

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA SOB A ÓTICA DO CAMPO SAÚDE DO TRABALHADOR E PREVIDÊNCIA

Msc. Marina Coutinho de Carvalho Pereira
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Introdução

O presente texto integra parcialmente a dissertação defendida pela autora no Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina em 2013. Tem como objetivo trazer reflexões acerca da operacionalização do campo da saúde do trabalhador e da Previdência Social desde os anos 1990 ao século XXI, numa conjuntura societária desfavorável aos direitos sociais e à saúde dos trabalhadores diante das metamorfoses ocorridas no mundo do trabalho e contrarreformas do Estado em curso.

A lógica no capitalismo em que a relação de trabalho estabelecida é apenas restrita a troca de mercadorias (sendo a força de trabalho a principal mercadoria) oculta a realidade perversa em que o trabalhador está submetido: a condições de trabalho extenuantes e que levam a sua degradação. Eleva-se ao máximo a exaustão da força de trabalho para que o capitalista acumule cada vez mais capital, o que resulta em adoecimento, agravamento de lesões, acidentes e mutilação do trabalhador. Essa situação gerada não pode ser descolada das relações de trabalho e dos processos que a produzem.

Na atualidade, a competitividade por um posto de trabalho imposta diante de “novas” gestões da força de trabalho sob a reestruturação produtiva e o medo do desemprego submete ao trabalhador exercer atividades laborais em condições precárias, baixos salários, ritmos intensificados, extensas jornadas de trabalho, polivalente, sob contratos de trabalho temporários, terceirizados, do subemprego, não-emprego e informalidade, havendo desregulamentação das políticas de proteção social ao trabalho, como legislações trabalhistas e previdenciárias. Estas mudanças no mundo do trabalho impactam nas condições de saúde dos trabalhadores, aumentando o número de acidentes e doenças de trabalho e reduzindo o seu tempo de vida útil.

Dados acerca dos agravos à saúde dos trabalhadores disponibilizados no Anuário Estatístico da Previdência Social e Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho tem indicado um número expressivo de pessoas afastadas de suas atividades e uma crescente demanda à percepção de benefícios previdenciários (lembrando que os dados oficiais apenas explicitam a

realidade dos trabalhadores formais e os contribuintes com o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS). Vejamos também outros apontamentos na atualidade:

O Jornal O Estado de São Paulo, em sua edição de 21 de janeiro de 2012, publicou uma importante reportagem, sob o título: “País gasta R\$ 71 bilhões ao ano com acidente de trabalho”. Tendo como fontes o Ministério da Saúde, o sociólogo José Pastore e a empresa de gerenciamento de riscos Marsh, o jornal alerta que o valor estimado de R\$ 71 bilhões de reais de prejuízo, que inclui gastos públicos e privados, certamente encontra-se subestimado, pois leva em consideração apenas o mercado formal de trabalho no Brasil. Ou seja, o prejuízo econômico real, ao Estado e à iniciativa privada, causado pelos acidentes de trabalho seria ainda maior. Dada a enorme quantidade de trabalhadores informais (sem carteira assinada) que existe no país [...] acredito ser justificado supor que o custo financeiro ultrapasse R\$ 100 bilhões. A reportagem menciona, também, que o problema está atualmente a piorar. “A retomada das obras de infra-estrutura e a construção imobiliária elevou o número de acidentes de trabalho que resultam em mutilações ou mortes no Brasil. Entre janeiro e outubro de 2011, pelo menos 40.779 trabalhadores foram vítimas de acidentes graves dos quais 1.143 morreram, segundo o Ministério da Saúde. O número é 10% maior que em igual período do ano passado (37.035¹).

Nas palavras do procurador do trabalho observamos que ainda no século XXI permanece a contradição entre saúde do trabalhador e trabalho como expressão do trabalho alienado/estranhado.

Resta para o trabalhador acometido por doença e/ ou acidente recorrer às políticas de seguridade social (saúde, assistência social, previdência) meios de garantir a recuperação da saúde (na medida do possível) e para prover seu sustento durante o período de afastamento do trabalho, assim como reabilitar-se (para o trabalho e desempenho de atividades da vida diária)² — respostas estas, incluídas no campo de saúde do trabalhador em construção, dadas pelo Estado brasileiro ao agravo gerado à saúde dos trabalhadores. E é justamente sobre ele que abordaremos a seguir.

A saúde do trabalhador no Brasil: um campo em construção

O campo da saúde do trabalhador vem se acentuando nas últimas décadas no Brasil, tendo suas bases jurídico-legais preconizadas na Constituição Federal Brasileira (1988) que a estabelece como competência da União, sendo suas ações desenvolvidas pelos Ministérios da Previdência Social, Saúde e do Trabalho e Emprego e na Consolidação das Leis do Trabalho

¹ Palestra proferida pelo Procurador do Trabalho de Araraquara-SP Rafael de Araújo Gomes no Seminário Internacional do Trabalho realizado na UNESP- Campus de Marília nos dias 25 a 29 de junho de 2012.

² Outra alternativa é recorrer aos sindicatos e a outros organismos coletivos, como espaços de luta, mas devido aos limites do artigo este debate não será travado.

(Decreto-Lei nº. 5.452 de 01/05/1943), assim como na área da Previdência Social: nas Leis nº. 8.212/91 e nº. 8.213/91 e na área da saúde nas Leis nº. 8.080/90, Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (21/12/2004), Renast — Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Portarias nº. 1.679, de 19/09/2002, nº. 2.437, de 07/12/2005 e nº. 2.728, de 11/11/2009), concretizada através do Cerest — Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, entre outras.

Para além do arcabouço legal (obviamente, fruto de correlação de forças e lutas coletivas), o referido campo tem sido consolidado levando-se em consideração a relação trabalho-saúde na compreensão da saúde-doença enquanto um processo social (envolve as relações sociais, processo de produção e organização do trabalho) (LAURELL; NORIEGA, 1989), partindo do entendimento da saúde em seu “conceito ampliado”, ou seja, como processo histórico-social e biológico inerente à vida humana na sociedade capitalista, na perspectiva colocada pelas lutas da Reforma Sanitária no país. Para THEBÁUD-MONY *apud* MENDES (2012),

a saúde é um processo dinâmico pelo qual o trabalhador se constrói e caminha, processo que se inscreve no trabalho, nas condições de vida, nos acontecimentos, nas dores, no prazer, no sofrimento e em tudo o que constitui uma história individual na singularidade, mas também a história coletiva, pela influência das diversas lógicas nas quais a saúde se insere.

A concepção de saúde do trabalhador envolve a manifestação de agravos relacionados aos processos de trabalho e aos processos sociais, compreendendo o processo de saúde-doença considerando, ainda, os aspectos que vínhamos abordando anteriormente: ritmos de trabalho, duração e intensificação da jornada de trabalho, exploração, entre outros aspectos que permeiam o mundo do trabalho.

Além disso, é um campo que “requer articulação de um conjunto de conhecimentos e intervenções que possam incidir sobre as condições efetivas do processo de saúde-doença e de proteção social” (MENDES, 2012). A consecução deste propósito foi pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade que enseja a efetiva articulação entre os diversos setores do Estado e a efetiva participação da sociedade.

Neste sentido, a construção do campo da saúde do trabalhador é fruto de lutas históricas, que se preocupa em

conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa

sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais. (...) Identificando-se a partir de conceitos originários (...) relativos à determinação social do processo saúde-doença (LACAZ, 2007, p.757).

Portanto, isso implica em dizer que este é um campo em disputa que reconhece as dimensões sociais, políticas e econômicas expressas na sociedade e que permeiam os distintos interesses de classe, de modo a por em evidência o protagonismo do sujeito (incluindo os movimentos sociais e sindicais), os quais referenciam suas ações visando a promoção da saúde, questão essa que vem se acentuando frente ao que se tinha até então: Medicina do Trabalho, na qual suas ações eram centradas no tratamento da doença, tendo como determinante do processo saúde-doença o aspecto biológico; e Saúde Ocupacional, que tinha como foco principal a prevenção de doença tendo como determinantes do processo saúde-doença as questões ambientais.

Neste sentido, cabe colocar que a saúde do trabalhador supera a abordagem individual no entendimento da relação do processo saúde-doença / saúde-trabalho para a coletiva.

Pode-se dizer que a saúde do trabalhador assume a premissa que trabalho é inerente à condição humana, por meio do qual produzimos e reproduzimos a sociedade, mas não basta trabalhar, é preciso que se ponha em xeque que o adoecimento / acidente laboral não é natural intrínseco ao desenvolvimento de atividades laborais.

Assim como, deve-se desnaturalizar a “confusão” ocasionada entre a venda *da força de trabalho* e a desapropriação e esgotamento da saúde e vida do trabalhador, como se sua indevida apropriação levada à exaustão fosse justificada pelo fato de se pagar por essa mercadoria. Logo, como dito anteriormente, quando falávamos acerca do trabalho estranhado/alienado e da extração da mais-valia, o trabalhador não se vende.

Outra questão, é que não se pode atribuir a redução da capacidade laboral do trabalhador quando gerados pelos agravos à sua saúde como natural, nem apenas responsabilizá-lo individualmente por seu possível “descuido e despreparado”.

Quando se trata de saúde do trabalhador, questiona-se que não é suficiente o reparo à saúde *post factum*, o que se dá tanto no que diz respeito às atividades terapêuticas na área da saúde, mas também via pagamentos indenizatórios pelo agravo causado à saúde dos trabalhadores.

E, mesmo que a pauta reivindicativa dos trabalhadores e seus organismos representativos coloque a luta por adicional de salário devido às condições de trabalho, inclusive, diante da exposição desses a ambientes de trabalho insalubres, como prática

recorrente historicamente, faz-se mister o avanço nas lutas para além disso e na perspectiva trazida no campo da saúde do trabalhador – não basta indenizar, tratar/ curar/ reparar os danos ocasionados, nem apenas entender a saúde de forma limitada “como ausência de doença”, muito menos só se centrar na adequação/adaptação aos postos e ambiente de trabalho ou em práticas de prevenção de doenças/acidentes laborais (que implicam, inclusive, uso do EPI – Equipamento de Proteção Individual e na instituição de práticas de ergonomia), o que sem dúvidas são imprescindíveis serem concretizados.

Mas, principalmente, é preciso superar a desarticulação entre todos esses campos de preocupação e, principalmente, apreendê-los e trazer à tona em uma direção mais ampla, na qual se põe em xeque a raiz dos agravos e os rumos que tem sido tomado na configuração do mundo do trabalho atualmente.

Mais que se preocupar com a manutenção da produção, é preciso que a vida e saúde dos trabalhadores sejam postos como principais. Já se colocava na terceira conferência nacional de saúde do trabalhador, em 2005, “trabalhar sim, adoecer não”.

Embora o arcabouço legal existente prescreva inclusive responsabilidades tanto das empresas/ instituições como do Estado (entre elas, a política de Previdência Social) para o que foi já gerado e a guisa de reparação, e numa proporção maior que antigamente, não se é suficiente, embora necessário, lutarmos para que sejam superados os determinantes que causam agravos à saúde dos trabalhadores, os quais devem ser entendidos considerando uma gama de aspectos que o permeiam e as contradições destes.

A contradição e luta de classe está no cerne disso, assim como as políticas sociais surgem no meio disso para buscar dar resposta e mediar os distintos interesses em questão, seja numa perspectiva conciliadora /apaziguadora dos mesmos, indenizatória e por vezes até reformista. E, entre as referidas políticas está a Previdência Social.

Mas, diante dessas contradições, é necessário que nos atentemos ao que está instituído, desnaturalizando-o, e buscarmos as raízes das problemáticas em disputa, de modo a possibilitarem entendermos às propostas colocadas pelos atores envolvidos e em que direção nos vai levar as ações postas, muitas vezes tidas como progressistas e/ou necessárias, como, por exemplo, o que se propõe no âmbito da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional / Ergonomia, mas que se apenas centrarmos nossas ações no viés individual de resposta aos problemas ocasionados no âmbito do coletivo (e, no caso, na produção coletiva apropriada privadamente) e no cumprimento de normativas, se perpetuará os mecanismos dominantes e as determinações implicadas no bojo do processo de saúde-doença em sua relação com o

trabalho.

No Brasil, é na direção que apontamos ao decorrer do texto que a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) vem sendo construída nos anos 2000, a qual prevê ações que buscam superar a fragmentação histórica em três áreas: Saúde — responsável pela assistência aos doentes e acidentados; Previdência — a qual cabe a concessão de benefícios por incapacidade, seguro social e reabilitação profissional; Trabalho e Emprego — responsável pelas ações e atividades de inspeção na área de segurança e saúde do trabalho. Portanto, implicando na articulação e atuação conjunta entre elas.

Mas, muitos ainda são os caminhos a serem trilhados para a consolidação da referida política, pois há diversos interesses em disputa, os quais, na prática, tem gerado impasses para a expansão da atenção à saúde do trabalhador dentro das ações estatais. Para Minayo-Gomez e Lacaz (2005), ainda inexistente uma Política Nacional em Saúde do Trabalhador de modo a contemplar diretrizes e estratégias que garantam ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, envolvendo profissionais preparados para reconhecer as relações existentes entre trabalho e saúde.

Os avanços e recuos de ações estatais no âmbito da saúde do trabalhador se dão mediante conquistas da classe trabalhadora mediante lutas coletivas, mas também, em certos períodos, se faz concessões para se cooptar e apaziguar as massas.

Esse movimento repercute na adoção de medidas tomadas pela política previdenciária, que teve grande influência, no caso brasileiro, do modelo de segurança social de Beveridge (e da definição posta pela OIT — Organização Internacional do Trabalho da década de 1950), no que diz respeito à sua instituição enquanto mecanismo de ressarcimento de um dano de forma monetária e mediante o cumprimento de certas regras e condicionalidades.

Na direção apontada por Berlinguer (2004), as indenizações (geralmente em dinheiro) por danos sofridos ou por riscos previsíveis e controle do comportamento dos trabalhadores são práticas consolidadas há séculos. Lembrando ainda que os seguros obrigatórios “estabeleciam uma dupla garantia: para as empresas, de não serem perseguidas em juízo para causas de ressarcimento e, para trabalhadores, de obter um ressarcimento quase automático pelas lesões sofridas” (BERLINGUER, 2004, p.135). Inclusive o mesmo autor ainda ressalta que as empresas ofereciam (e era reivindicação também dos sindicatos) incrementos de salário como compensação monetária para se trabalhar imerso à nocividade e riscos, não havendo estímulo à prevenção, tendo como consequências o aumento no número de acidentes e, diante disso, só então as organizações sindicais iniciaram um movimento que se expressa

pela motivação “a saúde não se vende”.

A crítica de Berlinguer (2004) à monetização da saúde do trabalhador é ainda válida nos dias atuais. Além do trabalhador fazer da sua força de trabalho uma mercadoria, vendendo-a para o dono do capital como forma de subsistência, paralelamente, isso vem ocorrendo na questão da sua saúde, a qual nos é desapropriada como se nem desta fossemos proprietários.

Segundo Sebastião Geraldo de Oliveira *apud* Silva (s/d, *online*):

A solução retrógrada de compensar a agressão por adicionais (monetização do risco) vem sendo banida com energia pelos trabalhadores, sob a bandeira coerente de que "saúde não se vende". De fato, a crescente dignificação do trabalho repele a política de remunerar as agressões à saúde, acelerando o desgaste do trabalhador e, conseqüentemente, apressando a sua morte.

A partir dos ensinamentos de Marx (2011), cabe então à classe trabalhadora e à sociedade impor limites para essa expropriação. Isso se dá mediante as lutas coletivas tanto no âmbito dos sindicatos, movimentos sociais, partidos políticos, quanto mediante as conquistas em forma de política social, tal como ocorreu com a política previdenciária. Mas, nesta última, ainda se trava uma luta cotidiana de diversos sujeitos (trabalhadores, profissionais, organizações representativas etc.) para que haja o reconhecimento dos fatores que levam à incapacidade para o trabalho e do nexo entre trabalho e adoecimento /acidente laboral, ou seja, uma incessante luta pelo reconhecimento do nexo da causalidade dos agravos à saúde dos trabalhadores, para que haja de fato direito à proteção social.

Diante dessa problemática, aprofundaremos, a seguir, como a preocupação com a consolidação do campo da saúde do trabalhador tem se efetivado em tempos de contrarreformas³ do Estado a partir da política previdenciária, como política social brasileira central no que tange à mediação da relação trabalho, processo de saúde-adoecimento e proteção social.

A Previdência Social como resposta ao processo de saúde-doença no século XXI

No Brasil, a política previdenciária é incumbida de garantir mínimo rendimento às pessoas que, por alguma contingência da vida (invalidez, desemprego involuntário, acidente

³ Para Behring (2008), a contrarreforma é utilizada como categoria analítica para designar que a "reforma" do Estado no Brasil se caracteriza por um amplo processo de redução de direitos e regressão das conquistas realizadas pelas classes trabalhadoras.

de trabalho, entre outras), se encontram em situação de risco social (temporário ou permanente), permitindo a reprodução da força de trabalho.

A Previdência Social constitui-se por um lado, numa política de proteção social ao trabalhador que necessite se afastar do exercício de atividades laborais. Por outro lado, ela é um seguro social que requer contribuição direta prévia para dela participar e ter direito aos chamados benefícios (tais como: auxílio-doença, auxílio-acidente, aposentadoria por invalidez, entre outras), sendo o contribuinte denominado segurado.

Portanto, a referida política medeia a relação capital-trabalho, atuando como “resposta post-factum” (à guisa de reparação) para o que foi gerado decorrente da exploração do trabalho. Ela enquanto política social não resolve a situação gerada em sua raiz, embora atenua como medida paliativa a condição de vida do trabalhador no sentido de permitir sua reprodução (seu sustento e sobrevivência e de sua família).

Não imune às transformações societárias, a Previdência Social e, conseqüentemente, seu serviço de Reabilitação Profissional sofrem rebatimento da conjuntura econômica e política vivida no país, sendo alvo de desmonte historicamente, quadro este que tem se intensificado desde a década de 1990, na particularidade do Brasil. Desde esse período, a Previdência Social tem sido atingida pelas contrarreformas do Estado⁴ em curso, sendo no Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) disseminada uma ideologia na sociedade brasileira que havia uma crise na política previdenciária que precisava ser enfrentada.

Devido à importância econômica, política e social da Previdência Social e sua centralidade no país, esta tem sido um dos principais alvos de desmonte. Conforme Reis e Domingues *apud* Cartaxo,

A reforma da Previdência é fundamental, por constituir-se no 2º orçamento da União, podendo gerar investimentos em várias áreas da economia. Ao contrário, se os direitos previdenciários fossem efetivamente universalizados, impediriam a apropriação pela classe dominante da poupança oriunda da receita previdenciária (CARTAXO, 2008, p.176).

Neste sentido, na época, diversas justificativas oficiais foram propagandeadas para a realização da “contrarreforma” previdenciária, as quais foram baseadas em um discurso da

⁴ Para Behring (2008), a contrarreforma é utilizada como categoria analítica para designar que a "reforma" do Estado no Brasil se caracteriza por um amplo processo de redução de direitos e regressão das conquistas realizadas pelas classes trabalhadoras.

existência de “déficit” na Previdência Social Pública — embora a pesquisadora Gentil (2010) afirme que na época houve “superávit” — e que seu sistema administrativo, gerencial e financeiro baseado na “solidariedade entre gerações” não funcionaria, pois a população brasileira estava envelhecendo, repercutindo no aumento de aposentadorias e, dessa forma, a Previdência poderia “falir”, entre outras (CABRAL; CARTAXO, 2007). É importante explicitarmos acerca da “falácia do déficit da Previdência” a partir de Gentil (2010):

verifica-se que o sistema [da seguridade social] como um todo é superavitário, o que indica que o governo, na verdade, dispôs de recursos excedentes, mas deixou de gastá-lo com serviços de saúde, previdência e assistência social, para aplicá-los no orçamento fiscal, resultando nos superávits primário elevados dos últimos tempos. Ao contrário do que normalmente se divulga através das fontes oficiais e que se propaga pela imprensa sem nenhum exame crítico, a previdência social e o sistema de seguridade social são financeiramente sustentáveis (GENTIL, 2010, p.2).

E complementa a autora,

Durante os últimos doze anos, apenas em quatro exercícios financeiro o Regime Geral de Seguridade Social teve saldo operacional negativo [na década de 1990 isso ocorreu em: 1995, 1996, 1998]. Nos demais exercícios, houve superávit, particularmente no período mais recente, pós-1999. É importante chamar atenção para o excedente de recursos no caixa do INSS no ano de 2004, que alcançou a cifra de R\$ 8,2 bilhões. Dificilmente pode-se falar em falência diante de uma situação financeira tão confortável (GENTIL, 2010, p.5).

Com isso, tinha-se a intenção de favorecer a Previdência Privada Complementar e transformá-la numa concepção restrita ao “seguro”, indo na “contramão” dos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988, além de atender as prerrogativas do Consenso de Washington (CABRAL; CARTAXO, 2007).

Ainda no Governo FHC, foi apresentada a PEC 33/1995 (Proposta de Emenda à Constituição), o qual culminou na Emenda Constitucional nº. 20 / 1998, que restringiu diversos direitos sociais previdenciários. Outras duas Emendas foram realizadas no Governo Luiz Inácio Lula da Silva: de nº. 41 / 2003 e de nº. 47 / 2005. E, recentemente, no Governo Dilma realizou-se reforma no plano de carreira e criação da previdência complementar do funcionalismo público, além das tendências delineadas que estão em discussão, tais como: negociação de queda do fator previdenciário em troca de aumento no tempo de contribuição e idade; revisão nas pensões colocando-se critérios socioeconômicos no seu valor, sendo proposto o estabelecimento de carência para pensão por morte, a qual definirá o valor do

benefício para pensionistas; revisão do atrelamento do BPC a um salário mínimo, entre outras que estão sendo cogitadas.

Além dessas medidas, as contrarreformas em curso impactaram também a prestação do serviço de Perícia Médica e Reabilitação Profissional do INSS, sendo adotadas medidas cada vez mais restritivas para a concessão de benefícios previdenciários.

Concomitantemente a isso, diante das atuais mudanças no mundo do trabalho — — tem se intensificado o agravo à saúde dos trabalhadores e se ampliado a demanda por benefícios e serviços previdenciários.

O aumento no número de requerimentos de benefícios e o número de concessões destes contribuem para indicar o aumento do deterioramento da saúde dos trabalhadores nos dias de hoje, à medida que consta um número expressivo de segurados em percepção de benefícios, embora os dados da Previdência Social apenas computem acerca dos trabalhadores formais e daqueles que contribuem com ela.

Ainda há um número expressivo de subnotificações e não notificações de acidentes do trabalho, mesmo com a instituição do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário — NTEP⁵ e a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho — CAT não ser mais exclusiva da empresa / instituição empregadora, fato este que contribuiu para evidenciar e aumentar o número de acidentados do trabalho.

Além disso, os entraves enfrentados pelo trabalhador para recebimento de benefícios previdenciários envolvem desde o reconhecimento da doença laboral a mecanismos burocráticos e restritivos que são submetidos diante da tendência de enxugamento da Previdência Social em direção à sua privatização.

Diante desse cenário contraditório, atualmente os trabalhadores tem exercido atividades laborais mesmo adoecidos/acidentados, seja por ter expirado o período de afastamento pelo INSS e até mesmo pelo não acesso aos benefícios previdenciários ou como indicam Franco, Druck, Seligmann-Silva *apud* MAENO (2011) pelo receio de represálias, isolamento e demissão, o que piora seu quadro clínico ou dificulta sua recuperação. Este fato tem sido inclusive denominado como presenteísmo.

A “manipulação do medo” (medo do desemprego) tem sido um dos aspectos chave nos estudos da psiquiatra SELIGMANN-SILVA (2011), sendo que em tempos de crise as

⁵ O NTEP é um mecanismo utilizado para auxiliar na caracterização de um acidente ou doença do trabalho, que permite apontar se há relação entre lesão/agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador. Sua implementação no INSS ocorreu em 2007, o que contribuiu para o aumento de notificação de acidentes e doenças laborais.

instituições tem mais pretexto de ampliar a exaustão da força de trabalho para obterem mais produtividade com menos trabalhadores. Ademais, a ameaça ao trabalhador ser demitido é uma constante diante de um vasto contingente que compõe o chamado por Marx (2011) de “exército industrial de reserva”. Obviamente, essa situação acentua o número de trabalhadores adoecidos e/ou acidentados.

Em suma, o afastamento do trabalho, mesmo quando necessário, é tido como sinônimo de diminuição da produção e, conseqüentemente, dos salários. Para além disso, um risco e possibilidade concreta para o “trabalhador problema” ser dispensado (demitido), apesar de ser um “momento de alívio” às dores ocasionadas na execução das atividades laborais.

Considerações finais

Como vimos anteriormente, a Previdência Social brasileira tem sido atacada constantemente em sua estrutura e tem se afastado de sua finalidade precípua, adotando as medidas gerenciais advindas com a contrarreforma do Estado em curso e, portanto, isso reflete em seu interior afetando os serviços prestados, como a Perícia Médica e a Reabilitação Profissional, que passam a ser reorientados na instituição.

No século XXI, os rumos da Previdência Social tem sido permeados por antagonismos de interesses, escancarando as contradições existentes: cada vez mais ela tem se afastado do seu objetivo de proteção social e preocupação com a saúde do trabalhador para enfatizar medidas que visam conter gastos com o pagamento de benefícios, num viés estritamente economicista, privatista e de faturamento e arrecadação às avessas.

Isso pode ser constatado com medidas que tem sido adotadas com o discurso de “eficiência e eficácia” e “melhoria da qualidade”, como a “revisão de benefícios” e instituição da “alta programada” sob nova roupagem⁶ — que ao propagandear a sua necessidade sendo a primeira instituída dado o enorme número de gastos com benefícios e, a segunda, justificada perante a necessidade de *agilizar* o atendimento no interior da instituição previdenciária diante de um número restrito de profissionais frente à demanda —, o que tem ocorrido de fato é a ênfase na contenção de gastos e foi instituída uma verdadeira caça aos “fraudadores da Previdência” (seja responsabilizando os peritos médicos pelo número de

⁶ Referimo-nos às mudanças propostas em 2012 pelo INSS como parâmetros para atuação da Perícia Médica, o que implicava na constituição de uma tabela como normativa constando os CIDs (Classificação Internacional de Doença) e o período de afastamento para cada um deles. O que na prática significaria a eliminação da autonomia médica para avaliação do usuário.

concessões de benefícios *versus* número de “altas”, ou culpabilizando o trabalhador contribuinte por sua condição, como se ele quisesse adoecer/acidentar propositalmente).

Apesar disso, cabe ressaltar que seria muita pretensão culpabilizar a Previdência Social acerca dos adoecimentos/acidentes e agravos que acometem os trabalhadores, não podendo recair apenas sobre ela a responsabilidade de resolver esse problema gerado fora dela e inerente ao trabalho estranhado/alienado.

Isso posto, é possível explicitar nesse texto o constante ataque, por vezes velado e obscuro, à saúde dos trabalhadores. Situação esta que vem à tona ao rebater na política previdenciária.

O elevado índice de adoecimento e/ou acidentes que acometem os trabalhadores e que são gerados e agravados no âmbito do processo de produção da sociedade capitalista não são apenas problemas biológicos e do indivíduo, mas é uma questão estrutural e que preocupa a todos.

Portanto, nossa preocupação vai além da ótica de manter e garantir os direitos sociais historicamente conquistados frutos de lutas coletivas e em prol de sua ampliação, indo em direção a construção de uma outra sociabilidade.

Mas no plano mais imediato, por uma lado, faz-se necessária a superação da lógica previdenciária de diminuição de custos para a ótica do direito, que atenda a real necessidade do trabalhador de forma articulada intersetorialmente.

Por outro, a luta deve ir na direção não apenas de ampliação do acesso do trabalhador às políticas sociais (seja Previdência e/ou Assistência), mas também na superação do processo que gera o adoecimento e/ou acidente. Esta deve ser um ponto de pauta na luta de classes para a classe trabalhadora sob a lógica do capital. Além disso, é um modo de apropriar uma parte do excedente econômico criado. Neste sentido, coloca-se uma preocupação para além de acordos e apaziguamento da classe trabalhadora mediante política social e da lógica da indenização do adoecimento e/ou acidente gerado.

A direção que se faz urgente é na perspectiva de outra sociabilidade, superando a lógica de maximização dos lucros que degrada o trabalhador e a desigualdade de classes. Ressalta-se que não é o desenvolvimento das forças produtivas em si que leva à degradação do trabalhador, mas a forma da apropriação deste pelos capitalistas — ao invés de satisfazer a necessidade do trabalhador, é usado em prol da acumulação / aumento de lucro, além de se tornar um intensificador do ritmo de trabalho, da produção e com maior propensão de gerar e/ou agravar lesões nos trabalhadores.

Por isso, coloca-se como principal direito social o direito aos meios fundamentais de produção — e isso não é colocado em pauta para o direito dos trabalhadores, nem vai se fazer por leis sociais, mas é luta de classes.

Na medida em que no modo de produção vigente não haja como conciliar capital/trabalho para erradicar as doenças laborais, é preciso, pelo menos, minimizar o sofrimento do e no trabalho no plano mais imediato. Mas também é mister não estancar as lutas no imediatismo nem em conformação com o reformismo.

Referências

BRASIL. **Decreto-Lei nº. 5.452, de 01 de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 18 nov. 2010.

_____. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Lei nº. 8.212, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Portaria nº. 1.679, de 19 de setembro de 2002**. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

_____. **Portaria nº. 2.437, de 7 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a ampliação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

_____. **Portaria Interministerial nº. 800, de 3 de maio de 2005**. Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, elaborada pelo Grupo de Trabalho instituída pela Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004, prorrogada pela Portaria Interministerial nº 1009, de 17 de setembro de 2004, para consulta pública. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/65/mps-mtems/2005/800.htm>>. Acesso em: 08 jun. 2011.

_____. **Portaria nº. 2.728, de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências.

_____. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**, 2011 b. Disponível em: < http://www.mps.gov.br/arquivos/office/1_121023-162858-947.pdf >. Acesso em: 01 mar. 2013.

_____. Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho**, 2011 c. Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/1_130129-095049-870.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2013.

BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana**. Brasília: Universidade de Brasília, 2004.

CABRAL, M. S. R.; CARTAXO, A. M. B. . O processo de desconstrução e reconstrução do projeto profissional do serviço Social na Previdência - um registro de resistência e luta dos Assistentes Sociais. In: BRAGA, Léa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. (Org.). **O Serviço Social na Previdência** - trajetória, projetos profissionais e saberes. 1ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007, v. , p. 156-184.

CARTAXO, A.M.B. **Estratégias de sobrevivência: a previdência e o serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GENTIL, D.L. **A Falsa Crise do Sistema de Seguridade Social no Brasil**. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/falsacrise.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2010.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 23 (4):757-766, Rio de Janeiro, abr. 2007.

LAURELL, A.C; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

MACHADO *et. al.* (org.). **Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MAENO, M. Ser médico. In: ALVES, G.; MOTA, D.P; VIZZACCARO-AMARAL,A.L. (orgs.). **Trabalho e Saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI**. São Paulo: LTr, 2011.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política: livro I, vol.1, 28. ed.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MENDES, J. **Serviço Social e Saúde do Trabalhador**. Curso pré-congresso no VI CONASSS – Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde e XI SIMPSSS – Simpósio de Serviço Social em Saúde. São José dos Campos, 2012 (mimeo).

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: novas e velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**, (10) 4, 2005, p.797-807.

PEREIRA, M. C.C. **O serviço de Reabilitação Profissional Previdenciário: desafios para sua consolidação.** Florianópolis, SC, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Dissertação de mestrado.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, R. N. **Monetização da saúde do trabalhador: uma análise crítica.** s/d. Disponível em: <www.segurancanotrabalho.eng.br>. Acesso em: 6 mar. 2013.