

Recuperando corpos para o capital: a reabilitação profissional de trabalhadores incapacitados para o trabalho e a ditadura militar brasileira

ANA BEATRIZ RIBEIRO BARROS SILVA*¹

“Acidentes acontecem.” Quem nunca ouviu esta frase? Acidentes são geralmente eventos imprevistos, fortuitos e que acontecem, para alguns, por força do acaso. Não podemos evitar todos os tipos de acidente, mas certamente podemos evitar alguns. É o caso de muitos acidentes de trabalho, que podem e devem ser reduzidos em termos de volume e gravidade. Acidentes de trabalho ocorrem em contextos históricos, relações sociais e condições materiais determinadas, e seu crescimento alarmante desde a Revolução Industrial é prova da complexa e conflituosa relação entre capital e trabalho no sistema capitalista. Desde então, novas formas de organização do trabalho, com vistas à acumulação através da exploração - por vezes “científica” - da força de trabalho têm ampliado massivamente a sinistralidade laboral. Justifica-se: os riscos seriam naturais e inerentes a algumas ocupações ou funções e os acidentes fariam parte de um lado triste, mas inevitável do desenvolvimento capitalista.

As transformações dos mundos do trabalho desde a Revolução Industrial trouxeram alterações na incidência e na tipologia dos acidentes, bem como o surgimento das chamadas doenças ocupacionais. Temos aqui eventos eminentemente históricos e que fazem parte do mesmo processo: se há duzentos anos ocorreram catástrofes com elevado número de mortos, como os acidentes em minas cujos operários não dispunham de qualquer proteção, hoje, com a ampliação do setor de serviços, a produção por meio do estabelecimento de metas e o amplo uso da tecnologia, temos, por exemplo, a alta incidência de LER/DORT (Lesão por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) entre bancários; ou depressão e síndrome do pânico entre atendentes de telemarketing. Contudo, como argumenta Dwyer (2010), acidentes e doenças ocupacionais têm o poder de revelar riscos até então naturalizados ou ignorados, bem como condições adversas para a saúde e segurança dos

¹ Doutoranda em História pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Esta comunicação é parte de minha pesquisa de Doutorado, em andamento na Universidade Federal da Pernambuco (UFPE), sob orientação da Prof^a Dra. Christine Rufino Dabat. Na tese, discuto as relações produtivas, acidentes e doenças do trabalho e reabilitação profissional, com foco na criação, desenvolvimento e desmonte dos Centros de Reabilitação Profissional (CRPs). O CRP-João Pessoa, situado na capital do estado da Paraíba, é o centro de minha análise.

trabalhadores, o que deu origem a diversas reivindicações operárias por melhores condições de trabalho ao longo da história.

Nesse artigo, discutirei como a questão dos acidentes e das doenças do trabalho é reveladora não apenas das condições de vida e trabalho a que os trabalhadores brasileiros eram/ são submetidos, bem como o quanto a questão da saúde do trabalhador foi um ponto relevante para a constituição de políticas públicas nas mais diversas áreas: legislação trabalhista, previdência social e saúde pública. Para tanto, serão apontados alguns aspectos da política de reabilitação profissional (RP) - efetivada através dos Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) - posta em prática como uma política previdenciária de assistência à saúde do trabalhador, mas que guardava íntima relação com a agenda econômica da ditadura empresarial-militar (1964-1985) e seu comprometimento com o capital. Finalmente, de maneira sucinta, serão expostas algumas questões que venho examinando em minha pesquisa nos prontuários do CRP-João Pessoa, como forma de demonstrar o quanto esta documentação pode nos ajudar a compreender as especificidades dos muitos mundos do trabalho, especialmente nas regiões periféricas, que ainda permanecem ignoradas pela historiografia brasileira do trabalho.

Ordem capitalista, saúde do trabalhador e direitos sociais no Brasil

É bastante extensa a historiografia internacional que trata da relação do trabalhador com a máquina, desde os princípios da Revolução Industrial. A maquinaria impunha novos ritmos, exigia do trabalhador novas habilidades, retirava-lhe o tempo de descanso e a liberdade de optar por uma determinada parte do processo produtivo (HOBBSAWM, 2000). Estranhamento, exaustão física e mental, acidentes, amputações e mortes fazem parte da mesma equação no processo de acumulação capitalista. Inicialmente, como discute Aravanis (2010), as máquinas eram produzidas visando melhor funcionalidade e produtividade, e pouca ou nenhuma atenção era dada à segurança dos operadores dessas máquinas. O corpo do operário era exposto a partes cortantes, extremamente quentes, sem maiores preocupações com sua saúde ou bem-estar. A produção de máquinas mais seguras era encarada como um custo a mais na produção. E os trabalhadores que tinham que se submeter a tais riscos tiveram que lutar, através de movimentos organizados, por melhores condições de trabalho e pelo

direito a indenizações em caso de morte ou acidente de trabalho. Crescia a percepção de que o trabalho era explorado de diversas formas, sendo os acidentes e doenças ocupacionais a culminância do processo de exploração, sua violência extremada.

Um dos primeiros direitos sociais garantidos, ao menos oficialmente, pelos governos do capitalismo ocidental, a partir dos principais centros industriais, como o caso da Inglaterra (DWYER, 2003: 31-62), refere-se à legislação de proteção ao trabalhador contra acidentes de trabalho, ainda no século XIX. O reconhecimento governamental dos direitos sociais, em especial os trabalhistas e de previdência social, constituiu-se como uma intervenção nas relações capital/trabalho, com fins de conservação da ordem capitalista, frente às pressões advindas da mobilização dos trabalhadores em todo o mundo.

No Brasil, dentre os projetos políticos presentes no processo de substituição do regime imperial pelo republicano e do fim formal da escravidão para o trabalho dito livre, impôs-se um liberalismo que conferia unicamente à esfera privada a possibilidade de negociação entre capital e trabalho. Sob esta perspectiva, não foi estabelecida nenhuma legislação trabalhista no Brasil que abrangesse o capital privado durante a Primeira República. A regulamentação através de lei era vista como uma interferência indevida e inconstitucional sobre as aptidões de trabalhadores e empregadores, vistos como indivíduos livres e em igualdade de condições para definirem o que era melhor para si mesmos.

Os empresários brasileiros resistiram enquanto puderam até admitir qualquer legislação social. Apenas em 1918, em meio a grandes ondas grevistas em todo o Brasil, o Congresso e os industriais brasileiros - sobretudo os de São Paulo - aceitaram discutir, pela primeira vez com alguma seriedade, as proposições de um Código do Trabalho e o consequente reconhecimento dos direitos sociais dos trabalhadores (GOMES, 1979). A primeira lei para regulamentar as relações de trabalho foi a que reconhecia a responsabilidade potencial do empregador de indenizar o empregado em caso de acidente no trabalho. O Decreto-Lei 3.724 de 1919 incluía na sua definição de acidentes de trabalho as moléstias contraídas *exclusivamente* pelo exercício do trabalho. Logo, estavam excluídas as doenças decorrentes do trabalho e das condições de vida do trabalhador. Ainda, ficavam afastados da cobertura da lei os casos em que os acidentes tivessem acontecido por negligência ou incompetência do trabalhador, o que era facilmente “comprovado” pelos empresários.

Segundo a lei, os patrões indenizariam seus empregados através de companhias seguradoras privadas autorizadas a funcionar no ramo de acidentes. Este sistema, além de atender parcialmente às reivindicações por leis sociais, trouxe grandes vantagens econômicas para o empresariado, o que explica sua sobrevivência até a década de 1960, apesar de tentativas de reforma (GOMES, 1979: 55-76).

A lei de acidentes de trabalho inspirou-se na “doutrina objetiva do risco profissional”, que, em linhas gerais, retira a responsabilidade do empregador e/ou da sociedade em geral pelos acidentes de trabalho. Em suma, considera-se o acidente como inerente ao trabalho, e a indenização ao trabalhador como uma “concessão de privilégios sociais”. Assim, os acidentes de trabalho permaneceram na esfera dos conflitos privados entre patrões e empregados, limitando-se ao pagamento ou não de indenizações. A teoria do risco objetivo só foi alterada pela Lei 5.316, de 14 de julho de 1967, integrando o seguro por acidentes à recém-criada previdência social, “reconhecendo tratar-se de um risco ‘social’ do processo acumulativo, a ser compensado previdenciariamente” (SANTOS, 1979: 23-24).

De modo geral, até o início da década de 1920, os sistemas previdenciários brasileiros eram de cunho fechado, formados pelos chamados fundos mútuos e caixas beneficentes. A Lei Elói Chaves, de janeiro de 1923, é considerada o marco da previdência brasileira, pois estabeleceu os marcos regulatórios para aposentadorias, pensões e assistência médica, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As caixas foram instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, e geridas através da representação de empregados e empregadores. A contribuição dava-se por desconto compulsório na folha de pagamento. Com a Constituição de 1934, consagra-se a organização previdenciária em moldes corporativistas, mas sob a tutela do Estado. Na década de 1930 também se formaram os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), organizados por inserção nos diferentes ramos da atividade econômica. Essa estrutura em torno dos IAPs e CAPs se manteve até 1966, quando todo o sistema previdenciário foi unificado em torno do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Até então, o sistema de indenizações aos trabalhadores que sofressem acidentes de trabalho sofreu poucas alterações, mantendo sua substância.

Previdência e reabilitação profissional durante a ditadura militar brasileira

De acordo com José Murilo de Carvalho (2001), a garantia dos direitos sociais no Brasil não decorreu do exercício de direitos civis e políticos, como no modelo clássico inglês, elaborado por T. H. Marshall (1967). A legislação social implementada durante a ditadura de Vargas e ampliada durante a ditadura militar (1964-1985), por exemplo, foi introduzida em um ambiente de precária ou nula vigência dos direitos civis e políticos. Nesse último período, o sistema previdenciário foi universalizado e unificado, através da reunião das instituições de aposentadoria e pensões até então existentes (IAPs), dando origem, em 1966, ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A previdência, até então controlada pelos sindicatos, passava para as mãos da burocracia estatal. O processo de contribuição e a concessão de benefícios foi uniformizado, racionalizando-se assim os custos administrativos. Em 1967, o INPS tomou das empresas privadas o seguro de acidentes de trabalho e, em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (CARVALHO, 2001: 170-173; FALEIROS, 2010).

Os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais já eram temas centrais das pautas e lutas sindicais anteriores ao golpe de 1964. Mas, similarmente ao que se deu em contexto internacional, o tratamento dispensado pelo Estado e pelo patronato conferiu ao problema uma solução remediadora baseada em seu caráter pretensamente fatalista. Construiu-se historicamente uma visão hegemônica segundo a qual os acidentes eram inevitáveis, faziam parte da vida humana, e nada tinham a ver, propriamente, com a exploração do capital, senão com a atividade laborativa em si. Assim, não se questionava a responsabilidade da exploração do capital, em termos macro, e se reputava ao problema soluções que visavam apenas minorar as consequências dos males individuais, ao invés de extirpá-los. Esta concepção foi fortemente propagandeada pela Fundacentro², fundada em 1966 com o objetivo de identificar causas e propor soluções para a melhoria da higiene e segurança do trabalho, objetivando reduzir a sinistralidade laboral. Esta instituição foi responsável pela disseminação da ideia de que mais de 80% dos acidentes era resultado da imperícia ou ignorância dos trabalhadores, fundamentando “cientificamente” a noção do “ato inseguro” (COHN, 1985; FALEIROS, 2010). O discurso da culpabilidade do trabalhador foi extremamente eficiente, sendo ainda hoje reproduzido pelos trabalhadores brasileiros (OLIVEIRA, 2007).

² Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho.

Como bem coloca Dreifuss (1981), o empresariado brasileiro agiu de maneira muito bem articulada e teve papel decisivo na articulação do golpe. No pós-1964, *“essa verdadeira elite das classes dominantes [...] preservou a natureza capitalista do Estado, uma tarefa que envolvia sérias restrições à organização autônoma das classes trabalhadoras e a consolidação de [...] um tipo de capitalismo tardio, dependente, desigual, mas também extensamente industrializado, com uma economia principalmente dirigida para um alto grau de concentração de propriedade na indústria e integração com o sistema bancário”* (DREIFUSS, 1981: 485).

Em consonância com essa política, fortemente arraigada na defesa do capital, a ditadura empresarial-militar tratou de absorver o tema dos acidentes de trabalho como uma de suas principais plataformas junto à classe trabalhadora, afinal, a presença de milhares de doentes e mutilados pelo trabalho era uma realidade inegável. Nesse sentido, a indenização para os acidentados e adoecidos pelo trabalho não parecia a melhor saída para o regime. No capitalismo, o corpo do trabalhador é transformado em “força de trabalho”, tornando-se, para a classe dos detentores dos meios de produção, um meio de acumulação capitalista, ao passo que para o trabalhador, seu corpo passa a ser sua fonte de subsistência e reprodução. Portanto, às garantias de uma “inatividade socialmente permitida”, baseada na incapacidade para o trabalho, tornou-se premente a tarefa de restaurar a força de trabalho através da recuperação do corpo do trabalhador circunstancialmente incapacitado. O setor da saúde constituiu-se, então, em parte integrante de um projeto político de agenciamento e manutenção da força de trabalho na evolução do processo de industrialização brasileiro (VERTHEIN e MINAYO-GOMEZ, 2000: 329-347). Nesse contexto, a política pública voltada para a questão da incapacidade para o trabalho foi desenvolvida através dos Centros de Reabilitação Profissional (CRPs), instituídos legalmente na década de 1940, implementados na prática somente na década de 1960 e desmantelados em fins da década de 1990. A partir da criação dos CRPs, os trabalhadores incapacitados para o trabalho passaram a ser atendidos pela previdência social por meio de dois programas previdenciários articulados entre si e complementares: os programas de suporte de renda e os de reabilitação profissional.

Nas décadas de 1970 e 1980, a reabilitação foi fortemente expandida através dos CRPs, unidades de maior porte e com várias equipes multiprofissionais, e dos NRPs (Núcleos

de Reabilitação Profissional), de menor porte, com uma ou duas equipes multiprofissionais. A Previdência Social brasileira, no período do regime militar, viveu um processo de crescimento institucional acelerado, passando a gerenciar, então, a maior massa institucional de recursos financeiros do país, o que possibilitou a implantação de CRPs em quase todas as capitais dos estados brasileiros e grandes cidades. Com efeito, a área de reabilitação profissional do INPS concentrou o maior volume de recursos financeiros do instituto, destinados à compra de equipamentos, contratação de equipes multiprofissionais (formadas por médicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, enfermeiros, pedagogos e sociólogos), bem como a manutenção de grandes estruturas físicas para o processo de reabilitação, num modelo marcadamente hospitalocêntrico (FERREIRA, 1985: 23-24). Contudo, não podemos esquecer que os trabalhadores que não tinham relação formal de emprego, e que correspondiam a uma parcela considerável da força de trabalho, estavam excluídos desse sistema. Ainda, vale ressaltar que a reabilitação desses trabalhadores e sua recolocação no mercado de trabalho, mais uma vez na condição de contribuintes da previdência, significava uma grande economia motivada pelos cortes de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.

Logo, a compreensão da função social e política dos CRPs passa pela análise de um contexto muito mais amplo do que o do atendimento médico-tecnocrático. A exploração da força de trabalho e a ocorrência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais estão intimamente ligadas, o que se evidencia ainda mais em tempos de crise. Classicamente, as crises capitalistas são superadas por meio da intensificação da exploração do trabalho e pela concentração das empresas e do capital. Um bom exemplo disso foi o “milagre” brasileiro, ocorrido entre 1967 e 1973, idealizado em resposta à crise econômica que vinha se arrastando desde o começo da década de 1960. Tendo como base uma nova legislação salarial e trabalhista, que tinha no arrocho salarial sua principal estratégia, objetivou-se o favorecimento da grande empresa e demais estratos de alta renda, como forma de impulsionar o crescimento econômico (MENDONÇA e FONTES, 1994: 21). Em 1966 foi criado o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), que, por um lado, liberava as empresas dos gastos com programas assistenciais e, por outro, punha fim à estabilidade no emprego, minando a capacidade de resistência e pressão dos trabalhadores, diante da possibilidade de demissão.

A nova política trabalhista e salarial provocou transformações drásticas na qualidade de vida do trabalhador e novas estratégias de sobrevivência: estendeu-se a jornada de trabalho através de um grande crescimento das horas extras; e intensificou-se o trabalho familiar, com o conseqüente aumento da oferta de força de trabalho feminina e infantil. Com o aumento da força de trabalho disponível e disposta a aceitar salários cada vez mais baixos e condições de trabalho cada vez mais precárias, seu preço declinou. Outro efeito foi a maior subordinação e disciplinarização do trabalhador, levando a uma brutal elevação de sua produtividade física (MENDONÇA e FONTES, 1994: 26-28; ALVES, 2005: 176-188, FONTES, 2010). Esse processo resultou em altas taxas de rotatividade da força de trabalho, o que aumentava cada vez mais os lucros das empresas e cristalizava a concentração de renda (IANNI, 1991; PRADO e EARP, 2003). Por fim, a contratação de mão-de-obra não especializada e a relutância, por parte dos empregadores, em investir em treinamento e na compra de equipamentos de segurança não poderia levar a outro resultado: nesse período, o Brasil se tornou um dos recordistas mundiais em volume de acidentes de trabalho (MENDONÇA e FONTES 1994: 28; COHN, KARSH, HIRANO e SATO 1985).

Apenas como uma rápida demonstração, entre 1970 e 1991, foram registrados 28.271.828 acidentes. Desses, 92.688 levaram ao óbito (TAKAHASHI, 2003). E para explicitar o efeito dramático do “milagre”, se em 1968 foram registrados 454.097 acidentes no Brasil, em 1969 foram 1.059.296 casos notificados, número este que só se ampliou nos anos seguintes, chegando a 1.938.277 em 1975³. Evidentemente, estas estatísticas requerem uma análise mais acurada em relação aos seus métodos e abrangência do sistema de registros, mas independentemente das condições em que tais dados foram produzidos, esses números são por demais eloquentes.

Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais aumentam em tempos de crise econômica, e a nossa hipótese é de que a criação e proliferação dos CRPs em todo o território nacional está intimamente ligada a este processo, agravado pela anulação de direitos civis e políticos no período da ditadura empresarial-militar. Entendemos a criação de um sistema nacional de CRPs como uma resposta pública, adequada ao sistema capitalista, frente ao problema dos trabalhadores acidentados ou adoecidos pelo trabalho. Esta resposta foi dada

³ INPS, Mensário estatístico, diversos números. Citado por Cohn et al (1985).

por governos que buscavam alguma forma de legitimação política, e cuja principal prática e fonte de poder se baseava na violência com vistas ao controle social dos trabalhadores. Assim, os CRPs cumpriam a função política de amparar os trabalhadores frente às fatalidades do processo produtivo, enquanto lhes era cerceado o direito de organização e mobilização reivindicatória. O Estado, através dos CRPs, procurou se apresentar como amortizador “neutro” das tensões entre trabalhadores e empregadores: ao mesmo tempo que socializava os custos de reabilitação dos trabalhadores, retirando-os das incumbências diretas dos empresários, difundia a ideia de que não haveria motivo para que os trabalhadores se organizassem em movimentos reivindicatórios, uma vez que o Estado dava-lhes prova de que os amparava em suas inevitáveis mazelas. Nesse sentido, também temos que pensar a criação do INPS dentro da perspectiva de “*uma gestão [pretensiosamente] ‘apolítica’ e tecnocrática das atividades assistenciais*” (DE LUCCA, 2003: 469), que procurou dirimir, assim, os conflitos de classe no mundo do trabalho, obedecendo à lógica da racionalização administrativa centralizada pelo Estado. Enfim, vemos na criação e manutenção dos CRPs, ao contrário de qualquer pretensão de tecnicidade e neutralidade, uma medida notoriamente política.

A gênese da relação Estado/ saúde, no sistema capitalista, expressou-se na regulação estatal da saúde para a nova ordem social e econômica, centrada na reprodução da força de trabalho (ELIAS, 2004: 2). Como consequência, o direito à saúde e à assistência se deu pela distinção original de inserção no mercado de trabalho, tornando o sistema de saúde brasileiro excludente e deficitário desde sua nascença. É nesse aspecto que tem início uma das mais sérias dicotomias no interior da saúde brasileira: a saúde pública ficava limitada às campanhas sanitárias e de vacinação, ao passo que os assalariados inseridos no setor formal passam a ter acesso a serviços de atenção médica individual, prestados pelo setor privado e custeados pela previdência. A saúde, portanto, não era concebida como um direito do cidadão e um dever do Estado, mas como um serviço ao qual só tinha acesso quem tinha dinheiro para pagar, ou estava inserido no mercado de trabalho formal, e que havia contribuído para ter acesso. Temos então outra característica da saúde brasileira: a concepção da saúde como pertinente à esfera do privado, e não do público. (COHN, 1995. ACURCIO, s/d. AUGUSTO, 1989. SOUZA, 2002, COHN, 1991). À esta limitação da cidadania, estritamente controlada pelo

Estado, Santos (1979) denominou de “cidadania regulada”. Esse modelo de assistência à saúde não sofreu modificações substanciais até o final da década de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse tocante, algo que merece destaque é a opção estatal pela compra de serviços privados, através de credenciamentos e convênios. Nesse período, o setor privado sofreu grande expansão e se capitalizou às custas do investimento estatal indireto, através da previdência social, ao passo que a rede pública de saúde sofria acentuado processo de sucateamento. Temos assim o direito à assistência médica como um direito contratual, compulsório e contributivo, destinado a uma parcela diferenciada da população. Nesse sistema, os segurados da previdência social, acidentados ou adoecidos pelo trabalho, eram encaminhados, pela previdência, para o setor privado a fim de se submeter ao tratamento médico, custeado pela previdência (COHN, 1995: 225; 1999). Uma vez tratados, eram encaminhados ao CRP mais próximo, caso houvesse um, objetivando sua readaptação para o trabalho através do aproveitamento de sua capacidade laboral residual. Os CRPs também podiam encaminhar seus segurados para cursos profissionalizantes ou estágios em empresas, caso fosse verificada a possibilidade de adaptação do segurado a outra função. Material de trabalho, auxílio transporte, alimentação, próteses e órteses também podiam ser fornecidas a depender da situação socioeconômica e do caso de casa segurado. Um posto de trabalho poderia ser destinado ao segurado, após contatos dos funcionários do CRP com empresas, mas esta recolocação no mercado não era uma obrigação do CRP. Uma vez reabilitado, o segurado era considerado capaz de reingressar ao mercado de trabalho por si próprio, apesar da frequente presença de sequelas físicas e psicológicas.

Seria a reabilitação profissional uma exceção à regra na política governamental de saúde, discutida acima? Para os esforços de reabilitação de trabalhadores incapacitados, foi destinada uma grande massa de investimentos, o que por si só demonstra a relevância que esse aspecto tinha para o governo militar. As possíveis razões para a elaboração desse vasto programa de RP são: o atendimento parcial de demandas históricas dos trabalhadores; o controle social e político através de mecanismos de cooptação e legitimação política, combinados à intensa repressão; observância de necessidades do empresariado, haja vista que a política de reabilitação, nos moldes em que foi aplicada, retirava o grande peso da

responsabilidade financeira e por vezes legal pelos incapacitados para o trabalho; o aumento agudo do volume de acidentes de trabalho e doenças registradas no período; a pressão internacional, especialmente por parte da OIT; ou mesmo a percepção da gravidade do drama social sofrido pelos trabalhadores inválidos, agravado pela crise econômica. Além disso, também temos que considerar que a compra de serviços de reabilitação profissional da iniciativa privada não era uma opção disponível para o governo, por se tratar de um serviço extremamente técnico, caro e de baixo retorno financeiro, posto que era destinado a uma população de baixa renda, deixando o governo sem saídas a não ser o pesado investimento nos CRPs. Evidentemente, temos aqui apenas hipóteses que precisam ser testadas e aprofundadas no decorrer da pesquisa.

Nesse sentido, os CRPs passam a ser vistos não apenas como uma estrutura técnica para tratar da reabilitação do trabalhador incapacitado para o trabalho e sua realocação no mercado, mas como fator revelador de dinâmicas sociais e políticas entre patronato, Estado e trabalhadores. Ao invés de estruturas engessadas, devemos procurar perceber um *processo*, no qual ambas as partes, em suas relações de conflito e de consenso forjado, agem e produzem pressões que modificam constantemente suas próprias relações e estratégias de dominação e resistência (WOOD, 2003: 73-98). Em minha pesquisa, vejo a criação de uma instituição como os CRPs como fruto desta dinâmica.

No período da ditadura militar, o Estado passou a assumir as obrigações de fiscalizar empresas, indenizar e/ ou aposentar trabalhadores acidentados, bem como reabilitar e redirecionar trabalhadores ao mercado de trabalho. Portanto, os CRPs refletiam a política social e previdenciária do período, bem como a dinâmica histórica das relações entre capital e trabalho e entre Estado e classes trabalhadoras do país. Na década de 1990, sob a égide do neoliberalismo e seus reclames pela diminuição do papel do Estado nas sociedades, os CRPs foram paulatinamente sucateados e fechados em todo o país, até o início dos anos 2000. Atualmente, cabe ao INSS apenas o acompanhamento da reabilitação profissional realizada pelo SUS, que segue os moldes de um acesso universal ao programa.

Assim sendo, analisar historicamente a relação entre acidentes de trabalho e reabilitação profissional significa perceber a exploração da classe trabalhadora em um *continuum*, observando suas mudanças e permanências na história. No entanto, apesar de

reconhecer o papel preponderante do Estado e das classes dominantes e médias para a criação e estrutura de funcionamento dos CRPs como parte de uma política mais ampla de tentativa de controle das classes trabalhadoras, pretendo discutir como os trabalhadores perceberam o processo de adoecimento e a reabilitação. Suas lutas e resistências por melhores condições de trabalho, ou mesmo a aceitação dos controles e condições que lhes eram impostas durante o programa de RP, é o que me interessa mais de perto em minha pesquisa, com vistas a compreender a longa trajetória, ainda em curso, pelo direito à saúde, à segurança no trabalho e demais direitos sociais.

Para tanto, os prontuários de atendimento do CRP-João Pessoa correspondem à maior e mais rica massa documental que utilizo na minha pesquisa. Em cada prontuário, temos acesso ao histórico de cada segurado, desde seu encaminhamento pela perícia médica até seu desligamento, após a conclusão do programa. De suma importância são as informações como idade, cor, causa da incapacidade, ocupação, escolaridade, diagnóstico médico, condição socioeconômica, motivo do desligamento do programa, entre outros dados que nos ajudam a entender a que tipo de clientela o CRP se destinava. Estes dados serão analisados quantitativamente. Até o momento, posso apontar que a maior parte da clientela do CRP-João Pessoa é formada por homens jovens (de até 30 anos de idade), com baixa escolaridade e frequentemente analfabetos. Conseqüentemente, a predominância de encaminhamentos em virtude de acidentes de trabalho evidencia a maior exposição a riscos a que os trabalhadores não-qualificados eram submetidos. Eram comumente considerados inelegíveis para a RP: os segurados que apresentavam sequelas já instaladas e irreversíveis devido à falta de cuidado, por vezes durante anos; e/ ou com idade considerada avançada (acima dos 45 anos). Trabalhadores de todos os pontos da Paraíba e estados vizinhos eram encaminhados a este CRP. Agressividade, revolta, depressão e outros transtornos psiquiátricos são relatados, principalmente nos casos amputação. A angústia em relação ao futuro devido à incerta recolocação no mercado é apontada com frequência pelos segurados, especialmente quando na condição de deficiente físico. Evidentemente, estas observações preliminares serão testadas e aprofundadas pela pesquisa.

Também encontramos nesses prontuários os pareceres de diversos membros das equipes multiprofissionais (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes

sociais, psicólogos etc.) que se utilizam de uma linguagem extremamente técnica e burocrática na construção de uma narrativa detalhada sobre o processo de reabilitação de cada segurado. Logo, o discurso do segurado - suas impressões sobre o acidente ou doença, seu sofrimento físico e psíquico, as possibilidades ou a vontade de retornar ou não ao trabalho etc. - é filtrado pelos funcionários da burocracia pública. Entretanto, estou fazendo uma leitura a contrapelo⁴ destas fontes, procurando observar, para além das intenções de quem produziu estes documentos, os testemunhos dos reabilitandos. Como ocorreu o acidente ou adoecimento? Como os segurados se sentiam em relação à sua incapacidade? Quais os efeitos psíquicos das mutilações e outras sequelas dos acidentes? Como era o processo de reabilitação no dia-a-dia? Quais tipos de controles eram impostos aos segurados em tratamento? Até onde ia sua capacidade de negociação pelo retorno ao mercado de trabalho na função que desejavam ou na busca por uma aposentadoria? Para eles, a reabilitação era um benefício, um direito ou um dever? Por outro lado, como os segurados eram vistos pelos funcionários da burocracia estatal? Qual o papel da tecnocracia estatal nos conflitos entre capital e trabalho? Estes são alguns dos questionamentos que a pesquisa nesses prontuários tem incitado e que pretendo discutir brevemente.

É perceptível nestes prontuários uma intensa disputa de saberes e poderes entre os segurados e os membros da tecnocracia estatal quanto à definição dos limites da incapacidade para o trabalho, o que pode determinar o retorno ao mercado de trabalho ou a inatividade socialmente permitida por meio da aposentadoria por invalidez. Portanto, evidencia-se nessa política de reabilitação um objetivo indisfarçável de impor a esses segurados – desqualificados, fracassados e desadaptados às exigências do mercado – a disciplina para o trabalho. Estes são alguns dos aspectos que pretendo enfrentar em minha pesquisa que tem os trabalhadores reabilitandos como sujeitos fundamentais, afinal, *“o corpo que se mutila, a saúde que se ofende e a mente que se estiola e se perturba pertencem aos trabalhadores e são eles que têm que defendê-los.”* (HIRANO, 1990:4).

⁴ GINZBURG, Carlo. *O fio e os rastros: verdadeiro, falso, fictício*. São Paulo: Cia. das Letras, 2007. A proposta da leitura a contrapelo, como assinala o próprio Ginzburg, é feita originalmente por Walter Benjamin.

Referências bibliográficas

- ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. História das políticas de saúde Scielo. Disponível em: <http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>
- ALVES, Maria Helena Moreira. *Estado e oposição no Brasil (1964-1984)*. Baruru, SP: Edusc, 2005.
- ARAVANIS, Evangelia. A industrialização no Rio Grande do Sul nas primeiras décadas da República: a organização da produção e as condições de trabalho (1889-1920). *Revista Mundos do Trabalho*, vol.2, n.3, p. 148-180, jan.-jul., 2010.
- AUGUSTO, Maria Helena Oliva. “Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate. *Tempo Social*, USP, São Paulo, 1(2): 105-119, 2. sem, 1989.
- CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil. O longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- COHN, Amélia, KARSCH, Ursula S., HIRANO, Sedi e SATO, Ademar K. *Acidentes de trabalho: uma forma de violência*. São Paulo: Brasiliense/ Cedec, 1985.
- COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Ursula S. *A saúde como direito e como serviço*. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- COHN, Amélia. “Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil”. In: LAURELL, Asa Cristina (org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.
- DE LUCCA, Tânia Regina. Direitos sociais no Brasil. In: PINSKY, Jaime e PINSKY, Carla Bessanezi (Orgs.) *História da cidadania*. São Paulo: Contexto, 2003, p. 469-494.
- DREIFUSS, René A. *1964: A conquista do Estado*. Petrópolis: Vozes, 1981.
- DWYER, Tom. *Vida e morte no trabalho*. São Paulo: Multiação Editorial; Campinas: Editora da Unicamp, 2006.

- DWYER, Tom e AREOSA, João. “Acidentes de trabalho: uma abordagem sociológica”. *Configurações*, 7, 2010.
- ELIAS, Paulo Eduardo. “Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo”. São Paulo em Perspectiva. São Paulo: Vol. 18, no. 3, Jul/ Set. 2004.
- FERREIRA, Iraydes Moesia. *Reabilitação Profissional e Serviço Social*. São Paulo: Cortez Editora, 1985.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores*. São Paulo: Cortez, 2010.
- FONTES, Virgínia. *O Brasil e o capital-imperialismo: Teoria e história*. Rio de Janeiro: EPSJV/ Editora UFRJ, 2010.
- GINZBURG, Carlo. *O fio e os rastros: verdadeiro, falso, fictício*. São Paulo: Cia. das Letras, 2007.
- GOMES, Ângela de Castro. *Burguesia e trabalho – política e legislação social no Brasil, 1917-1937*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979.
- HIRANO, Sedi, REDKO, Christina Pozi e FERRAZ, Vera Regina Toledo. “A cidadania do trabalhador acidentado: (re)conhecimento do direito aos direitos sociais”. *Tempo Social. Rev. Sociol.* São Paulo: USP, volume 2(1), 1990.
- HOBBSAWM, Eric J. *Mundos do trabalho: novos estudos sobre história operária*. Rio de Janeiro: 3.ed., Paz e Terra, 2000.
- IANNI, Octavio. *Estado e planejamento econômico no Brasil*. Rio de Janeiro: 5.ed., Civilização Brasileira, 1991.
- MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MENDONÇA, Sônia, FONTES, Virginia. *História do Brasil recente: 1964-1992*. S. Paulo: Ática, 1994.
- MINAYO-GOMEZ e THEDIM-Costa, S. M. F. “A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP, v.13, 1997.

OLIVEIRA, Fábio. “A persistência da noção de ato inseguro e a construção da culpa: os discursos sobre acidentes de trabalho em uma indústria metalúrgica”. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (RBSO)*. São Paulo: 32 (115): 19-27, 2007.

PRADO, Luiz Carlos Delorme; EARP, Fábio Sá. “O ‘milagre’ brasileiro: crescimento acelerado, integração internacional e concentração de renda (1967-1973)”. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucilia de Almeida Neves (orgs.). *O Brasil Republicano*; v. 4. O tempo da ditadura: regime militar e movimentos sociais em fins do século XX. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, pp: 207-241.

SANTOS, Wanderley Guilherme. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SOUZA, RenilsonRehem. *O sistema público de saúde brasileiro*. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 11 a 14 de agosto de 2002.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti e IGUTI, Aparecida Maria. “As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social?” *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.11, p. 2661-2670, nov. 2008.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti. Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/ DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990. Tese de Doutorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti e CANESQUI, Ana Maria. “Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução”. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 19(5): 1473-1483, set-out 2003.

VERTHEIN, M.A.R., MINAYO-GOMEZ, C. A construção do “sujeito-doente” em LER, *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, v.7, n.2, p. 329-347, 2000.

WOOD, Ellen M. Classe como processo e como relação. In: *Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico*. São Paulo: Boitempo, 2003, p. 73-98.