiva do "ótimo" esperado pelo programa estabelecido.

Esse fenômeno tem se agravado, e no corrente ano (1982), ficou constatado até o último dia do mês de fevereiro um total de 51 reabilitandos com mais de 240 dias. Este número é considerado alto para estar concentrado no período devido ao fluxo de entrada e saída da quantidade de reabilitandos pré-estabelecida.

A preocupação maior dos dirigentes em relação a esse fenômeno é mais quanto ao aspecto quantitativo. O qualitativo não é levado em conta porque as "causas objetivas" não representam muito para eles na explicação do problema.

Foi daí que nos surgiu o interesse maior pelo estudo desses casos e a tentativa de explicar a problemática vista do lado do reabilitando.

A situação desses reabilitandos que ultrapassam os 240 dias de programa difere do quadro geral dos reabilitandos pela agravante "realidade concreta" em que se encontram. Estão situados entre aqueles que apresentam sequelas de acidentes "mais graves" que limitam a capacidade do "exercício normal" exigida pelo processo produtivo e considerada pelos empregadores como mão-de-obra "inútil", cabendo ao INPS o amparo da mesma.

A proveniência deles foi estimada em 56,25% (dos reabilitandos entrevistados), da construção civil que "produz" nos trabalhadores limitação de flexão de tronco (as chamadas lombalgias) causadas por fraturas na coluna, quedas, excesso de peso ou mesmo por outros motivos associados às condições de "vida precária" desses reabilitandos em relação à saúde. As amputações de dedos das mãos (mais frequentes da mão direita) que são cortadas por serras elétricas, no caso do carpinteiro armador. Fratura dos pés ocasionadas por quedas de andaimes ou guinchos.

Além destes, temos os ligados ao setor de metalurgia que apresentam sequela de esmagamento de braço e da mão; os da indústria de madeira e mobiliário, de padaria e indústria têxtil que causam também lesão de mão ou limitação de preensão.

O motivo principal que os obriga a cumprir o programa de reabilitação é a faixa etária que se enquadra numa média de

35 anos, considerada "jovem" para ser aposentada. Não são levados em consideração o desgaste e a perda física do segurado e sim a "remota possibilidade" dele retomar a luta por um trabalho, maior do que a que ele enfrentava antes do acidente.

Para isso, os responsáveis pelo processo reabilitatório do segurado fazem tudo para que sejam encontrada uma saída, que poderão chegar a ser uma "pressão" sobre ele proque sō em casos especiais a instituição cede para lhe conceder uma aposentadoria.

Decorre daí uma luta "exaustiva". De um lado, o reabilitando usando todos os mecanismos possíveis para obter uma aposentadoria como "compensação salarial", mínima para garantir o seu sustento e da família (mesmo os solteiro, porque são arrimos de família) e do outro lado a responsabilidade dos técnicos em devolvê-los ao mercado de trabalho sem que este esteja de forma concreta favorável à absorção dessa "mão-de-obra reabilitada".

É fácil dizer que uma pessoa pode exercer um determinado trabalho pelas condições físicas que ela apresenta, porém, resta saber se existe no mercado de trabalho disponibilidade de atividades remuneradas e "formalizadas" para absorvê-la. É aí, o grande dilema da reabilitação profissional pois implica no real engajamento do segurado no exercício de uma função remunerada e isto não é garantido, podendo logo depois o reabilitado estar marginalizado da força produtiva, como pessoa inútil.

A realização de uma pesquisa sobre a situação do reabilitado após o desligamento do CRP para constatar como sobrevive na luta pelo trabalho ou se de fato houve o real engajamento, mesmo com suas limitações, torna-se impossível porque não existe nenhum estímulo por parte da instituição a respeito do assunto. Para nós, como técnicos, encontramos muita dificuldade por vários motivos, entre eles a cobertura financeira, dificuldade em localizar os reabilitados porque mudam com frequência de seus endereços, pela própria "mobilidade de trabalho" que enfrentam.

Este fato foi comprovado através de uma tentativa que fizemos em entrevistar durante um período, os reabilitandos que após um mês e seis meses haviam sido desligados do CRP, para retorno ao trabalho.

Voltando aos reabilitandos entrevistados, com mais de 240 dias, vimos que se encontram há mais de um ano afastados do trabalho, percebendo benefícios e fora da "luta constante" para obter um salário por meio da venda de sua força de trabalho. Força esta considerada por eles sem condições de competir como antes competia.

"Tenho medo de voltar para a empresa nessas condições (problema de coluna) porque sei que me dão as contas logo e outro emprego vai ser difícil, acabo ficando sem nada. O dono da empresa disse que o INPS devia me aposentar. Aposentadoria não dão porque o pessoal da qui (CRP) dizem que eu posso fazer outro trabalho, mais quem tem trabalho para me dar desse jeito? Eu sei que é o jeito eu aceitar o que eles querem. Eu já tou ficando nervoso da cabeça, não sei o que vão resolver da minha vida. Pra empresa eu sei que não volto porque sei que ela não quer gente doente. O doutor me deu uns remédios pros nervos e estou me sentindo mais calmo. Acho que vou terminar com o que "eles" (os técnicos da Perícia Média e do CRP) vão me dar". (Servente de Construção).

À medida que o problema fica nesse impasse, os reabilitando apresentam sintomática psicológica, inclusive assumem atitudes agressivas com os técnicos porque eles representam o poder da instituição mais direto sobre eles. Dos reabilitandos entrevistados, 56,25% apresentaram queixas psíquicas e todos eles estão controlados com remédios, com os quais ficam mais calmos e conseqüentemente acabam cedendo ao que lhes é proposto pelo programa, mesmo que não saiam satisfeitos.

Em relação às queixas físicas permanentes, 81,25% dos

entrevistados revelaram esse estado. No entanto, o diagnóstico médico revela não terem procedência e por esta razão eles são pressionado para voltar ao trabalho.

Sobre isso depõem os reabilitandos assim:

"Sei que trabalho, com essas dores que eu sinto não tem quem me dê e, me aposentar, também não é uma boa porque acho que vai chegar o dia em que o governo não tem dinheiro para pagar os aposentados. Do jeito que a coisa vai que falam que a situação da Previdência tá ruim"... (Pedreiro).

"Eu imagino de mim pra frente. Não posso nem fazer serviço de puxar água porque preciso das duas mãos pra isso. Estou uma pessoa nervosa porque não posso trabalhar para sustentar minha família. Fico sem dormir por isso. A doutora passou um remédio pra dormir mas eu sô tomo quando estou muito nervoso. Não quero tomar sempre porque não quero acostumar. Sô tomo quando estou muito ruim. O meu caso tá na mão daqueles lá de cima (Perícia) e do pessoal daqui". (Carpinteiro).

"As doutoras disseram que vão me desligar. Fui fazer um treinamento na empresa como pedreiro e não aguentei. Senti dor e o dono da empresa disse que eu não tinha condição". (Pedreiro).

A realidade "concreta" em que se encontram esses reabilitandos faz com que seja despertado neles o desejo de "lutar" pela permanência do benefício, expressando ter consciência da incapacidade para o trabalho frente ao mercado de trabalho que bem conhecem através da luta que já travaram anteriormente.

Mediante a pressão que lhes é feita ficam entre: recusar o programa, correndo o risco de perder o benefício ou aceitar o retorno ao trabalho e a complementação de 20% ou 40% do bene

fício, conforme a situação em que retornam. Se para a mesma atividade ou para a atividade diversa. Perder o benefício só acontece em raríssimas exceções porque é uma perda irrecuperável ficando totalmente a responsabilidade do segurado. Mesmo nos casos de desligamento por recusa, eles ainda podem recorrer à Junta de Recursos da Previdência Social (JRPS), num prazo de 60 dias, ficando sujeito a outro exame pericial e, quando não resolvido a contento, poderá novamente ser encaminhado ao CRP para cumprir novo programa.

Para termos uma idéia sobre o índice de retorno dos segurados que voltaram ao CRP durante o período de 1979 a 1981, um total de 245, eram procedentes da Perícia Acidentária e 103 da Perícia Médica. (Dados coletados no Registro do CRP).

Dentre os casos de retorno vejamos o que diz um reabilitando:

"O pessoal daqui (CRP) depois de me desligarem como pessoa não cumpridor do programa, resistente, desinteressado e que não queria aceitar o que eles queriam, me prejudicou lá na Perícia. Eu fiquei com muita queixa com o pessoal daqui. Voltei de novo pra cá e me mandaram para treinar na função de mecânico de autos, mas não deu certo. Depois falaram que poderia ser garçon, pedreiro. Não dando certo, me mandaram fazer um curso no SENAI de desenho mecânico mas não fui aprovado. Depois tentaram me mandar pra ser zelador, soldador, mestre de obra, frentista, tratorista, bombeiro hidráulico e eletricitista enrolador. Pra nenhuma destas eu podia ir porque não tenho condições. Quando não era meu "físico" era a empresa que não me aceitava e isso eu sabia e não adiantava eu ir. Por isso fui chamado de trabalhoso e resistente, mas quem sabe sobre o meu problema sou eu. Sou pai de família e não posso ficar sem nada. Estou ficando nervoso. Já lutei muito pra ver se me aposentava, mas não teve jeito. O que mais eu posso fazer? O jeito é me

conformar com o que vão me dar, que é um material pra montar um frigorífico lá no interior, pra ver se dá certo. É melhor do que ficar sem nada. Mas tou pensando como vai ser minha vida. Ser "autônomo" com um capital pequeno, como vou pagar o INPS? Não vai dá. O que eu queria mesmo era poder trabalhar porque eu não estava mais aqui lutando por essa migalha do INPS. Tava não, porque sempre fui um homem de trabalho, não me escorava não. Quando eu trabalhava, eu vivia bem e hoje, nessas condições, não tenho nada. Não vou sair daqui satisfeito não". (Carpinteiro).

Estas são as alternativas do programa em relação aos casos mais demorados que apresentam uma situação problemática quanto à volta ao trabalho. Primeiro são tentados todos os meios para que ele retorne a uma "atividade laborativa remunerada" junto ao mercado de trabalho. Para isso quase sempre faz uma "via sacra" passando por um leque de sugestões ocupacionais apresentado por parte dos técnicos ou do próprio reabilitando, mesmo sabendo não ter capacidade para determinadas ocupações. Da parte do reabilitando, é uma forma de se manter mais tempo no programa e, da parte do técnico, funciona mais como uma "oportunidade" que é dada ao reabilitando e para justificar todo o seu empenho em resolver a situação do mesmo.

Entrevistando uma fiandeira, ela disse:

"O que eu queria mesmo era um "trabalho seguro" que eu pudesse fazer porque trabalhando como eu trabalhava na empresa às vezes emendando das 10 às 6 da manhã indo até às 10 da manhã para ganhar mais. Ficando só com esse do INPS, não dá e mesmo dizem que sou nova (28 anos) pra se aposentar. Eu tenho que fazer outra função e ficar com os 40% desse dinheiro que ganho aqui. Será que eu encontro uma função pra mim?".

Mostra ela, claramente, o desejo de trabalhar como mos

traram também outros que foram entrevistados. A questão que fica é: Serã que tem trabalho seguro? A não aceitação pelo mercado de trabalho é que faz com que fiquem apavorados e criem mecanismos de defesa para não perderem o benefício.

Com relação ao sistema previdenciário e à forma de benefício atual disse um dos reabilitandos mais velhos:

"Antigamente era melhor porque a pessoa se acidentava e recebia uma indenização e com ela "fazia a vida". Sei que também tinha gente que não sabia se haver, "torrava dinheiro" com besteira e não pensava no futuro. Mais isso era problema pra pessoa que fazia isso. Se fosse eu botava um negócio que fosse pra frente".

Ele demonstrou conhecimento do sistema anterior, fato que é ignorado pela maioria dos reabilitandos entrevistados, visto que desconhecem as leis e absorvem de acordo com o que lhe é prescrito, sem levantar nenhuma questão sobre ela. As questões levantadas são de caráter individual centrada na problemática física e do trabalho porque a atenção que lhe é dada também é individualizada. A própria estrutura em que é montado o programa de reabilitação profissional não permite a eles e nem aos técnicos questões no âmbito coletivo ou de soluções em grupo.

Talvez tenha sido muita pretensão a escolha desse tema como estudo uma vez que ocupa um vasto espaço em relação à dimensão de abordagem que teve esse trabalho. É um tema muito complexo, polêmico e muito discutido ao longo de todo o seu percurso histórico, principalmente nos dias atuais, ocupando lugar de "destaque" nos discursos oficiais relativos aos problemas que enfrenta a população brasileira.

Mesmo assim, tentamos arriscar fazer um "corte analítico" superficial do sistema previdenciário, no que concerne à prestação de serviços e concessão de benefícios à classe trabalhadora afastada, como força de trabalho, do processo produtivo.

Vimos que desde os seus primórdios, sem levar em consideração as primeiras associações privadas mas a partir da criação das Caixas de Aposentadoria, a Previdência Social no Brasil tem desempenhado um papel "associado" e "compensatório" ao processo acumulativo do país. Dizemos assim porque a sua função tem sido de atenuante dos conflitos gerados pelo próprio sistema acumulativo de capital e, em determinadas épocas, foi decisiva a sua participação nos grandes investimentos do Estado e nos movimentos políticos do país.

O surgimento das Caixas deu-se na década de 20, período de fraco desempenho econômico e as medidas de política social se intensificaram em pleno auge da crise do início dos anos 30. E as transformações "mais profundas" ou medidas de caráter mais amplo foram marcantes na "evolução da história brasileira", nos períodos de governos autoritários. Os dois períodos mais notáveis da política social brasileira foram sem dúvida

no governo revolucionário de Vargas e na década após 1966.

A importância dada à previdência social ocorre no mesmo momento em que se dá a centralização do poder e a aceleração do processo de industrialização, nas diferentes modalidades de investimentos em que se tem dado, pela expansão das classes assalariadas urbanas, associados ao aumento da necessidade de capital para grandes investimentos, normalmente a cargo do Estado.

A previdência social brasileira tem sido um instrumento de controle do Estado para com a classe trabalhadora, vetando-lhe o direito de participar das decisões políticas previdenciárias, quanto mais centralizado for o poder do Estado.

Criou-se a previdência social sob o interesse de classes ou grupos profissionais na defesa de seus direitos previdenciários específicos a cada classe. Desse modo, proporcionava a dispersão do conjunto da massa trabalhadora previdenciária na luta por medidas particularizadas com base no interesse de cada classe ou estrato de classe individualmente.

Durante o período de 1945 a 1964, a previdência social funcionou como um instrumento estratégico de legitimação de poder e de barganha política, vinculando os interesses das classes trabalhadoras, através dos Institutos, ao poder do Estado.

A centralização do poder a partir de 1964, não significa, através das medidas administrativas, o afastamento da previdência social das injunções políticas, mas reflete nas modificações de seus vínculos porque protege aos interesses das classes dominantes em detrimento das classes assalariadas.

No campo da Assistência Médica, o sistema previdenciário, sob a direção exclusiva do Estado, associado ao sistema econômico capitalista do país, com base no "discurso sobre a racionalização e distribuição dos serviços e benefícios aos seus segurados permitiu a expansão da medicina capitalista. Para esta é carregada a maior parte dos recursos destinados à assistência médica. A medicina privada, na prática, tem se descuidado na atenção médica adequada às reais necessidades da população previdenciária tanto no aspecto quantitativo como qualitativo.

Vimos que a privatização da medicina não trouxe benefício para essa população porque o segurado é visto mais como um "elemento de produção", através do qual a empresa vai obter lucro, do que uma pessoa humana e segurada que necessita de atenção médica.

Inúmeros exemplos poderiam ilustrar essa situação, mas aqui iremos colocar apenas um. A revelação de um reabilitando, referindo-se sobre a questão antes de vir para o CRP:

"Esses médicos nem olham pra gente direito porque a gente ainda doente eles mandam trabalhar. A gente volta sem poder e os homens da empresa mandam a gente ir de novo para o INPS porque eles não querem ninguém sem produzir direito do jeito que eles querem".

Constatamos, também, que o processo de Unificação, ao mesmo tempo que universaliza e padroniza os serviços previdenciários, implanta uma sistemática de atendimento individualizado que dilui ou dispersa a classe trabalhadora, não permitindo a ela uma mobilização de classe nas reivindicações de seus direitos e de mudanças na estrutura do sistema previdenciário. Ela tem tido uma atitude de "mera expectadora" submetendo-se às decisões centrais por haver sido impedidos a mesma os canais de participação.

É nesse contexto que se desenvolve a política de reabilitação profissional, cujo "discurso" acerca da questão está divorciado da prática porque existe maior interesse das forças dirigentes do país em manter um controle sobre a classe assalariada. No momento em que ela se torna um conflito colocando em risco o poder das "classes dominantes ou produtoras" do país ou às associadas ao país, no caso o poder das classes produtoras representado pelas multinacionais, o Estado desempenha uma função controladora da classe assalariada. Implanta políticas sociais que favorecem ao equilíbrio daquelas classes, com medidas "compensatórias" que não levam à "equidade" da cidadania

em relação aos seus direitos como classe trabalhadora, atuando mais na restrição ou até na abolição de "direitos inalienáveis".

No caso do acidente de trabalho ou doença houve restrição dos direitos dos segurados e hoje, praticamente, é jogada sobre eles a responsabilidade do acidente ou doença, porque além da diminuição do benefício, não tem mercado de trabalho garantido e são obrigados a trabalhar quando apresentam possibilidades de retornarem ao exercício de uma profissão.

Vimos que o modelo de reabilitação profissional não tem nenhuma vinculação com a "realidade existencial" do reabilitando, ou seja do trabalhador brasileiro. É copiado de países mais avançados onde a situação da classe trabalhadora difere em muitos aspectos, tanto no que diz respeito à organização como na própria condição de vida do trabalhador.

No nosso caso, restringindo-nos à força de trabalho acidentada inscrita no CRP, onde a luta do reabilitando é pelo mais essencial à sua vida que é um salário, mesmo mínimo, para sobreviver. Uma contribuição que não chega a ser suficiente para a sua manutenção, porque muitos deles não percebem nem o salário mínimo regional como valor de benefício.

Por outro lado, examinando os casos com mais de 240 dias de programa, vimos que são portadores de lesões "graves", com amputações de braços, lesão de mãos ocasionadas por corte dos dedos (principalmente da mão direita), limitação de preensão e lombalgias que impedem a flexão normal do tronco acompanhada de dores com o menor esforço físico despendido.

Nesses casos, está também concentrado o maior número de alfabetizados, que apenas assinam o nome, com exceção de alguns que chegaram a atingir o segundo ano do 1º grau. Não mostram interesse em estudar porque o estudo para eles não responde a uma necessidade objetiva dentro da realidade de trabalho e não apresentam condições favoráveis para isso.

Outros componentes entram em cena pela urgência na decisão final do programa, tanto por parte do Centro, como por parte do segurado que sente a sua vida "ameaçada" pelo receio de

perder o benefício por ter que voltar a trabalhar, sem que o mercado de trabalho lhe dê a mínima segurança.

Este estado de coisas, provoca receio no reabilitando, desenvolvendo nele um estado de "tensão" desencadeando reações de desequilíbrio mental, iniciando com queixas de dores de cabeça, insônias e por fim passa a ter atitudes agressivas com os técnicos, expressando toda a sua revolta contra o sistema. Parece ter "consciência" de que a representação do poder de opressão sobre ele, está na pessoa mais próxima que "decide" sobre a sua situação na condição de beneficiário.

De fato, como técnicos da Instituição representamos o poder instituído, à medida em que nos revestimos da roupagem desse poder contra os interesses do beneficiário em favor dos interesses institucionais.

Nos casos de "desequilíbrio mental", nem sempre é visto pelos médicos como tal, por não ser desencadeado por problemas orgânicos e sim por problemas de natureza psico-social. Eles supõem ser uma "farsa" ou estratégia do segurado para se manter no benefício. Mesmo que seja no início uma espécie de "representação" com esse objetivo, mas com o tempo não sendo resolvida a sua situação, acaba incorporando, não a "postura de louco", mas de uma pessoa com perturbações psíquicas.

Esses casos são frequentes quanto mais difícil fica a situação do segurado junto ao programa e os médicos, mesmo acreditando numa "farsa", receitam-lhe tranquilizantes para acalmar o estado de tensão. Funcionam os tranquilizantes como paliativos, ao mesmo tempo que provocam no reabilitando uma certa passividade, que acaba aceitando o que lhes é proposto pelo programa. Nesta situação encontramos oito casos entre os dezesseis reabilitandos entrevistados.

Outro ponto, é o nível de "sofisticação" do programa, que atende muito mais diretamente aos setores de produção dos materiais e instrumentos que fornecem aos Centros do que ao objetivo de atender de forma mais eficiente o reabilitando. Talvez um tratamento reabilitatório mais "humanizado" surtisse mais efei

to em relação aos interesses dos reabilitandos.

Em relação aos instrumentos fornecidos aos reabilitandos, no caso de próteses dos membros superiores, diz um reabilitando:

"Pra que eu quero um braço com gancho? Ele não vai fazer as empresas me dar trabalho. Ele atrapalha porque acho muito feio. Vou receber porque vão me dar, mais usar não vou".

Um outro reabilitando fez a seguinte colocação:

"O INPS sô pode ter muito dinheiro, olhe este Centro. Quanto num gasta por dia aqui. Acho que muito dinheiro corre aqui. Veja, tem os técnicos, os aparelhos e o que gasta com a gente: dão comida, lanche, transporte, remédio, hotel, pra gente de longe, braço, perna e outros troços que tem pra dā a gente. Tudo isso leva muito dinheiro. Eu nem tava querendo tudo isso, eu quero ē que resolvam o meu problema. A aposentadoria que eles não querem me dar ē uma mincharia".

No que concerne aos instrumentos de trabalho a que nos referimos anteriormente, nem sempre são bem aceitos pelos reabilitandos porque o valor concedido pelo INPS, não cobre o valor de todo o instrumental em determinados casos, restringindo o número de equipamentos, fornecendo-lhes apenas os mais necessários. Porém, não ē sô esta a questão, uma vez que somente o instrumental não vai resolver a situação de trabalho dele porque a implantação de qualquer negócio mais simples que for exige um capital. Este o INPS não concede e nem o reabilitando pode dispor, criando-se um impasse em relação a essa medida.

Entre os reabilitandos que deveriam aceitar o instrumental, mesmo com essas condições, somente um deles rejeitou o instrumental afirmando que não adiantaria nada ele receber porque sabia que nada podia fazer com ele porque não tem dinheiro

para iniciar qualquer negócio. Os outros declararam que iriam receber porque era melhor do que ficar sem nada. Seria melhor arriscar mesmo sem capital pra começar.

Sobre isso, os resultados de uma pesquisa realizada pelo CRP, sobre a utilização do instrumental de trabalho por aqueles que haviam recebido durante os anos de 1979 e 1980, revelaram que alguns deles haviam vendido logo depois, enquanto outros estavam com os instrumentais sem uso, ou apenas no uso do místico.

Podemos constatar que a criação do Programa de Reabilitação do INPS, não se deu por um ato de humanismo, na capacidade de que o ser humano sempre tem de "produzir" para a satisfação de si próprio e da sociedade. Para isso seria necessário um suporte que atendesse aos mais diversos campos de atuação humana e extrapolasse o âmbito específico da Previdência Social.

Mesmo se tratando de um campo específico em que se dá o processo de reabilitação profissional, no caso aqueles segurados que foram afastados do trabalho por "motivos inerentes ao próprio trabalho" e que ainda apresentam capacidade residual para tal, esse respaldo não esbarra na potencialidade do Mercado de trabalho, mas de toda uma estrutura que comporte a especificidade do programa e da população atingida. Parece que isto não foi dado relevância em caráter efetivo, cabendo ao acaso as possibilidades de levar a êxito o referido programa. Nem mesmo o dispositivo em lei que "obriga" o empregador a reservar 2% de seus empregos para reabilitados está sendo cumprido e nem cobrado pelo INPS.

O retorno do reabilitado ao trabalho está sendo feito através de um processo de divulgação do programa e de solicitações junto às empresas com o objetivo de obter oportunidades de emprego ou reemprego. Estas oportunidades se efetivam à medida que há "disponibilidade" por parte dos empresários em recebê-los como força de trabalho produtiva. Não sabemos se de fato permanecem vinculados por muito tempo na empresa trabalhando, ou se se encontram à margem do processo produtivo, engros

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 01 - Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate/ organizado por Reinaldo Guimarães. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. - Texto de Anamaria Tambellini Arouca - Trabalho e a Doença, pags. 93 a 115. Texto de Carlos Gentile de Melo - Medicina Previdenciária, pags. 175 a 205.
- 02 - LUZ, Madel Terezinha - As Instituições Médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.
- 03 - SANTOS, Abdias José dos - O dia-a-dia do Operário na Indústria. Petropolis, Vozes, 1978.
- 04 - SINGER, Pual Israel - Economia Política do Trabalho, Editora Hucitec, S.Paulo, 1977. Parte 2: pags. 99 a 180.
- 05 - MENDES, Afrânio Catani - O que é o Capitalismo. Editora Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 6a. Edição, 1981.
- 06 - Brasil, SUDENE, ed. - Incentivos Fiscais e a Criação de Emprego no Nordeste/por/José Carlos Freire, Ricardo R. S. Duarte/e/Francisco de Assis Soares - Fortaleza, SUDENE, 1979.