



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS/IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL/SER
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL/PPGPS

**PROTEÇÃO SOCIAL E CONTROLE DEMOCRÁTICO NO CAMPO DA SAÚDE
DO/A TRABALHADOR/A**

Natália Pereira Caixeta

Brasília-DF

2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/UNB

Natália Pereira Caixeta

**PROTEÇÃO SOCIAL E CONTROLE DEMOCRÁTICO NO CAMPO DA SAÚDE
DO/A TRABALHADOR/A**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília/UnB, do Instituto de Ciências Humanas (IH), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli.

**Brasília-DF
2017**

NATÁLIA PEREIRA CAIXETA

**PROTEÇÃO SOCIAL E CONTROLE DEMOCRÁTICO NO CAMPO DA SAÚDE
DO/A TRABALHADOR/A**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília/UnB, do Instituto de Ciências Humanas (IH), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social. Aprovada em 13 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli
Orientador – PPGPS/SER/UNB

Prof^ª. Dr^ª. Andréia de Oliveira
Membro Titular – PPGPS/SER/UNB

Prof. Dr. Sadi Dal Rosso
Membro Externo – SOL/UNB

Prof^ª. Dr^ª. Camila Potyara Pereira
Membro Suplente – PPGPS/SER/UNB

Dedico este estudo à minha família, em especial, aos meus pais, *Orlando e Luzia*, meus maiores exemplos de determinação e perseverança na busca pelo conhecimento.

AGRADECIMENTOS

O mestrado surgiu na minha trajetória acadêmica como uma oportunidade de aprofundamento dos estudos iniciados na graduação em Serviço Social. Ainda não era um sonho, acabou se tornando um. Nesse desenrolar, descobri a paixão pelo estudo permanente, sua importância para a compreensão da realidade imposta e a necessidade de articulação entre teoria e prática. Não foi um processo fácil, mas desafiador. Muitas vezes o desânimo bateu e respirei fundo pensando nas possibilidades que o mestrado me proporcionou e iria proporcionar. Ao findar esse processo, não poderia deixar de agradecer as muitas pessoas que participaram direta ou indiretamente da realização desse projeto, seja com ensinamentos, com palavras, com conselhos, com abraços, enfim, de todas as formas. Todos os nomes não caberiam aqui, mas sinto-me no dever de citar alguns que, sem eles, com certeza, este trabalho não seria realizado.

Nesses pouco mais de dois anos de estudo na pós-graduação, a força espiritual foi fundamental para manter a mente saudável e otimista. Reconheço que Deus esteve comigo em todos os momentos, Senhor eu sou muito grata pelo presente que é a vida. Agradeço por todas as coisas que já me aconteceram, cada uma delas, ao seu modo, me fizeram chegar aonde eu cheguei e fizeram ser quem eu sou. Como também, compreendo que todas as pessoas que participaram desse momento foram colocadas no meu caminho por ti, algumas me inspiram, me desafiam, me ajudam e encorajam a ser cada dia melhor.

Sempre que olho para os meus pais, Orlando e Luzia, eu penso em tudo que poderia fazer para deixá-los felizes. E lembro-me da confiança depositada, em mim e no meu irmão, na esperança de ver os filhos formados construindo uma história diferente através dos estudos. A minha mãe, minha melhor amiga, confidente, carinhosa, dedicada, paciente, divide o dia nas inúmeras tarefas, e acorda no dia seguinte com a mesma energia repetindo tudo com amor. Ao meu pai que mesmo muito ocupado, nos enche de admiração por sua força nunca acabar e continuar perseguindo seus objetivos com muita força e determinação. Vocês me inspiram e encorajam! Também quero agradecer ao meu irmão, Lucas, pelo carinho e ajudas em tudo que remete à internet, instalação de programas e o incentivo sempre prestado. À minha cunhada, Rakeline, mesmo sem muito dizer senti seu apoio e carinho. Nesse intervalo soube da alegria da chegada de um sobrinho! Com muita felicidade, sei que todos vocês sempre torceram por mim, vocês são fundamentais. Muito obrigada! Amo vocês!

Desde as provas da seleção, meu noivo e companheiro, Hermano Luiz – esteve comigo me incentivando nesse e em todos os meus projetos. A você ainda coube a missão de me ouvir nos inúmeros questionamentos e confusões pessoais, me trazendo alento e amor. Quero lhe agradecer por ser uma pessoa compreensiva e querer sempre o nosso melhor. Que venhamos partilhar sonhos e felicidades por muitos anos! Sinto-me desafiada a ser alguém melhor para mim e para você, Te amo!

Agradeço também a minha amiga de graduação, de mestrado e de toda a vida, Renata, você foi uma das primeiras a me incentivar nessa empreitada em busca de ampliar nossos conhecimentos. A cada comemoração que fazíamos juntas após um resultado da seleção, era empolgante! Obrigada pela amizade.

Não poderia deixar de agradecer ao meu admirável orientador Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli, que desde a graduação tem sido gentil e paciente em todos os momentos. Você me incentivou, acreditou na minha proposta de pesquisa e me forneceu direcionamentos necessários e pertinentes. Parabéns a você pelo compromisso com a formação acadêmica e por tornar as orientações momentos leves de troca.

Nesse processo de pesquisa e de delimitação do enfoque do objeto de estudo, conheci uma pessoa querida, Alba, que me apresentou diversas pessoas engajadas e trabalhadoras da seguridade social, além de estudiosos sobre o campo da saúde do/a trabalhador/a. No decorrer das diversas confusões sobre a delimitação da pesquisa, da escrita até a finalização desta dissertação, eu e Alba fortalecemos nossa amizade e pude compartilhar da sua felicidade com a aprovação no mestrado deste ano. Quanta alegria! Sei o quanto você batalhou para esse momento, meus parabéns!

Outras duas pessoas queridas que surgiram no meu caminho foram a Olga Rios e o Geordeci Souza, eles trabalham diretamente com a política de saúde dos/as trabalhadores/as e me ajudaram a compreender o que ocorre para além das normativas. Agradeço por serem solícitos e sempre abertos ao diálogo.

Agradeço aos colegas de sala de aula, parceiros de caminhada, pela partilha alegre que nos fez continuar. Os debates travados nos ambientes externos à sala de aula nos fizeram estreitar os laços, desabafar as angústias e aliviar as tensões no decorrer dos dois anos. Obrigada por cada um na sua maneira, ter deixado sua marca nesse momento da minha vida. Que nunca venhamos esquecer o nosso compromisso com a classe trabalhadora.

Falando em compartilhar, agradeço imensamente ao grupo de estudos e pesquisas sobre Trabalho, Sociabilidade e Serviço Social – TRASSO, pelas trocas, aprendizado e conversas sem hora para terminar nos nossos encontros. Além dos conhecimentos trocados,

dividimos angústias, anseios e reflexões sobre os grandes pensadores contemporâneos e sobre a condição econômica, política e social do nosso país. Fico feliz pela oportunidade que tive de expor meus questionamentos sem ser recriminada e por ter a presença de vocês.

Devo também meus agradecimentos à equipe de docentes, discentes e funcionários do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília que me introduziram na trajetória acadêmica e profissional. Com relação aos funcionários, agradeço em especial a Domingas, pela gentileza que trata todos os alunos que ali se dirigem em busca de informações. E, também, aos professores do Programa de Pós-Graduação em Política Social pelos ensinamentos e debates em sala de aula.

Aos estimados professores que aceitaram o convite para participar fornecendo contribuições a este estudo, Prof^a. Dr^a. Andréia de Oliveira, Prof. Dr. Sadi Dal Rosso e Prof^a. Dr^a. Camila Potyara Pereira fica aqui meu agradecimento. Estou certa de que irão me proporcionar um rico aprendizado.

Gratidão a todos vocês!

“[...] O operário foi tomado
De uma súbita emoção
Ao constatar assombrado
Que tudo naquela mesa
- Garrafa, prato, facão -
Era ele quem os fazia
Ele, um humilde operário,
Um operário em construção.
Olhou em torno: gamela
Banco, enxerga, caldeirão
Vidro, parede, janela
Casa, cidade, nação!
Tudo, tudo o que existia
Era ele quem o fazia
Ele, um humilde operário
Um operário que sabia
Exercer a profissão.

Ah, homens de pensamento
Não sabereis nunca o quanto
Aquele humilde operário
Soube naquele momento!
Naquela casa vazia
Que ele mesmo levantara
Um mundo novo nascia
De que sequer suspeitava.
O operário emocionado
Olhou sua própria mão
Sua rude mão de operário
De operário em construção
E olhando bem para ela
Teve um segundo a impressão
De que não havia no mundo
Coisa que fosse mais bela[...].”

O Operário em Construção
Vinicius de Moraes

RESUMO

Esta dissertação investiga e elabora reflexões, no contexto de crise estrutural do capital, a respeito do debate político do campo da saúde do/a trabalhador/a. Busca-se analisar de que maneira este espaço contribui para a garantia da proteção social e do controle democrático das políticas sociais, em especial, na articulação com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. As alterações no mundo do trabalho, aliadas à ofensiva neoliberal e à desregulamentação trabalhista comprometem a organização da classe trabalhadora nos espaços de participação social devido à desconcentração do trabalho físico. No que interessa à proteção social, a conjuntura de destruição das legislações sociais protetoras do trabalho, ocasiona agravos à saúde da classe trabalhadora e visivelmente na exploração do trabalho no Brasil em todos os níveis. Esses são elementos que afetam a estrutura da classe trabalhadora, suas formas de organização, capacidade de intervenção e o acesso aos direitos sociais, refletindo nas condições de vida e trabalho. Como elemento agravante, a situação do Brasil no contexto de reforma do Estado – o que equivale dizer a defesa da transferência de atividades do setor público para o setor privado – favorece a constituição de um mercado para a satisfação das necessidades sociais, tanto no campo da saúde, como no da previdência social. Esses fatores cooperam no ofuscamento da disputa de interesses das classes sociais que são antagônicas e inconciliáveis entre si como a burguesia e o proletariado. Assim, a opção metodológica aqui utilizada decorreu do materialismo histórico dialético, que esclarece que as condições de vida e trabalho são expressões das condições materiais produzidas socialmente, ou seja, a saúde dos/as trabalhadores/as está conectada com a produção e reprodução da sociedade capitalista brasileira. Nesse sentido, a pesquisa possibilitou a análise dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a (1986, 1994, 2005, 2014), o que permitiu identificar as principais deliberações desses momentos, com enfoque naquelas relacionadas à temática proteção social e controle democrático e à sua concretização na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Conclui-se que as possibilidades de um efetivo sistema de proteção social e de controle democrático estão condicionadas ao fortalecimento da classe trabalhadora em oposição à política regressista e de retirada de direitos sociais estabelecidos no Estado capitalista. Tais enfrentamentos requerem ações no campo econômico, político, social e ideológico.

Palavras-chave: Trabalho. Saúde do Trabalhador. Proteção Social. Controle Democrático. Participação Social. Direitos Sociais.

ABSTRACT

This dissertation investigates and elaborates reflections, in the context of the capital's structural crisis, regarding the political debate in the health field of the worker. It seeks to analyze how this space contributes to the guarantee of social protection and democratic control of social policies, especially in articulation with the National Health Policy of Worker and Worker. Changes in the world of work, coupled with the neoliberal offensive and labor deregulation compromise the organization of the working class in the spaces of social participation due to the deconcentration of physical labor. Insofar as social protection is concerned, the situation of the destruction of social legislation that protects labor leads to an aggravation of the health of the working class and to the exploitation of labor in Brazil at all levels. These are elements that affect the structure of the working class, its forms of organization, capacity for intervention and access to social rights, reflecting on the conditions of life and work. As an aggravating factor, Brazil's situation in the context of State reform - which is to say the defense of the transfer of activities from the public sector to the private sector - favors the constitution of a market for the satisfaction of social needs, both in the field of Health care, as well as social security. These factors cooperate in the dazzling of the contest of interests of the social classes that are antagonistic and irreconcilable with each other as the bourgeoisie and the proletariat. Thus, the methodological option used here was derived from dialectical historical materialism, which clarifies that living and working conditions are expressions of the material conditions produced socially, that is, the health of workers is connected with the production and reproduction of society Capitalist. In this sense, the research also analyzed the final reports of the National Worker's Health Conferences (1986, 1994, 2005, 2014), which made it possible to identify the main deliberations of these moments, focusing on those related to social protection And democratic control and its implementation in the National Policy on Worker and Worker Health and on the National Policy on Safety and Health at Work. It is concluded that the possibilities of an effective system of social protection and democratic control are conditioned to the strengthening of the working class as opposed to the regressive politics and the withdrawal of social rights established in the capitalist state. Such confrontations require action in the economic, political, social and ideological fields.

Keywords: Work. Worker's health. Social Protection. Democratic Control. Social Participation. Social rights.

RÉSUMÉ

Cette thèse étudie et élabore des réflexions dans le contexte de crise structurelle du capital, sur le débat politique dans le domaine de la santé travailleur / a. L'objectif est d'analyser la façon dont ce domaine contribue à assurer la protection sociale et le contrôle démocratique des politiques sociales, en particulier en liaison avec la politique nationale de santé du travailleur et le travailleur. L'évolution du marché du travail, ainsi que la déréglementation offensive et la main-d'œuvre néo-libérale engagent l'organisation de la classe ouvrière dans les espaces de participation sociale en raison de la décentralisation du travail physique. En ce qui concerne la protection sociale, la destruction de la législation sociale de protection du travail de l'environnement, les causes des problèmes de santé de la classe ouvrière et visiblement sur l'exploitation du travail au Brésil à tous les niveaux. Ce sont des éléments qui affectent la structure de la classe ouvrière, leurs formes d'organisation, capacité d'intervention et de l'accès aux droits sociaux, reflétant les conditions de vie et de travail. Comme un facteur aggravant, la situation du Brésil dans l'état de contexte de la réforme - qui est-à-dire la défense des activités de transfert du secteur public au secteur privé - favorise la mise en place d'un marché pour la satisfaction des besoins sociaux, à la fois dans le domaine de la santé et la sécurité sociale. Ces facteurs coopèrent dans l'éblouissement du différend des intérêts des classes sociales qui sont antagonistes et inconciliables entre eux comme la bourgeoisie et le prolétariat. Ainsi, l'approche méthodologique utilisée ici résulte du matérialisme historique dialectique, qui stipule que les conditions de vie et de travail sont des expressions des conditions matérielles produites par la société, qui est, la santé des les travailleurs comme il est relié à la production et la reproduction de la société capitaliste brésilien. En ce sens, la recherche a également analysé les rapports finals des conférences nationales de santé travailleur / a (1986, 1994, 2005, 2014), ce qui a permis d'identifier les principales délibérations de ces moments, en se concentrant sur ceux qui sont liés au thème de la protection sociale et le contrôle démocratique et sa mise en œuvre dans la politique nationale de la santé au travail et le travailleur et la Santé nationale et la sécurité au travail politique. Il est conclu que les possibilités d'un système de protection sociale efficace et le contrôle démocratique sont soumis au renforcement de la classe ouvrière en opposition à la politique régressive et le retrait des droits sociaux établis dans l'Etat capitaliste. Ces confrontations nécessitent des actions dans le domaine économique, politique, social et idéologique.

Mots-clés: travail. La santé au travail. La protection sociale. Le contrôle démocratique. La participation sociale. Droits sociaux.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Concepções sobre a Saúde da Classe Trabalhadora.

QUADRO 2 – Informações Gerais das Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIST – Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNP – Conselho Nacional de Previdência
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CF/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DSS – Determinantes Sociais da Saúde
DREM – Desvinculação de Receitas dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios
DRU – Desvinculação das Receitas da União
EIR – Exército Industrial de Reserva
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MT – Medicina do Trabalho
OIT – Organização Internacional do Trabalho
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PLANSAT – Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PREVIC – Superintendência Nacional de Previdência Complementar
PST – Programa de Saúde do Trabalhador
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RGPS – Regime Geral de Previdência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
SO – Saúde Ocupacional
VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

Introdução.....	15
Percurso teórico-metodológico.....	18
CAPÍTULO 1 – Perspectivas no campo da saúde dos/as trabalhadores/as na realidade brasileira.....	22
1.1 Desdobramentos na relação entre proteção social, trabalho e saúde da classe trabalhadora no Brasil.....	23
1.1.1 Reconhecimento político da Questão Social e primeiras Legislações Sociais brasileiras.....	26
1.2 A Seguridade Social Brasileira: tendências recentes.....	36
1.3 Notas introdutórias sobre as Políticas de Saúde dos/as Trabalhadores/as: PNSST e PNSTT.....	46
CAPÍTULO 2 – Antecedentes sócio-históricos à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	52
2.1 Estado, Cultura política e processo de trabalho no Brasil: limites e desafios à Política de Saúde Brasileira.....	52
2.2 Breve histórico do campo da saúde do/a trabalhador/a no Brasil: medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do/a trabalhador/a.....	57
2.3 Os espaços de controle democrático na política de saúde e saúde dos/as trabalhadores/as.....	61
2.4 Vigilância em Saúde do/a Trabalhador/a	67
CAPÍTULO 3 – Os espaços de participação social na realidade brasileira no contexto da relação trabalho, saúde e doença.....	71
3.1 Precarização estrutural do trabalho: rebatimentos na organização da classe trabalhadora	71
3.2 As Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a: espaços de construção e contradição	75
3.3 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: avanços e desafios na sua materialização	89
CONCLUSÃO.....	94
REFERÊNCIAS.....	97

INTRODUÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado tem como objetivo apreender o debate político no campo da saúde do/a trabalhador/a e identificar em que medida este espaço contribui à garantia da proteção social e do controle democrático das políticas sociais, como desdobramento da relação trabalho-saúde-doença na sociedade brasileira.

No processo de reprodução ampliada do capital, há incessante procura por trabalho excedente, como uma característica da venda da força de trabalho¹ no capitalismo. A categoria trabalho adquire duplicidade de valor (valor de uso e valor de troca), e produz excedentes (mais-valia), possibilitando a exploração e a concentração de renda. A perda da saúde do trabalhador está relacionada à apropriação do capital sobre o trabalho e à vida do trabalhador (MENDES; WÜNSCH, 2011, p. 171). Torna-se emergente um controle social da exploração da força de trabalho, ou seja, um controle sobre o processo trabalhista e, sobre a produção e distribuição de riquezas, incluindo a redefinição da relação capital e trabalho.

As transformações ocorridas na sociedade e, em especial, no mundo do trabalho, ao longo das últimas décadas, sua reorganização, racionalização e intensificação no ritmo são algumas dessas características. Com base nas mudanças no mundo do trabalho na contemporaneidade, o trabalhador passa a contribuir com sua força física e intelectual, ou seja, surge uma exigência para além de ações técnicas e práticas, criando as “[...] condições necessárias para persuadir o trabalhador a dar o máximo de sua capacidade psicofísica” (MOTA; AMARAL, 1998, p. 31-32).

Os momentos que se seguiram nas décadas de 1970 e 1980 foram marcados pela reestruturação produtiva e por um reajustamento social e político. Em contraposição ao fordismo, a reestruturação da produção baseada na flexibilização dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e padrões de consumo, baseada na produção, conforme a demanda são características, do modelo toyotista (aplicado na fábrica de veículos automotivos da Toyota no Japão) (HARVEY, 1994).

A acumulação flexível altera as condições de trabalho, com contratos mais frágeis, uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado, retrocesso do poder sindical, e eleva a insatisfação quanto à cobertura do seguro, aos direitos de pensão, à média salarial e à segurança no emprego (HARVEY, 1994).

¹“Por força de trabalho, ou capacidade de trabalho, entendemos o complexo das capacidades físicas e mentais que existem na corporeidade, na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento sempre que produz valores de uso de qualquer tipo” (MARX, 2013, p. 242)

Além disso, a reestruturação produtiva “caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional” (HARVEY, 1994, p. 140). A adaptabilidade é a palavra que resume o novo mercado de trabalho. Nesse contexto, os mais atingidos, notadamente, são os trabalhadores assalariados.

Nesse caminho são criadas novas formas de mercantilização do trabalho, como desdobramentos da sua precarização e mecanismos de valorização do capital. São atitudes que influenciam diretamente no modo de vida da população, em suas famílias, no dispêndio de tempo de lazer e no acesso aos direitos vinculados ao trabalho formal, dentre outros, que agem diretamente na saúde dos/as trabalhadores/as.

Em meio a esse contexto, as políticas sociais no Estado capitalista encontram uma série de barreiras que impossibilitam sua execução. As relações desenvolvidas entre Estado, mercado e sociedade refletem interesses contraditórios e implicam forças desiguais, conforme o posicionamento econômico e político de cada agente envolvido. Behring e Boschetti (2006) esclarecem que a política social atende tanto aos interesses dos trabalhadores quanto aos interesses do capital.

Nesse desenrolar, o Estado transfere parte de suas atribuições econômicas e sociais às empresas e organizações comunitárias, permitindo substituir modelos universais por modelo de seguro privado, que não permitem a redistribuição e a solidariedade e tem por base a constituição do “cidadão-consumidor” (MOTA, 2015, p. 128), que encontra no mercado os meios para satisfação das necessidades sociais, tanto no campo da saúde, como no campo da previdência social.

Além disso, tem-se ainda a conjuntura de crise estrutural do capital e da investida neoliberal² no Estado brasileiro, especialmente após a Constituição Federal de 1988. Em que se averigua seu processo de reforma, e os rebatimentos da reestruturação técnico-produtiva, subsídios que acentuam a relação indissociável e conflituosa entre seguridade social (saúde, previdência e assistência social) e trabalho.

Como elemento agravante, há uma conjuntura de destruição das legislações sociais protetoras do trabalho, ocasionando em agravos na saúde dos trabalhadores e visivelmente na

²O neoliberalismo é caracterizado pela retomada de princípios liberais clássicos. Dentre suas principais ações, Perry Anderson, no estudo sobre o Balanço do Neoliberalismo (2003, p. 12), destacou exemplos de atitudes neoliberais que os governos Thatcher desempenharam: “[...] contraíram a emissão monetária, elevaram as taxas de juros, baixaram drasticamente os impostos sobre os rendimentos altos, aboliram controles sobre os fluxos financeiros, criaram níveis de desemprego massivos, aplastaram greves, impuseram uma nova legislação anti-sindical e cortaram gastos sociais”.

superexploração³ do trabalho no Brasil em todos os níveis. Assim, a proteção social⁴ é composta de múltiplas determinações, por vezes contraditórias e simultâneas decorrentes das necessidades do capital e do trabalho.

Questiona-se o fato de que as alterações no mundo do trabalho, aliadas à ofensiva neoliberal e à desregulamentação trabalhista, denominadas de reestruturação produtiva e acumulação flexível, transformam as condições de trabalho – com contratos mais frágeis e/ou uso do trabalho parcial, temporário ou subcontratado – e comprometem a organização da classe trabalhadora nos espaços de participação social devido à desconcentração do trabalho físico.

No que interessa à proteção social, a conjuntura de destruição das legislações sociais protetoras do trabalho causa agravos na saúde da classe trabalhadora e, visivelmente, na exploração do trabalho no Brasil. Estes são elementos que afetam a estrutura da classe trabalhadora, suas formas de organização, capacidade de intervenção e o acesso aos direitos sociais, refletindo nas condições de vida e trabalho.

A saúde do/a trabalhador/a⁵, enquanto campo da saúde pública, tem sido estudada a partir da compreensão do caráter histórico-social do processo saúde-doença, “[...] em que discute a limitação da concepção biológica da doença e a influência do caráter histórico e social no processo de adoecimento, através de dados de estudos realizados na América e na Europa” (ROCHA; DAVID, 2014; LAURELL, 1982). Essa perspectiva perpassa a determinação social da saúde, em contraposição aos determinantes sociais.

A identificação da necessidade e o levantamento de propostas referentes à criação de uma Política Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a ganharam dimensão desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, no Brasil, ano em que ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Esse momento subsidiou a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal, e, posteriormente, com sua promulgação em 1988, o fortalecimento da saúde no que refere à promoção, proteção e recuperação da mesma enquanto Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da substituição de matérias primas, de tecnologias e de processos organizacionais prejudiciais à saúde por substâncias, produtos e processos menos nocivos (BRASIL, 2012).

³³ Termo utilizado conforme a concepção de Marini (2000), que considera a intensificação do trabalho, a prolongação da jornada de trabalho e a expropriação de parte do trabalho necessário ao operário para repor sua força de trabalho, como elementos que contribuem para a maior exploração do trabalhador.

⁴ A proteção social na sociabilidade capitalista representa a satisfação das necessidades sociais da população resultante deste modelo de sociabilidade humana sob o respaldo do Estado, como representante das conquistas da classe operária que lhe assegura direitos sociais e condições para acessá-los (MENDES; WÜNSCH, 2009).

⁵O conceito de saúde do/a trabalhador/a está interligado à “[...] análise do processo de trabalho, a partir da concepção marxiana, e o trabalhador como ser social de intervenção desse processo em torno da luta pelo direito à saúde e condições de trabalho que não o agrida” (OLIVAR, 2010, p. 316).

A implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT, Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, contribuiu com a reestruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST e com a articulação entre as equipes técnicas dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, de modo que elas forneçam apoio sempre que necessário ao Sistema Único de Saúde – SUS e ao controle e à avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do/a trabalhador/a nas instituições e empresas públicas e privadas.

Percurso teórico-metodológico

As reflexões aqui apresentadas foram construídas partindo da compreensão de que o campo da saúde dos/as trabalhadores/as no Brasil é heterogêneo e complexo. Buscamos identificar as suas dimensões e a indissociabilidade entre os processos produtivos, a partir das categorias trabalho, proteção social e controle democrático, apontando os atores sociais envolvidos na construção e consolidação da Política Nacional Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT⁶, bem como, os desdobramentos desse processo como a Reforma Sanitária Brasileira e o reconhecimento de que no capitalismo “[...] as relações sociais de produção e reprodução da vida são permeadas e expressam as contradições inerentes aos projetos de classe em disputa, e que estas contradições, por sua vez, expressam-se em desiguais formas de viver, adoecer e morrer” (ROCHA; DAVID, 2014).

Partimos do pressuposto de que a análise da saúde dos/as trabalhadores/as está conectada com a produção e reprodução da sociedade capitalista brasileira. Nesse caminho, a heterogeneidade do campo da saúde dos trabalhadores foi analisada, tendo em vista o entendimento da contradição inerente ao modo de produção atual. Por um lado, o capital necessita da apropriação do trabalho excedente para sua continuidade e fortalecimento, com frequência ocorridos por meio da exploração e de péssimas condições de vida e trabalho. Por outro lado, o trabalhador necessita de proteção contra essa exploração e os abusos decorrentes do processo de trabalho. Ou seja, há um embate entre proteção ao trabalho e o andamento da acumulação capitalista que influenciam no modo como as políticas sociais são implementadas.

⁶Perpassando a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho de 2011.

Tendo esses elementos como balizadores desse processo, a pesquisa buscou alcançar os **seguintes objetivos:**

- 1) Compreender como as alterações no mundo do trabalho, aliadas à ofensiva neoliberal e à desregulamentação trabalhista, contribuem para os agravos à saúde e comprometem a organização da classe trabalhadora;
- 2) Localizar e investigar a articulação do campo da Saúde do/a Trabalhador/a com o sistema de proteção social brasileiro;
- 3) Identificar os espaços de participação social no campo da Saúde do/a Trabalhador/a e a existência do controle democrático;
- 4) Elencar os avanços e desafios da classe trabalhadora com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a partir das deliberações dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a;
- 5) Problematizar em que medida o debate político do campo da saúde do/a trabalhador contribui para a garantia da proteção social e do controle democrático das políticas sociais, considerando o conceito ampliado de saúde, em especial, na articulação com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

A investigação destes objetivos específicos foi realizada por meio da **pesquisa qualitativa**, pois, segundo Minayo (2001), ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado e que está disposto no universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

A **opção metodológica** decorreu do materialismo histórico dialético, tendo como pressuposta a ideia de que as condições de vida e trabalho são expressões das condições materiais produzidas socialmente, ou seja, são relações condicionadas pela produção (MARX; ENGELS, 2007). Foram tentativas sucessivas de desconstruir a adaptação com fenômenos imediatos de cada dia, pois são derivados de outros processos e correlacionados com o mediato, com o objetivo de dissolver “[...] as criações fetichizadas do mundo reificado e ideal”, como forma de apreender o movimento dialético, conforme análise de Kosik (1976).

Tal investigação foi realizada por meio da **revisão bibliográfica** da literatura que aborda o campo da saúde dos/as trabalhadores/as na realidade brasileira, identificando a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT, a particularidade do trabalho assalariado, o acesso ao sistema de proteção social e os espaços de

participação social e controle democrático no contexto da relação trabalho-saúde-doença no país.

As **análises documentais dos relatórios finais** das Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a – CNST (1986, 1994, 2005, 2014), que são consideradas desdobramentos das pré-conferências estaduais⁷, nas quais, além da discussão da questão central saúde/trabalho e seus desdobramentos, resultam discussões dos problemas locais e regionais, que são encaminhadas para a reunião nacional, propiciaram a identificação do controle democrático neste campo e, de modo semelhante, relacionar as deliberações e propostas com a sua concretização na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST e na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da trabalhadora – PNSTT.

Considerando a intersetorialidade, o caráter interministerial e transversal das ações desenvolvidas neste campo, foram realizadas **visitas e reuniões** com representantes do Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério da Previdência Social e da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador – CGST/MS, com o interesse de buscar aproximação da temática e compreender suas articulações.

Além do mais, visando articular a pesquisa desencadeada com os debates que vêm sendo travados a nível nacional, foram realizadas **observações participantes** no momento do VI Encontro Nacional da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, realizado em Brasília – DF nos dias 1 e 2 de julho de 2015; e do IX Seminário de Saúde do Trabalhador⁸ de Franca, com o tema “Terceirização, Precarização e Agravos à Saúde dos Trabalhadores”, além do VIII Seminário “O Trabalho em Debate”, estes últimos ocorreram de modo concomitante na Universidade Estadual Paulista Campus Franca – SP, no período de 21 a 24 de setembro de 2015, tendo como eixo principal de análise a questão da terceirização e precarização do trabalho em tempos de globalização do capital, com destaque às consequências para a saúde dos trabalhadores no Brasil.

Diante do exposto, **o capítulo 1** apresenta perspectivas no campo da saúde dos/ as trabalhadores/as na realidade brasileira por meio da análise da relação entre proteção social, trabalho e saúde da classe trabalhadora no país, como desdobramento do reconhecimento político da questão social e das primeiras legislações sociais, além das tendências recentes da seguridade social brasileira e das notas introdutórias referentes às Políticas de Saúde dos/as Trabalhadores/as.

⁷ Nesses momentos de troca, são escolhidos os delegados como representantes dos atores sociais de cada um dos estados em que se realizam.

⁸ Maiores informações disponíveis em: <<http://www.seminariosaudetrabalhador.com.br>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2017.

Em seguida, **no capítulo 2**, busca-se aprofundar a temática retomando os antecedentes sócio-históricos à implantação e implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Assim, observa-se que o enfoque estará nos elementos constituintes desta Política, perpassando a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

Por fim, **no capítulo 3** são apresentados e discutidos os espaços de participação social na realidade brasileira, no contexto da relação trabalho-saúde-doença. O que pressupõe articular, com os rebatimentos da precarização estrutural do trabalho para a organização da classe trabalhadora, os espaços de construção e contradição, que são as Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a, e os avanços e desafios para a materialização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Assim, foram analisados os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a – CNST realizadas entre 1986 a 2014.

CAPÍTULO 1 – Perspectivas no campo da saúde dos/as trabalhadores/as na realidade brasileira

A saúde do/a trabalhador/a constitui-se espécie do gênero saúde, entendimento construído e reconstruído historicamente⁹. Do mesmo modo, evidencia-se a relação do Estado com a sociedade civil¹⁰ frente ao processo de acumulação e de valorização do capital a partir das relações sociais de produção, na tentativa de minimizar os conflitos entre capital e trabalho por meio das políticas públicas e sociais, ofertando provisões contra os riscos sociais¹¹.

Assim, a partir da compreensão de que a Política de Saúde dos/as Trabalhadores/as é complexa e heterogênea, a tentativa será de analisá-la, buscando a multiplicidade dos aspectos envolvidos, a partir dos seus determinantes¹² históricos, econômicos, políticos e sociais. De acordo com Faleiros (1992), essas relações refletem interesses contraditórios e implicam forças desiguais, conforme o posicionamento econômico e político de cada agente envolvido.

Sabe-se que a política social atende tanto aos interesses dos trabalhadores quanto aos interesses do capital (BEHRING; BOSCHETTI, 2006; PEREIRA-PEREIRA, 2008). Desse modo, deve-se buscar decompor a realidade imediata e entender os movimentos que levaram à sua instituição enquanto política. Nesse percurso, a categoria “mediação”, por sua dimensão reflexiva, será utilizada com o objetivo de transcender a aparência e alcançar a essência através do conhecimento crítico do real.

Neste primeiro capítulo, o percurso será desenvolvido por meio da identificação da inserção do campo Saúde do/a Trabalhador/a na realidade brasileira. Processo este correlacionado à construção do sistema de proteção social no país, ao entendimento do conceito ampliado de saúde, às influências do movimento sanitário, à participação social e do movimento sindical, à oferta de serviços à sociedade e à identificação da situação atual da legislação social pertinente ao tema.

⁹ “[...] vem ganhando maior visibilidade e repercussão na atualidade, frente a dois fenômenos contemporâneos: o crescimento das doenças relacionadas ao trabalho e a intensificação do trabalho como fator desencadeador do adoecimento” (MENDES; WÜNSCH, 2011b).

¹⁰ “Na visão de Gramsci, ‘sociedade civil’ é uma arena privilegiada da luta de classe, uma esfera do ser social onde se dá uma intensa luta pela hegemonia; e, precisamente por isso, ela não é o ‘outro’ do Estado, mas – juntamente com a ‘sociedade política’ ou o ‘Estado-coerção’ – um dos seus inelimináveis momentos constitutivos” (COUTINHO, 2000).

¹¹ Os riscos sociais são compostos por condições que impossibilitam a inserção no mercado de trabalho e colocam em risco a reprodução dessa força de trabalho, absolutamente necessária à produção e reprodução do capital. Como a velhice, a invalidez, desemprego ou doença. (SALVADOR; BOSCHETTI, 2003, p. 99-100).

¹² Os determinantes se contrapõem às causas, pois referem-se aos determinantes sociais do processo saúde/doença, permitem superar os modelos multicausais, ao introduzir a noção de determinações contraditórias e simultâneas decorrentes de necessidades do capital e do trabalho (TEIXEIRA, 2006).

1.1 Desdobramentos na relação entre proteção social, trabalho e saúde da classe trabalhadora no Brasil

A proteção social visa amparar o conjunto ou parte de uma população, de maneira institucionalizada ou não, e entender suas particularidades e contexto histórico, social e cultural, resumindo-se em ações desenvolvidas em decorrência de:

Certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações. Incluo neste conceito, também as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto de bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas, na vida social. Incluo, ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades. (DI GIOVANNI, 1998, p. 10).

Segundo, Boschetti (2012), a concepção de um sistema de proteção social,

[...] não é somente a justaposição de programas e políticas sociais, nem tampouco se restringe a uma política social, o que significa dizer que as políticas sociais não constituem, em si mesmas, um sistema de proteção social. O que o configura é o conjunto organizado, coerente, sistemático e planejado de políticas sociais que garantem a proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços sociais, nas áreas de emprego, saúde, previdência, habitação, assistência, educação. A composição dos sistemas de proteção social varia de um país para outro, mas a seguridade social (previdência, saúde, assistência social) constitui o núcleo duro em praticamente todas as nações (p. 756).

Esse entendimento perpassa espaços comuns pelos quais toda a população de uma sociedade está sujeita a passar e, assim, delimita o campo da proteção social como condição para sobrevivência e integração da vida em sociedade; entendimento que não se restringe ao reestabelecimento da renda perdida pelos trabalhadores em face do desemprego e/ou incapacidade temporária ou permanente para o trabalho (SILVA, 2012, p. 69), mas o ultrapassa, considerando outros aspectos constituintes da vida social.

Como decorrência da atividade laborativa, a renda adquirida pelo trabalho assalariado, por sua vez, decorre da duplicidade de valor (valor de uso e valor de troca)¹³ que a força de trabalho adquire no capitalismo. Isto explica o porquê da força de trabalho ser considerada uma mercadoria especial no mercado, pois, além de fonte de valor, ela cria valor.

De fato, no modo de produção capitalista, segundo Marx (2013), a jornada de trabalho é composta pelo tempo de trabalho necessário à produção e reprodução da força de trabalho

¹³ “A utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso. [...] No valor de uso de toda mercadoria reside uma determinada atividade produtiva adequada a um fim, ou trabalho útil. [...] Como criador de valores de uso, como trabalho útil, o trabalho é, assim, uma condição de existência do homem, independente de todas as formas sociais, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana” (MARX, 2013). O valor de troca, no entanto, “[...] aparece inicialmente como a relação quantitativa, a proporção na qual valores de uso de um tipo são trocados por valores de uso de outro tipo, uma relação que se altera constantemente no tempo e no espaço” (MARX, 2013, p. 114).

(tempo que determina o valor do salário) e por outra jornada correspondente ao trabalho excedente (trabalho não pago, mas apropriado pelo capitalista). Este trabalho não pago, além de contribuir para a valorização do capital, também possibilita a apropriação individualizada do excedente do valor do produto em relação ao valor dos elementos necessários à sua realização – força de trabalho e meios de produção, processo intitulado de mais-valia (relativa ou absoluta)¹⁴. O não investimento em proteção social à população impossibilita essa valorização do capital, bem como, a acumulação, centralização e concentração de capitais.

Em outras palavras, a proteção social na sociabilidade capitalista representa a satisfação das necessidades sociais da população, resultante deste modelo de sociabilidade humana, sob o respaldo do Estado, como representante das conquistas da classe operária, que lhe assegura direitos sociais e condições para acessá-los (MENDES; WÜNSCH, 2009).

Di Giovanni (1998) compreende que os critérios para alocação de recursos, tendo em vista a garantia de proteção social, seguem basicamente três modalidades: a tradição (conjunto de valores como caridade e fraternidade), a troca (conjunto de práticas econômicas pessoais e de mercado) e a autoridade (modalidade política que tem no Estado a função de gerenciar, refletir e produzir relações).

O Estado brasileiro, como será observado, tem seu sistema de proteção social baseado na autoridade – modalidade política que tem no Estado a função de gerenciar, refletir e produzir relações. Nesse caminho, o Estado desempenha, na sociedade capitalista, a função de regulador dessa dicotomia, através das políticas públicas e sociais, ofertando provisões contra os riscos sociais. Assim, a proteção social é composta de múltiplas determinações, por vezes contraditórias e simultâneas decorrentes das necessidades do capital e do trabalho.

Dessa forma, a construção do sistema de proteção social brasileiro não poderia desvincular-se da construção histórica do trabalho assalariado¹⁵, elemento central na relação entre Estado e Sociedade (MOTA, 2015), visto que as mudanças no processo e na forma de trabalho influenciam as transformações nos modos de vida da população.

Segundo Mattos (2009), a formação da classe trabalhadora no Brasil só pode ser compreendida

¹⁴ A forma como a produção da mais-valia ocorre pode ser classificada quanto à extensão da jornada de trabalho (mais-valia absoluta), ou ao modo que insere métodos de intensificação do trabalho, revolucionando os processos técnicos do trabalho e os agrupamentos sociais (mais-valia relativa) (MARX, 2013, p. 578).

¹⁵ O trabalho assalariado, enquanto, força de trabalho em troca de salário, está relacionado à expropriação dos trabalhadores de suas terras, forçados a venderem sua força de trabalho, tendo sua origem na Inglaterra e se espalhando para todos os países que elegeram o sistema capitalista como modelo de produção. O mercado de trabalho, por sua vez, é uma divisão especial do mercado de mercadorias. Este vai incluir todos os que vendem ou estejam dispostos a vender sua força de trabalho em troca de salário ou remuneração (SALVADOR; BOSCHETTI, 2003).

[...] a partir das condições objetivas (independentes da vontade dos homens) que, desde o surgimento da propriedade privada (e do Estado), opõem, no processo da produção, os produtores diretos, àqueles que, detendo os meios de produção (terras, ferramentas, máquinas, oficinas, fábricas, empresas), exploram os que nada possuem, por isso têm de trabalhar para outros de forma a garantir sua sobrevivência (p. 16).

Portanto, as condições objetivas também estão relacionadas à construção da consciência de classe, e esta, por sua vez, trata-se do reconhecimento de pertencimento a determinado segmento social e, da consciência de identidade entre seus interesses, muitas vezes resultado da experiência comum da exploração a que estão submetidos.

Constata-se que a formação do trabalho assalariado no Brasil está relacionada ao seu processo de colonização e povoamento. A princípio, três etnias predominavam no país que surgia: branco europeu, negro africano e indígena. Nesse processo, a escravidão marcou por quase quatro séculos a sociedade brasileira, que contou com diversas lutas de classes entre os trabalhadores escravizados e seus senhores. Após esse período, aproximadamente nos últimos dez anos do século XIX, ampliou-se o número de estrangeiros imigrantes, como italianos, espanhóis, japoneses e outros.

Mattos (2009) verificou também que, até meados de 1850, o trabalho escravizado dominava não apenas o cenário dos grandes latifúndios monocultores, voltados para a agricultura de exportação, mas também as principais cidades do país. Eles estavam inseridos nos portos, transportes terrestres, comércio urbano e fábricas.

Relevante destacar que a repressão ao tráfico negreiro ocorreu no país em 1850, com a Lei Eusébio de Queiroz¹⁶, mas desde 1830 as autoridades coíbiam e reprimiam a entrada de novos africanos trazidos pelo tráfico. Mesmo assim, segundo dados de Mattos (2009), em 1849 o Rio de Janeiro possuía uma população de 266.466 pessoas, sendo 155.854 livres (ou ex-escravizadas) e 110.602 escravizadas. E em 1872 – pós-repressão ao tráfico negreiro – quase 20% da população da capital do Império era composta de trabalhadores escravizados. Nesse desenrolar, trabalhadores escravizados e livres conviviam e compartilhavam espaços de trabalho, moradia e até de luta.

No processo de construção do trabalho livre no Brasil, várias estratégias foram realizadas para fortalecer a abolição do trabalho escravizado¹⁷ e melhorar as condições dos trabalhadores livres. Eram elas: o jornal carioca *O Abolicionista* (1880-1881); o Círculo

¹⁶Por meio desta lei, o tráfico de escravos ficou proibido para o Brasil. O nome da lei é uma referência ao seu autor, o senador e então ministro da Justiça do Brasil Eusébio de Queirós Coutinho Matoso da Câmara.

¹⁷Como alternativa progressiva até a abolição total da escravidão, em 1888, por meio da Lei Áurea, a Lei do Ventre Livre foi uma lei abolicionista, que considerava livre todos os filhos de mulheres escravas nascidos a partir da data da lei (28 de setembro de 1871). Além desta, a Lei dos Sexagenários, concedia liberdade aos escravos com mais de 60 anos de idade, também a partir da data da lei (28 de setembro de 1885).

Operário Italiano, que promoveu espetáculos em 1881 com o objetivo de arrecadar fundos para comprar liberdade de trabalhadores escravizados; o Clube Abolicionista Gutemberg, criado em 1880 pelos tipógrafos do Rio de Janeiro, que se encarregou de comprar alforrias e instaurou uma escola noturna e gratuita; além de milhares de alternativas para fortalecer esses trabalhadores (MATTOS, 2009). Até que, em 13 de maio de 1888, foi sancionada a Lei Áurea, que aboliu a escravidão no Brasil. Apesar disso, ainda hoje, há formas de trabalho semelhantes à escravidão.

As mobilizações e lutas não eram apoiadas pelas autoridades, como era de se esperar. Restou a clandestinidade das organizações que buscavam se libertar. Apenas em 1920 começaram a surgir os primeiros sindicatos dos trabalhadores do porto, como a União dos Estivadores ou a Sociedade de Resistência dos Trabalhadores em Trapiches de Café (MATTOS, 2009).

É notório que boas condições de vida e trabalho também favorecem os aspectos de produtividade, sendo um fator que não deveria ser objeto de barganha entre trabalhadores e empresários. Porém, a utilização do recurso da greve ocorreu para a conquista de salário e condições de trabalho dignas. Segundo Mattos (2009, p. 30), “os trabalhadores escravizados e livres partilhavam formas de organização e de luta, gerando valores e expectativas comuns, que acabariam tendo uma importância central para momentos posteriores do processo de formação da classe”.

Nota-se que a classe trabalhadora brasileira se formou ainda na vigência do período de escravidão e acabou influenciando os anos posteriores. Os espaços de produção e reprodução social influenciaram a construção do sistema de proteção social brasileiro, que se consolidou através do avanço dos direitos sociais.

1.1.1 Reconhecimento político da questão social e primeiras Legislações sociais brasileiras

A particularidade da questão social no Brasil está relacionada, dentre outros fatores, à formação do capitalismo no país, à dominação burguesa, ao mercado de trabalho assalariado em desenvolvimento e ao processo de industrialização direcionado à exportação.

De início, a questão social está intrinsecamente relacionada à crítica da economia política marxiana, em que a Lei Geral da Acumulação Capitalista¹⁸ fornece elementos para compreensão da lógica de concentração de riquezas no capitalismo e no aumento do pauperismo existente.

No processo de reprodução ampliada do capital, há incessante busca por trabalho excedente, como uma característica da venda da força de trabalho no capitalismo. A categoria trabalho adquire duplicidade de valor (valor de uso e valor de troca), e produz excedentes (mais-valia), possibilitando a exploração e a concentração de renda. Torna-se emergente um controle social da exploração da força de trabalho, ou seja, um controle sobre o processo trabalhista, a produção e a distribuição de riquezas, incluindo a redefinição da relação capital e trabalho. Nota-se que a questão social tem relação direta com as contradições da relação capital/trabalho.

Iamamoto e Carvalho (2006, p. 125) concordam que o surgimento da questão social diz respeito diretamente à generalização do trabalho livre, numa sociedade em que a escravidão marca profundamente seu passado. De fato, se o crescimento do trabalho livre não acompanhava o mesmo ritmo das condições necessárias de existência e de trabalho, como consequência, não favorecia a saúde e a qualidade de vida da população, mesmo com a legislação existente, contribuindo para o início da questão social brasileira.

Nesse sentido, a legislação social se desenvolve devido à pressão dos movimentos sociais, que expunham para a sociedade as terríveis condições de existência do proletariado. A partir da formação da classe operária e de sua entrada no cenário político, da necessidade de seu reconhecimento pelo Estado e, portanto, da implementação de políticas que, de alguma forma, levam em consideração seus interesses, a questão social é reconhecida (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006).

Ademais,

a nova dualidade que assume a questão social nos grandes centros urbano-industriais deriva, assim, do crescimento numérico do proletariado, da solidificação dos laços de solidariedade política e ideológica que perpassam seu conjunto, base para a construção e para a *possibilidade* objetiva e subjetiva de um projeto alternativo à dominação burguesa (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 127, grifos dos autores).

¹⁸Como explanado por Marx (2013), a Lei Geral da Acumulação Capitalista explica o processo de concentração, centralização e acumulação de capitais, apropriado por uma minoria, concomitante a um processo de empobrecimento de outra parcela da população. Processo este intimamente relacionado com a apropriação da mais-valia relativa e absoluta através do trabalho. Assim, o objetivo da produção no capitalismo está na obtenção constante de lucro e não na satisfação das necessidades sociais.

As indústrias no Brasil se desenvolveram a partir das mudanças nas relações de trabalho, com a expansão do trabalho remunerado, após a abolição do tráfico negro, e do trabalho escravizado, resultando no aumento do consumo e no ingresso de imigrantes estrangeiros, como italianos, espanhóis, alemães, japoneses, dentre outros, no país. Estes integraram a mão de obra, além de contribuírem para o povoamento do país. Em 1907, o Rio de Janeiro já contava com 662 empresas e São Paulo, com 326 (MATTOS, 2009).

O operariado industrial era formado majoritariamente por imigrantes que “amontoavam-se em bairros insalubres junto às aglomerações industriais, em casas infectadas, sendo muito frequente a carência – ou mesmo falta absoluta – de água, esgoto e luz” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 129). Devido ao grande contingente populacional de desempregados – exército industrial de reserva¹⁹ – os salários eram pressionados para baixo sendo necessária a inserção de todos da família, inclusive mulheres e crianças, no mercado de trabalho.

Interessante destacar que a inserção dos maquinários também é considerada estratégia do capital para valorizar-se, uma vez que substitui mão de obra por máquinas e, como se não bastasse, quem permanece trabalhando é mais explorado na intensidade de horas trabalhadas para além do tempo de trabalho socialmente necessário para produzir os bens e serviços necessários à vida. Uma parte da população continua empregada de maneira degradante enquanto a outra parte encontra-se em situação de desemprego.

Desse modo, Santos (2012) alerta para a possibilidade de o progresso tecnológico beneficiar a todos que permanecem trabalhando, porém deveria haver a redução da jornada de trabalho. Momentos como esses agravaram a questão social e as condições de saúde da população – muitas vezes relacionada ao ambiente, à organização social e ao meio de produção.

Retoma-se, então, que, no momento de inserção de mulheres e crianças nas indústrias, os direitos trabalhistas eram praticamente inexistentes. Não havia direito a férias, descanso semanal remunerado, licença para tratamento de doenças ou qualquer espécie de seguro, nem garantia empregatícia ou contrato coletivo. A situação era de exploração e degradação do humano às custas do capital. Assim, as relações trabalhistas eram regidas pelo Código Civil (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006).

¹⁹Exército industrial de reserva – EIR é um conceito desenvolvido por Marx (2013), que consiste na grande massa de desempregados. O autor justifica a condição de desemprego como favorável ao movimento do capital, porque o sistema capitalista necessita de um amplo contingente de desempregados que possibilita aos patrões reduzir os salários dos empregados por conta da concorrência no mercado de trabalho.

No campo político, a escolha dos representantes do país não era realizada pelos analfabetos, pelas mulheres ou por menores de 21 anos, ou seja, pouquíssimos eram os eleitores. Segundo Mattos (2009, p.45), “somente no Rio de Janeiro, entre 1880 e 1904, pelo menos cinco grandes revoltas urbanas foram registradas, com a população promovendo quebra-quebras e envolvendo-se em choques com a polícia”, a exemplo da Revolta da Vacina (1904), contra a vacinação obrigatória, considerada abusiva.

Ainda segundo Yamamoto e Carvalho (2006), alguns avanços foram alcançados em 1891, 1911 e 1917, com alguns tímidos decretos – em nível federal e estadual – que procuravam regulamentar questões relativas à situação sanitária das empresas industriais, assim como o trabalho de menores e mulheres. Somente em 1919, em decorrência do fortalecimento do movimento operário, foi estabelecida a primeira medida ampla de legislação social – Lei de Acidentes de Trabalho de 15/01/1919²⁰ – que responsabilizava as empresas industriais pelos acidentes de trabalho.

Ainda em 1919, o Brasil participa oficialmente na Organização Internacional do Trabalho, onde se torna signatário dos seus convênios, que se convertem em leis nas décadas seguintes.

Em 1925 é criado o Conselho Nacional do Trabalho e, em 1926, a ortodoxia liberal da primeira Constituição republicana é parcialmente rompida. Por meio de Emenda Constitucional a legislação do trabalho passa à alçada do Congresso Nacional, abrindo-se o caminho à intervenção do Estado na regulamentação do mercado de trabalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 132).

O processo de industrialização brasileiro alterou a estrutura de classes, a configuração do Estado e do sistema econômico do país. A economia brasileira passa da predominância da agroexportação para a industrialização. E, nesse desenrolar, os trabalhadores e os movimentos sindicais uniram-se em favor de melhores salários, jornadas de trabalho reduzidas (para 8 horas), acesso à saúde pública e universal, dentre outros direitos sociais.

Vários acontecimentos somaram esforços para que o Estado brasileiro garantisse direitos aos trabalhadores, como a ampliação da intervenção estatal pós-segunda guerra e pós- crise econômica internacional do sistema capitalista de 1929.

Na década de 1930, o governo de Getúlio Vargas (1930-1945) buscou minimizar os conflitos sociais, tanto com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, pelo Decreto n. 19.667, como pela criação da Carteira de Trabalho – Decreto n. 21.175 –

²⁰ “Essa Lei de 15/01/1919 beneficiava exclusivamente o ‘operário’ e obrigava o ‘patrão’ a pagar a indenização de acidente conforme a sua gravidade. Em caso de incapacidade total e permanente, ou morte, esta indenização correspondia a três anos de salário da vítima. Todas as despesas corriam por conta do ‘patrão’, incluindo as médico-hospitalares e farmacêuticas” (RIBEIRO; LACAZ, 1984, p. 25).

obrigatória para os trabalhadores urbanos (SANTOS, 1987, p. 27). Dessa maneira, o governo controlava as greves e os movimentos operários.

Salvador e Boschetti (2003) reforçam essas ideias:

Entre o segundo pós-guerra e o fim dos anos 1970, generalizaram-se os empregos assalariados regulares e regulamentados, bem como foram integrados nacionalmente os distintos mercados de trabalho regionais. Para os trabalhadores brasileiros, o registro do vínculo empregatício em carteira de trabalho significou, historicamente – e continua significando – um reconhecimento de cidadania, pois garante acesso a um determinado padrão de proteção social, particularmente a Previdência Social (p. 97).

Neste intervalo temporal, o Estado brasileiro definiu as regras mínimas de relacionamento entre capital e trabalho com a jornada de trabalho, aposentadoria, etc. A partir de 1943, as normas que regem o mercado de trabalho brasileiro, foram instituídas na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (DIEESE, 1994 apud SALVADOR; BOSCHETT, 2003, p. 98).

Segundo Coutinho (1992),

[...] todos sabem que o início da política social sistemática através do Estado é feita depois de 1930, particularmente no Estado Novo, com a CLT, com várias Leis Trabalhistas que são ‘concedidas’, mas o são, na realidade de tal maneira que corresponde às demandas da classe trabalhadora, mas ao mesmo tempo são instrumentos de quebrar com a autonomia da classe trabalhadora e de incorporá-la, através dos sindicatos corporativos (os que existiam) ao aparelho de Estado. Quer dizer transformar os sindicatos, não em organismos da sociedade civil, mas em aparelhos diretamente ligados ao Estado (p. 117).

Os direitos implementados neste período receberam um viés de concessão e não de direito, além de estarem vinculados à condição de trabalhador assalariado, como já estava, por exemplo, desde a instituição da Lei Eloy Chaves (decreto legislativo 4.682, de 24 de janeiro de 1923), considerada marco da Previdência Social no país, onde trabalhadores rurais, empregadas domésticas, autônomos e idosos estavam excluídos do Sistema de Proteção Social.

Segundo Paim (2009, p. 22), isto ocorre porque esse sistema foi baseado no *seguro social*²¹ com as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, em 1930. Os trabalhadores vinculados a essas caixas passavam a ter acesso a alguma assistência médica. O restante da população contava com a filantropia ou pagava por serviços médicos particulares. Em 1966, todos os institutos foram unificados (com exceção dos servidores do Estado – Ipase) no Instituto Nacional de

²¹ Este modelo foi inspirado na Lei do Seguro Doença, criada na Alemanha por Otto Von Bismarck (1883). Desde então, o Estado se viu obrigado a prestar proteção aos trabalhadores. A Alemanha instituiu, em 1889, o seguro contra a invalidez e a velhice.

Previdência Social – INPS²². O modelo de *seguridade social*²³, hoje em vigor, foi implementado com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e indica a ideia de superação do seguro social, baseada agora na solidariedade.

Tem-se outro fato que requer atenção. Para Nunes e Rocha (1993), Getúlio Vargas fomentou o desenvolvimento das políticas sociais e previdenciárias, sendo que estas últimas financiaram as indústrias nacionais siderúrgicas e de celulose, a energia elétrica e o crédito agrícola, áreas consideradas estratégicas da economia do período. Ou seja, tais políticas sociais serviram como capitalização de recursos para investimento na produção de mais capitais.

No que tange à saúde, Paim (2009) afirma que o sistema público de saúde no Brasil nasceu em decorrência da *saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho*. Nesse momento, a saúde do/a trabalhador/a ainda não estava em evidência. Segundo o autor, esse campo desenvolveu-se a partir de 1930, com a criação do Ministério do Trabalho. Já o Ministério da Saúde foi instituído em 1953, redirecionando as campanhas para serviços especializados e centralizados.

Esse tipo de *saúde pública* não tinha qualquer integração com a *medicina previdenciária* implantada nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), nem com a *saúde do trabalhador*. Separava, artificialmente, a prevenção e a cura (tratamento), a assistência individual e a atenção coletiva, a promoção e a proteção em relação à recuperação e à reabilitação da saúde (PAIM, 2009, p. 31).

Nesse processo, o mercado de trabalho brasileiro – espaço onde o trabalho assalariado se insere, juntamente com a industrialização e a urbanização, contribuiu para a inversão da estrutura ocupacional entre campo e cidade. Os empregos no campo foram substituídos progressivamente pelo trabalho urbano, no período de 1940 a 1980 (SALVADOR; BOSCHETTI, 2003, p. 98).

Em meados dos anos 1970 e 1980,

A industrialização brasileira não foi suficiente para assegurar emprego para todos e nem para instituir uma ‘sociedade salarial’, permanecendo importantes taxas de desemprego, agravadas, ainda, por uma característica própria das economias latino-americanas – a subutilização da força de trabalho, destacando-se a perpetuação e a reprodução de ocupações precárias (SALVADOR; BOSCHETTI, 2003, p. 98).

²² “Com recursos oriundos dos institutos, foram construídas a Siderúrgica Nacional na ditadura Vargas; a ponte Rio-Niterói, a Transamazônica e a Usina de Itaipu no período Militar; e nos momentos de democracia os recursos da previdência foram utilizados na construção de Brasília (tempos de JK), e no pagamento da dívida aos bancos (governos FHC e Lula)” (PAIM, 2009, p. 34).

²³ O termo seguridade social está relacionado ao Relatório/Plano Beveridge (1942), construído por William Henry Beveridge – economista britânico. Esta data correlaciona-se ao período da segunda guerra mundial e o economista impôs a todas as categorias de trabalhadores, a contribuição pecuniária compulsória, a fim de angariar recursos para promover o financiamento da seguridade social. Por isso, até os dias atuais é um modelo baseado na solidariedade social.

Essa deficiência na formação do trabalho assalariado na particularidade brasileira prejudica o acesso aos direitos sociais vinculados à condição salarial, sendo reflexo de uma substancial ligação entre proteção social e trabalho, conforme aponta Castel (1998):

[...] a seguridade e trabalho vão tornar-se substancialmente ligados porque, numa sociedade que se reorganiza em torno da condição de assalariado, é o estatuto conferido ao trabalho que produz o homólogo moderno das proteções tradicionalmente asseguradas pela propriedade (p. 387).

No que tange aos sistemas de saúde, de um modo geral, seguem o modelo de proteção social adotado pelos seus países. De acordo com Paim (2009) e Fleury (2009), três merecem destaque: *a seguridade social, o seguro social e a assistência*. Estes modelos correlacionam-se ao tipo de vínculo que o Estado mantém, tanto com a economia, quanto com as classes sociais, através das instituições.

As diferenças entre seguro e seguridade social podem ser observadas no acesso à saúde, por exemplo. No caso da seguridade social, o direito à saúde está vinculado à condição de cidadania e ao financiamento por toda a sociedade, através dos impostos e das contribuições. Esse modelo também busca romper com a noção de cobertura restrita a setores inseridos no mercado de trabalho formal e dilata os vínculos entre contribuições e benefícios, contribuindo para uma política mais solidária e redistributiva (FLEURY, 2009).

No modelo de seguro social, por sua vez, controlado pelo Estado, os serviços são garantidos para aqueles que contribuem com a previdência social, exercendo uma relação contratual. Os benefícios são condicionados às contribuições e à filiação (PAIM, 2009; FLEURY, 2009). Essa relação assemelha-se à condição de *cidadania regulada* (SANTOS, 1979), em que o acesso aos direitos sociais está condicionado à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva.

E, por último, o sistema baseado na assistência proporciona atendimento apenas para quem comprovar a condição de pobreza. Essa particularidade também se reflete no acesso aos bens e serviços ofertados no mercado, bem como, no acesso ao direito à saúde, que passa a ser ofertada com base na associação entre trabalho voluntário e políticas públicas. Os Estados Unidos adotam esse modelo de proteção social e cerca de 47 milhões de americanos estão excluídos do sistema de saúde (PAIM, 2009, p. 19).

Tendo em vista a conjuntura nacional e internacional apresentada, o sistema de saúde brasileiro, até a década de 1970, excluiu milhões de pessoas da atenção à saúde, oferecendo a elas serviços de péssima qualidade. Paim (2009) aponta que um estudo censurado pela ditadura militar durante a V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, indicava, só na área federal, 71 órgãos desenvolvendo ações de saúde. Segundo este estudo, o sistema de saúde

daquela época era definido por seis características: insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado; insuficiente; ineficaz. Paim (2009) inclui mais quatro adjetivos: autoritário, centralizado, corrupto e injusto. Em 1975 foi sancionada a lei 6.229, que criava o Sistema Nacional de Saúde, e também foi organizado o Sistema de Vigilância Epidemiológica por meio da lei 6.259/1975.

Dentre os movimentos sociais organizados que contribuíram para a instituição desse sistema de proteção social, na perspectiva de garantia de direitos universais de cidadania, a *Reforma Sanitária Brasileira* – também no sentido de democratização da saúde – reconhecia a unificação dos serviços de saúde, a participação social e a ampliação do acesso a serviços de qualidade (PAIM, 2012).

Na construção da proposta de um novo modelo de saúde, diversos atores estavam envolvidos, em especial, estudiosos da Saúde Coletiva, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, juntamente com segmentos populares e profissionais de saúde.

Já em 1979, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o CEBES apresentou o documento *A questão democrática na área da saúde*, que ampliava a proposta do SUS, justificando um conjunto de princípios e diretrizes (PAIM, 2009).

A união destes segmentos também resultou no documento *Pelo Direito Universal à Saúde* (ABRASCO, 1985), que subsidiou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com desdobramento na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o presidente Sérgio Arouca esclarece as alterações necessárias para uma verdadeira Reforma Sanitária:

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está se convencionando chamar de Reforma Sanitária (BRASIL, 1987a, p. 381).

A Reforma Sanitária Brasileira não é apenas um movimento social que influenciou na construção da política de saúde, mas a constituinte de um projeto de reforma social (PAIM, 2008, p. 32). Essas declarações correlacionam-se com o conceito ampliado de saúde, elemento de reflexão desde as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos governos autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde da América Latina.

Assim, a Reforma Sanitária soma forças à medicina social em torno das propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro. Segundo Rocha e David (2014), a medicina social latino-americana, a saúde coletiva no Brasil e o movimento de promoção à saúde no Canadá, apóiam-se na importância da organização social nos aspectos sanitários de um dado território de forma que a saúde e a doença também dependam das condições socioeconômicas, dentre outros fatores. Ainda segundo os autores, o processo saúde-doença apresenta um caráter social e biológico, o que permite concluir que as condições de saúde estão relacionadas às condições sociais.

Os acontecimentos internacionais influenciaram a Reforma Sanitária Brasileira, no sentido da promoção, prevenção e recuperação da saúde – a partir de um significado amplo. Isso ocorre desde a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, a Conferência de Alma-Ata, em 1978, com o tema “Saúde para todos no ano 2000”, e a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa - Canadá, em novembro de 1986, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e a Associação Canadense de Saúde Pública, que resultou na Carta de Ottawa, que promove a saúde:

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (OTTAWA, 1986).

A Declaração de Adelaide (Austrália, 1988), a Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991) e a Declaração de Bogotá (Colômbia, 1992) aprofundaram o conceito de saúde e reforçaram a crítica à organização dos serviços de saúde, que devem ser almejados para além dos serviços clínicos e de urgência.

Este entendimento está em sintonia com os estudos de Laurell (1997, p. 86), em que a saúde é vista como necessidade humana cuja satisfação associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conforme o nível de recursos sociais existentes e os padrões culturais de cada contexto específico.

A percepção dessa amplitude procura resgatar a importância das dimensões econômicas, sociais e políticas na produção de saúde e doença nas sociedades. Para além disso, também projeta-se a necessidade de ações intersetoriais, interdisciplinares e interministeriais, no sentido de propiciar condições de vida saudáveis.

Então, no modelo que temos hoje no Brasil, a partir da Carta Magna de 1988, a saúde passa do modelo securitário, representado pela medicina previdenciária, para uma política

pública, não contributiva e universal. Torna-se, então, direito de todos e dever do Estado. A assistência social se fortalece como política pública, não contributiva, como direito social de todo cidadão que dela necessitar. E a previdência social, enquanto política contributiva, está relacionada à condição de trabalho (SENNA; MONNERAT, 2008, p. 196). O texto Constitucional de 1988 defende princípios e diretrizes para um novo e único sistema de saúde, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social.

Pode-se concluir que

[...] o Brasil exibiu uma proteção social incipiente, uma espécie de *assistencialismo* exclusivo ou modelo *residual*, até a década de 1920. A partir dos anos 1930, adotou o *seguro social* para os trabalhadores urbanos e, depois da Constituição de 1988, vem tentando implantar a *seguridade social*, a partir da qual foi concebido o SUS (PAIM, 2009, p. 41).

Como apontado anteriormente, uma das ações desenvolvidas após a CF/88 foi a aprovação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e de Outras Providências (BRASIL, 1990). Esta lei também estabelece o Fundo Nacional de Saúde, com recursos para custeio e investimentos, impondo a existência de um fundo de saúde em nível estadual e municipal; conselho de saúde, com composição paritária de representantes dos usuários, prestadores e trabalhadores do SUS; plano de saúde; relatórios de gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; e comissão para a elaboração do plano de carreira, cargos e salários (PAIM, 2009, p. 62-63).

A aprovação da Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº 8.080, de 1990, regulamentou e definiu os princípios e a formatação do SUS. No que tange à participação social, há o estabelecimento da criação de duas instâncias institucionalizadas: Conselhos e Conferências de Saúde.

Tem-se um avanço significativo no acesso aos direitos sociais, principalmente após o processo de abertura política no Brasil, que culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988 e no avanço – no espectro normativo – da proteção social aos trabalhadores. Mas as políticas sociais no contexto de reforma do Estado – ou, segundo Behring (2003), em uma contrarreforma do Estado – implicam no abandono das possibilidades de ruptura e de uma redemocratização política e econômica inclusiva dos trabalhadores e da maioria da população brasileira nos anos 1990.

1.2 A Seguridade Social Brasileira: tendências recentes

A instituição da seguridade social brasileira representa avanço no reconhecimento político e no acesso aos direitos sociais à população, enquanto resposta aos movimentos sociais compostos por todos os segmentos da sociedade. Esse entendimento perpassa o rompimento com um sistema de saúde fragmentado e desigual, por uma proposta de Sistema Único de Saúde – SUS, que reconhece a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Ainda nesse sentido, a assistência social adquire caráter de política pública a ser prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social. E, a previdência social desvincula-se do sistema de saúde, sendo organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória.

A ampliação do espectro de proteção social ofertada pelo Estado está vinculada a reivindicações, denúncias e lutas de trabalhadores contra as condições de trabalho, na tentativa de recuperar o processo de trabalho como vida, e não como morte, por meio do acesso aos direitos sociais. Desse modo, o salário e/ou a renda e as políticas sociais contribuem para a reprodução da força de trabalho, em tese, suprimindo as necessidades básicas das famílias.

O momento pós-Constituinte também ficou marcado pelo sentimento de esperança da população, no sentido de democratização do país, que passou de um regime burocrático-autoritário²⁴ – marcado pela ditadura civil militar – para um Estado democrático de direito, que avançou, mas encontra limites para sua execução.

O termo seguridade social foi utilizado pela primeira vez em uma constituição brasileira, com a promulgação da CF/88, compreendendo “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194). O que antes era restrito aos contribuintes da previdência social passou a compor um leque de direitos sociais universais de cidadania.

Inaugura-se um novo período no campo da proteção social brasileira, que, apesar de ser um processo inacabado, suporta os rebatimentos da acumulação capitalista, como parte de um (re)ordenamento das políticas sociais que responde às demandas da sociedade.

²⁴“O regime burocrático-autoritário caracterizou-se como desmobilizador enquanto desativou as formas de organização das classes trabalhadoras, e excludente, desde que a predominância dos critérios tecnoburocráticos apologéticos do planejamento relegaram as demandas sociais, enquanto subordinavam o aparelho estatal às necessidades de um processo de acumulação altamente concentrador” (TEIXEIRA, 1986).

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela **universalidade** na cobertura, o reconhecimento dos **direitos sociais**, a afirmação do **dever do Estado**, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da **relevância pública das ações e serviços** nessas áreas, uma perspectiva **publicista** de co-gestão governo/sociedade, um arranjo organizacional **descentralizado** (FLEURY, 2008, p. 9, grifos da autora).

E a organização e implantação da seguridade social foram realizadas mediante os princípios/objetivos organizadores, sendo eles:

I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988, art. 194, parágrafo único).

De acordo com Fleury (2008), estes princípios não se aplicam, da mesma maneira, à saúde, previdência e assistência social. Assim, a universalidade da cobertura e do atendimento está mais próxima do SUS. A uniformidade, equivalência dos benefícios e sua irredutibilidade formam a base para a previdência social, enquanto a seletividade e distributividade é o princípio orientador da política de assistência social.

As políticas seriam aplicadas de maneira descentralizada, integrada, com comando único e fundo de financiamento em cada esfera governamental, regionalizada e hierarquizada. Com isso, a uniformidade dos serviços seria garantida por meio da descentralização político-administrativa e a participação social, por meio de comissões e conselhos em cada ente federativo.

Por outro lado, Silva (2012, p. 147) alerta para os fatores limitadores da implementação da seguridade social, que inclui a condição contemporânea do trabalho, marcada pelo desemprego elevado e prolongado, as relações de trabalho precarizadas e o crescimento da chamada economia informal. Não obstante, a luta pela universalização da seguridade social pretende figurar entre: a) a defesa da assistência social como direito e não como substituto paliativo do trabalho e do emprego; b) a defesa da saúde pública acessível e universal; e c) a defesa da previdência social como uma política de proteção às diferentes formas de trabalho, baseada na solidariedade, em que cada um contribui de acordo com suas condições e usufrui conforme suas necessidades (BOSCHETTI, 2009, p. 43).

No entanto, na década de 1990, quando o país vivia a forte crise fiscal, inflacionária e política, que culminou no *impeachment* do Presidente Collor, observou-se a forte inflexão na forma de encaminhamento das discussões em torno da Previdência brasileira (FLEURY,

2008, p. 13). Com o discurso fundamentado na crise do Estado capitalista, uma série de reformas foram engendradas, como a privatização do patrimônio público e a reorganização da oferta dos serviços sociais – ações semelhantes às presenciadas em todo o período de crise do capital.

Portanto, dentre as tendências recentes da seguridade social podemos citar a regressão dos direitos sociais mediante os projetos de privatização e desregulamentação estatal, que influenciam diretamente a execução das políticas públicas sociais. Simultaneamente, há uma redução considerável nos gastos sociais, o que indica uma redução na oferta dos serviços sociais, contribuindo para arruinar as condições de vida da maioria absoluta da população.

O governo de Fernando Henrique Cardoso (de 1995 a 1998 e de 1999 a 2003), presidente do Brasil por dois mandatos consecutivos, adotou um conjunto de medidas em sintonia com as políticas neoliberais. Segundo Silva (2012, p. 281), estas ações deram sustentação à reestruturação produtiva e suas novas dimensões:

Foram medidas atinentes à desregulamentação e regressividade dos direitos sociais, sobretudo na área do trabalho e previdência social; às alterações na legislação pertinente ao servidor público, além da reestruturação do aparelho do Estado, voltada para o enxugamento da máquina estatal, por meio do Programa de Demissão Voluntária (PDV) e da privatização das empresas estatais em áreas estratégicas (telefonia, extração de minérios etc).

Estas disposições alteraram significativamente as relações sociais de trabalho e o acesso aos direitos sociais. Um dos exemplos está nas mudanças consubstanciadas na Emenda Constitucional n.20, de dezembro de 1998, que, segundo Silva (2012, p. 284), conferiu ao sistema previdenciário um acentuado sentido de seguro privado, por meio: 1) da introdução da exigência de equilíbrio financeiro e atuarial; 2) da vinculação das contribuições sobre a folha de salários ao pagamento de benefícios do RGPS; 3) da transformação da aposentadoria por tempo de serviço em aposentadoria por tempo de contribuição; 4) do prolongamento do tempo de permanência no trabalho, por meio da combinação do tempo de contribuição com uma idade mínima para aposentadoria de servidor público; 5) da limitação do acesso às aposentadorias proporcionais; 6) da exclusão da fórmula de cálculo de benefícios, o que acaba permitindo a criação do fator previdenciário por lei; e 7) da eliminação dos garimpeiros do rol das categorias protegidas pelo parágrafo 8 do art. 195, dentre outras medidas.

Para Mota (2015), a cultura da crise no Brasil tem como traço predominante a falsa ideia de que a crise afeta igualmente toda a sociedade, independentemente da condição de classe dos sujeitos sociais, de modo que a “saída” da crise exige consensos e sacrifícios de todos. Tal pensamento esconde a disputa de interesses e a luta de classes, antagônicas por natureza. Ainda segundo a autora, o que se observa no final das contas é a inserção do

pensamento neoliberal, que favorece a implementação de novas estratégias econômicas e políticas do grande capital, caracterizadas por ações que delimitam um Estado mínimo para o social e máximo para o capital.

A situação do Brasil no contexto da reforma do Estado – mediante Emendas Constitucionais, Decretos e outros – sob a égide do pensamento neoliberal, o que equivale dizer, a defesa da transferência de atividades do setor público para o setor privado – lucrativo ou não, tem por base a constituição do “cidadão-consumidor” (MOTA, 2015, p. 128), que encontra no mercado os meios para satisfação das necessidades sociais, tanto no campo da saúde como no da previdência social.

Segundo Sposati (2013, p. 659), existem elementos que tornam a proteção social menos inóspita aos interesses da sociedade capitalista e que acabam reforçando o individualismo do cidadão portador de direitos. São eles: a não consolidação da responsabilidade estatal pelas ações de proteção social; a individualização e responsabilização individual pela proteção social; a fragmentação da gestão, da atenção e do alcance de respostas da proteção social; e a inexistência de referência alargada do que se quer como proteção social, enquanto direito de cidadania e não como proteção ao trabalho. São fatores que marcam a descontinuidade, a não integralidade, o fracionamento e a desigualdade no acesso às políticas públicas sociais.

Então, apesar de todos os avanços no sentido de democratização do Brasil, resultantes na CF/88, “[...] a perspectiva de universalidade da proteção social mostra-se como confronto com as regras do capital, da acumulação, pois confere significado de igualdade em uma sociedade que, pelas regras do mercado, é fundada na desigualdade” (SPOSATI, 2013, p. 661). O acordo político do Estado com o mercado possibilita redirecionar o investimento social para a concentração de renda e a retirada de direitos duramente conquistados pelas camadas mais pobres do país.

Com relação à dívida pública, há o redirecionamento de recursos do fundo público para amortização dos juros da dívida. Uma das estratégias do capital está na Desvinculação das Receitas da União – DRU, que consiste na retirada de recursos que a Constituição destinou para tais áreas, com o intuito de pagamento de juros da dívida. A DRU foi recentemente aprovada e prorrogada por meio da Proposta de Emenda à Constituição (PEC 31/2016)²⁵. A PEC prorroga até 2023 a permissão para que a União utilize livremente parte de sua arrecadação, ampliando seu percentual de 20% para 30% de todos os impostos e

²⁵Emenda Constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016.

contribuições sociais federais. Também cria mecanismo semelhante para estados, municípios e para o Distrito Federal (DREM), desvinculando 30% das receitas relativas a impostos, taxas e multas, o que não é aplicado a receitas destinadas à saúde e à educação.

Segundo Oliveira (1998):

O que torna o fundo público estrutural e insubstituível no processo de acumulação de capital, atuando nas duas pontas de sua constituição, é que sua mediação é absolutamente necessária pelo fato de que, tendo desatado o capital de suas determinações autovalorizáveis, detonou um agigantamento das forças produtivas de tal forma que o *lucro capitalista é absolutamente insuficiente para dar forma, concretizar*, as novas possibilidades de progresso técnico abertas. Isto somente se torna possível apropriando parcelas crescentes da riqueza pública em geral, ou mais especificamente, os recursos públicos que tomam a forma estatal nas economias e sociedades capitalistas (p. 16-17, grifos do autor).

Ou seja, o fundo público é objeto de disputa entre os diferentes interesses da classe trabalhadora e do capital, juntamente com a expropriação do excedente do trabalho necessário à produção, a parcela paga pelos capitalistas por meio dos impostos e contribuições sociais, que também tem origem no trabalho e na mais-valia, extraída da classe trabalhadora. E, mais uma vez a mais-valia é usurpada no seu redirecionamento para pagamento da dívida pública, que castiga milhares de trabalhadores dependentes de um serviço público, universal e de qualidade, que acabam a mercê do grande capital. Este orçamento retornaria para o trabalhador, visando à reprodução da força de trabalho através do acesso às políticas sociais.

Ainda como uma tendência recente que acomete milhares de trabalhadores, a terceirização²⁶ expressa a precarização das relações de trabalho. Nesse sentido, a precarização do trabalho é um dos elementos que deve ser levado em conta como mecanismo de adoecimento do trabalhador. Para tanto, Barbosa (2007), nos esclarece:

É precário o trabalho que se realiza sob uma ou mais das seguintes condições: a) em tempo parcial do dia / semana / mês, com extensas jornadas de trabalho, com pagamento por produção / serviço; b) destituído de garantias legais de estabilidade ou proteção contra dispensas, de carga horária definida, de descanso semanal e férias remuneradas, realizado em condições insalubres, sem seguridade social, seguro desemprego, aposentadoria, e licença-maternidade, licença-doença, sem cobertura de acidentes de trabalho, entre outros quesitos. É precário por submeter o trabalhador a condições de vida arriscadas, à cruel dominância da concorrência no mercado, sem ações coletivas de enfrentamento, sem segurança de cobertura social no futuro ou no momento em que não mais puder dispor da força de trabalho (p.40).

Portanto, considera-se relevante reforçar que o processo atual de terceirização de serviços é parte integrante da precarização do trabalho, como também são o trabalho informal

²⁶“Dá-se a substituição dos agentes econômicos, os quais obtém a fração mais expressiva de lucros com a exploração de determinada mão de obra. Aparecem na cena política, então, os intermediários rotulados de donos dos negócios capitalistas, repetidas vezes constituindo eles apenas pequenos negócios formais estruturados exclusivamente com a finalidade de executar parte do processo de trabalho realizado dentro da cadeia produtiva da grande fábrica horizontalizada (terceirização externa) ou, em situação muito freqüente no Brasil, simplesmente fornecendo mão de obra (terceirização interna)” (COUTINHO, 2015, p. 116).

e os processos recorrentes de desregulamentação trabalhista. Esses artifícios corroboram com as “contradições de classe (capital e trabalho) que se amplificam em contradições sociais (burguesia e proletariado) e políticas (governados e governantes)” (IAMAMOTO, 2008, p. 49-50). Para Alves (2005, p. 266), “a nova (e radical) terceirização possui importante – e estratégica – dimensão política, na medida em que tende a fragmentar o coletivo operário, debilitando a organização da classe e, por conseguinte, seu poder de resistência (e de barganha) às usurpações do capital”.

Surge, então, como desdobramento do conjunto de práticas de controle de trabalho, tecnologias, hábitos de consumo e configurações de poder político-econômico do período pós-guerra e de longa expansão do capitalismo, ou, se preferir, surgem os trinta anos gloriosos, ou anos dourados do capitalismo (1945 – 1973)²⁷. Esse conjunto de medidas pode ser denominado de fordista-keynesiano (HARVEY, 1994).

As ações econômicas e sociais que desenrolaram nas décadas seguintes no Brasil fizeram e continuam fazendo parte do processo de reestruturação da produção e da acumulação flexível a nível mundial. Em contraposição ao fordismo, a reestruturação da produção, baseada na flexibilização dos processos de trabalho, na produção conforme a demanda dos mercados, dos produtos e dos padrões de consumo, são características do modelo toyotista (aplicado na fábrica de veículos automotivos da Toyota no Japão) (HARVEY, 1994).

A acumulação flexível altera as condições de trabalho, com contratos mais frágeis, uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado e retrocesso do poder sindical; e amplia-se uma insatisfação quanto à cobertura do seguro, aos direitos de pensão, à média salarial e à segurança no emprego (HARVEY, 1994). Além disso, “caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional” (HARVEY, 1994, p. 140). A adaptabilidade é a palavra que resume o novo mercado de trabalho. Nesse contexto, os mais atingidos, notadamente, são os trabalhadores assalariados.

Na realidade brasileira, segundo Alves (2005, p. 197-199), a reestruturação produtiva conjugada ao neoliberalismo²⁸ nas décadas de 1980 e, em especial, na década seguinte,

²⁷“A profunda recessão de 1973, exacerbada pelo choque do petróleo, evidentemente retirou o mundo capitalista do sufocante torpor da “estagflação” (estagnação da produção de bens e da alta inflação de preços) e pôs em movimento um conjunto de processos que solaparam o compromisso fordista” (HARVEY, 1994, p. 140).

²⁸ O neoliberalismo tem sido colocado em prática por meio de privatizações de empresas estatais e serviços públicos, desregulamentação ou criação de novas regulamentações no campo das relações trabalhistas e comerciais, e na tentativa de transferência das responsabilidades do Estado para o setor privado (MORAES, 2001).

remodelou o mundo do trabalho no país. A partir do Plano Real, em 1994, surge com maior clareza a percepção de um novo e (precário) mundo do trabalho, marcado pelo desemprego estrutural, pela precariedade de emprego e salário. Estes são resultados da necessidade de criar novos métodos de produção, novas tecnologias e novos controles do trabalho, capazes de construir um consentimento operário no interior de um complexo coercitivo denominado capital.

Para Alves (2005, p. 253), esse processo possuía um nítido caráter político, tendo em vista que o surgimento, nos centros industriais mais densos, de um movimento sindical com poder, de pressão política e social, obrigava os capitalistas a instaurar um novo controle sobre a organização do trabalho, que incorporava a lógica do toyotismo articulado com a automação microeletrônica da produção. Não surgem apenas alterações no âmbito da produção brasileira, mas também, segundo Alves (2005), uma nova classe operária, mais qualificada, estável, comprometida com as novas práticas produtivas e com acesso a alguns direitos sociais. O que se busca, em resumo, são melhores desempenhos e redução dos custos.

As tentativas de flexibilização das relações trabalhistas, com o objetivo claro de redução de custos, resulta em precárias condições de trabalho e ameaças à vida dos trabalhadores e de seus familiares. Os dados do estudo desencadeado pelo DIEESE/CUT (2014), têm demonstrado que os que se submetem às relações caracteristicamente terceirizadas, em relação àqueles contratados formalmente, morrem e adoecem em proporções superiores, conforme dados do dossiê “Terceirização e Desenvolvimento - uma conta que não fecha” (DIEESE/CUT, 2014).

Segundo Coutinho (2015), a cadeia produtiva fragmentada surge como exigência da acumulação flexível, além de outras formas de adensamento de acumulação, por espoliações adotadas para superar ou reduzir os impactos da crise histórica de valorização de capital. Este processo contribui significativamente para aumentar os lucros do capital, devido ao aumento da mais-valia por meio da terceirização.

A cultura da acumulação flexível e do toyotismo relacionam-se com a cultura da crise no Brasil (MOTA, 2015). Ambas tentam falsamente doutrinar os trabalhadores na tentativa de defender a ideologia patronal em nome do bem comum, amortecendo, por conseguinte, a luta organizada contra a burguesia (COUTINHO, 2015). Mais uma vez cria-se a falsa ideia de que a crise afeta igualmente toda a sociedade e que a solução exigiria o sacrifício de todos.

Coutinho (2015, p. 119), destaca que parte considerável dos trabalhadores terceirizados no Brasil encontra-se no mercado de trabalho informal, laborando para pequenas empresas subcontratadas por conglomerados econômicos, ou executando suas atividades por

intermédio de falsos contratos autônomos de natureza civil (Pessoa Jurídica, pejetização, cooperativas de trabalho e outros). O autor enfatiza que essa contingente comporta a precariedade salarial extrema.

Nesse contexto, o Projeto de Lei 4330/2004, que trata da terceirização, tramita no Congresso Nacional para votação. Esse projeto prevê a contratação de serviços terceirizados para qualquer atividade (meio e/ou fim), desde que a parte contratada esteja focada em uma atividade específica. Porém, tal projeto não se aplica à prestação de serviços de natureza doméstica, assim entendida como aquela fornecida à pessoa física ou à família no âmbito residencial; ou às empresas de vigilância e transporte de valores, mantendo suas respectivas relações de trabalho reguladas por legislação especial. Caso seja aprovada, a organização dos trabalhadores e a representação sindical ficarão prejudicadas e os direitos trabalhistas, cada vez mais flexíveis.

E ainda sobre despesas e receitas no âmbito social, a reorganização ministerial (Medida Provisória 726/2016), proposta e, posta em vigor pelo então Vice-Presidente da República, no exercício do cargo de Presidente da República, Michel Temer – hoje presidente substituto²⁹, no uso de suas atribuições, transforma o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; o Ministério do Trabalho e da Previdência Social em Ministério do Trabalho; o Ministério da Previdência Social foi desmembrado de forma que o Instituto Nacional de Seguro Social – INSS fosse transferido para o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Outros setores da Previdência foram direcionados ao Ministério da Fazenda, como DATAPREV (tecnologia da previdência), CNP (conselho nacional da previdência) e a PREVIC (previdência complementar). Nota-se que o social foi retirado das siglas, delimitando os interesses apenas fiscais e econômicos do atual governo.

Ainda no sentido de desmonte do Estado e dos direitos sociais, recentemente foi aprovada a Proposta de Emenda à Constituição 241/2016 – PEC 241/2016, na Câmara dos Deputados, com a prerrogativa de se instituir um Novo Regime Fiscal, que vigorará por vinte exercícios financeiros, ou seja, vinte anos. Segundo a proposta, o instrumento reverteria no

²⁹Vivenciou-se no Brasil a implantação de um Golpe de Estado no ano de 2016. Segundo Jinkings (2016), em 2 de dezembro de 2015 o então presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha (um dos chefes do ardil, atualmente afastado do cargo e com seu mandato cassado por corrupção) abriu o processo de impeachment contra a presidenta Dilma Rousseff, alegando crime de responsabilidade com respeito à lei orçamentária e à lei de improbidade administrativa. Ainda de acordo com Jinkings (2016), trata-se de um golpe porque a Presidenta, democraticamente eleita pelo povo, foi derrubada por um processo político baseado em leituras elásticas da Constituição e artimanhas jurídicas de diversos matizes, a favor das elites financeiras através da implementação de uma agenda política que ameaça a democracia e os direitos sociais.

horizonte de médio e longo prazo, o quadro de agudo desequilíbrio fiscal em que, nos últimos anos, foi colocado o Governo Federal.

Os impactos do Novo Regime Fiscal foram alvo de análise por instituições consolidadas como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA³⁰, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO³¹ e a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ³², que se manifestaram de maneira contrária à Emenda.

De acordo com informações da Fiocruz (2016):

Através dos artigos 101 a 105 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, proposto pela PEC 241, cria-se um teto orçamentário definido pela inflação do período, que retira a progressividade dos direitos sociais e a autonomia da sociedade brasileira e do Congresso Nacional de ajustar o gasto público às dimensões de suas prioridades e estratégias de desenvolvimento econômico e social, ferindo o ordenamento da Constituição de 1988.

Sabe-se que as políticas sociais só terão sentido se forem controladas pela classe trabalhadora e se funcionarem como meio de satisfação das necessidades sociais, e não das necessidades do capital (PEREIRA-PEREIRA, 2008).

Conforme análise da ABRASCO (2016), a conjuntura político-econômica brasileira tem contribuído para a implementação de uma agenda restritiva de direitos e que tem como objetivo revogar a dimensão democrática e social da CF/88. Nota-se, então que “em nome da retomada do crescimento econômico o governo tenta impor um projeto radicalmente elitista, focado no interesse da burguesia, do capital internacional, de bancos e do rentismo”. E ainda, “tal estratégia vem agravando a recessão, a inflação e ampliando o desemprego e a concentração da renda, além de ameaçar políticas sociais erigidas com grandes dificuldades nas últimas décadas”.

A prerrogativa neoliberal não suporta a possibilidade de um Sistema Único de Saúde universal e sem contribuição direta, porque este se contrapõe aos planos de saúde que favorecem determinados segmentos da sociedade. A Fiocruz (2016) alerta acerca da revisão dos preceitos constitucionais de garantia do direito universal à saúde e ao desenvolvimento da cidadania, que implicam em danos significativos à saúde e à vida das pessoas.

³⁰ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf>. Acesso em 17 de outubro de 2016.

³¹ Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Carta Aberta Abrasco – Contra a PEC 241, em defesa do SUS, dos direitos sociais e da democracia. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2016/10/carta-aberta-abrasco-contra-a-pec-241-em-defesa-do-sus-dos-direitos-sociais-e-da-democracia>>. Acesso em: 17 de outubro de 2016.

³² Fundação Oswaldo Cruz. A PEC 241 e os impactos sobre os direitos sociais, a saúde e a vida. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/fiocruz-divulga-carta-pec-241-e-os-impactos-sobre-direitos-sociais-saude-e-vida>>. Acesso em: 17 de outubro de 2016.

Ainda nesse sentido, a Fiocruz (2016) aponta que a redução nos gastos sociais significa contenção de programas sociais e de iniciativas redistributivas e, como consequência, a ampliação das desigualdades sociais.

O envio ao Congresso Nacional da PEC 241/2016, instituindo o chamado Novo Regime Fiscal, representa e consolida a tese de que a forma exclusiva de enfrentar a crise fiscal é o corte de gastos sociais e, portanto, a restrição de direitos, mantendo ao mesmo tempo intocado o questionamento sobre a dívida pública e seu regime de juros que representam, estes sim, a razão maior do comprometimento do orçamento da União (FIOCRUZ, 2016).

Com o congelamento das despesas primárias que ocasionará a redução dos gastos sociais com saúde, educação, assistência social, defesa nacional, habitação, segurança e outros, o orçamento não acompanhará o aumento populacional e as alterações no perfil demográfico e epidemiológico. O gasto público não poderá ultrapassar a inflação. Segundo dados do IBGE (2013), a população idosa dobrará nas próximas duas décadas, necessitando de proteção social do Estado.

A ABRASCO (2016) lembra que a PEC-241/2016, que pretende impor cortes em todos os setores, não se propõe a controlar os gastos orçamentários com juros e com outras despesas financeiras. Fica claro que os mais prejudicados são os trabalhadores que dependem da saúde gratuita e universal, da educação pública e da proteção ao trabalho. A discussão aqui proposta diz respeito à relação conflituosa entre políticas públicas de proteção social – saúde, previdência e assistência social, e os valores da sociedade do capital na contemporaneidade.

Por fim, a Nota Técnica nº 27 do IPEA discorre sobre as perdas significativas no que se refere à política pública de assistência social. Com o estabelecimento de um limite para as despesas primárias (oferta de serviços públicos à sociedade), de 2017 a 2036, a perda estimada alcançará o valor de 93.732,49 milhões, ou seja, haverá uma redução de 54% no orçamento da assistência social. A ausência desses valores prejudicará diretamente serviços como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o Programa Bolsa Família (PBF) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) como um todo.

Nas épocas de crise, que é justamente quando a população mais precisa de ações do Estado, no sentido da ampliação dos direitos e do estímulo ao emprego, o que se observa é a população à mercê do Estado. O aumento do desemprego e da pobreza, aliados ao aumento da expectativa de vida e contexto de destruição dos direitos trabalhistas e previdenciários, acabam dificultando a superação da desigualdade social em direção a uma sociedade justa e igualitária.

Em resumo, os tempos estão cada vez mais difíceis. A tendência é que o Estado transfira parte de suas atribuições econômicas e sociais às empresas e organizações

comunitárias, substituindo modelos universais por modelos de seguro privado, que não permitem a redistribuição numa perspectiva de direitos de cidadania.

A última tendência atual destacada neste estudo refere-se à introdução da lógica mercantil em mais uma questão de interesse público: a gestão compartilhada da saúde com Organizações Sociais – Oss³³. Para Silva (2004), ocorre o deslocamento da gestão social, da esfera público-estatal para a esfera privada, seja pela redução da ação do Estado (para o social), pela gestão compartilhada na forma de parcerias, pela transferência de responsabilidades ou pela privatização. Com a gestão compartilhada não seria necessária licitação para medicamentos e equipamentos, o que requer uma fiscalização intensa por parte do Estado e da sociedade. Normalmente, os contratos de trabalho são frágeis e com alta rotatividade.

Conclui-se que o tema não se esgota aqui, embora a situação atual da seguridade social e, em especial, da saúde brasileira, sofra os rebatimentos da ofensiva neoconservadora e neoliberal. As ações desenvolvidas pelo Estado brasileiro após a promulgação da CF/88 estão em consonância com a reestruturação econômica realizada pelo mundo após a crise do petróleo – integrante da crise estrutural do capital. O neoliberalismo caracterizou-se por reduzir os gastos sociais, rebaixar os custos com a força de trabalho, flexibilizar as relações de trabalho, produzir contrarreformas na previdência social e incentivar o acesso à saúde e à previdência social por meio do mercado com planos privados de saúde e fundos de pensão.

1.3 Notas introdutórias sobre as Políticas de Saúde dos/as Trabalhadores/as: PNSST e PNSTT

Como reconhecimento da vinculação do trabalho com os agravos à saúde dos/as trabalhadores/as, foram construídas políticas públicas específicas para suas peculiaridades, a exemplo da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST (Decreto nº 7.602/2011)³⁴ e da Política Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a – PNSTT (Portaria nº 1.823/2012)³⁵, destinadas a toda à população inclusive estagiária, desempregada, autônoma, cooperativa ou aposentada.

O campo da saúde do/a trabalhador/a ganhou destaque devido ao avanço mundial na ampliação do conceito de saúde. Além disso, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)

³³ Pessoa Jurídica Privada Sem Fins Lucrativos. Lei nº 9.637 de 15/5/1998.

³⁴ O Decreto é privativo do chefe do poder executivo (Presidente da República, Governador e Prefeito).

³⁵ As Portarias são atos administrativos expedidos pelos chefes dos órgãos, por exemplo, o Ministério da Saúde.

contribuiu sobremaneira com textos, debates, mesas-redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios, ou seja, um espaço rico também para reflexão acerca da saúde como resultante das formas de organização social da produção.

Em 1986, seguindo a continuidade das discussões e o aprofundamento de temas específicos como a relação saúde e trabalho, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores - CNST. Como demandas dos participantes das pré-conferências Estaduais e Municipais, as questões foram resumidas em três tópicos: a) Diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores; b) Novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores; e c) Política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores.

Segundo informações do relatório final da I CNST (BRASIL, 1986), a formulação de uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores seria capaz de contemplar as necessidades e demandas de toda a população trabalhadora e inseri-la como uma proposta abrangente de Política Nacional de Saúde.

Assim sendo, a I CNST traçou um panorama acerca da situação da classe trabalhadora naquele momento e apresentou soluções concretas e coerentes com o propósito de alterar a realidade existente.

Nesse desenrolar, a I CNST contou com um total de 526 participantes,

[...] sendo 399 delegados e 127 observadores. 46% dos delegados foram representantes de trabalhadores (183), 40% do Estado (162), 9% das Universidades (36), 3% de outras categorias (12), 1% dos políticos (3) e 1% das empresas (3). Compareceram 55 convidados para os debates das mesas redondas e 75 membros da Comissão Organizadora (representantes de entidades, Secretaria Executiva, Comitê Assessor e Comissão Relatora), num total de 130 pessoas, o que faz crer que pelo menos 700 pessoas, com representatividade de grupos, ou funções definidas na Conferência, participaram direta ou indiretamente dos trabalhos (BRASIL, 1986).

Com a Constituição Federal de 1988, no artigo 200, em seus incisos II e VIII, além de considerar o trabalho como fator determinante da saúde da população, conseqüentemente, o Estado foi responsabilizado pela execução das ações de saúde do trabalhador. A norma delega ao SUS a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como o respaldo à saúde do trabalhador; e a colaboração na proteção do meio ambiente, sendo nele compreendido o do trabalho. Além disso, a Lei Orgânica de Saúde – composta pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – atribuiu ao SUS a revisão periódica da listagem oficial de doenças originárias do processo de trabalho. A princípio, as ações foram realizadas por meio de Programas de Saúde do Trabalhador – PST e por Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST.

Em 1994, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, em Brasília, de 13 a 16 de março, com a temática “Construindo uma política de saúde do trabalhador”, e representou a convicção da necessidade de uma política específica.

Esse período pós-constituente, marcado pela ofensiva neoliberal, impôs riscos às conquistas alcançadas, instigando a classe trabalhadora a exigir melhores condições de vida e trabalho.

Segundo o relatório da II CNST (BRASIL, 1994), esta Conferência contou com a participação de 563 delegados, dos quais 67% representavam os trabalhadores, 30%, o Estado e 3%, os empregadores, além de outros 323 participantes, e constituiu o primeiro momento, com a inserção da saúde do trabalhador no SUS, em 1988, e com a participação dos trabalhadores e de suas entidades representativas, que discutiram e participaram efetivamente da elaboração de uma proposta desta política.

Posteriormente, através de Grupo de Trabalho (Portaria Interministerial nº 153/2004, prorrogada pela Portaria Interministerial nº 1009, de 17 de setembro de 2004), reuniram-se representantes para redigir um documento que aprimorasse as ações voltadas para a saúde e segurança do/a trabalhador/a e para elaborar uma política para tal. Foi, então, que a Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800, de 03 de maio de 2005, colocou em consulta pública o texto base da Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, como resultado do Grupo de Trabalho de 2004.

O debate ampliou-se com a III CNST, realizada na sua etapa nacional em Brasília, entre 24 e 27 de novembro de 2005, com a temática “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”. Neste momento, tanto a proposta de uma política de melhoria das condições de segurança e saúde do/a trabalhador/a, quanto a necessidade de integração da vigilância da saúde do/a trabalhador/a em nível nacional, com a implementação de uma política nacional, intersetorial, descentralizada e multicêntrica, foram objeto de possíveis políticas de integralidade das ações em saúde do/a trabalhador/a (CNS, 2005).

Assim, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST (Decreto nº 7.602/2011) surge da necessidade de garantir a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, com a prevenção de acidentes e danos à saúde, advindos da atividade laboral ou que ocorram no curso dela, por meio da eliminação ou redução dos riscos no ambiente de trabalho. Logo vêm à mente os Equipamentos de Proteção Individual ou Coletivos (Norma Regulamentadora nº 06), justificada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (atual Ministério do Trabalho e Previdência Social), cuja responsabilidade é elaborar e

revisar, em modelo tripartite, as Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho.

A PNSST tem por princípios a universalidade, prevenção, precedência das ações de promoção, proteção e prevenção nas ações de assistência, reabilitação e reparação, diálogo social e integralidade. Esses princípios serão alcançados por meio da articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores (BRASIL, 2011).

No ano seguinte, a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT, Portaria n° 1.823, de 23 de agosto de 2012, contribuiu para a reestruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST³⁶ e para a articulação com as equipes técnicas dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, de modo que as mesmas forneçam apoio sempre que necessário ao Sistema Único de Saúde e ao controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do/a trabalhador/a.

Essa última foi resultado da participação e mobilização social em conferências, conselhos e espaços de debates, nos quais apresentavam-se as demandas e pensava-se em estratégias a serem levadas aos órgãos competentes. Ela se destina a todos os trabalhadores e, prioritariamente, às pessoas “inseridas em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde” (BRASIL, 2012, art. 7º), alinhando-se ao conjunto de políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do/a trabalhador/a e as condições de vida e trabalho como determinantes no processo saúde e doença (BRASIL, 2012).

A PNSTT delimita princípios, diretrizes e objetivos no campo da saúde, apresenta estratégias e responsabilidades, além de apontar meios para a avaliação, o monitoramento e o financiamento da saúde do trabalhador no Brasil. Além disso, têm como objetivo fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde. Dentre suas finalidades, está o controle e a avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas. Dessa forma, destaca-se a reestruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e a articulação com as equipes técnicas dos Centros de Referência em

³⁶ A estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no SUS foi instituída pela Portaria GM n° 1679 de 19 de setembro de 2002, ou seja, consiste em uma estrutura anterior às Políticas de Saúde do Trabalhador. A RENAST foi desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Saúde do Trabalhador (CEREST), de modo que forneçam apoio sempre que necessário ao SUS.

Portanto, a construção da PNSTT, e, em especial, a criação da RENAST e dos CEREST, estabeleceu uma nova matriz para a atenção aos agravos à saúde dos trabalhadores, pois deu início à sua visibilidade como uma questão de saúde pública, tendo como eixos fundamentais a intersetorialidade, a transversalidade e integralidade das ações do Estado, além do controle social (LOURENÇO, 2009, p. 149). Para Minayo-Gómez (2013), a presença do CEREST como um dos objetivos principais da PNSTT, é um desafio, visto que o quadro técnico profissional se encontra reduzido, como observado em suas pesquisas.

Ainda segundo Minayo-Gómez (2013), a intersetorialidade e a integralidade das ações presentes na PNSTT só seriam possíveis através de uma análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; da integração da VISAT com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde; do fortalecimento, ampliação e articulação intersetorial; da participação dos trabalhadores e do controle social; e do desenvolvimento e capacitação adequados dos profissionais e gestores (p. 22).

Um dos avanços apresentados na PNSTT consiste na proposta de inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros, que apresentem correlação com a área de saúde, de modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação (BRASIL, 2012).

Após a implantação da PNSST e da PNSTT, a IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, convocada pela GM/MS nº. 2.808/12, teve como tema central “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, direito de todos e todas e dever do Estado” e como objetivo “propor diretrizes para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora” (BRASIL, 2014). A Conferência aconteceu em três etapas: macrorregionais, estaduais (incluindo o Distrito Federal) e nacional. Os temas abordados foram: participação social e controle social, vigilância em saúde, gestão do trabalho no SUS, saúde mental e trabalho, entre outros.

Como resultado das deliberações, uma das propostas aprovadas consistiu na

[...] obrigatoriedade da criação das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST em todos os municípios brasileiros até novembro de 2015, por todos os Conselhos Municipais de Saúde – CMS com apoio dos Conselhos e da CIST Nacional e Estaduais, para fomentar a implantação e implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT com controle social em todas as suas etapas (BRASIL, 2014).

No que se refere ao SUS, busca-se promover a formação continuada e capacitação dos trabalhadores do SUS na temática de saúde do trabalhador. Além disso, inseridos na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), cabem aos centros de referência promover ações visando melhorias nas condições de trabalho e na qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância, no âmbito estadual e municipal.

Para compreender em profundidade as políticas aqui apresentadas, os próximos tópicos que se seguem resgatam a historicidade da cultura política brasileira como determinante na construção da atenção integral à saúde do/a trabalhador/a, considerando a importância das relações sociais de produção e a configuração política do país.

CAPÍTULO 2 – Antecedentes sócio-históricos à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Os antecedentes sócio-históricos possibilitam entender o encadeamento de unidades na totalidade³⁷. Todos os elementos fazem parte de um todo que se complementa na própria realidade objetiva. São conexões, conjuntos e unidades, ligadas entre si de maneiras completamente diversas, mas que explicam o desenvolvimento dos agravos à saúde da classe trabalhadora inserida no modo de produção capitalista, com enfoque na realidade brasileira (LUKÁCS, 1967, p. 240).

Portanto, compreende o processo de trabalho no país, as influências da cultura política na construção e efetivação do Sistema Único de Saúde e o conhecimento acerca das bases teórico-metodológicas que norteiam as ações desenvolvidas, a exemplo da Reforma Sanitária, da medicina do trabalho, da saúde ocupacional e da saúde do/a trabalhador/a.

Não menos importante, o controle democrático exercido pelos conselhos, conferências e comissões serão abordados, como espaços de participação social no campo saúde do/a trabalhador/a. Por fim, neste tópico será abordada a vigilância em saúde do/a trabalhador/a, considerada um desdobramento do Sistema Único de Saúde – SUS e das ações de Vigilância em Saúde, desenvolvidas com ações de promoção e atenção à saúde dos cidadãos.

2.1 Estado, Cultura política e processo de trabalho no Brasil: limites e desafios à Política de Saúde Brasileira

Este tópico relaciona-se com aspectos abordados anteriormente, que estão imbricados na relação do Estado, da Cultura Política e do processo de trabalho no Brasil, bem como, na particularidade da questão social e na construção do trabalho assalariado. Existem aspectos que retomaremos, e outros serão elucidados, que fazem parte da formação sócio-histórica brasileira e interferem sobremaneira na atuação do Estado frente às demandas da sociedade, especialmente, no campo do trabalho e da saúde.

Desse modo, nota-se que o Estado brasileiro sofreu desde seus primórdios influências que alteraram sua tradição histórica, como o clientelismo, que privilegia uma clientela através

³⁷ Totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato *qualquer* (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido. [...] Sem a compreensão de que a realidade é totalidade concreta – que se transforma em estrutura significativa para cada fato ou conjunto de fatos – o conhecimento da realidade concreta não passa de mística, ou coisa incognoscível em si (KOSIK, 2002).

da relação de barganha. Segundo Neves (2008), pode-se identificar a disputa de interesses públicos e privados, o que prejudica as ações coletivas, desmobiliza a sociedade civil e desconstrói direitos e lutas até então conquistadas. Ainda segundo a autora, esses aspectos se contrapõem a uma cultura pública, participativa e coletiva.

Portanto, esses aspectos aliados à ideologia neoliberal de restrição/destruição de direitos fortalecem a desmobilização da sociedade civil e a descrença da população brasileira com relação às instituições públicas. Observa-se que o público tem sido objeto de especulação financeira, privatização e terceirização. Privilegiam-se os interesses do capital financeiro em detrimento dos interesses do mundo do trabalho. Todos esses elementos³⁸ contribuem para um Estado antidemocrático e influem no atendimento aos agravos à saúde dos trabalhadores e na percepção dos processos de trabalho.

Fernandes (1975a), a partir de um estudo sociológico, delineia a evolução do capitalismo e da sociedade de classes no Brasil, por meio de uma interpretação sócio-histórica da constituição da burguesia no Brasil, ou seja, investiga como a burguesia se apropria da concepção de Nação brasileira. Assim, houveram quatro momentos distintos antecedentes ao golpe de 1964 (ditadura civil-militar), e que contribuíram para a consolidação da Revolução Burguesa no Brasil, sendo eles: a) a Independência, seguida dos acontecimentos da abolição da escravidão e da Proclamação da República; b) a presença dos imigrantes, que instigaram mudanças na realidade econômica, política e social do país; c) a mudança na relação entre capital internacional e a organização da economia interna, esta, considerada para exportação; e d) a expansão e universalização da chamada ordem social competitiva – capitalismo dependente brasileiro.

Para o autor, o capitalismo se firma em uma dupla dimensão: heteronômica (dependente)³⁹ e autônoma (independente), ainda em vias de integração estrutural, constituindo-se no “capitalismo dependente”⁴⁰. Em outro ensaio, Fernandes (1975b) argumenta que os interesses particulares das camadas privilegiadas se sobrepujam aos interesses coletivos de forma que foram considerados “interesses supremos da nação”.

Assim, o burguês e a Revolução Burguesa no Brasil cumprem uma função histórica em decorrência de suas funções econômicas na sociedade nacional, com características

³⁸Observa-se que não são simplesmente as formas de governo, mas fazem parte da estrutura da própria sociedade brasileira.

³⁹ “[...] economia nacional híbrida, que promovia a coexistência e a interinfluência de formas econômicas variavelmente “arcaicas” e “modernas”, graças à qual o sistema econômico adaptou-se às estruturas e às funções de uma economia capitalista diferenciada, mas periférica e dependente (pois só o capitalismo dependente permite e requer tal combinação do “moderno” com o “arcaico”, uma descolonização mínima com uma modernização máxima)” (FERNANDES, 1975a, p. 176).

⁴⁰Segundo Fernandes (1975b, p. 11), “[...] as nações latino-americanas são produtos da ‘expansão da civilização ocidental’, isto é, de um tipo moderno de colonialismo organizado e sistemático”.

relacionadas à combinação de rendimentos construídos por meio da poupança e dos lucros, traduzidos na independência e no poder (FERNANDES, 1975a). A construção dos empreendimentos nacionais alterou não apenas as relações econômicas, mas também os hábitos, o estilo de vida, as instituições e as estruturas sociais da sociedade colonial. Assim, para Fernandes (1975a, p. 27), o Estado nacional desenvolveu-se por meio de dois processos: 1º) a ruptura da homogeneidade da “aristocracia agrária”; e 2º) o aparecimento de novos tipos de agentes econômicos, sob a pressão da divisão do trabalho em escala local, regional ou nacional.

Chauí (1995) aponta como desafio a quebra de mitos sobre a cultura brasileira. Um deles seria o da não-violência. Trata-se de uma autoimagem de um povo ordeiro e pacífico, alegre e cordial, mestiço e incapaz de discriminações étnicas, religiosas ou sociais, acolhedor para os estrangeiros, generoso para os carentes, orgulhoso das diferenças regionais e destinado a um grande futuro.

Ainda segundo a autora, é o modo como a violência é interpretada que faz com que ela se mantenha arraigada na história do país. Por exemplo, afirma-se que a nação brasileira não é violenta e que, se houver violência, esta é praticada por gente que não faz parte da nação (mesmo que tenha nascido e vivido no Brasil); ou então, interpreta-se a violência como acidental, um acontecimento efêmero, passageiro, corriqueiro; e ainda, a mesma é naturalizada através do machismo, como parte inerente à proteção natural da fragilidade feminina, ou do paternalismo branco, como proteção necessária à inferioridade dos negros e à repressão contra os homossexuais, considerada, na verdade, proteção aos valores sagrados da família. Além disso, a destruição do meio ambiente é vista como sinal de progresso e desenvolvimento. Esses elementos demarcam o quanto as formas de violência estão presentes na estrutura das relações sociais brasileiras e, por não serem percebidas, são naturalizadas e conservadas.

A estrutura das relações sociais brasileiras justifica-se pela forma que a burguesia se apropria – e transmite – da ideia de Nação e, reforça os valores patrimonialistas e autocráticos. Assim, a formação social brasileira trouxe rebatimentos para a formação das classes sociais no país, aspectos cruciais para entender o padrão de desenvolvimento capitalista, as suas particularidades e características.

A particularidade do regime de classes no Brasil está assentada na situação de segregação social, como consequência da concentração de renda, da consolidação do trabalho assalariado e dos espaços de alcance da população negra. Mesmo após a abolição da escravatura, o trabalho livre acabava se tornando um prolongamento da condição do escravo,

onde não compreendiam bem a natureza do trabalho livre e da mercantilização do trabalho. De algum modo, o trabalhador vendia a sua pessoa com o trabalho (FERNANDES, 1975a, p. 194-195).

As relações de trabalho na nova ordem social competitiva (capitalismo dependente), apesar da existência do “trabalho livre”,

[...] em vez de fomentar a competição e o conflito, ele nasce fadado a articular-se, estrutural e dinamicamente, ao clima do mandonismo, do paternalismo e do conformismo, imposto pela sociedade existente, como se o trabalho livre fosse um desdobramento e uma prolongação do trabalho escravo (FERNANDES, 1975a, p. 193).

Esse processo de naturalização do trabalho, como relações tradicionais de lealdade ou como relações tipicamente patrimonialistas, fez com que o universo do contrato e do trabalho livre se impusesse com relativa lentidão e muita irregularidade no pólo da relação salarial (FERNANDES, 1975a, p. 195). A dificuldade em separar relações pessoais e diretas consiste na “[...] abolição da velha ordem familiar por outra, em que as instituições e as relações sociais, fundadas em princípios abstratos, tendem a substituir-se aos laços de afeto e de sangue” (HOLANDA, 2012, p. 47).

Para Holanda (2012), outro marco distintivo da realidade brasileira está no tipo primitivo da família patriarcal, que, por conta dos estreitos laços familiares, “não era fácil aos detentores das posições públicas de responsabilidade, formados por tal ambiente, compreenderem a distinção fundamental entre os domínios do privado e do público” (p. 51). Ainda de acordo com o autor,

[...] é possível acompanhar, ao longo de nossa história, o predomínio constante das vontades particulares que encontram seu ambiente próprio em círculos fechados e pouco acessíveis a uma ordenação impessoal. Dentre esses círculos, foi sem dúvida o da família aquele que se exprimiu com mais força e desenvoltura em nossa sociedade (p. 52).

Mistura-se a esses aspectos o desejo de estabelecer intimidade. Holanda (2012) lembra do emprego dos diminutivos: “A terminação em ‘inho’, aposta às palavras, serve para nos familiarizar mais com as pessoas ou os objetos e, ao mesmo tempo, para lhes dar relevo. É a maneira de fazê-los mais acessíveis aos sentidos e também aproximá-los do coração” (p. 54).

Esses elementos fortalecem e justificam o conservadorismo arraigado na sociedade brasileira, os quais se misturam com o conceito gramsciano de “revolução passiva”, que pressupõe o fortalecimento do Estado em direção às forças hegemônicas e a prática do transformismo como modalidade de desenvolvimento histórico que exclui a participação popular. Os elementos do passado, infelizmente, ainda impedem que os setores populares

rompam com a conciliação por cima, forma costumeira em que a burguesia brasileira, nada democrática, costuma tomar as decisões em nome dos interesses pessoais, disfarçados como interesses nacionais.

Tem-se a distinção dos possuidores dos meios de produção e dos detentores da força de trabalho. A burguesia é vista assim, como possuidora e privilegiada, bem como uma instituição direcionadora da luta de interesses capitalistas, que influencia o Estado e converte-o em meio para recomposição e afirmação do seu poder econômico, político e social.

A partir dos aspectos que direcionaram a formação da sociedade brasileira e, que foram objeto de estudo neste fragmento, pode-se afirmar que a burguesia se moldou articulando o que tem de mais arcaico e opressivo nas formas de dominação, preservando o mandonismo e o paternalismo e inovando nas formas de precarização do trabalho na contemporaneidade, com a roupagem da terceirização e do empreendedorismo individual.

Para Chauí (1995), conserva-se aspectos da escravidão, apesar da construção do trabalho livre. Portanto,

[...] as marcas da sociedade colonial escravocrata, a sociedade brasileira é fortemente hierarquizada: nela, as relações sociais e intersubjetivas são sempre realizadas como relação entre um superior, que manda, e um inferior, que obedece. As diferenças e assimetrias são sempre transformadas em desigualdades que reforçam a relação mando-obediência. O outro jamais é reconhecido como sujeito nem como sujeito de direitos, jamais é reconhecido como subjetividade nem como alteridade. As relações, entre os que se julgam iguais, são de cumplicidade; e, entre os que são vistos como desiguais, o relacionamento toma a forma de favor, do clientelismo, da tutela ou da cooptação, e, quando a desigualdade é muito marcada, assume a forma da opressão (p. 74-75).

Em oposição a esses elementos, Neves (2008) destaca que a Constituição Federal de 1988 representou um divisor de águas nesse contexto, possibilitando reafirmar instrumentos importantes para a democratização do Estado (ou abertura política), como a participação nos conselhos gestores. Esse processo proporciona a construção da ação participativa e democrática nos estados e municípios através dos conselhos, das comissões e das conferências.

Os instrumentos de participação ativa da sociedade esbarram em elementos enraizados no cotidiano brasileiro e, segundo Neves (2008), só poderão ser superados mediante a introdução, ainda que paulatina, de instrumentos de participação popular.

No campo da saúde, o desafio está na construção e consolidação do SUS e da Reforma Sanitária brasileira. Mais do que isso, entende-se que os espaços das conferências, conselhos e das comissões devem constituir espaços públicos de efetiva participação política da sociedade

civil, contribuindo para a democratização das ações do Estado na construção do direito à saúde no Brasil contemporâneo.

Contudo, as práticas de participação da sociedade civil brasileira nos espaços públicos têm evidenciado que o processo de construção democrática não é linear, mas contraditório e fragmentado. Isso ocorre devido à cultura política conservadora, patrimonialista e autoritária, que orienta práticas opostas à implementação da cultura da saúde pública e da intervenção do Estado, mediante as políticas públicas sociais.

Essa conclusão reafirma o desafio da classe trabalhadora no sentido de intervir no constante processo de construção social da cultura política brasileira, mediante à consolidação dos espaços democráticos, que têm sido arena privilegiada de luta, onde se dá a intensa disputa pela hegemonia e a garantia da continuidade do sistema de proteção social⁴¹ e da saúde pública universal e gratuita.

A atuação no campo da saúde do/a trabalhador/a, no âmbito da saúde pública, não poderia ser diferente. Exige-se engajamento político e social, bem como, conhecimento acerca das bases teórico-metodológicas que norteiam as ações desenvolvidas. No caso da implementação deste campo no Brasil, o movimento sindical e o movimento sanitário – Reforma Sanitária – tiveram importante participação na sua incorporação como política de saúde, concebendo que a determinação social do processo saúde-doença tem sua centralidade no trabalho. Logo, os modelos dominantes que relacionam trabalho e os agravos à saúde da classe trabalhadora serão abordados no tópico seguinte.

2.2 Breve histórico do campo da saúde do/a trabalhador/a no Brasil: medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do/a trabalhador/a

Realiza-se, aqui, uma reflexão e retrospectiva das diferenças conceituais e teórico-metodológicas, das concepções hegemônicas sobre a relação trabalho e o processo saúde-doença, representados pela Medicina do Trabalho – MT e pela Saúde Ocupacional – SO, em contraste com a contra-hegemonia da Saúde do/a Trabalhador/a.

A saúde do/a trabalhador/a, como parte integrante da Saúde Pública, propõe-se a ultrapassar as articulações simplificadas e reducionistas entre causa e efeito da MT e da SO,

⁴¹Enquanto garantia do acesso aos direitos sociais a toda a população, com preferência aos cidadãos que se encontram em situação de vulnerabilidade social e/ou situação de risco, em decorrência de certas vicissitudes da vida natural ou social. O aprofundamento do tema encontra-se no capítulo anterior.

sustentadas por uma visão monocausal, entre doença e um agente específico, ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de risco (físico, químico, biológico, mecânico), presentes no ambiente de trabalho (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Quer dizer, então, que o campo saúde do/a trabalhador/a considera o trabalho como organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição e do fazer histórico (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

A análise aqui desencadeada desdobra-se na teoria marxista, que compreende o processo de trabalho como central para o estudo da sociedade. Como abordado anteriormente, o trabalho se transforma no capitalismo. Com o advento da Revolução Industrial e todos os elementos arraigados nesse processo produtivo que compreende a acumulação de capitais, a proliferação de doenças infecto-contagiosas, concomitante às mutilações e mortes que ensejavam àquela época, impulsionaram a intervenção médica nas empresas e fábricas (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 22).

De modo semelhante, relacionada à industrialização brasileira, surge a Inspeção do Trabalho, em 1921, no Rio de Janeiro, sendo, então, considerada o marco da Medicina do Trabalho no país (ANAMT, 2016). Como abordado anteriormente, esse período foi marcado pelo início da política social de maneira sistemática por meio do Estado, principalmente no Estado Novo, com a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, em 1943, criada no governo Getúlio Vargas. No campo trabalhista, foram instituídas normas para regulação das relações individuais e coletivas de trabalho, observando elementos de higiene e segurança no trabalho.

Com o avanço no acesso aos direitos sociais, através das políticas sociais, a questão social passa de “questão de polícia para uma questão política” e de necessária atenção dos representantes políticos.

No Brasil, à medida que a economia avançou e os centros urbanos se desenvolveram, surgiram novas doenças relacionadas ao trabalho e, daí, a necessidade de uma análise interdisciplinar e multiprofissional sobre seus desencadeadores. Como uma resposta, surge a Saúde Ocupacional, pautada na Higiene Industrial e na compreensão “[...] da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Apesar dos avanços conceituais da relação trabalho-saúde com a SO, Mendes e Dias (1991) apontam os fatores que ocasionaram a substituição desse modelo por outro, como a não concretização do apelo à interdisciplinaridade, a dificuldade de capacitação de recursos

humanos e a continuidade no tratamento dos trabalhadores como objetos das ações e não sujeitos. Esses são fatores que contribuíram para o surgimento do campo da Saúde do Trabalhador na realidade brasileira.

Assim, o campo da saúde dos/as trabalhadores/as busca desvendar o impacto do trabalho sobre a saúde e instrumentalizar os trabalhadores para reivindicar melhores condições de trabalho e de vida. A sua emergência pode ser identificada no início dos anos 1980, no contexto da transição democrática, em decorrência da mobilização social e da resistência da classe trabalhadora.

Esse processo social se desdobrou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e na realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1986) e foi decisivo para a Constituição Federal de 1988, atribuindo ao Sistema Único de Saúde - SUS a execução das ações de saúde do trabalhador.

Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997),

[...] por Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais e humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana (p. 25).

A produção de conhecimentos no campo da Saúde dos Trabalhadores possibilita a reflexão e a ação interventora na realidade. Portanto, contribui para o avanço, no sentido de chegar ao cerne das causas dos agravos à saúde e não simplesmente aceitar a obtenção do adicional de insalubridade ou periculosidade. Aliada a essas condições, tem-se a conjuntura atual de desmonte dos direitos trabalhistas e previdenciários, que prejudicam o acesso aos benefícios daí decorrentes e enfraquece a classe trabalhadora.

Assim, na tentativa de ilustrar as diferenças e características da Medicina do Trabalho – MT, da Saúde Ocupacional – SO e da Saúde do Trabalhador – ST, de maneira simplificada, segue quadro abaixo:

Quadro1– concepções sobre a saúde da classe trabalhadora

A medicina do trabalho constitui fundamentalmente uma atividade médica, e o “locus” de sua prática dá-se tipicamente nos locais de trabalho.		8ª Conferência Nacional de Saúde – conceito ampliado de saúde e desenho do sistema único de saúde/SUS (1986). Processo “Trabalho-Saúde-Doença”.
		1ª Conferência Nacional de saúde dos Trabalhadores (1986). A determinação social do processo saúde-doença tem sua centralidade no trabalho.

Fonte: A tabela foi elaborada e atualizada pela autora, a partir das informações obtidas em Mendes; Dias (1991), Minayo-Gomez; Thedim-Costa (1997) e Lacaz (2005).

Apesar dos avanços e dificuldades de cada modelo analisado, é interessante destacar que tais modelos fazem parte de um processo histórico que sofre rebatimentos de aspectos externos e contribuem para avançar ou retroceder no descobrimento dos agravos à saúde da classe trabalhadora. À vista disso, o campo saúde do/a trabalhador/a tem como foco desvendar os impactos do trabalho sobre a saúde, considerando a importância deste como organizador da vida social, como espaço de dominação e submissão do/a trabalhador/a pelo capital, mas, também de resistência, de constituição e do fazer histórico.

É importante também nesse movimento pormenorizar a atuação organizada da sociedade civil nos espaços de controle democrático na realidade brasileira, aspectos a serem abordados no tópico seguinte.

2.3 Os espaços de controle democrático na política de saúde dos/as trabalhadores/as

O campo das políticas sociais é contraditório, ao passo que o Estado exerce sua função de coerção sob a sociedade e, respectivamente, incorpora as suas demandas. No percurso dessa relação, o controle democrático é desempenhado pelo envolvimento político organizado da sociedade civil.

Na concepção de Estado ampliado⁴² de Gramsci (COUTINHO, 1999), a sociedade civil compreende um espaço de representação dos interesses de diversos grupos sociais e contribui para a difusão de valores culturais e ideológicos – nos sindicatos, associações, partidos etc. E, mesmo o Estado capitalista sendo instrumento de dominação de classe, o espaço da sociedade civil contribui para criar confronto entre projetos societários, na perspectiva da construção de projetos hegemônicos de classe – ou contra hegemônicos.

Duriguetto (2008) explica que, neste desenrolar, as classes subalternas, sempre sujeitas aos ditames da classe dominante, podem ascender ao poder através da inserção processual e/ou progressiva nos espaços de direção político-ideológica. Assim, o Estado, a sociedade civil e a democracia caminham juntos, pois, segundo a autora, é nessa permanente articulação entre democracia representativa e democracia de base que se possibilita a projeção permanente das classes subalternas ao Estado. A democracia tende a estar relacionada com o ideário de justiça social e de ampliação de direitos sociais na sociedade capitalista, conquistados através da mobilização social da população.

Por conseguinte, Pereira-Pereira (2008) esclarece que o controle democrático consiste no controle pelos cidadãos da política pública, regulada e frequentemente provida pelo Estado, visto que ela engloba demandas, decisões e escolhas privadas. Este conceito se diferencia do controle social, porque não permite designar o controle do Estado sobre a sociedade e sim, o inverso. O controle democrático, então, articula-se com a atuação da

⁴²Conjunto formado pela sociedade civil e sociedade política. O Estado ampliado – enquanto instância de reconhecimento da socialização da política no capitalismo e da construção de sujeitos políticos – pode atender às reivindicações das massas trabalhadoras, aliadas ao processo de democratização como resposta às demandas apresentadas no campo da saúde dos trabalhadores (COUTINHO, 1996).

sociedade civil organizada no sentido de contribuir para que as demandas e interesses da coletividade se efetivem.

Os desafios e embates políticos relacionados aos interesses distintos que permeiam a participação nos conselhos e conferências são parte do processo de construção da sociedade. A democratização dos espaços de decisão, como a Gestão do SUS, contribui como parte do Estado Ampliado. Para Coutinho (1999), a socialização da política altera “uma complexa rede de organizações coletivas, de sujeitos políticos de novo tipo, com um papel mais ou menos decisivo na correlação de forças que determina o equilíbrio de poder” (p. 27-28). Por outro lado, a socialização política não pode caminhar junto à apropriação privada dos bens socialmente produzidos.

Superar a alienação econômica é condição necessária, mas não suficiente, para a realização integral das potencialidades abertas pela crescente socialização do homem; essa realização implica também o fim da alienação política, o que, no limite, torna-se realidade mediante a reabsorção dos aparelhos estatais pela sociedade que os produziu e da qual eles se alienaram (é esse, de resto, o sentido da tese marxiana do “fim do Estado”) (COUTINHO, 1999).

Conhecendo-se o conjunto de fatores necessários à construção de uma nova ordem societária sem exploração de classe, Coutinho (1999) apresenta as objetivações institucionais necessárias para a realização do valor universal da democracia, como uma resposta a essa possibilidade. Antes, esse valor seria parte integrante do ser genérico do homem, composto pelo trabalho objetivado, pela socialização, pela universalidade, pela consciência e pela liberdade.

Neste sentido, para Coutinho (1999), as objetivações necessárias ou, digamos, a estratégia alude à correlação entre pluralismo, hegemonia e a democracia de massas⁴³. Na possibilidade de plena afirmação da democracia, o predomínio da vontade geral e do interesse público é fundamental para sua realização. O autor propõe a construção de uma hegemonia dos trabalhadores, com a elevação dos interesses específicos de seus vários componentes à universalidade, o que não significa a eliminação dos interesses particulares.

Nesse espaço de contradições, Lacaz e Flório (2009, p. 4) fazem a análise de que, apesar do avanço na direção do controle social sob o Estado, o que vem sendo observado é a falta de articulação entre as bases representativas, principalmente pela ausência ou insuficiência de informações necessárias às tomadas de decisões e pelo clientelismo, que se forma a partir de demandas fragmentadas e particularistas. Os critérios utilizados para a

⁴³ “[...] a democracia de massas, enquanto forma institucional de governo mas, adequada à socialização do poder no mundo moderno, reconhece o pluralismo, ou seja, a autonomia e a diversidade dos múltiplos sujeitos coletivos, além de propugnar a divisão do poder por meio da sua descentralização; esse reconhecimento do pluralismo, contudo, não anula – antes impõe – a busca constante da unidade política, da formação de uma vontade geral ou coletiva, hegemônica, a ser construída pela via da negociação e do consenso” (COUTINHO, 1999, p. 38).

escolha dos representantes dos usuários, que são a maioria nos Conselhos, estão muitas vezes relacionados à participação política e até mesmo eleitoral, o que desencadeia uma prevalência de interesses particulares em sobreposição à ampla discussão que envolve as questões de saúde pública.

É relevante destacar que a temática aqui abordada sofre ainda rebatimentos do contexto de “reestruturação neoliberal presente nas relações sociais de trabalho” (FREIRE, 2010), que afetou e vem afetando o movimento sindical, no que tange à organização da classe trabalhadora e aos espaços de confronto, como também, em decorrência da contrarreforma do Estado brasileiro. Além disso, tem-se uma cultura política patrimonialista, que favorece interesses privados em detrimento do público e dos interesses coletivos.

Nesse caminho de construção de alternativas para a realidade social, o controle democrático de todos os envolvidos (empresas, trabalhadores e comunidade) contribui para esclarecimento das demandas e das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho.

Isto posto, o controle democrático na Política Nacional de Saúde – Sistema Único de Saúde – e na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora se concretiza nos espaços dos conselhos, das comissões e das conferências.

No campo da saúde, com o processo de abertura política na sociedade brasileira na década de 1980, pós-ditadura civil-militar, além da promulgação da CF/88, ocorreu a aprovação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá Outras Providências (BRASIL, 1990b). Ocorreu também a aprovação da Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta e define os princípios e a formatação do SUS, e, no que tange à participação social, há o estabelecimento da criação de duas instâncias institucionalizadas: Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 1990a).

Conforme a Lei nº 8.142/1990, artigo 1, inciso 2, os Conselhos atuarão em caráter **permanente e deliberativo**, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990b).

O controle social democrático do SUS é exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, que aprovou a Resolução n. 33, de 03 de dezembro de 1992, cujo título *Recomendações para constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde* encerra a distribuição da representação dos conselhos. Assim, os Conselhos Estaduais e Municipais terão

representantes usuários (50%), dos trabalhadores da saúde (25%) e dos representantes de prestadores de serviços de saúde (25%), tanto públicos como privados (LACAZ; FLÓRIO, 2009, p. 4).

A Conferência Nacional de Saúde⁴⁴ ocorrerá a cada quatro anos com a representação de diversos segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b).

Com relação ao campo Saúde dos Trabalhadores, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST está prevista no Artigo 12 da Lei Orgânica de Saúde 8.080/90⁴⁵, com o propósito de assessoramento dos conselhos de saúde, no que se refere à temática de Saúde do/a Trabalhador/a. Portanto, a CIST é subordinada aos conselhos de saúde e não possui caráter deliberativo.

Assim, a CIST, em âmbito nacional, foi instituída pela Resolução CNS n.11, de 31 de outubro de 1991, com o intuito de promover a articulação e a intercomplementariedade de políticas, programas e ações, no que se refere ao interesse da saúde do/a trabalhador/a no âmbito do SUS. Posteriormente, houve reestruturação em sua composição por meio da Resolução CNS n. 185, de 08 de maio de 1996, e da Resolução CNS n. 296, de 02 de setembro de 1999. Atualmente, encontra-se em vigor a Resolução CNS n. 482, de 07 de agosto de 2013, em que fica definida sua composição de 18 (dezoito) titulares e 16 (dezesesseis) suplentes para o exercício do mandato de 2013 a 2015⁴⁶. Assim, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST nacional compreende 18 (dezoito) titulares – de um total de seis (6) representantes dos trabalhadores, seis (6) empregadores e seis (6) representantes do governo – e 16 (dezesesseis) suplentes.

Conforme Resolução CNS n. 482, de 7 de agosto de 2013, os participantes estão especificados da seguinte forma:

I – Titulares: Coordenador – Central Única dos Trabalhadores – CUT; Coordenador Adjunto – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; 1) Força Sindical – FS; 2) Confederação Nacional de Trabalhadores do Ramo Financeiro – CONTRAF; 3) Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; 4) Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; 5) Confederação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores da Indústria, Construção e da Madeira – CONTICOM; 6) Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; 7) Confederação Nacional de Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; 8) Rede

⁴⁴ Instância máxima de deliberação do SUS.

⁴⁵ Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990a).

⁴⁶ Até o momento não foi divulgada a nova comissão no site do Conselho Nacional de Saúde, apesar da nova comissão estar definida.

Nacional Feminista de Saúde - Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 9) Ministério da Saúde; 10) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; 11) Confederação Nacional da Indústria – CNI; 12) Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; 13) Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; 14) Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; 15) Conselho Federal de Psicologia – CFP; 16) Central de Movimentos Populares – CMP.

II – Suplentes: 1) Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; 2) Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo do Comércio e Serviços – CONTRACS; 3) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; 4) Federação Nacional dos Trabalhadores em Aviação Civil – FENTAC; 5) Federação Nacional dos Urbanitários – FNU; 6) Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos – CUT – SINTAPI; 7) Movimento Popular de Saúde – MOPS; 8) Rede Nacional LaiLai Apejo - População Negra e AIDS; 9) Ministério da Previdência Social – MPS; 10) Ministério do Trabalho e Emprego – TEM; 11) Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC; 12) Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; 13) Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFF; 14) Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; 15) Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; 16) Fórum Nacional de Mulheres Negras – FNMN.

Segundo a Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, a CIST tem como atribuições a elaboração de normas técnicas e o estabelecimento de padrões de qualidade para a promoção da saúde do/a trabalhador/a (art. 15, VI); a participação na formulação e implementação das políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho (art. 16, II, d); a participação na definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho (art. 16, V), além de acompanhar e fiscalizar os serviços e as ações realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), observando seus planos de trabalho; participar da construção ou sugerir ações no Plano de Trabalho dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); e acompanhar a implantação e implementação dos projetos e planos de saúde, recomendando ao Conselho de Saúde que fiscalize e tome as providências cabíveis caso verifiquem-se questões que não estejam de acordo com o aprovado.

No sentido de reiterar a importância da existência da CIST nos três níveis de governo – estadual, distrital e municipal, a Resolução n. 493, de 7 de novembro de 2013, determina a criação da CIST pelos Conselhos de Saúde, por meio de resolução para assessorar o Plenário do referido Conselho, resgatando e reiterando os princípios do SUS e do controle social e democrático.

Desse modo, a Resolução n. 493/2013 determina que a composição das comissões não precisa seguir necessariamente a paridade do Conselho de Saúde – 25% gestores e prestadores de saúde, 25% trabalhadores da saúde e 50% de usuários da saúde.

O pleno do conselho de saúde, por meio de resolução, deliberará sobre o número de participantes e quais as entidades que comporão a comissão. A composição deve ser o mais representativa possível, garantindo a presença de conselheiros de saúde (titulares e/ou suplentes), órgãos/gestores ligados à política de Saúde do Trabalhador e entidades que atuem em saúde do trabalhador como, por exemplo: centrais sindicais, sindicatos, associação de moradores/bairros, representação de empregadores, universidades, etc (RESOLUÇÃO 493/2013).

Ademais, relacionada à Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST encontra-se a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho – CTSST, instituída pela Portaria Interministerial n. 152, de 13 de maio de 2008, com o objetivo de avaliar e propor medidas para a implantação, no país, da Convenção n. 187 da Organização Internacional do Trabalho. Essa Convenção trata da Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho, bem como, de elaborar um plano de segurança e saúde no trabalho que articule as ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador.

A Comissão é composta por seis representantes do Governo Federal⁴⁷, seis representantes dos empregadores e seis representantes dos trabalhadores (Central Única dos Trabalhadores, Força Sindical, Central-Geral dos Trabalhadores do Brasil, União Geral dos Trabalhadores, e Nova Central Sindical dos Trabalhadores). Compete aos Ministérios a sua coordenação em sistema de rodízio anual.

O diálogo entre os diversos setores envolvidos contribui significativamente para o aperfeiçoamento do sistema nacional de segurança e saúde no trabalho, desenvolvendo mecanismos que alcançam as demandas distintas da população trabalhadora. Compreende também pensar a criação de condições de vida dignas com a redução das desigualdades sociais e o acesso aos serviços públicos de qualidade, além de condições de trabalho que não agridam a saúde física e mental dos trabalhadores.

Nesse sentido, a concepção de Estado ampliado (COUTINHO, 1999) pode atender às reivindicações das massas trabalhadoras, aliadas ao processo de democratização política, como respostas às demandas apresentadas no campo da saúde dos trabalhadores.

Os espaços dos conselhos, das comissões e das conferências objetivam introduzir nos espaços estatais uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais próxima das demandas da população. Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a

⁴⁷ No que tange a esta comissão, o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PLANSAT, de 2012, define a sua composição, sendo: a) um Coordenador-Geral indicado pelo Ministério da Saúde; b) um Coordenador-Geral Adjunto indicado pelo Ministério do Trabalho e Emprego; c) um Secretário-Geral indicado pelo Ministério do Trabalho e Emprego; d) um Secretário-Geral Adjunto indicado pelo Ministério da Previdência Social; e) um Secretário de Articulação indicado pelo Ministério da Previdência Social; e f) um Secretário de Articulação Adjunto indicado pelo Ministério da Saúde. Relevante destacar a reorganização ministerial desencadeada no governo do, então Presidente do Brasil Michel Temer, em 2016. Os Ministérios da Previdência Social e do Trabalho foram fundidos, resultando no Ministério do Trabalho e da Previdência Social e o Ministério da Saúde foi mantido.

sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade frente ao interesse público, em oposição à cultura patrimonialista. Entretanto, o processo participativo deve ser baseado na construção de consensos e no pressuposto da condição de igualdade e liberdade nas deliberações conforme pressupõem as diretrizes do SUS.

O controle democrático relaciona-se também com a promoção, proteção e recuperação da saúde, ações desenvolvidas em consonância com a Vigilância em Saúde, que compreende um processo contínuo e sistemático, tanto relacionado aos dados, como ao planejamento e à implementação de medidas para a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. O item a seguir discorre sobre esses elementos correlacionados ao processo interligado trabalho-saúde-doença.

2.4 A Vigilância em Saúde do/a Trabalhador/a

O debate da Vigilância em Saúde do/a Trabalhador/a – VISAT é anterior à instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT. Na verdade, considera-se um desdobramento do Sistema Único de Saúde – SUS e das ações de Vigilância em Saúde⁴⁸. Todavia, consta também nesta Política, como objetivo prioritário, o fortalecimento da VISAT.

Segundo a PNSTT, este objetivo será alcançado mediante:

- a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território; b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território; c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores; d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho; e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT; f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas; g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e h) participação dos trabalhadores e suas organizações (BRASIL, 2012).

Estas ações visam ultrapassar a dimensão assistencial que prevalecia, e ainda prevalece, nos primeiros programas de saúde do trabalhador, anteriores ao advento do Sistema Único de Saúde – SUS e precursores dos Centros de Referência em Saúde do/a Trabalhador/a

⁴⁸O termo vigilância em saúde nos remete à palavra vigiar, que significa, de acordo com o Dicionário Michaelis, estar atento a, observar atentamente, cuidar atenciosamente, espreitar, ficar de guarda, estar de sentinela, cuidar, acautelar-se, precaver-se. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=4bqam>>. Acesso em: 20 de novembro de 2016. No campo da saúde, a Vigilância está relacionada às ações de promoção e atenção à saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Conforme a Portaria n.º 1.378 de 9 de julho de 2013, que regulamenta as ações de Vigilância em Saúde, esta “[...] constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde”.

– CEREST, possibilitando caminhar para ações preventivas, como a intervenção nos ambientes, processos e formas de organização do trabalho, que afetam diretamente a condição de saúde da classe trabalhadora (VASCONCELLOS, et al, 2014).

Assim, os pressupostos elencados determinam a articulação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, juntamente com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, desenvolvendo atividades de intervenção e mobilização, relacionadas aos processos de trabalho e às condições em que o trabalho se realiza.

Essas conclusões são calcadas na Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998, que aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Essa normativa respeita as particularidades regionais, com características culturais e populacionais específicas, mas também delimita parâmetros de atuação.

Desse modo, a Vigilância em Saúde do Trabalhador pressupõe a articulação com o modelo epidemiológico⁴⁹ de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis da relação entre o trabalho e a saúde, agregando ao universo da avaliação e da análise, a capacidade imediata da intervenção sobre os fatores determinantes dos agravos à saúde da classe trabalhadora (BRASIL, 1998).

Ainda conforme a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde dos Trabalhadores, a VISAT pauta-se nos seguintes princípios: **a)** Universalidade, compreendendo todos os trabalhadores, independentemente do vínculo empregatício e/ou do tipo de inserção no mercado de trabalho; **b)** Integralidade das ações, tendo em vista a atenção integral à saúde dos trabalhadores; **c)** Plurinstitucionalidade, no que se refere às redes e sistemas, entre diferentes instâncias; **d)** Controle Social, incorporando os trabalhadores e suas organizações representativas; **e)** Hierarquização e descentralização, considerando as ações em nível municipal, estadual e nacional do SUS; **f)** Interdisciplinaridade, visando contemplar todos os saberes em um espaço multiprofissional; **g)** Pesquisa-intervenção, que afirma a necessidade de articulação entre teoria e prática; **h)** Caráter transformador, caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho a partir das análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental efetuadas por todos os envolvidos.

⁴⁹De acordo com o Dicionário Michaelis, “epidemiologia é o ramo da medicina que pesquisa as diferentes epidemias, as suas causas, sua natureza, seus sintomas e formas de propagação, sua frequência, seu desenvolvimento e meios de tratamento e prevenção”. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=epidemiologia>>. Acesso em: 20 de novembro de 2016.

Em consonância ao que fora firmado na década anterior, a Portaria GM n. 1679 de setembro de 2002, dispôs sobre a reestruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS, a ser desenvolvida de forma articulada entre os Ministérios da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Articulando a reestruturação da RENAST com as ações da VISAT, observa-se que ambas só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda em suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada (BRASIL, 2002).

Em consonância com Vasconcellos, et al (2014), “[...] o nosso entendimento de vigilância em saúde do trabalhador é aquele que segue os seus pressupostos e culmina, necessariamente, com ações concretas de intervenção no mundo do trabalho, sempre com um caráter transformador e efetuada com a participação dos trabalhadores”. Os autores ainda ressaltam a necessidade de relacionar a prática com os dados sobre a situação da morbidade e mortalidade da população, como embasamento das ações e como meio para dialogar e alertar a população sobre sua real situação inserida no sistema de vigilância em saúde.

Ainda nesse sentido, as mudanças nas condições de trabalho geradoras de agravos ocorrem, de fato, quando os próprios trabalhadores demonstram força política e passam a exigir mecanismos de transformação do ambiente e melhores condições de trabalho, não como uma ação de responsabilização individual, mas como um processo de lutas e de disputas coletivas no espaço de correlação de forças. Nesse processo, os sindicatos e organizações representativas dos trabalhadores são parceiros indispensáveis na realização das ações de vigilância. E cabe aos CERESTs regionais e estaduais, estabelecerem alianças e laços de confiança com os diversos movimentos sociais e com representantes da classe trabalhadora, como sindicatos, conselhos, fóruns, delegacias do trabalho e hospitais.

A VISAT significa o princípio da responsabilidade múltipla das instâncias sociais envolvidas nos processos concretos construídos ou a serem construídos a partir das questões apresentadas pelos atores sociais envolvidos. A VISAT é heterogênea e complexa, envolve a sociedade e o Estado, imbricados nos desafios da reprodução social e da sustentabilidade do modo de produção existente (MACHADO, 2005).

Destarte, o campo Saúde do/a trabalhador/a necessita de intervenção consciente na contramão – dos aspectos negativos – da construção histórica da Cultura Política brasileira. Esta se constitui num dos obstáculos fundamentais para a consolidação da atenção integral à saúde e para a garantia do acesso aos direitos sociais. O caminho a ser percorrido está no

reconhecimento da capacidade organizativa e combativa da classe trabalhadora, além da conscientização da população como um todo a respeito do processo histórico-social do campo do trabalho, que está em constante transformação.

CAPÍTULO 3 – Os espaços de participação social na realidade brasileira no contexto da relação trabalho, saúde e doença

Como abordado anteriormente, busca-se nos espaços de controle democrático, na política de saúde dos/as trabalhadores/as, a participação social, no sentido de aprofundar as discussões sobre os impactos do processo de trabalho sobre a saúde e pensar em meios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da Reforma Sanitária e da Seguridade Social Pública.

Esses elementos podem ser associados à mobilização da sociedade civil organizada, e aos sindicatos, de maneira propositiva e articulada, construindo intercâmbio entre as esferas do poder público e da sociedade, democratizando conhecimentos e informações em saúde. Assim, espera-se que a autonomia do trabalhador sobre o controle da sua saúde seja objeto de diálogo entre os setores⁵⁰ públicos e privados.

Dar-se-á continuidade a essas reflexões, considerando as transformações no mundo do trabalho na contemporaneidade, bem como seus rebatimentos na organização da classe trabalhadora. Serão abordadas as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a por meio da análise dos relatórios finais. Como esses espaços são anteriores à PNSTT, pressupõe-se que a mesma resulte da intensa mobilização da classe trabalhadora, adquirindo visibilidade e, conseqüentemente, reduzindo acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, através de ações de promoção, reabilitação e vigilância em saúde.

3.1 Precarização estrutural do trabalho: rebatimentos na organização da classe trabalhadora

A princípio, este tópico compreende as mudanças no mundo do trabalho no contexto da ofensiva neoliberal, da crise estrutural e da mundialização do capital financeiro, plasmado na reestruturação produtiva, que é caracterizada, principalmente, pela flexibilização e desconcentração do trabalho físico. Tais elementos repercutem na organização da classe trabalhadora devido à sobreposição de interesses econômicos aos interesses sociais, reflexo da contradição existente entre capital e trabalho.

⁵⁰ Ou objeto de diálogo na relação entre Estado-sociedade-mercado.

Disso, decorre uma conjuntura de destruição das legislações sociais protetoras do trabalho, ocasionando agravos à saúde dos/as trabalhadores/as e a visível exploração do trabalho no Brasil em todos os níveis.

Considerando os apontamentos de Barbosa (2007, p. 40) acerca do trabalho precarizado e desprotegido: a insegurança frente aos direitos trabalhistas e previdenciários submete o trabalhador a condições de vida arriscadas, à cruel dominância da concorrência no mercado, sem ações coletivas de enfrentamento, sem segurança de cobertura social no presente e futuro, ou no momento em que não mais dispor da força de trabalho. Antunes (2015) reitera esse entendimento, afirmando que querem, de todo modo, fazer proliferar as distintas formas de trabalho precarizado, representado pelo trabalho voluntário, subcontratado, terceirizado, e pelo empreendedorismo, como respostas à crise estrutural do capital.

Para Alves (2005), na particularidade brasileira, as mudanças no campo do trabalho, aliadas ao neoliberalismo⁵¹ nas décadas de 1980 e, em especial, na década seguinte, remodelaram o mundo do trabalho no país por meio do desemprego estrutural, da precariedade de emprego e salário.

Aliadas às alterações laborais – tanto no campo da reorganização do trabalho através da redução da força de trabalho e da inserção de maquinarias, quanto na expansão do trabalho informal – as reformas trabalhistas e previdenciárias reforçam a insegurança e angústia em relação à manutenção do emprego e aumentam a intensificação da exploração da classe trabalhadora para os que ficam. Isso, sem contar com os amplos contingentes populacionais que ficam descobertos nas situações de adoecimento ou desemprego. Segundo Antunes (2015, p. 266), “[...] quando os empregos se reduzem, aumenta o desemprego, a degradação social e a barbárie”.

Como indicado anteriormente, a alternativa à crise de 1929 e ao período pós-guerra, deu-se por meio de investimentos sociais e políticas sociais amplas nos países do capitalismo central. Este momento foi conhecido como os trinta anos gloriosos, ou anos dourados do capitalismo (1945 – 1973), quando, através de políticas de pleno emprego, direitos sociais amplos e universais (BOSCHETTI, 2012), tornou-se possível a construção do sistema de proteção social.

Com a crise desencadeada pela profunda recessão da década de 1970, aprofundada pelo choque do petróleo, ocorreu o esgotamento do modelo de produção fordista-keynesiano,

⁵¹ O neoliberalismo tem sido colocado em prática por meio de privatizações de empresas estatais e serviços públicos, desregulamentação ou criação de novas regulamentações no campo das relações trabalhistas e comerciais, e na tentativa de transferência das responsabilidades do Estado para o setor privado (MORAES, 2001).

que estava em plena expansão. As suas características não acompanharam a reorganização do processo produtivo. Segundo Harvey (1994),

Havia problemas com a rigidez dos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo em sistemas de produção em massa que impediam muita flexibilidade de planejamento e presumiam crescimento estável em mercados de consumo invariáveis (p. 135).

Assim, em oposição à rigidez do padrão fordista-keynesiano e à forte deflação que indicou que as finanças do Estado estavam muito além dos recursos, instalou-se uma profunda crise fiscal e de legitimação, que obrigou as organizações a reorganizar o processo produtivo, por meio da racionalização, da reestruturação e da intensificação do controle do trabalho (HARVEY, 1994, p. 137).

Isso, em contraposição à resposta que o Estado havia dado anteriormente, sob justificativa da crise, que, sinteticamente, é considerada como desequilíbrio entre produção e consumo, ocasionando a queda da taxa de lucro (MÉSZÁROS, 2009),

[...] iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, da qual a era Thatcher-Reagan foi expressão mais forte; a isso se seguiu também um intenso *processo de reestruturação da produção e do trabalho* [...] (ANTUNES, 2002, p. 33, grifos do autor).

Notadamente, as mudanças não pararam por aí, mas esse processo tem que ser considerado, pois, através dele, outros elementos surgiram. Reitera-se que, com a flexibilização do trabalho e do mercado, a mobilidade geográfica (transcende fronteiras) e a ampliação do trabalho informal⁵² e a desregulamentação trabalhista, o processo de trabalho tornou-se ainda mais precarizado: intensificou-se a exploração inerente ao capitalismo, aliada à subsunção do trabalho excedente. Estes são elementos que afetam a estrutura da classe trabalhadora, suas formas de organização, capacidade de intervenção e o acesso aos direitos sociais, refletindo nas condições de vida e trabalho e repercutindo no agravamento da questão social.

Na particularidade da terceirização, o empresariado objetiva a obtenção do lucro através da redução de custos. Em contraposição,

⁵² Segundo Antunes (2011), o trabalho contratado e regulamentado vem sendo substituído pelos mais distintos e diversificados modos de ser da informalidade através da ampliação acentuada de “[...] trabalhos submetidos a sucessivos contratos temporários, sem estabilidade, sem registro de carteira, dentro ou fora do espaço produtivo das empresas, quer em atividades mais instáveis ou temporárias, quando não na condição de desemprego” (p. 408).

[...] estudos mostram que a terceirização tem-se mostrado nefasta para a vida e a saúde dos trabalhadores: os salários são mais baixos, a rotatividade é maior, as condições de trabalho são mais precárias, os riscos de acidentes e doenças são maiores, as empresas aparecem e desaparecem, deixando trabalhadores sem qualquer cobertura e os trabalhadores, que não pertencem aos sindicatos mais organizados, ficam desprotegidos (BRASIL, 2015).

E Antunes (2015), reforça,

[...] flexibilizar a legislação social do trabalho significa – não é possível ter nenhuma ilusão sobre isso – aumentar ainda mais os mecanismos de extração do sobretrabalho, ampliar as formas de precarização e destruição dos direitos sociais arduamente conquistados pela classe trabalhadora, desde o início da Revolução Industrial, na Inglaterra, e especialmente pós-1930, quando se toma o exemplo brasileiro (p. 130, grifos do autor).

Características novas surgem nesse desenrolar. Em decorrência dessas alterações nasce uma classe trabalhadora mais fragmentada⁵³, mais heterogênea e mais diversificada a nível mundial (ANTUNES; ALVES, 2004), ou complexificada (ANTUNES, 2015).

Considerando as particularidades das políticas sociais no sistema capitalista, as influências da ofensiva neoliberal e os desafios impostos à luta da classe trabalhadora, em decorrência das soluções para os momentos de crise do capital, torna-se urgente o fortalecimento do movimento sindical enquanto força dinamizadora e mobilizadora das lutas de classe contra o capital. Essa é uma forma legítima de participação democrática e de afirmação social e política da “classe-que-vive-do-trabalho” (ANTUNES, 2015), apesar de esta estar perdendo a disponibilidade⁵⁴ para a atividade militante.

Dentre os rebatimentos na organização da classe trabalhadora, a ruptura e desconstrução da alienação/estranhamento e construção de uma consciência de classe são considerados os principais limites a serem rompidos no contexto da contradição capital e trabalho. Para Antunes e Alves (2004), “a alienação/estranhamento é ainda mais intensa nos estratos precarizados da força humana de trabalho, que vivenciam as condições mais desprovidas de direitos e em condições de instabilidade cotidiana [...]”.

O problema da consciência encontra-se no difícil jogo de mediações que liga as determinações particulares e genéricas que compõem o movimento que constitui o ser social. A consciência é movimento que ora se apresenta como consciência do indivíduo isolado, ora como expressão da fusão do grupo, depois da classe, podendo chegar a diferentes formas no processo de constituição da classe até a uma consciência que ambiciona a universalidade (MARX, 2010, p. 86).

⁵³ Com a mundialização do capital e a livre circulação de capitais, alterou-se o nível de concentração dos trabalhadores nos ambientes laborais. Por exemplo, muitos trabalham em casa ou exercem atividade por livre demanda, influenciando na consciência de classe, na organização e na experiência de luta.

⁵⁴ Essa se encontra alterada devido à captura da subjetividade através da intensificação do trabalho, com isso a apropriação da dimensão intelectual e das suas capacidades cognitivas (ANTUNES; ALVES, 2004).

A consciência de classe pode ser construída e desenvolvida através do entendimento de dominação e/ou subordinação na relação capital e trabalho. Nesse caminho, ou se detém a força de trabalho para ser vendida no mercado, ou, os meios de produção. É interessante aliar esse entendimento à percepção de sujeito protagonista da sua história.

Segundo Pereira-Pereira (2016), a prova mais clara da perda de substância analítica da crise e dos meios políticos utilizados para a sua minimização está no discurso neoliberal dominante, com a perda gradativa de categorias fundamentais para a concepção de sociedade e do imbróglio do atual sistema do capital. Os termos *classe social*, *poder de classe e conflito social*, ou então, *burguesia*, *pequena burguesia e classe trabalhadora* definem a posição dos coletivos populacionais pela sua posição na estrutura de classes e estão sendo esquecidos nas reflexões.

Segundo Coutinho (1999), em uma sociedade de classes as ideologias disputam consciências e aquela que detém os meios de produção tende a deter também os meios para universalizar sua visão de mundo e suas justificativas ideológicas a respeito das relações sociais de produção que garantem sua dominação econômica. Além desses fatores, o cenário de forte recessão e destruição dos direitos alcançados e construídos legitimamente pela sociedade, o que é reforçado pelo aumento do desemprego, dificultam o embate, porque o trabalhador sabe do risco iminente da perda do emprego e, conseqüentemente, da renda.

Tem-se, então, que, além dos sindicatos, há efetiva participação social da sociedade civil em espaços como os Conselhos, Comissões e Conferências, concebidos como espaços de tensão entre interesses contraditórios na luta pela manutenção dos direitos alcançados na Constituição Federal de 1988 e espaços de desconstrução do conservadorismo e do autoritarismo construídos historicamente. Assim, os tópicos que seguem abordam sobre o engajamento da população trabalhadora nos espaços de debate sobre a relação saúde e trabalho.

3.2 As Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a: espaços de construção e contradição

Especialmente como processo de democratização da vida política brasileira, os desdobramentos daí decorrentes, tal como a reorganização do sistema de saúde como política

pública⁵⁵ desenvolvida por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, ou seja, a descentralização político-administrativa que ocorreu com a Constituição Federal de 1988, possibilitou aproximar a população⁵⁶ dos estados e municípios das decisões políticas e da gestão do Estado brasileiro.

Nota-se que a participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas não foi uma medida voluntária e de concessão do Estado, mas uma conquista da classe trabalhadora resultante das reivindicações da década de 1970 e 1980 no Brasil, em oposição ao governo autoritário da Ditadura Civil-Militar (1964-1985) imposta no país. Esse regime não permitia que a população interferisse nas decisões tomadas pelos governantes, que tinham, muitas vezes, posições contrárias a seus interesses e necessidades.

Segundo Raichelis (2000), a década de 1980 foi marcada pela crise do Estado autoritário, pelo agravamento da questão social – a chamada década perdida, em função do aumento da pobreza e da miséria – e pela luta a favor da democratização do Estado e da sociedade, o que favoreceu a intensificação do debate sobre as políticas públicas, particularmente as de corte social.

Assim, com o desdobramento do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a aplicação dos seus pressupostos na 8ª Conferência Nacional da Saúde, pode-se construir as bases para um novo sistema público de saúde pautado na universalidade, equidade e integralidade, estrategicamente organizado pelas diretrizes da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. O direito social à saúde compreende como responsabilidade do Estado a sua execução, através de políticas públicas e sociais. Inclui-se, como seu atributo, alcançar o patamar de “sistema único de saúde estatal, gratuito, universal e de qualidade” para toda a população (BRAVO; MENEZES, 2011).

Nesse sentido, a formulação, execução e controle das ações e serviços de saúde destinadas à população trabalhadora compreendem espaço privilegiado de atuação e de resposta às demandas que podem ser cumpridas nos espaços das Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a, mesmo com todos os desafios impostos pela precarização estrutural do trabalho, que acaba refletindo na organização dos mesmos.

Para dar continuidade ao tema, considera-se relevante destacar elementos ou desafios – como for possível entender, sobre a gestão do SUS, através da visão de Júnior (2011),

⁵⁵ “As políticas públicas, embora sejam de competência do Estado, não representam decisões autoritárias do governo para a sociedade, mas envolvem relações de reciprocidade e antagonismo entre essas duas esferas. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais em resposta às demandas da sociedade e, por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual” (RAICHELIS, 2000, p. 2).

⁵⁶ Plebiscito, referendo e projetos de iniciativas populares, além das conferências e conselhos gestores de políticas públicas.

É fundamental afirmarmos que nenhuma forma de gestão no SUS dará os resultados que esperamos e necessitamos se, num curto prazo, não fizermos o enfrentamento com o atual modelo de atenção, que alimenta inexoravelmente a demanda pelos procedimentos especializados e de alto custo, e não fortalecermos a rede estatal SUS, de modo a diminuirmos sobremaneira a dependência do setor privado contratado, eixos vitais onde as corporações e grupos econômicos organizados se alimentam e se fortalecem (p. 40).

Como meio efetivo de transformação da realidade, as conferências possibilitam propor diretrizes e definir prioridades nas políticas sociais (IPEA, 2013). Aqui serão apresentadas informações concernentes aos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a realizadas entre 1986 a 2014. O objetivo deste capítulo é identificar as principais deliberações realizadas nesses momentos, com enfoque naquelas relacionadas à temática proteção social e controle democrático e à sua concretização na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST e na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da trabalhadora – PNSTT.

Quadro 2 – Informações Gerais das Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a

Conferência	Data e local	Temática	Participantes
1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador	01/12 a 05/12/1986, em Brasília	Saúde como direito do cidadão e dever do Estado	Participantes: 526 Delegadas: 399 Observadoras: 127 Debatedores: 55 Comissão organizadora: 75
2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador	13/03 a 16/03/1994, em Brasília	Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador	Total: 900 pessoas Delegadas: 563
3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador	24/11 a 27/11/2005, em Brasília	Trabalhar, sim! Adoecer, não!	Total: 2100 pessoas Delegadas: 1.409
4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador	15/12 a 18/12/2014, em Brasília	Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, direito de todos e dever do Estado	Total: 1.399 pessoas, Delegadas: 991, Convidados: 56 Palestrantes: 33 Coordenadores e relatores: 52 Representantes das comissões: 37 Acompanhantes das pessoas com deficiência: 12 Equipe de apoio: 218

Fonte: A tabela foi elaborada pela autora, a partir das informações obtidas nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a.

Para Souza (2013), as conferências dispõem de alguns pontos em comum, como por exemplo: a) são convocadas com caráter consultivo ou deliberativo pelo Poder Executivo de cada nível de governo, por meio de decreto que traz o tema do debate e o órgão responsável pela organização do processo (assim como disposto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990); b) quando previsto em lei, o próprio conselho setorial pode fazer o chamamento à participação; c) os órgãos considerados responsáveis (como o Ministério da Saúde) publicam portarias que definem a comissão organizadora, os objetivos, o período e a forma de realização.

Segundo a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Art. 1º, § 1º

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

No caso das conferências temáticas, onde se insere o campo da saúde do/a trabalhador/a, não existe ato administrativo (Portaria, Decreto) que as autorize. Essas são deliberadas nas Conferências Nacionais de Saúde, ou seja, dispostas nos seus relatórios finais. Como pode ser observado no quadro anterior, até o momento foram realizadas quatro (4) Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. A 4ª Conferência Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a – CNST, especificamente, foi deliberada pelo pleno⁵⁷.

Desse modo, a 1ª Conferência Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a, ocorrida em Brasília no período de 1 a 5 de dezembro de 1986, possibilitou dar continuidade às discussões iniciadas no momento da 8ª Conferência Nacional da Saúde, no sentido de relacionar saúde, trabalho e democracia⁵⁸. A comissão organizadora foi composta por diversos setores da sociedade civil e do Estado:

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); Central Única dos Trabalhadores (CUT); Central Geral dos Trabalhadores (CGT); Confederação Nacional da Agricultura (CNA); Confederação Nacional do Comércio (CNC); Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM); Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT); Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO); Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Ministério da Educação (ME); Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); Ministério da Saúde (MS); Ministério do Trabalho (MT); Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); Presidência da República – Gabinete Civil (PRGC); Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e União Brasileira de Engenharia e Segurança. No intuito, ainda, de garantir a desejável articulação entre as entidades governamentais cujas atribuições contemplam a área de saúde dos trabalhadores, foram indicados como co-patrocinadores da 1º CNST:

⁵⁷ “A Plenária Final representa o momento de coletivização máxima da reunião, onde se expressam, através das decisões, os desejos e intenções, além dos caminhos a serem percorridos nos próximos anos de luta em defesa da Saúde do Trabalhador” (BRASIL, 1994).

⁵⁸ A democracia é entendida como resultado de um processo social, a qual se vincula a coletivização das decisões. Desse modo, quanto mais coletiva é a decisão, mais democrática ela é (VIEIRA, 1998, p. 12).

a Secretaria Nacional de Ações básicas de Saúde (SNABS) do Ministério da Saúde, a Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho (SSMT) do Ministério do Trabalho, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência e Assistência Social, bem como a Secretaria de Educação Superior (SESU) do Ministério da Educação (BRASIL, 1986).

O momento da 1ª CNST foi construído coletivamente através das pré-conferências estaduais e municipais, no sentido de que as questões gerais, contempladas no temário central, fossem efetivamente circunstanciadas para a realidade de cada região, possibilitando abarcar as prioridades de cada área. Assim, foi realizado esse momento de reflexão conjunta e debates em vinte (20) estados. (BRASIL, 1986).

O conceito ampliado de saúde e a determinação social do processo saúde-doença foram apropriados nesse momento, pois, a “[...] saúde como determinada pelos processos sociais mais abrangentes, entendendo-a, portanto, como um conceito integral e dinâmico, levando-se em conta que a saúde é determinada simultaneamente pelas condições de vida e pelas condições de trabalho” (BRASIL, 1986, p. 7).

Os temas abordados nos estados foram organizados em três temas centrais: 1) Diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores; 2) Novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores; 3) Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores.

O diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores levou em conta a própria formação da sociedade brasileira e a implantação do capitalismo brasileiro como fatores importantes para a compreensão do quadro da “dramática situação da saúde do trabalhador” (p. 7). De forma que,

“[...] estando o Estado sempre a serviço da classe dominante, situação essa acentuada nos últimos 21 anos de ditadura, com brutal espoliação e amordaçamento das classes dominadas. Assim, a saúde do trabalhador sempre foi e continua sendo, até o presente, subordinada aos interesses do capital nacional e internacional” (BRASIL, 1986, p. 7).

Até o momento, os elementos constituintes do relatório final da 1ª CNST têm demonstrado firme posicionamento político através de uma análise crítica do capitalismo e do reconhecimento da sua vinculação com as condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora brasileira. Este relatório aborda sobre a condição de desemprego articulada à categoria do Exército Industrial de Reserva de Marx (2013): “Neste perverso processo de desenvolvimento do capitalismo no Brasil, é criado um exército industrial de reserva que torna o trabalhador em simples peça de reposição, o que explica o descaso para com a sua saúde” (p. 7). Arrematam: “Tal fato torna o trabalho um fator de risco porque a preocupação do capital é com o lucro e não com o indivíduo” (p.7).

Além disso, a consciência de que é necessário superar esse modo de produção que explora e degrada a força de trabalho também foi objeto de reflexão: “A superação das atuais condições materiais de vida e saúde a que estão submetidos os trabalhadores e o povo, somente se dará com a implantação do socialismo” (p. 8). As análises desencadeadas são resultado do contexto sócio-político da época, que buscava o rompimento com o autoritarismo do Estado.

A análise da especificidade do trabalho urbano e rural também foi objeto de análise na 1ª CNST, aliada ao contexto social:

A situação do trabalhador rural, muito mais dramática do que do trabalhador urbano, tem origem na concentração da terra nas mãos dos latifundiários; na política agrícola favorecendo a exportação e os grandes produtores, não priorizando a produção do alimento básico nas leis discriminatórias, estando, por conseguinte o trabalhador rural submetido a um tratamento diferencial em todos os níveis. Conseqüentemente, a transformação da estrutura fundiária do país torna-se fundamental para melhorar as condições de saúde do trabalhador rural (BRASIL, 1986, p. 7).

O campo da saúde do/a trabalhador/a avança no reconhecimento das particularidades e da totalidade da vida social, política e econômica. Trata-se de um entendimento distinto da saúde ocupacional e da medicina do trabalho. Constatou-se naquele momento, em 1986, que a legislação brasileira era “[...] dúbia, mal elaborada, sujeita a interpretações, subordinada principalmente aos interesses da classe dominante, baseada em modelos importados” (p. 9). Como também, no que concerne às condições de saúde e trabalho,

[...] mercantiliza o risco através da sua monetarização, não atende as necessidades do trabalhador e sua proteção no processo de mudança tecnológica (por exemplo, quanto ao ritmo de trabalho). Restringe o número das doenças profissionais sem atender aos agravos decorrentes da introdução de novos agentes no processo produtivo (p. 9).

Partindo desses pressupostos, foram levantadas recomendações/propostas no momento da 1ª CNST, divididas nos três temas centrais outrora citados. No que compreende a constituição de uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores, coube o levantamento dos direitos básicos de saúde do/a trabalhador/a, os elementos propositivos para a integração da política do/a trabalhador/a com a política nacional de saúde e a integração dela com as demais Políticas do Estado (no âmbito da previdência, da saúde e do trabalho/emprego).

Como parte dos *direitos básicos de saúde do/a trabalhador/a relacionados com a temática proteção social e controle democrático* foram elencados, dentre outros fatores, a necessidade de ampliação da participação nas decisões referentes à saúde do/a trabalhador/a, dentro e fora da empresa; o direito à estabilidade no emprego, abrangendo as necessidades de vida e trabalho; o direito a recusar-se a trabalhar em locais insalubres ou perigosos; o direito à

alimentação nos locais de trabalho e ao fornecimento de uniformes, financiados exclusivamente pelos empregadores; as garantias de creches nos locais de trabalho e de moradia; a ampliação da duração da licença-gestação para 6 meses, a fim de garantir o direito à amamentação, assegurando-se o retorno ao emprego; o direito à posse da terra aos que nela vivem e trabalham, bem como o direito ao crédito rural, à assistência técnica por parte dos órgãos públicos, ao apoio, à comercialização dos produtos agrícolas, à aposentadoria dos trabalhadores rurais e pescadores aos 45 anos, sem distinção de sexo; a garantia da revisão e ampliação das situações e funções que dão direito à aposentadoria; o direito à assistência integral à saúde, gratuita, universal e equânime a todo cidadão, independente do vínculo empregatício, credo, idade, sexo, cor, ideologia, etc.; o direito à aposentadoria aos 25 anos de trabalho para os trabalhadores e portadores de deficiência (BRASIL, 1986).

Para integração da política do/a trabalhador/a com a política nacional de saúde propõe relacionar a saúde do/a trabalhador/a como campo da saúde pública, devido à construção da política fazer parte do SUS, sob controle dos trabalhadores (BRASIL, 1986). Tais propostas estão em conformidade com a posterior promulgação da CF/88 e da Lei Orgânica da Saúde.

Na articulação desta Política com as demais Políticas do Estado, pressupõe-se a articulação e estabelecimento de uma política científica e tecnológica para usufru da classe trabalhadora; uma política de transporte de qualidade; política de produção e abastecimento de alimentos básicos; uma política de educação pública gratuita e universal; que o desmatamento, instalações de barragens e agroindústrias sejam controlados e referendados pela comunidade e entidades locais; que o pagamento da dívida externa seja suspenso imediatamente, até que a Nação se pronuncie através de ampla consulta e participação popular, dada a necessidade de superar a dissociação atual entre a política econômica e social; a descriminalização do aborto, dentre outros pressupostos (BRASIL, 1986).

Observa-se que a maioria das deliberações são objeto de disputa entre o Estado, a sociedade e o mercado, até o momento atual, embora se tenha avançado na incorporação das reivindicações sobre saúde do trabalhador na CF/88 e no início de um processo de elaboração de uma Política Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a para o país.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a – CNST, realizada em Brasília de 13 a 16 de março de 1994, tendo como tema central “Construindo uma política de saúde do trabalhador”, representou um momento decisivo no sentido da formulação de uma política pública de saúde do/a trabalhador/a (BRASIL, 1994). Apesar do momento pós-promulgação da CF/88, dos avanços referentes à organização do Sistema Único de Saúde e da

definição da área da saúde do/a trabalhador como parte da saúde pública⁵⁹, as políticas sociais públicas enfrentaram dificuldades devido à implantação do projeto neoliberal e ao contexto de reforma do Estado, o que foi considerado um agravante para a 2ª CNST.

O período da realização da 2ª CNST foi marcado pelos desdobramentos da reestruturação produtiva e das alterações na configuração do trabalho e da classe trabalhadora. Isso exigiu a quebra de paradigmas fundados na compreensão do trabalhador de chão de fábrica para a compreensão do trabalhador informal com contrato de trabalho flexível, considerado um desafio para os espaços das conferências.

Segundo as disposições do relatório final da 2ª CNST, com relação à política pública, o conteúdo dos discursos e das falas dos atores sociais privilegiados contou com o espaço das conferências, painéis e mesas redondas realizadas por representantes técnicos, sindicais e da política, seguidos de plenárias e discussões grupais. Esses foram momentos democráticos de discussão ampla, no sentido da construção de uma Política Nacional de Saúde que entendesse as particularidades do processo trabalho-saúde-doença⁶⁰.

As propostas resultantes foram divididas nas seguintes temáticas: a) Organização das ações de saúde do trabalhador; b) Participação e controle social; c) Informação; d) Recursos humanos para a saúde do trabalhador; e) Financiamento; f) Legislação; g) Desenvolvimento, meio ambiente, saúde e trabalho; h) Política agrária e saúde do trabalhador; i) Gerais (reuniu propostas amplas referentes a uma vasta e complexa gama de problemas de diversas ordens e não necessariamente relacionadas à Saúde do Trabalhador) (BRASIL, 1994).

O modelo de sistema que possibilita operar a saúde do/a trabalhador/a compreende o caráter interinstitucional e multidisciplinar das ações, tendo em vista a articulação de vários ministérios e profissionais das diversas áreas para contemplar a promoção, pesquisa, vigilância, assistência e a reabilitação dos trabalhadores.

Tanto no momento da 1ª CNST quanto no da 2ª CNST, os Programas de Saúde do Trabalhador já vinham sendo realizados, como ação de estruturação da área da saúde do/a trabalhador/a, no âmbito da rede pública, inicialmente em São Paulo, no Rio de Janeiro, em Minas Gerais, no Rio Grande do Sul e na Bahia (LACAZ, 2005; BRASIL, 1994). Essa foi considerada área modelar para o setor saúde, na medida em que congregava as ações de

⁵⁹ Como disposto no relatório final, “a inclusão das ações de saúde do trabalhador como responsabilidade do SUS constituiu uma das maiores vitórias da classe trabalhadora no processo constituinte, agora referendada neste evento” (BRASIL, 1994, p. 3).

⁶⁰ “Foram consideradas as implicações da relação capital/trabalho na Saúde do Trabalhador. Para o Ministério da Saúde, sua análise aprofundada pressupõe reflexões sobre meio ambiente, condições sanitárias, trabalho no meio rural e impactos do modelo de desenvolvimento no meio ambiente e na saúde” (BRASIL, 1994).

prevenção, concentradas na Vigilância, com aquelas de diagnóstico e cura presentes na Assistência à Saúde (BRASIL, 1994).

A constituição dos Centros de Referência em Saúde do trabalhador – CEREST, também foram objeto de atenção para a ampliação dos Programas de Saúde do Trabalhador – PST, com a preocupação de ser realizada com participação paritária das entidades sindicais e organizações populares na sua administração. As instâncias de controle social democrático no SUS garantem a participação das organizações de trabalhadores urbanos e rurais, através de sindicatos, federações, confederações e centrais sindicais, associações, comissões intersetoriais de saúde do trabalhador – CIST dos estados e municípios, conselhos estaduais e municipais de saúde e conferências estaduais e municipais de saúde.

No que diz respeito às deliberações resultantes da 2ª CNSTT, a construção de uma política de saúde do trabalhador pressupõe a garantia da transversalidade e da integralidade da ação do Estado, mediante: 1º) a manutenção das garantias fundamentais dos cidadãos, assumindo as lutas pela sua regulamentação e seu efetivo cumprimento; 2º) a segurança de atenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde de todos/as os/as trabalhadores/as; 3º) a priorização das ações de promoção e prevenção em saúde do/a trabalhador/a; 4º) a garantia do caráter interinstitucional e multidisciplinar das ações de saúde do/a trabalhador/a; e 5º) o envolvimento de toda a rede pública de saúde (BRASIL, 1986).

A participação e o controle social foram objeto de discussão e deliberação mediante propostas de ações nos Conselhos e nas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST, tanto a nível nacional como estadual e municipal. São elas:

- 1) Exigência do cumprimento do Decreto 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências;
- 2) Implantação imediata de Conselhos Municipais de Saúde como garantia da municipalização, com caráter consultivo, deliberativo e fiscalizador;
- 3) Garantia que os Conselhos de Saúde tenham efetivo controle sobre o orçamento, desde a sua definição até a sua aplicação, exigindo prestação de contas dos gestores em cada nível de governo;
- 4) Obrigatoriedade da participação do movimento sindical nos Conselhos de Saúde Municipais, exigindo o cumprimento da legislação em vigor (Lei 8.080, Lei 8.142 e Resolução 33 do CNS).

- 5) Participação no Conselho Nacional de Saúde, conforme a diretriz estabelecida na IX CNS, em que se prevê 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de saúde;
- 6) Segurança da participação dos sindicatos, dos movimentos populares e dos profissionais de saúde nos Conselhos Gestores;
- 7) Com relação às CIST propõe-se a vinculação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, devendo as mesmas serem paritárias e terem a seguinte composição: 50% de usuários do sistema de saúde e 50% de representantes dos serviços de saúde (25% trabalhadores da área da saúde e 25% empregadores ou prestadores de serviços);
- 8) Construção de Fóruns de Trabalhadores a nível nacional, estadual e municipal, com representações de suas respectivas entidades sindicais, no intuito de elaborar propostas relacionadas às condições de vida e trabalho;
- 9) Luta pelo fim da terceirização, impedindo-a onde a lei a desautoriza e, quando autorizada, regulamentando os direitos dos trabalhadores das empresas contratadas (BRASIL, 1994).

Houve também nesse momento a sugestão de ocorrência da próxima conferência para o prazo máximo de dois (2) anos, com a realização prévia de oficinas com a participação dos diversos setores envolvidos, para a elaboração de textos base sobre os assuntos a serem apreciados no momento da 3ª Conferência. E que os mesmos fossem distribuídos com antecedência, para a apreciação das Conferências Municipais e Estaduais.

Infelizmente o prazo não foi cumprido e a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – CNST foi realizada na sua etapa nacional, em Brasília, entre 24 a 27 de novembro de 2005, com o tema “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”. Para subsidiar as discussões nas etapas municipais e estaduais, foi disponibilizada uma coletânea de textos e um documento base⁶¹.

Anterior a esse processo, a discussão da intersetorialidade foi retomada com a criação do Grupo de Trabalho Interministerial, por meio da Portaria nº 153, de fevereiro de 2004, que resultou na elaboração da proposta da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador, colocada em consulta pública entre 5 de maio e 30 de novembro de 2005. O que, posteriormente, resultou na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST,

⁶¹ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conferencia_nacional_saude_trabalhador_3cnst.pdf>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2017.

instituída pelo Decreto nº 7. 602, de 7 de novembro de 2011 e tendo como “[...] objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho” (BRASIL, 2011).

Conseqüentemente, esse Grupo de Trabalho possibilitou a convocação oficial da 3ª CNST pelos Ministérios da Saúde, Previdência Social e Trabalho e Emprego. O contexto das mudanças no campo do trabalho permaneceu ainda no ano 2000; na verdade, se intensificaram as privatizações dos serviços públicos, o desemprego e o trabalho informal.

O tema da 3ª CNST buscou resgatar a positividade do trabalho e desconstruir a relação trabalho-sofrimento, comum no imaginário social de tradição judaico-cristã (BRASIL, 2005). No que tange à proteção social e ao controle democrático, o eixo temático III buscou responder: Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos(as) trabalhadores(as)? O que pressupõe a participação popular na formulação das políticas públicas.

Na tentativa de descobrir como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos(as) trabalhadores(as), algumas considerações foram feitas no sentido de traçar o panorama daquele momento e, posteriormente, algumas deliberações foram traçadas. Nesse sentido, constatou-se que o trabalhador não dispunha de controle efetivo sobre o processo em que se insere e as consequências do ambiente de trabalho para a sua saúde, embora tenha um contexto de democratização e uma abertura política que permita sua organização, discussão e reivindicação de direitos. Também foi identificada a necessidade de qualificação dos trabalhadores e dos diversos setores do governo e da sociedade civil, envolvidos ou comprometidos na sua representatividade nos espaços dos Conselhos e das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST.

Interessante destacar que o controle efetivo sobre o processo de trabalho não é possível ser concretizado no modo de produção capitalista, o que pressupõe a construção de outra sociabilidade fundada na compreensão do humano genérico e do trabalho como elemento ontológico-social do ser social. Segundo Barroco (2005), mediações como a sociabilidade, a consciência, a universalidade e a liberdade que possibilitam a reprodução do ser social são construídas ao longo do processo de trabalho. Isso atribui ao trabalho seu caráter universal e sócio-histórico.

Todavia, apesar das contradições e limites impostos pelo capitalismo, Duriguetto (2008), apoiada em Gramsci e Coutinho, reforça que existem processos que potencializam a ação das classes subalternas na direção da formação da sua hegemonia (ou contra-

hegemonia). Ainda segundo a autora, isso presume a articulação da democracia com o socialismo, ou seja, “[...] a democracia é entendida enquanto um processo que se constrói, desenvolve e se consolida a partir de espaços de luta, de formação de uma vontade coletiva, aberto ao avanço para a construção de um novo projeto societário que se contraponha ao capitalismo” (p. 5).

Outro debate desencadeado nesse momento consistiu no controle democrático sobre o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT como a busca pela autonomia do trabalhador no controle da sua saúde. Os SESMT foram conhecidos no seu histórico como espaços da Medicina do Trabalho, que tinham como lócus de sua prática, tipicamente, os locais de trabalho com influência do pensamento mecanicista na medicina científica e na fisiologia. E em contraposição há a concepção do campo da saúde do/a trabalhador, que considera o trabalho como organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

As deliberações traçadas, no sentido de efetivar e ampliar o controle social em saúde dos(as) trabalhadores(as), compreenderam a importância da implantação das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador nos Conselhos de Saúde – CIST; o fortalecimento das Comissões Intersetoriais de Segurança e Saúde do Trabalhador - CISST no âmbito do SUS, com a participação de todos os agentes sociais envolvidos; a garantia da representação dos trabalhadores em todas as instituições públicas e privadas; a discussão sobre a função dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalho – SESMT; os mecanismos de transparência e responsabilização de todas as organizações empregadoras, no que tange a saúde e segurança dos trabalhadores; a realização de fóruns regionais e nacionais; a valorização e incentivo à participação do controle social na implantação e acompanhamento da RENAST (criada em 2002 por meio da Portaria GM/MS nº 1.679); a realização da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador no prazo de um ano de antecedência à realização da Conferência Nacional de Saúde; o estabelecimento de canais regulares de acesso à população geral; a garantia de participação dos trabalhadores na elaboração de normas e políticas de segurança e saúde no trabalho e na fiscalização das condições de trabalho; a promoção da intersetorialidade e transversalidade nas ações de políticas públicas em saúde do trabalhador, dentre outras.

As demandas/propostas aqui apresentadas versam sobre a dificuldade de uma atuação sem cooptação ou influências ideológicas opostas às da Reforma Sanitária e dos princípios levantados pela CF/88. Freire (2010), mesmo elaborando um estudo anterior à consolidação

das Políticas de Saúde do Trabalhador, trouxe contribuições à época referente aos desafios impostos aos movimentos sociais e controle social em saúde do trabalhador.

A análise da autora, em consonância com o que foi aqui apresentado, identificou a influência da reestruturação neoliberal, presente nas relações sociais de trabalho, como fator limitador da atuação dos movimentos sociais, devido ao desemprego em massa e à contrarreforma do Estado. Então, apesar de os mecanismos de controle social democrático terem sido “retomados” no primeiro governo Lula, quando se verificaram novos estímulos, como a retomada das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, depois de onze anos, articuladas com as Conferências Nacionais de Saúde nas três instâncias governamentais, sofrem os rebatimentos das alterações no campo do trabalho e do investimento restrito nas políticas sociais.

Reitera-se que estes elementos, conjugados a outros, afetam a estrutura da classe trabalhadora, suas formas de organização, sua capacidade de intervenção e seu acesso aos direitos sociais, refletindo nas condições de vida e trabalho e repercutindo no agravamento da questão social.

O desafio imposto à sociedade civil organizada consiste em desenvolver processos políticos que objetivam organizar os interesses das classes subalternas e projetá-los em termos de ação hegemônica na direção da construção de um novo projeto societário (DURIGUETTO, 2008).

Após nove anos de espera, a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foi realizada em Brasília no período de 15 a 18 de dezembro de 2014, com o tema “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, direito de todos e todas e dever do Estado”. Como uma etapa de preparação, a realização do Seminário Setorial com as Centrais Sindicais e Organizações Sociais, em março de 2014, objetivou sensibilizar o movimento sindical e social sobre a importância de implantar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (melhor seria implementar, pois a mesma já havia sido implantada com a Legislação).

O momento do Seminário favoreceu a articulação entre os representantes dos sindicatos e do Ministério da Saúde, o que resultou na elaboração de uma agenda de mobilização por setor econômico, considerada estratégica pelo CNS (BRASIL, 2014).

Nesse período já contávamos com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, instituída pelo Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011, responsável pela implementação e execução da política, além dos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, sem prejuízo da participação de outros órgãos e

instituições que atuem na área. As ações desenvolvidas como desdobramento desta Política estão inseridas no Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PLANSAT.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT foi resultado da participação e mobilização social em conferências, conselhos e espaços de debates, onde apresentavam-se as demandas e pensava-se em estratégias a serem levadas aos órgãos competentes. Ela se destina a todos os trabalhadores, com prioridade às pessoas “inseridas em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde” (BRASIL, 2012, art. 7º), alinhando-se ao conjunto de políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do/a trabalhador/a e as condições de vida e trabalho como determinantes no processo saúde e doença (BRASIL, 2012).

O fortalecimento da participação dos/as trabalhadores/as, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do/a trabalhador/a foram objeto de reflexão e de proposição na 4ª CNST. Os sujeitos envolvidos levantaram questões relacionadas à capacitação permanente dos Conselhos; à importância de articulação com a universidade e ao controle interno e externo da Política; à promoção de processos de educação permanente como o espaço dos fóruns, considerando a realidade local e regional; à promoção da gestão democrática e participativa nos serviços e no planejamento das ações de saúde, garantindo o envolvimento dos trabalhadores; à exigência da obrigatoriedade da criação das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST em todos os municípios brasileiros até novembro de 2015, por todos os Conselhos Municipais de Saúde – CMS, com apoio dos Conselhos e CIST Nacional e Estaduais, para fomentar a implantação e implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT, com controle social em todas as suas etapas; à inclusão na agenda do CEREST de um encontro mensal com entidades de classes (sindicatos) com representantes da CIST local, a fim de complementar e validar as ações de saúde do/a trabalhador/a; e à criação de um fórum de discussão permanente sobre a saúde do/a trabalhador, dentre outras.

No caso da proteção social, ela será articulada com os princípios da integralidade e intersetorialidade, como elementos necessários para a efetivação da Política Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a. Por ser um tema complexo, várias deliberações/propostas foram levantadas e algumas, selecionadas: a aplicação das Normas Reguladoras para a redução dos riscos relacionados ao trabalho; a criação de um mecanismo equivalente à Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT para os servidores públicos; a ampliação das discussões sobre a desvinculação da medicina do trabalho do domínio dos empregadores; o desenvolvimento de um meio de comunicação nacional e de denúncias (aplicativo ou número

de telefone); a continuidade e o aperfeiçoamento das políticas de redução da informalidade; a ampliação da cobertura previdenciária, bem como da de inclusão e educação previdenciária; a transparência das informações do INSS; a agilidade na perícia médica, que pode levar até três meses de espera; a criação de Núcleos de Vigilância em Saúde do Trabalhador, com equipe multidisciplinar; a adoção da relação saúde/trabalho como premissa diagnóstica em toda a rede de atenção à saúde e em todos os níveis de complexidade, criando e implementando protocolos de identificação de agravos relacionados à saúde dos/as trabalhadores/as; a exigência do cumprimento da Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, em que o município que tiver acima de 500 mil habitantes tenha o seu CEREST Municipal, dentre outras.

Considerando as informações aqui prestadas sobre todas as Conferências realizadas, constata-se que diversas demandas apresentadas, como a necessidade de constante capacitação dos atores sociais envolvidos e de ações que propiciem a transversalidade e a integralidade da saúde, ultrapassam o tempo.

Observou-se o quanto é necessária a articulação interministerial e interinstitucional com outras políticas no sentido de fortalecer a proteção social, pois o tema tem sido recorrente nos relatórios finais. O controle democrático, como estratégia de construção, avaliação e monitoramento da política pública pelos cidadãos articula-se com a atuação da sociedade civil organizada, no sentido de contribuir para que as demandas e interesses da coletividade se efetivem.

3.3 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: avanços e desafios na sua materialização

A instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT, através da Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, representa uma conquista da classe trabalhadora no sentido de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de governo na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do/a trabalhador/a. Além disso, ela apóia concepções do movimento da Reforma Sanitária e sintetiza os marcos regulatórios legais, como a CF/88, a Lei Orgânica de Saúde e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, dentre outros.

Destaca-se, de início, a quem essa política é destinada, como disposto a seguir:

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política.

Apropriando-se as análises marxistas, e tendo em vista que o trabalho é inerente ao ser humano e funciona como meio para a sociabilidade, a PNSTT avança, destinando essa política a todos, independente da situação de emprego, desemprego ou inserção do mercado de trabalho formal ou informal.

Além disso, destaca-se a necessidade de prioridade para

Art. 7º [...] pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção.

Os princípios e diretrizes observados pela PNSTT – universalidade, integralidade, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, descentralização, hierarquização, equidade e precaução – apreendem os princípios elencados pela Constituição Federal de 1988, Art. 198, tais como: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade. Assim, a PNSTT está em concordância com o SUS.

A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, mediante a Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, representou um avanço significativo na organização institucional das ações e na disseminação de informações referentes ao campo saúde do/a trabalhador/a. Em 2005 e em 2009 foram publicadas novas Portarias, visando fortalecer e adequar as ações, através da Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005, e da Portaria GM/MS nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Assim, a RENAST integra o sistema, por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST em cada região, e também estabelece a articulação com o Ministério da Saúde, com as Secretarias de Saúde, com o Distrito Federal e com os municípios.

Mesmo assim, a PNSTT dispõe as atribuições dos Cerest's e das Equipes Técnicas. Segundo Art. 14 cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST:

- i) Desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;
- ii) Dar apoio matricial ao desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador, na atenção primária dada à saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e
- iii) Atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (BRASIL, 2012).

Está previsto no Artigo 15º que as equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST's, devem garantir sua capacidade de prover apoio institucional e apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS, o que pressupõe identificação de atividades produtivas das regiões e do perfil epidemiológico dos trabalhadores aliados à capacitação dos profissionais de saúde, para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o relatório final da 4ª CNST discorre sobre a urgência de incrementar a atuação dos CEREST's, por meio de parcerias, de convênios com a universidade, dos serviços de saúde, da junta médica, dos sindicatos, e das demais instituições, no sentido de desenvolver a PNSTT.

Além de buscar apoio nas deliberações expostas no relatório final da 4ª CNST, os estudos de Minayo-Gomez (2013) e Lacaz et al (2013), forneceram contribuições para análise da PNSTT, especialmente, na tentativa de identificar seus avanços e desafios. A pesquisa aqui desencadeada também possibilitou traçar algumas pistas sobre a sociedade brasileira, a situação do trabalho e das legislações trabalhistas e previdenciárias no país.

Seguem os respectivos avanços identificados até o momento com a implementação da PNSTT:

- i) Contempla propostas de entidades representativas da sociedade civil, profissionais e pesquisadores de saúde que vêm almejando desde a 1ª CNST,

como o conceito ampliado de saúde, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a previsão da criação das comissões, dentre outras;

- ii) Constam os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de governo e de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde;
- iii) Integralização da PNSTT e da PNSST ao conjunto de políticas de saúde do SUS;
- iv) Abrange todos os/as trabalhadores/as, a partir da compreensão de que o trabalho é inerente ao ser humano e também meio para a sociabilidade, e avança, destinando esta política a todos, independente da situação de emprego/desemprego ou inserção do mercado de trabalho informal;

Para a identificação e listagem dos desafios impostos na materialização da PNSTT, cabe relacionar os limites desta Política diante de determinantes macroestruturais da economia e da sociedade. Porque ela sofre os rebatimentos das contradições inerentes ao modo de produção capitalista e das contradições entre capital e trabalho. Limites como, por exemplo, a existência de conflito de interesses entre os representantes da sociedade civil e do poder público. Assim sendo, tem-se:

- i) Contexto econômico social de destruição de direitos sociais duramente conquistados pela classe trabalhadora, a exemplo das legislações trabalhistas e previdenciárias;
- ii) Como desdobramento do primeiro tópico, tem-se a precarização dos vínculos e dos contratos de trabalho, o que ocorre pela via da terceirização e das precárias condições de trabalho representadas pelo trabalho voluntário, subcontratado, terceirizado, empreendedorismo, etc;
- iii) Enfraquecimento e dificuldade na organização da classe trabalhadora e na atuação dos movimentos sociais em ações pela prevenção dos agravos e pela manutenção dos direitos conquistados;
- iv) Desafio de implantação e de manutenção de CEREST's em todos os municípios e estados brasileiros, além da dificuldade em manter recursos materiais e quadro de pessoal suficiente, capacitado e dotado de carreira compatível com as funções essenciais do Estado;
- v) A garantia da Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT como objetivo prioritário, devidos aos recursos escassos;

Raichelis (2000) reforça que é fundamental estimular a organização de fóruns mais amplos de representação e participação social e política, não institucionalizados, menos formalizados e burocratizados, que, como consequência, se tornarão mais permeáveis à participação popular como instrumentos dinamizadores e ativadores no caminho da representatividade e legitimidade social.

Como apontado por Duriguetto (2008), as organizações e movimentos sociais que defendem e representam os interesses das classes subalternas são submetidas, pela ofensiva neoliberal, à lógica do mercado e à despolitização e fragmentação das suas lutas e demandas, orientando-as para a defesa de interesses individuais, privatizados, corporativos e setoriais.

A realidade está em constante transformação e necessitamos de ações coletivas para enfrentar os desafios impostos no cotidiano. É indispensável o empenho de todos e todas no estabelecimento de articulações que visem à constituição de uma rede de atenção integral à saúde dos/as trabalhadores/as.

CONCLUSÃO

O campo da saúde do/a trabalhador/a é a síntese de múltiplas determinações e resultado de um processo de construção social e histórica, que busca desvendar o impacto do trabalho sobre a saúde e instrumentalizar os trabalhadores para reivindicar melhores condições de vida e trabalho.

Os protagonistas são aqueles que vendem sua força de trabalho no mercado, cotidianamente, sofrendo os rebatimentos da degradação das relações trabalhistas e previdenciárias. Muitas vezes não conseguem participar dos espaços de reflexão sobre as decisões realizadas por nossos governantes e contam com a atuação dos sindicatos, centrais sindicais e movimentos sociais para representá-los.

Constata-se que é urgente fortalecer os espaços de participação social e dar condições para que a população participe mediante a capacitação e o comprometimento. As Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a – CNST não ocorrem com a mesma periodicidade que as Conferências Nacionais de Saúde. Como apreendido, devemos estimular a organização de fóruns mais amplos de representação e participação social e política, não institucionalizados, menos formalizados e burocratizados, na tentativa de aproximação com os trabalhadores desempregados ou inseridos no mercado de trabalho informal, além de exigir uma periodicidade na realização das Conferências temáticas, dentre elas a de Saúde do/a Trabalhador/a. Mesmo diante dos limites impostos, nota-se que a temática avançou em decorrência das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CNST (1986, 1994, 2005, 2014), como espaço de viabilização das lutas sociais e confronto de projetos societários.

Em decorrência das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a, foram construídas a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (2011) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2012). Esta última é destinada a todos os/as trabalhadores/as, independente de sua forma de inserção no mercado de trabalho. Inclusive, o trabalho é inerente ao ser humano e o trabalhador desempregado e o estagiário são sujeitos contemplados por essa política.

As tendências recentes da seguridade social brasileira desestruturaram o sistema de proteção social do país, pois não se identifica um conjunto organizado, coerente, sistemático e planejado de políticas sociais. Observa-se um contexto de deterioração dos direitos duramente conquistados, que causam impactos na mobilização dos sujeitos envolvidos.

Apesar de todos os avanços no sentido da democratização do país, a perspectiva de universalidade da proteção social mostra-se em confronto com as regras do capital que exploram e degradam a força de trabalho. Reforçando essa prerrogativa, vivemos um processo de ruptura democrática, ocasionada por um golpe de Estado contra a classe trabalhadora. A presidenta do Brasil, Dilma Roussef, legitimamente eleita com mais de 54 milhões de votos, foi derrubada por um Congresso composto em sua maioria por políticos corruptos. Contamos na atualidade com um governo ilegítimo representado pelo vice-presidente da República, Michel Temer, com objetivo claro de afirmação da elite brasileira, que estará garantida por meio da retirada de direitos duramente conquistados pela classe trabalhadora, mediante a disputa do fundo público. De modo particular, estes são fatores que reforçam a concentração de renda no país, a precarização das condições de trabalho e de vida, resultando no agravamento da questão social.

Esse governo que nasceu do golpe de Estado tem promovido um conjunto de contrarreformas e ações no sentido de desmonte do Estado e dos direitos sociais. A aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC 241/2016 ou PEC 55/2016), com vistas à imposição do Novo Regime Fiscal, resulta na progressiva redução do orçamento destinado às políticas sociais, com a criação de um teto orçamentário definido pela inflação do período. Isso significa a inviabilização do serviço público e das políticas sociais no Brasil.

A prerrogativa neoliberal não suporta a possibilidade de um Sistema Único de Saúde Universal sem contribuição direta (não suporta nenhum trabalho protegido e seguro, que garanta os direitos básicos dos sujeitos), porque este se contrapõe aos planos de saúde que favorecem determinados segmentos da sociedade. Nitidamente, a política social é um espaço de disputa e de acirramento de projetos de classe, antagônicos e opostos por natureza.

No campo da saúde, o desafio está na construção e consolidação do SUS e da Reforma Sanitária brasileira. Mais do que isso, entende-se que os espaços das conferências, conselhos e das comissões devem se constituir em espaços públicos de efetiva participação política da sociedade civil, contribuindo para a democratização das ações do Estado na construção do direito à saúde no Brasil contemporâneo.

Contudo, as práticas de participação da sociedade civil brasileira nos espaços públicos têm evidenciado que o processo de construção democrática não é linear, mas contraditório e fragmentado. Isso ocorre devido à cultura política conservadora, patrimonialista e autoritária, que orienta práticas opostas à implementação da cultura da saúde pública e da intervenção do Estado mediante as políticas públicas sociais.

É urgente o fortalecimento de instâncias representativas, como a implantação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador nos Conselhos de Saúde em todos os níveis, a clareza e aproximação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST junto à população, o acompanhamento da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador – RENAST e a socialização das informações concernentes à prevenção e promoção de saúde, dentre outros.

Por fim, para a consolidação e o reconhecimento do campo da saúde do/a trabalhador/a na realidade brasileira, é fundamental o fortalecimento da proteção social e do controle democrático em todas as esferas do governo. As deliberações e propostas desencadeadas não podem ser levadas ao vento, mas sim efetivadas nos espaços de construção coletiva.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. **O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo**. São Paulo: Boitempo, 2005.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2002.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**, Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-73302004000200003&script=sci_arttext>. Acesso em 17 janeiro de 2017.

ANTUNES, Ricardo. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho?. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 405-419. Jul./set. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300002>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Carta Aberta ABRASCO – Contra a PEC 241/2016, em defesa do SUS, dos direitos sociais e da democracia**. 2016. Disponível em:<<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/carta-aberta-abrasco-contra-a-pec-241-em-defesa-do-sus-dos-direitos-sociais-e-da-democracia/20711/>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

BARBOSA, Rosângela Nair de Carvalho. **A economia solidária como política pública: uma tendência de geração de renda e ressignificação do trabalho no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2007.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos.** São Paulo: Cortez, 2005.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** (Biblioteca básica do serviço social, v.2). SP: Cortez, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. Trabalho, direitos e projeto ético-político profissional. In: **Revista Inscrita.** Brasília: CFESS, n. XI, p. 37-44, maio 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. A Insidiosa Corrosão dos Sistemas de Proteção Social Europeus. **Serviço Social & Sociedade,** São Paulo, n. 112, p. 754-803, out./dez. 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In: **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores.** Brasília, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília, 1994. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relafinal.pdf>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120/GM, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma de anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 2 jul. 1998, p.36. 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 10 nov. 1998, p.17. 1998b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000641_Portaria%20MS%20n%C2%BA%203908%201998%20NOST.pdf>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 20 set. 2002, p. 53. 2002a.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Convenções da OIT**. Brasília: Secretaria de Inspeção do Trabalho, 2002b. 62 p.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 8 nov. 2011, n. 214, p. 9, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.978/GM, de 15 de dezembro de 2011. Amplia para 210 (duzentos e dez) a quantidade de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passíveis de implantação no território nacional. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 16 dez. 2011, p. 89. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Trabalhar sim! Adoecer, não!:** o processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: relatório ampliado da 3ª CNST. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f. 224 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. Aprova a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 24 ago. 2012, p. 46. 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Orgs). **Saúde na atualidade:** por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. 76p.

CASTEL, Robert. **Metamorfoses da questão social**. Petrópolis, Editora Vozes, 1998.

CASTEL, Robert. **A insegurança social:** o que é ser protegido? Tradução de Lúcia M. Endlich Orth. 1. 100d. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CHAUÍ, Marilena. Cultura política e política cultural. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 23, p. 71-84, apr. 1995. ISSN 1806-9592. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/8848>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci**: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a corrente**. Ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e política**: a dualidade de poderes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 1996.

COUTINHO, Grijalbo Fernandes. **Terceirização**: máquina de moer gente trabalhadora. São Paulo: LTr, 2015.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS; CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES. **Terceirização e desenvolvimento**: uma conta que não fecha – dossiê acerca do impacto da terceirização sobre os trabalhadores e propostas para garantir a igualdade de direitos. São Paulo: Central Única dos Trabalhadores, 2014.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de Proteção Social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, Marco Antonio de (Org.). **Reforma do Estado & Políticas de Emprego no Brasil**. Campinas – SP: IE – UNICAMP, 1998.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Sociedade Civil e Democracia: um debate necessário. **Libertas**, Juiz de Fora, v.8, n.2, p.83 – 94, jul-dez / 2008 – ISSN 1980-8518. Disponível em: <<https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1790/1265>>. Acesso em: 23 de janeiro de 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O trabalho da política**: saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo: Cortez, 1992.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil**. Rio de Janeiro: ZaharEditores, 1975a.

FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975b.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A PEC 241 e os impactos sobre os direitos sociais, a saúde e a vida**. Conselho Deliberativo da FIOCRUZ. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/fiocruz-divulga-carta-pec-241-e-os-impactos-sobre-direitos-sociais-saude-e-vida>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

FLEURY, Sonia. **Seguridade social – um novo patamar civilizatório**. 2008. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-seguridade-social-um-novo-patamar-civilizatorio/view>>. Acesso em: 8 setembro 2016.

FLEURY, Sonia Fleury. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):743-752, 2009.

FREIRE, Lúcia M. de B. Movimentos Sociais e controle social em saúde do trabalhador: inflexões, dissensos e assessoria do Serviço Social. **Revista Serviço Social Sociedade**. no. 102 São Paulo. Abril/Junho 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200006>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 4ª ed. São Paulo: Loyola, 1994.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **O homem cordial** (seleção de Lilia Moritz Schwarcz). 1ª ed. São Paulo: PenguinClassics, Companhia das Letras, 2012.

HOEFEL, M. G. **Perfil dos participantes das conferências estaduais da III CNST**. 2006. Monografia apresentada no Curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão

Estratégica de Saúde. Escola Nacional de Administração Pública/Escola Nacional Sérgio Arouca de Saúde Pública, Fiocruz, Brasília, 2006.

HOEFEL, M. G.; DIAS, E. C.; SILVA, J. M. A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da Renast. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR: “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”**, 3., 2005. Coletânea de textos. Brasília:Ministério da Saúde, 2005. p. 72-78. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/coletanea_textos_econf.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2016.

IAMAMOTO, Marilda. Mundialização do capital, “questão social” e Serviço Social no Brasil. **Revista em Pauta**. Nº 21. 2008.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, CELATS, 2006.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. VIEIRA, Fabíola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. (Orgs.). **Nota Técnica n. 28**, Brasília, setembro 2016. Disponível em:<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

JINKINGS, Ivana. O golpe que tem vergonha de ser chamado de golpe. In: SINGER, André et al. **Por que gritamos golpe?** Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2016.

JUNIOR, Francisco Batista. Gestão do SUS: o que fazer?. In: **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Orgs). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. 76p.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Tradução Célia Neves e Alderico Toríbio. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Reforma Sanitária e saúde do trabalhador. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 1, Julio 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Saúde do Trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro; FLORIO, Solange Maria Ribeiro. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009, vol.14, n.6, pp.2123-2134. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600019>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

LACAZ, F. A. Saúde do trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR: “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”**, 3., 2005. Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 72-78. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/coletanea_textos_econf.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2016.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, Abril 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, Asa Cristina. (Org.); revisão técnica de COHN, A.; tradução de CONTRERA, R. L. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Disponível em:<<http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/saudedoenca.pdf>>. Acesso em: 24 de março de 2017.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Na trilha da saúde do trabalhador**: a experiência de Franca/SP. Tese (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP, Franca, 2009.

LUKÁCS, Gyorgy. **Existencialismo ou marxismo**. São Paulo: Senzala, 1967.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):33-45, 1997.

MARINI, Ruy Mauro. Dialética da Dependência. In: **Dialética da Dependência**: uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini. Organização e apresentação de Emir Sader. Petrópolis, RJ: Vozes; Buenos Aires: CLACSO, 2000.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. O propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (04): 987-992, 2005.

MARX, Karl. **O Capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846). São Paulo: Boitempo, 2007. Disponível em:<<http://abdet.com.br/site/wp-content/uploads/2014/12/A-Ideologia-Alem%C3%A3.pdf>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

MATTOS, Marcelo Badaró. **Trabalhadores e sindicatos no Brasil**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 25: 341-9, 1991.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social e Sociedade**, n.107, São Paulo: Cortez, 2011a, pp. 461-481

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches. Saúde do Trabalhador e Proteção Social: as repercussões da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Revista RET – Rede de Estudos do Trabalho**, ano V, n. 9, São Paulo, 2011b.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches. Trabalho, classe operária e proteção social: reflexões e inquietações. Ver. **Katálise**. Florianópolis. V. 12, n 12 p. 241-248. Jul./dez. 2009.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches; CORREA, Maria Juliana Moura. Proteção social e a saúde do trabalhador: contingências do sistema de mediações sociais e históricas. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, vol.13, n.1, p.55-63, 2009.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, Oct. 1991. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2ª edição. São Paulo-Rio de Janeiro: Hicitec-Abrasco, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO-GÓMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sônia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

MINAYO-GÓMEZ, Carlos; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dezembro 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

MINAYO-GOMEZ, Carlos. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de saúde ocupacional**. 2013, vol.38, n.127, pp. 21-25. ISSN 0303-7657. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100004>>. Acesso em: 22 de setembro de 2016.

MORAES, Reginaldo C. **Neoliberalismo – de onde vem, para onde vai?**. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2001. Disponível em:<https://reginaldomoraes.files.wordpress.com/2012/01/livro_neoliberalismo.pdf>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**. 7ª Ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela Santana de. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

NUNES, E. D.; ROCHA, L. E. Tudo por um “Brasil grande”: 1945-1964. In: BUSCHINELLI, J.T.; ROCHA, L.; RIGOTTO, R. (orgs.). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1993.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do Método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NEVES, Angela Vieira. **Cultura política e democracia participativa**: um estudo sobre o orçamento participativo. Rio de Janeiro: Ed. Gramma, 2008.

OLIVAR, M. S. P. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. In: **Serviço Social e Sociedade**. n. 102. São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, Francisco de. O surgimento do antivalor: capital, fora de trabalho e fundo público. In: **Novos Estudos** CEBRAP Nº 22, outubro de 1988 pp. 8-28. Disponível em:<file:///C:/Users/Nat%C3%A1lia/Downloads/147379113010-o_surgimento_do_antivalor.pdf>. Acesso em: 04 de outubro de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

OSÓRIO, C.; PÉREZ, M. A. Deliberações extraídas dos relatórios da I e II Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e XII Conferência Nacional de Saúde relacionada com o temário da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR: “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”**, 3., 2005. Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 8-18. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/coletanea_textos_econf.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. P. 69-149.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Coleção temas em saúde.

PAIM, Jairnilson Silva et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Saúde no Brasil, p. 11-31, 9 maio 2011. Disponível em:<http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 4 out. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. O futuro do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, abr. 2012, p. 612-613.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Política Social: temas & questões.** São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. Política Social no capitalismo em crise. Desafios atuais e guerra de classe. **LESTE VERMELHO.** Revista de estudos críticos asiáticos. volume 2 - número 1 - abril de 2016. Disponível em:<<http://www.lestevermelho.org/revista/index.php/lestevermelho/article/view/19/38>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

PRADO Jr., Caio. **Formação do Brasil Contemporâneo: colônia.** 20ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1987.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um Desafio a Ser Enfrentado pela Sociedade Civil. Versão revista e ampliada do texto: Desafios da gestão democrática das políticas sociais. Capacitação em Serviço Social e Política Social. **Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais.** Módulo 03. Brasília, CFESS, ABEPSS, CEAD/NED-UNB, 2000. Disponível em:<<http://servicosocialesaude.xpg.uol.com.br/texto1-4.pdf>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

RIBEIRO, H. P.; LACAZ, Francisco. A. C. Incapacidade, trabalho e previdência social. In: RIBEIRO, H. P.; LACAZ, F. A. C. (Orgs.). **De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores.** São Paulo: Diesat/Imesp. 1984. pp. 187-209.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **Determinação ou Determinantes?** Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2015; 49(1):129-135.

SALVADOR, Evilásio; BOSCHETTI, Ivanete. (Des)regulamentação dos direitos previdenciários e estruturação do mercado de trabalho. In: Mário Sergio Ferreira e Sadi Dall Rosso (Orgs.). **A regulação social do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2003, p. 93-118.

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

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Previdência Social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização**. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da Seguridade Social Brasileira: entre a política pública e o mercado**. São Paulo: Cortez, 2004.

SENNA, Mônica de Castro Maia; MONNERAT, Giselle Lavinias. O setor saúde e os desafios à construção da seguridade social brasileira. In: BEHRING, Elaine Rosseti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de Almeida (Orgs.). **Trabalho e seguridade Social: percursos e dilemas**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2008.

SPOSATI, A. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo, Cortez, Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Cidadania, direitos sociais e Estado. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: FGV, n.4. v. 20, out-dez, 1986.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva**. 2014, vol.19, n.12, pp.4617-4626. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204617&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.