



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Monica Simone Pereira Olivar

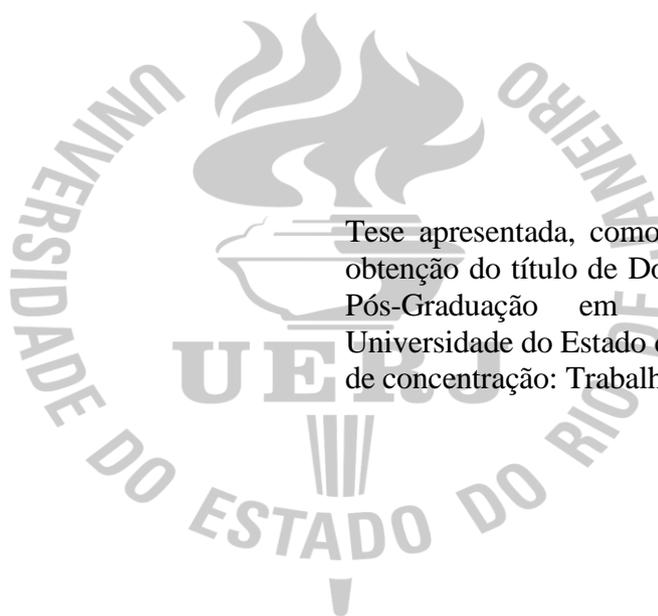
**Saúde do Trabalhador e Serviço Social: o trabalho de assistentes sociais
na Região Metropolitana do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2016

Monica Simone Pereira Olivar

**Saúde do Trabalhador e Serviço Social: o trabalho de assistentes sociais
na Região Metropolitana do Rio de Janeiro**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Inês Souza Bravo.

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CCS/A

O48 Olivar, Monica Simone Pereira.
 Saúde do Trabalhador e Serviço Social: o trabalho de
 assistentes sociais na Região Metropolitana do Rio de Janeiro /
 Monica Simone Pereira Olivar. – 2016.
 277 f.

 Orientadora: Maria Inês Souza Bravo.
 Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de
 Janeiro, Faculdade de Serviço Social.
 Bibliografia.

 1. Serviço Social – Teses. 2. Saúde do trabalhador – Teses. 3.
 Saúde pública – Teses. 4. Estado – Teses. I. Bravo, Maria Inês
 Souza. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade
 de Serviço Social. III. Título.

CDU 36

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Monica Simone Pereira Olivar

**Saúde do Trabalhador e Serviço Social: o trabalho de assistentes sociais na Região
Metropolitana do Rio de Janeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Aprovada em 30 de novembro de 2016.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Maria Inês Souza Bravo (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof. Dr. Maurilio Castro de Matos
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Prof. Dr. André Vianna Dantas
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Rio de Janeiro

2016

DEDICATÓRIA

Aos que dedicam suas vidas para construir uma sociedade socialista. A vida é bela. Que as gerações futuras a limpem de todo mal, de toda opressão e de toda a violência, e que desfrutem dela plenamente.

Leon Trotsky

AGRADECIMENTOS

Aos leitores peço licença ao repetir o que escrevi em outra etapa acadêmica, mas com a diferença dos anos. Chego ao final do Doutorado somando vinte anos de permanência nesta Universidade. Vinte anos que iniciei como aluna de graduação, passando pela Residência em Serviço Social, mestrado, até chegar aqui. Portanto, não poderia limitar a agradecer somente àqueles que me acompanharam mais de perto nestes últimos cinco anos, entre matrícula, trancamento, prorrogação e defesa.

Aos amigos, camaradas, companheiros, de vida, de trilhas, de trabalho, de militância, de luta, meus humildes e sinceros agradecimentos e gratidão, alguns, diria que até atrapalharam, mas por que me deixei atrapalhar por escolha, amizade, militância.

De início, surge dois nomes em especial - Geandro e André - pelas partilhas, leitura atenciosa e opiniões sobre a proposta de Projeto de Tese e a *paciência histórica e a* lucidez de ambos de que os processos históricos não se fazem unicamente por meu apressado ativismo, nem minha ingênua crença em algumas certezas do melhor caminho. De fato, lembrando um artigo recente de Arcary, *nem todos os nossos amigos são camaradas, e nem todos os camaradas são amigos*, mas estes em especial são a síntese. Dito isso, amplio esse agradecimento ao nosso movimento: *movimento de base e Oposição Sindical Asfoc de Luta*.

Muito antes de pensar na elaboração deste trabalho, fui envolvida pela causa da saúde do trabalhador, ao conhecer aos longos dos anos nobres camaradas da Saúde do Trabalhador, como minhas amigas Martha Fortuna, Eliane Mendes e Cecília Paiva. A elas devo a minha iniciação e instigação. Agradeço pelas trocas de olhares e cumplicidade.

À Cecília Paiva, em especial, meu imenso afeto e gratidão pelo convite em partilhar de seus passos quando ousei caminhar como assistente social na Coordenação de Estágio e Extensão da ESS-UFRJ. Nunca se deixou levar pela fogueira de vaidades da academia ou de qualquer outra fogueira que tanto nos apequenam. Era uma fogueira, ela própria, iluminadora de caminhos, na sua admirável simplicidade. Agradeço também pelas orientações e críticas na banca de qualificação. Triste pela sua ausência neste momento final, mas feliz por saber que continuaremos juntas a partilhar desse mesmo caminho.

Aos companheiros técnico-administrativos da ESS-UFRJ, em especial Rodrigo Martins e Fábio Marinho, que me iniciaram no movimento sindical. Eles são os culpados de tudo!

Às companheiras de trabalho das minhas distintas inserções (HMSA, INTO, ESS-UFRJ e agora FIOCRUZ)

A Professora Maria Inês Souza Bravo. Quem teve o privilégio de tê-la em sua vida, sabe da força desta mulher, humana e sensível, que busca manter a coerência entre o que acredita e defende na vida, e o que busca na formação de nossa profissão e sua paixão por aquilo que acredita. Razão e paixão estão sempre lado a lado constituindo a vida e a luta diária. Neste tempo em que as posições são pouco seguras dentro do clima político em que vivemos manter a defesa radical de um projeto emancipador é para poucos. Tivemos algumas rugas. Quando dois temperamentos difíceis de juntam não é fácil, mas nesta conjuntura avassaladora tudo se torna pequeno e desaparece.

Aos companheiros do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, muitos já citados acima, mas em especial a Juliana Bravo. Lembro quando vencida pelas circunstâncias da vida que me fez desistir de alguns sonhos, entre estes a seleção para o doutorado, recebi sua ligação que mudou tudo e hoje estou aqui.

Aos (às) companheiros e companheiras de trabalho do Núcleo de Saúde do Trabalhador da Fiocruz (Cláudia e Marcello) pelo apoio por ter segurado o trampo nos seis meses de licença que consegui usufruir para pesquisa de campo, análise e finalização da tese.

Às minhas eternas amigas Eliane Mendes, Martha Fortuna, Eliane Silva, Francis Sodré, Dolores Vidal, Margareth Sgambato.

Aos companheiros de Chapa e Direção do CRESS “Contracorrente: a luta continua!” pelo apoio e companheirismo neste período final de defesa por entenderem as minhas ausências, em especial ao Presidente do CRESS-RJ Rodrigo Lima.

Aos componentes da banca e também da qualificação, Maurílio Castro de Matos, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, André Vianna Dantas, pelas valiosas contribuições e debates que muito enriqueceram esta tese e a Maria de Fátima Siliansky de Andreatzi pelo aceite na inserção da banca neste momento final.

A todas participantes da pesquisa pela generosidade e disposição, tão valiosas para a realização desse trabalho. Às assistentes sociais, trabalhadoras, militantes, mães, mulheres, guerreiras. A todas que partilham a mesma inquietação com a qual percorremos o Serviço Social, a permanência na luta quando é mais fácil ceder!

Aos meus amigos de infância da Comunidade do Pilar (Duque de Caxias) que acompanharam o meu caminho, alguns tropeçaram, seguiram outras estradas, abandonaram o caminho. Às minhas irmãs que partiram jovens conduzidas pelas águas violentas da vida. E finalmente, a minha mãe cuja dor da vida induziu ao fim. Com pouco estudo, sofrida pela violência da vida, não pensou duas vezes em dedicar a sua breve vida aos filhos. Saudades...

O poema longo sobre o trabalho é sutil, insidioso,
Disfarçado e, cheio de rimas, acumulado
De histórias mal contadas que se o tempo gargalhasse
Gargalharia por ver no trabalho a ironia
De servir tão somente à mão que lhe expropria.
Na minúscula ampulheta da aventura humana,
Frente à imensidão do tempo dura o mistério,
O trabalho é o antes e o plano;
O durante e os instrumentos;
O depois e os usufrutos,
Que fazem do chão o trigo o pão a mesa e o seu sabor.
É o que faz, pela mão do homem, do chão, além do trigo,
O abrigo para o frio,
Como faria uma margem para acolher o rio,
Qualquer que fosse o rio.
O poema longo sobre o trabalho é um poema repleto
De histórias mal contadas
Que se o tempo gargalhasse gargalharia
Ao ver na corredeira histórica o trabalho virar mercadoria.
Mas não cabe ao poema tão somente,
Por se tratar de sonho e utopia
Desfiar-se num rosário de lamentos.
Se de carne e osso faz-se gente,
E se após cada noite faz-se o novo dia,
É de bocas que sopram novos ventos.
Desse modo, do poema de contemplação
Ao poema da indignação,
Legado desse novo vento,
Cabe aos que sonham um tal estranhamento
De se rebelar contra esse passivo encantamento
E conclamar o mundo a um novo movimento.

Luiz Carlos Fadel

RESUMO

OLIVAR, Monica Simone Pereira. **Saúde do Trabalhador e Serviço Social:** o trabalho de assistentes sociais na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. 2016. 279 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A presente tese examina, nos marcos da tradição marxista, o debate da Política de Saúde do Trabalhador no Brasil e o exercício profissional do Serviço Social a luz do projeto Ético político através de uma modesta releitura dos clássicos do pensamento da Reforma Sanitária Brasileira, do campo da Saúde do Trabalhador, e do desenvolvimento ulterior desta à luz de uma síntese sobre o capitalismo mundial e brasileiro sob a perspectiva das reformas neoliberais e o Serviço Social brasileiro. A partir do materialismo histórico-dialético como metodologia de pesquisa, buscou-se revelar a construção do campo - Saúde do Trabalhador – e analisar o trabalho dos assistentes sociais na Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro no esforço de implementação das ações da Política de Saúde do Trabalhador. Desse modo, para chegar aos apontamentos além das entrevistas semiestruturadas com os assistentes sociais utilizou-se o estudo dos documentos dos CERESTs (legislações, Plano de Ação do CEREST Estadual e CERESTs Regionais, Projeto do Serviço Social). Com base na revisão bibliográfica, o texto discute o complexo quadro histórico das relações sociais de trabalho, a intervenção do Estado, a construção do campo Saúde do Trabalhador e sua vertente pragmática – política de saúde do trabalhador –, especificamente a sua implantação na realidade singular do Rio de Janeiro. A sua análise, ocorreu num esforço de articular a realidade singular com a universal, já reconhecendo os limites inerentes, mas como pesquisadora vendo-os como desafios a serem enfrentados. O mesmo foi escrito no calor de debates em torno da crise política econômica do estado do Rio de Janeiro. A presente tese não tem outra pretensão que a de somar-se ao debate atual sobre a Saúde do Trabalhador. Tal análise servirá para a articulação com um outro debate, também fecundo, que é a relação entre Serviço Social e Saúde do Trabalhador tendo como parâmetro o projeto ético-político da profissão, considerando que, a Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde vem requisitando ao assistente social novas exigências, podendo constituir-se em um espaço de fortalecimento do projeto ético-político. Como resultado, o estudo revela que os CERESTs, implantados em sua grande maioria partir de 2004, ainda não se efetivaram. Não há ações integradas, nem nos serviços de ações correlatas (DRT, INSS, Meio ambiente, entre outros) e nem mesmo entre a rede SUS. O controle social também é incipiente. Entretanto, apesar dos vários limites encontrados, é possível dizer que existem alguns avanços. Contudo, urge o envolvimento dos movimentos sociais na construção de uma contra-hegemonia favorável a efetivação desta Política.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Estado e Saúde Pública. Serviço Social.

ABSTRACT

OLIVAR, Monica Simone Pereira. **Worker's Health and Social Work:** the work of social workers in the Metropolitan Region of Rio de Janeiro. 2016. 279 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The purpose of this thesis is to examine, within the framework of the Marxist tradition, the debate surrounding Brazil's Workers Health Policy and the practice of social workers in the country, in the perspective of the political ethical project of the profession. To achieve this objective, a modest re-reading of the classics on the Brazilian Health Organic Law (known as Sanitary Reform), and the Workers Health Legislation and its further developments was made, vis-à-vis the recent implementation of neoliberal reforms, in Brazil and worldwide, and their consequent impacts on Brazilian Social Service. By adopting the historical-dialectic-materialism as research methodology, we try to reveal the construction of the field – Worker's Health – as well as analyze the social workers practice within the National Worker's Health Network (RENAST) of the Metropolitan Region of State of Rio de Janeiro, in an effort to implement the guidelines of the Worker's Health Protection. Thus, in order to explore the semi-structured interviews held with social workers in the field, a study of the CERESTs documents (legislation, State CEREST Action Plan and Regional CERESTs, Social Service Project) was used. Based on the bibliographical review, we discuss the complex historical framework of social relations of labor, State intervention, the construction of the field of the Workers Health and its pragmatic aspect – the policy – focusing its implementation in the singular reality from Rio de Janeiro. The analysis represents an effort to articulate the singular reality with the universal domain, without disregarding the inherent limits, but seeing them as challenges to be faced. The thesis was written in the heat of the debates around the political economic crisis of the State of Rio de Janeiro and has no other intention than to contribute to the current debate on Workers Health. The analysis can be also useful to articulate with another debate, equally fruitful: the relationship between Social Service and the health of workers, establishing as a parameter the ethical-political project of the profession. The Health of the Worker – within the scope of Brazilian Unified Health System – requires new capabilities from social workers, and this may constitute a space for enhancement of the ethical-political project. As a result, the study reveals that CERESTs, largely implemented since 2004, have not yet materialized. There are no integrated actions, neither from the side of related actions (DRT, INSS, Environment, among others) nor within the SUS network. Social control is also incipient. In spite of the various limits found, it is possible to say that there are some advances. It is imperative, however, that social movements are more involved in building a counter-hegemony favorable to the implementation of this policy.

Keywords: Worker's Health. State and Public Health. Social Service.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 –	Unidades de gestão estadual por tipo de estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro, dezembro de 2015.....	133
Quadro 2 –	Unidades de Pronto Atendimento por Região de Saúde e tipo de gestão em 2015.....	134
Quadro 3 –	Organizações Sociais, Hospitais gerenciados e UPAs e valor liquidado em 2015.....	139
Quadro 4 –	Despesa liquidada com Contratos de Gestão pelo Estado do Rio de Janeiro, 2012 – 2015.....	141
Quadro 5 –	Número de Assistentes Sociais por CERESTs e PSTs.....	188
Quadro 6 –	População do Estado do Rio de Janeiro.....	191
Quadro 7 –	CERESTs no Estado do Rio de Janeiro e Abrangência.....	191
Quadro 8 –	Metas Programa de Saúde do Trabalhador 1.....	203
Quadro 9 –	Metas Programa de Saúde do Trabalhador 1.....	204
Quadro 10 –	Metas Programa de Saúde do Trabalhador 1.....	205
Figura 1 –	Estrutura do CESAT – Centro de Saúde do Trabalhador (CEREST Rio).....	199

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS –	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABM –	Associação dos Moradores de São João de Meriti
ABRASCO –	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ANMM –	Associação Nacional dos Movimentos de Moradia
BM –	Banco Mundial
BNDES –	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CEBs –	Comunidade Eclesiais de Bases
CEBES –	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CERER –	Centro de Referência para o Controle e Exposição ao Ruído
CEREST –	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES –	Conselho Estadual de Saúde
CESAT –	Centro de Saúde do Trabalhador
CESTEH –	Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CFESS –	Conselho Federal de Serviço Social
CIB –	Comissão Intergestores Bipartite
CIPA –	Comissão Interna de Prevenção a Acidente
CIST –	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CGT –	Confederação Geral dos Trabalhadores
CLT –	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS –	Conselho Nacional de Saúde
CNS –	Conferência Nacional de Saúde
COMPERJ –	Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro
CONAM –	Confederação Nacional de Associação de Moradores
CONASS –	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS –	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONCLAT –	Confederação Nacional das Classes Trabalhadoras
CNST –	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CONSEST –	Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador
COSAT –	Coordenação de Saúde do Trabalhador
CPI –	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPT –	Comissão Pastoral da Terra
CRESS –	Conselho Regional de Serviço Social

CRESAT – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CTB – Central dos Trabalhadores do Brasil

CUT – Central Única dos Trabalhadores

DA – Diretório Acadêmico

DCE – Diretório Central dos Estudantes

DEM – Democratas

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e estudos Socioeconômicos

DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde Ambiente e Trabalho

DMP – Departamento de Medicina Preventiva

DRTs – Delegacias Regionais do Trabalho

DRU – Desvinculação das Receitas da União

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

FAFERJ – Federações de Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro

FAMERJ – Federações de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro

FEDPs – Fundações Estatais de Direito Privado

FEPETI – Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

FUNPRESP – Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo

GEISAT – Grupo Executivo Interministerial da Saúde do Trabalhador

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INST – Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador

LGBT – Lésbica, Gays, Bissexual e Trans

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MAB – Movimento dos Amigos do Bairro

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MOI –	Movimento Operário Italiano
MPOG –	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MOPS –	Movimento Popular em Saúde
MPL –	Movimento Passe Livre
MPAS –	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRSB –	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS –	Ministério da Saúde
MST –	Movimento dos Sem Terra
MT –	Ministério do Trabalho
MTST –	Movimento dos Trabalhadores Sem Teto
MUB –	Movimento União de Bairros
NOST –	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NUSAT –	Núcleo de Saúde do Trabalhador
OIT –	Organização Internacional do Trabalho
OMS –	Organização Mundial da Saúde
ONG –	Organização Não Governamental
OPAS –	Organização Panamericana de Saúde
OS –	Organizações Sociais
OSCIP –	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAC –	Programa de Aceleração do Crescimento
PCB –	Partido Comunista Brasileiro
PCdoB –	Partido Comunista do Brasil
PCO –	Partido da Causa Operária
PDT –	Partido Democrático Trabalhista
PEC –	Projeto de Emenda Constitucional
PIB –	Produto Interno Bruto
PL –	Projeto de Lei
PMDB –	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNSTT –	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNSST –	Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho
PP –	Partido Progressista
PPPs –	Parcerias Público Privado
PST –	Programa de Saúde do Trabalhador
PSDB –	Partido da Social Democracia Brasileira

PSOL –	Partido Socialismo Liberdade
PSTU –	Partido Socialista dos Trabalhadores Unificados
PT –	Partido dos Trabalhadores
PTB –	Partido Trabalhista Brasileiro
RENAST –	Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador
SBPC –	Sociedade Brasileira para programa da Ciência
SES –	Secretaria Estadual de Saúde
SESMETS –	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SO –	Saúde Ocupacional
STF –	Supremo Tribunal Federal
SUDS –	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
TKCSA –	Thyssenkrupp Companhia Siderúrgica do Atlântico
UMM –	União Movimento Moradia
UPA –	Unidade de Pronto Atendimento
VISAT –	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	16
1	CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E SAÚDE DO TRABALHADOR.....	28
1.1	Capitalismo e Estado.....	28
1.2	Capitalismo e Imperialismo. O capitalismo contemporâneo, crise do capital, movimentos sociais de massa e a Saúde do Trabalhador.....	35
1.3	Reestruturação produtiva, Mundo do Trabalho.....	43
2	REFORMA SANITÁRIA, SAÚDE DO TRABALHADOR, SUS.....	53
2.1	Os movimentos de luta dos trabalhadores pela saúde, a Reforma Sanitária Brasileira e a criação do SUS.....	53
2.2	A Organização dos trabalhadores e O Surgimento do campo da Saúde do trabalhador.....	71
2.2.1	<u>Movimentos significativos dos trabalhadores.....</u>	<u>71</u>
2.2.2	<u>A Saúde do Trabalhador: origem e percursos.....</u>	<u>78</u>
2.3	Contexto Histórico da Luta dos Trabalhadores e a Saúde do Trabalhador no Brasil: A construção da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde.....	88
3	O GOVERNO DO PARTIDO DOS TRABALHADORES E A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....	96
3.1	Os anos noventa e 2000 e a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: considerações iniciais.....	96
3.2	A Saúde do Trabalhador nos Governos do Partido dos Trabalhadores e no governo ilegítimo de Temer.....	104
3.3	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).....	118
4	A POLÍTICA DE SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	125
4.1	A Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.....	125
4.2	O Papel do Estado na Condução da Política de Saúde no Rio de Janeiro.....	131
4.3	Modelo de gestão das unidades estaduais – Contratos de Gestão.....	135
4.4	Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro.....	144
5	SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO NA SAÚDE E NA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	155
5.1	O Trabalho do Assistente Social na Saúde.....	155

5.2	O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador.....	170
6	REDE NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO.....	182
6.1	Caracterização da Pesquisa: objetivos e metodologia.....	182
6.2	Espaço de Investigação: Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e Programas de Saúde do Trabalhador.....	190
6.3	Análise dos Projetos e Planos de /Atenção á Saúde dos CEREST.....	194
6.3.1	CEREST do Rio de Janeiro – CESAT.....	195
6.4	Programas de Saúde do Trabalhador – PST.....	202
7	EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO.....	207
7.1	Breve Perfil dos Profissionais Entrevistados.....	207
7.2	Concepção dos Assistentes Sociais com relação à Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.....	210
7.3	Concepção dos assistentes sociais com relação à Participação dos usuários na Saúde do Trabalhador.....	215
7.4	Concepção dos assistentes sociais sobre a categoria trabalho e a determinação social do processo saúde-doença.....	225
7.5	Os assistentes sociais e a conjuntura atual.....	226
7.6	Atribuições e competências dos assistentes sociais na Saúde do Trabalhador....	228
7.7	Percepção dos assistentes sociais sobre Interdisciplinaridade.....	235
7.8	Análise dos assistentes sociais sobre a Privatização da Saúde.....	238
7.9	Algumas Reflexões a partir dos depoimentos dos assistentes sociais entrevistados.....	241
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	244
	REFERENCIAS.....	256
	APÊNDICE I – Termo de Consentimento.....	273
	APÊNDICE II – Instrumentos de Coleta de Dados.....	276

INTRODUÇÃO

Não existe prática revolucionária sem teoria revolucionária, como afirma Lenin (2015) em *O Que Fazer?* A riqueza intelectual que a profissão dispõe hoje, na direção do projeto profissional, que caminha aos interesses históricos da classe trabalhadora (que também somos), exige um profissional radicalmente crítico, criativo e propositivo, contudo, não é tão simples assim.

O ponto de partida deste estudo arranca dessa preocupação crescente e também aguçada no convívio com assistentes sociais e estudantes, nos distintos espaços coletivos da profissão e militância, inebriada de enormes frustrações em relação à Saúde do Trabalhador materializada na política de saúde, assim como, na sua ausência (Saúde do Trabalhador no SUS) nos debates acadêmicos, políticos e institucionais do Serviço Social.

Neste sentido identifica-se uma profunda contradição que é a necessidade de realizar a defesa do sistema de seguridade social diante dos ataques e desmontes em curso ao longo dos anos e, ao mesmo tempo, a insatisfação com os limites estreitos e possíveis de efetivação dos princípios do projeto profissional nas instituições responsáveis por viabilizar, cotidianamente, a Saúde do Trabalhador.

A crítica e a insatisfação deveriam superar essa contradição em que a o mesmo tempo defendemos a necessidade da crítica às instituições e aos arranjos constitutivos das políticas sociais também insistimos na defesa das conquistas do denominado “mundo do trabalho” materializadas nas políticas sociais em geral e nas de seguridade social e, em particular, na saúde. Isto é, na Reforma Sanitária Brasileira com seus 30 anos não tão bem vividos, personificada nas propostas aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde muito mais como mito do que realidade.

A análise da literatura do campo da saúde e trabalho exige do estudioso um esforço considerável. Talvez a razão de uma tão vasta produção se deva, em primeiro lugar, a importância da seguridade social no provimento da vida de uma parcela considerável da classe trabalhadora que, a cada dia, mais dela depende para sua sobrevivência e, assim, faz desta política um espaço privilegiado da luta de classes.

Vivemos o inferno astral de uma crise. A crise de que falamos é estrutural, conforme afirma Pinassi e Duarte (2016), não porque esteja ocorrendo uma momentânea paralisia produtiva ou algum refluxo da hegemonia financeira. A crise é estrutural justamente pelo agigantamento avassalador do capital. E o alicerce está na bárbara superexploração da força de trabalho e da natureza, pois se assim não fosse, não haveria necessidade de se impor

com tanta avidez e sob tantos véus as muitas desregulamentações trabalhistas, ambientais e societárias acima arroladas.

A solução não se encontra na retomada de um tipo neo-pós-keynesiano de crescimento, como preconizam ideólogos, sindicalistas e líderes de movimentos sociais, romanticamente apegados a um passado e um projeto de organização de massas que já esgotou (PINASSI e DUARTE, 2016). Como narrou Lenin (2012) a supressão das crises pelos cartéis é uma fábula dos economistas burgueses, cujo principal empenho está em embelezar o capitalismo.

O desenvolvimento das forças produtivas no capitalismo, nos dois últimos séculos, veio acompanhado de uma sistemática deterioração das condições de vida da classe trabalhadora. O aumento assustador do desemprego, a acelerada precarização das relações de trabalho, o surpreendente retorno de formas de trabalho escravo que se imaginavam superadas, o trabalho infantil, o avanço do agronegócio sobre as terras dos pequenos e médios agricultores, a falta de moradia e a deterioração das condições de vida nas cidades, a escalada da violência urbana e rural que vitima milhares de pessoas todos os anos, a ausência de recursos para financiar serviços públicos mais elementares, ao mesmo tempo em que volumes gigantescos da receita tributária são canalizados para o pagamento da dívida pública, o retorno de epidemias e endemias que já eram dadas como erradicadas, a escalada sem precedentes da depredação do meio ambiente, são fenômenos pura e simplesmente incompreensíveis sem uma reflexão sistemática sobre o imperialismo de nosso tempo e a Saúde do Trabalhador enquanto política tem que estar atenta.

Como avançar em ações conjuntas na promoção e proteção da saúde dos trabalhadores nesta conjuntura? É possível fortalecer ações em Saúde do Trabalhador quando deparamos com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) financiando empresas que adoecem e matam, como a TKCSA (ThyssenKrupp Companhia Siderúrgica do Atlântico), empresa investigada por causar danos ao ambiente e à saúde população do Rio de Janeiro) e a Eternit (processada em R\$ 1 bi por expor trabalhadores ao amianto)? É possível quando deparamos com governos que sucateiam e privatizam as unidades de saúde?

Diante disso, ratifica-se a pergunta de Vasconcelos (2015) em seu último livro: até que ponto a categoria, mas principalmente o conjunto de assistentes sociais no Brasil, que diz abraçar o projeto profissional, tem consciência da briga que compramos – além da com a ordem dominante, a de cada um consigo mesmo -, das exigências e do trabalho árduo que nos impomos, ao assumir um projeto de profissão que tem como referência uma atividade profissional que possa contribuir com algo na busca pela emancipação do ser social; um

processo que se exige anticapitalista, num contexto de um mundo sem alternativas, em confronto direto com a poderosa organização social vigente?

Tomar a Saúde do Trabalhador como trabalho, como pesquisa, como estudo, como militância implica tomar partido. Impõe à luta ideológica e até institucional tomar como critério a luta social anticapitalista, se o horizonte é a emancipação humana e não a direitos de cidadania. Não cabem medos! Como afirmava Gramsci (2016), *creio que viver quer dizer tomar partido*.

A indecisão, de acordo com Vasconcelos (2015), quando não o medo de tomar decisão, leva os indivíduos sociais a fazer opção pela neutralidade, que é pior posição / opção. A falsa ideia de que opção pela neutralidade não é escolha leva o indivíduo a se estruturar numa falsa análise / apreensão da realidade, visto que está assentada na falsa ideia de que é possível se manter acima dos interesses e das ideologias de classe.

A cultura de esvaziar gavetas com a mudança de governos (VASCONCELLOS, 2007) preocupa os trabalhadores da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador - RENAST. Se antes percebia um lento desenvolvimento da participação do Sistema Único de Saúde, manifesta nos três níveis de gestão, nas ações de Saúde do Trabalhador, hoje é uma incógnita.

O governo Temer desde a alcunha de interino colocou o pé no breque das reformas burguesas. O seu receituário segue o tripé da privatização, da desregulamentação e da precarização do trabalho tomados em um acelerador em ritmo alto. Os exemplos dessa avalanche de retrocessos são abundantes e a grande mídia não ruboriza de vergonha em repetir diariamente como vantagens à classe trabalhadora superexplorada diuturnamente, podemos citar entre as manchetes de jornais:

Governo quer formalizar jornada diária de até 12 horas de trabalho (Jornal O Globo, 08-09-2016);

Reforma da Previdência tem de ser dura e rápida, diz secretário do governo (Folha de São Paulo, 15-09-2016);

Reforma da Previdência: idade mínima pode superar 65 anos (Jornal O Extra, 29-09-2016); FMI elogia propostas econômicas de Temer e cobra Congresso a aprovar reformas (Jornal O Globo, 29-09-2016);

Proposta de reforma da Previdência vai cortar pensões; Ideia é desvincular benefício do salário mínimo. Novos pensionistas terão valor reduzido (Jornal O Globo, 28-09-2016);

Se PEC que limita gastos for aprovada, não haverá novo imposto, diz Temer (Jornal O Globo, 30/09/2016);

O governo Temer repete slogan do PFL de 2004: "Vamos tirar o Brasil do vermelho", (Jornal O Globo, 30-09-2016);

Reforma na educação propõe grade flexível e aumento de carga horária (Jornal O Globo, 23-09-2016).

Ora, quem defende as Reformas Trabalhista e Previdenciária provavelmente não carrega sacos de cimento nas costas durante toda uma jornada de trabalho, não corta mais de 12 toneladas de cana de açúcar por dia, não se queima ao produzir carradas de carvão vegetal para abastecer siderúrgicas e não limpa pastos ou colhe frutas sob um sol escaldante. Aos 14 anos, muitos desses trabalhadores já estavam na luta e nem sempre apenas como aprendizes, como determina a lei. Às vezes, começaram no batente até antes, aos 12, dez ou menos. Afinal, no Brasil, acredita-se que o trabalho molda o caráter da criança (SAKAMOTO, 2016). A Saúde do Trabalhador tem a obrigação de posicionar! Tem que tomar partido!

O projeto é nefasto, e ele é uma imposição dos interesses financeiros que comandam a economia do país e fere de morte a maior parte da classe trabalhadora do país: Cortador de cana, carvoeiro, servente de pedreiro, operário de frigorífico, colhedor de fumo, mineiros, gari, motoboy, pescador comercial, trabalhadora empregada doméstica, caminhoneiro, motorista de ônibus, costureira, e, sem se esquecer, professor, enfim, a lista é infinita.

Trata-se, então, de salvar as grandes corporações em detrimento do que resta do mundo do trabalho e de seus direitos. E, quanto mais a crise avança, quanto mais o receituário destrutivo do capital financeiro, com seu Fundo Monetário Internacional à frente, se impõe, mais avança a sua pragmática letal para o trabalho.

No campo da austeridade vemos os cortes orçamentários nas áreas sociais, as críticas à dimensão de políticas públicas como o bolsa família, propostas de diminuição e descaracterização do SUS, privatização do ensino em todos os níveis – do ensino básico ao superior –, mais uma reforma da previdência, diminuição de ministérios, flexibilização ou extinção das licenças ambientais, o famigerado PL 257 que em nome de regularizar a relação e as dívidas dos Estados e municípios coloca condicionantes para acertar as contas que vão desde o congelamento de salários e estancamento das carreiras, corte brutais de gastos até programas de demissão voluntária que tornarão letra morta a estabilidade no emprego dos funcionários públicos em todos os níveis, A PEC 241, conhecida como a *PEC do Fim do Mundo*, que consiste numa radical medida de contenção dos gastos públicos por vinte anos. (IASI, 2016) aprovada na Câmara de Deputados e encaminhada para o Senado sob o número 55/2016.

Esta ofensiva se expressa, também, no retrocesso na pauta dos Quilombolas e indígenas, no Estatuto da Família em tramitação, nas diferentes iniciativas de restrição do debate de gênero, da pauta LGBT e do livre direito de opinião no ato educativo, tal como se expressa nas diferentes leis da mordaza no âmbito municipal, como as chamadas iniciativas

da Escola sem Partido ou o que denominam de “ideologia de gênero” e que iniciativas similares no Congresso Nacional e no desmonte do SUS.

Conforme sinalizam vários autores que debruçam em estudos sobre a Política de Saúde no Brasil, desde a década de 1990, o Sistema Único de Saúde é alvo das *contrarreformas* neoliberais que têm atacado seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde (CORREIA, 2012; SILIANSKY, 2012; BRAVO, 2012, MENEZES, 2012; TEIXEIRA, 2012).

A partir da segunda metade da década de 1980, o Banco Mundial assumiu a liderança no desenvolvimento global da agenda internacional para as políticas de saúde, financiando projetos e exigindo as condicionalidades necessárias ao ajuste estrutural. Subordina a avaliação dos gastos em saúde à preocupação com a consistência macroeconômica dos países e determina o processo de contrarreforma, a desregulamentação do Estado e utilização do fundo público para o financiamento do mercado.

A trajetória dos distintos governos demonstra que não houve dissenso, até os dias atuais. O Banco Mundial, em seu relatório de *Reforma do Estado* (1993) recomenda reformas que foram alvo do governo Fernando Collor de Melo, dos dois governos FHC e fortemente presentes na agenda dos dois governos Lula e dois no governo Dilma e mais do que nunca agora com o Governo Temer, tais como cortes orçamentários drásticos e reforma tributária, reforma trabalhista, reforma previdenciária e reforma do judiciário.

As medidas de qualificação de serviços e de educação permanente provida por hospitais privados, as novas medidas de incentivo aos planos de saúde, a naturalização de OSs – Organizações Sociais, FEDPs - Fundações Estatais de Direito Privado e PPPs – Parcerias Público Privada na paisagem do serviço público são a face mais recente do “não há alternativa” à lógica mercantil na saúde.

A emergência do setor privado de saúde como hegemônico e sua lógica mercantil situando-o como ordenador do setor saúde, associada à manutenção do país em crise de solvência impõe uma contrarreforma do SUS como "estratégia" de contenção do déficit público, na direção da sua privatização parcial. E como fica o SUS nisso, a Saúde do Trabalhador e o Serviço Social, considerando saber que o processo de “mercantilização” da saúde impacta sobremaneira as políticas sociais e como tal, a Política de Saúde, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, o trabalho dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, o exercício profissional do assistente social?

Neste contexto, a consciência radicalmente crítica é não somente objetivo da atividade profissional, mas condição para a sua realização. É neste sentido que, como profissional/intelectual, o assistente social pode atuar consciente e criticamente no cotidiano da prática, considerando não só as consequências técnicas da sua atuação, mas antes de tudo, as consequências éticas, políticas e econômicas que determinam e influenciam (direta ou indiretamente) a continuidade ou ruptura, superação da organização social vigente. Esse é o perfil profissional delineado pelo projeto de formação da ABEPSS, para o assistente social que escolhe a direção social que possa favorecer os interesses históricos da classe trabalhadora nos seus diferentes segmentos. (VASCONCELOS, 2015).

Uma proposta de trabalho que também identifique os nossos princípios éticos, os quais não podemos abrir mão, que sinalizem o que assistentes sociais fazem do ponto de vista exclusivo, mas também do ponto de vista coletivo junto das equipes e usuários e isso é fundamental para sinalizar, as nossas atribuições privativas e, principalmente, as nossas competências profissionais (que podem se ampliar ou reduzir a depender da concepção profissional). Há mais de duas décadas, o entendimento político de que a defesa de um determinado “projeto societário” constitui um princípio fundamental do Código de Ética e que exige apoiar diversos segmentos sociais no conjunto de lutas travadas cotidianamente.

O conservadorismo que dá as caras (IASI, 2016), mas sempre esteve ali, também percorre a trajetória profissional do Serviço Social. A questão é saber em que medida ele está sendo superado no processo de construção do projeto ético-político profissional direcionado à ruptura com o conservadorismo, construção que já dura mais de trinta anos. Pedidos de volta da ditadura; redução da maioria penal; criminalização da classe trabalhadora; ambientes permeados pelo machismo, racismo e homofobia. E a formação profissional? E o trabalho do assistente social consegue abarcar esse debate?

Volta e meia deparamos com discursos conservadores eivados de críticas à formação profissional, de que a teoria social marxista não instrumentaliza para a prática e na prática, a teoria é outra, ou, do outro lado e também, ao mesmo tempo, que trata das questões técnico-operativas como questões menores. Diríamos, vulgarmente: estamos diante de dois profissionais, um militantista, politicista e outro tecnicista. Esse maniqueísmo em nada favorece ao trabalhador.

É relevante salientar aqui que, na sociedade do capital, os assistentes sociais são chamados a um exercício profissional que reproduza mecanismos que aprofundem a complexa alienação, fetichismo, reificação e obscureça e ou naturalize a exploração do trabalho e a dominação de classe, processo que, em desenvolvido sem crítica, resistência e

enfrentamentos, no limite, favorece a autodestruição e a destruição das subjetividades e da natureza.

As novas determinações do denominado *mundo do trabalho* (ANTUNES, 2000) levam os (as) assistentes sociais a serem contratados (as) para atividades não privativas, como por exemplo, o qual ocorre nas unidades de saúde sob gestão das Organizações sociais. Esse debate é muito caro para a Saúde do Trabalhador. Cada vez fica mais claro que *é preciso tomar Partido!* Certo que o Serviço Social não é partido, não é religião, não é filosofia, embora a profissão seja atravessada por todos complexos sociais, mas é fundamental tecer o entendimento coletivo de que temos uma identidade de classe e somos trabalhadoras e trabalhadores.

É, portanto, dentro deste espírito – de questionamentos e possibilidades do exercício profissional do Serviço Social – que se debruça este estudo.

Buscamos, pois, participar do debate sobre o exercício profissional do Serviço Social a luz do projeto Ético político e a Política de Saúde do Trabalhador no Brasil através de uma modesta releitura dos clássicos do pensamento da Reforma Sanitária Brasileira, do campo da Saúde do Trabalhador, e do desenvolvimento ulterior desta à luz de uma síntese sobre o capitalismo mundial e brasileiro sob a perspectiva das reformas neoliberais e o Serviço Social brasileiro. Como afirmado, modesta, de acordo com o fôlego da pesquisadora, trabalhadora de uma instituição federal com carga horária de 40 horas semanais, militante e membro atual do Conselho Região de Serviço Social (Gestão Contra Corrente: a luta continua!).

O objeto deste estudo, a política de saúde do trabalhador e o exercício profissional dos assistentes sociais na RENAST do Rio de Janeiro, evidencia um fenômeno concreto, um processo singular, mas não isolado. É antes um processo interligado com as contradições capital/trabalho. Está, assim, interligado aos movimentos de luta de classes e, por conseguinte, ao papel do Estado. Não se trata de reducionismo, de ora reduzir a universalidade ao singular ou vice-versa. Não é isso, é antes de tudo um processo de mediação, de busca de compreensão e de relação causal entre as “representações fixadas” na consciência acerca de determinada realidade e as condições em que essas representações foram construídas, ou seja, a realidade material reificada.

Desse modo, a análise proposta parte da mediação do contexto mais amplo da organização do trabalho, do desenvolvimento das políticas públicas, em especial da Política de Saúde do Trabalhador com a realidade singular, CERESTs e PSTs da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, já que a totalidade se faz presente na singularidade. Entende-se que a universalidade está posta na organização da sociedade em

geral, a particularidade se faz representada, por exemplo, pelas instituições e ideologias e essas estão imbricadas na caracterização das singularidades, ou seja, o singular não é algo isolado, separado e estagnado, mas é fruto do universal, o qual se manifesta por meio das várias particularidades que compõem o todo e a sua apreensão se dá por meio de sucessivas aproximações na busca do desvendamento da realidade aparente.

Em relação a pesquisa inicialmente foi realizado o levantamento bibliográfico da Política de Saúde do Trabalhador nas três esferas de governo (Nacional, Estadual e Municipal) – história e organização - na sua gênese até os dias atuais, bem como, o aprofundamento teórico sobre o trabalho dos assistentes sociais nos CERESTs (Estadual e Regionais) e PSTs da Região Metropolitana. Além das entrevistas utilizou-se o estudo dos documentos dos CERESTs (legislações, Plano de Ação do CEREST Estadual e CERESTs Regionais, Projeto do Serviço Social, etc.).

Esta tese está dividida em duas partes. A primeira parte intitula-se Capitalismo, Estado, trabalhadores e luta pela saúde no Brasil e subdivide-se em quatro capítulos.

No primeiro capítulo será realizado um importante debate em torno das concepções acerca do Estado, de forma a abarcar algumas polêmicas existentes no interior do marxismo e na expressão da luta entre classes, com destaque para a compreensão do papel do Estado tanto como instrumento de dominação quanto como espaço estratégico de luta. Concepções estas que foi colocada no centro do político, econômico e teórico com a crise estrutural do capitalismo, iniciada em 2008 evidenciando o papel central do Estado nas formações sociais capitalistas. Neste capítulo também permeia o debate sobre as formas contemporâneas do modo de produção capitalista, o sistema internacional da dominação do capital e o processo de expropriação do trabalho capitalista, em sua fase monopolista, a financeirização do capitalismo, as novas configurações do trabalho assalariado, além do acirramento entre capital e trabalhadores. Bem como a lógica capitalista que também permeia o sistema público de saúde, de subordinação aos interesses do imperialismo.

Desse modo, inicia-se o estudo discutindo a mudanças do mundo do trabalho e a sua complexidade para vida social, econômica e cultural. A premissa passa pelo deciframento do quadro sócio-histórico que conforma a divisão sócio-técnica, as relações sociais de trabalho e o papel do Estado. É evidente que o aprofundamento dessas questões foge aos limites deste estudo, mas é impossível avançar sem elucidar alguns aspectos cruciais para o entendimento das relações sociais globalizadas de trabalho e à saúde dos sujeitos.

Parte-se do princípio que os agravos à saúde dos trabalhadores são reflexos da Questão Social subjacente a acumulação capitalista e, portanto, da contradição capital/trabalho,

marcada, essencialmente, pela contradição da riqueza social, a qual apesar de construída coletivamente, tem o seu controle e usufruto de modo individual. Remonta ao período da Revolução Industrial, quando a classe operária, organizada, passa a tencionar as relações sociais de produção, inseparáveis da forma de valor (IAMAMOTO, 2001). Portanto, ao tratar os agravos à saúde como expressões da Questão Social, quer situá-los enquanto particularidades desse modo de produção, como parte do conjunto das desigualdades sociais, impensáveis sem a mediação do Estado, resultado das lutas de classes. Assim, torna-se fundamental decifrar as mediações presentes na construção e efetivação da atenção aos agravos à saúde dos trabalhadores, em especial, da Política de Saúde do Trabalhador.

É importante ressaltar que a implementação de políticas sociais está embasada nas forças sociais em jogo que, no embate político, conseguem introduzir suas demandas na agenda pública. Esse esclarecimento se faz necessário para refutar a ideia de política social como bondade e benemerência do Estado/governo, ideia esta que desconsidera a luta de classes. A premissa é que a análise da política de saúde do trabalhador é indissociável da discussão do mundo do trabalho, ou seja, a compreensão perpassa pelo entendimento do modo de produção e pelas relações sociais de trabalho ora estabelecidas (NAVARRO, 2006).

O segundo capítulo será dedicado à Reforma Sanitária e à luta específica do campo da Saúde. A constituição do Movimento Sanitário, o debate estratégico no interior do Movimento. Buscamos também uma retrospectiva histórica do processo de organização dos trabalhadores e de lutas operárias relevantes para as relações saúde e trabalho, bem como o legado do movimento operário italiano que deu origem ao modelo da Saúde do Trabalhador e ainda move o debate no Brasil. Discutirá a construção da política social e, de modo particular, a ebulição dos modelos de atenção aos agravos à saúde dos trabalhadores, quais sejam: Medicina do Trabalho (MT) e Saúde Ocupacional (SO) e tenta-se responder como o Estado assume os agravos à saúde dos trabalhadores enquanto objeto de sua atenção? Quais os acontecimentos importantes que se inter-relacionam neste processo? Como se constituem os modelos de MT, SO? Neste capítulo também, está inserido o contexto histórico da luta dos trabalhadores.

O terceiro capítulo aborda a construção da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de percorrer uma verdadeira trilha na busca daqueles fatores essenciais para o entendimento da saúde do trabalhador como uma configuração assumida pelo Estado, nos distintos governos desde a década de 1990 até os dias atuais, com o presente governo usurpador e ilegítimo. O questionamento de fundo que embasa a discussão é como foi implantada a política de saúde do trabalhador, qual a sua sustentação, como está organizada,

quais as suas diretrizes para se chegar ao quarto capítulo como isso aconteceu no Rio de Janeiro. Introduzimos neste capítulo o tema da saúde no Brasil nos anos 1990 e 2000 considerando as modificações e posturas políticas determinantes para os modelos regressivos implantados naquelas duas décadas, influenciados pelas propostas neoliberais. Em sequência, abrimos um pequeno debate sobre a participação dos trabalhadores expressa através da formalização do controle social na Saúde, que conta hoje com um complexo de conselhos de saúde nas três esferas de poder, e ainda com conferências periódicas em âmbitos nacional, estadual e municipal, com centralidade nas Conferências de Saúde do Trabalhador realizadas. Uma breve análise desta agenda participativa, bem como dos seus instrumentos principais, será objeto de nossa análise. Em prosseguimento neste mesmo capítulo buscamos analisar a constituição da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador com o debate teórico da área.

O quarto capítulo com o objetivo de iluminar os desafios enfrentados no processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde do trabalhador faz uma breve análise da construção da Política de Saúde do Trabalhador no estado do Rio de Janeiro. Neste capítulo dá-se destaque a constituição da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro, ressaltando o caminho histórico desde o Programa de Saúde do Trabalhador, o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador até os dias atuais com os CERESTs. A experiência do Rio de Janeiro revela a trajetória da construção do campo Saúde do Trabalhador como uma política pública, condensada a partir de um amplo processo histórico de lutas sociais.

A segunda parte será dedicada ao Serviço Social e a Saúde do Trabalhador. Abordaremos o Serviço Social e Saúde do Trabalhador na Região Metropolitana do Rio de Janeiro desmembrando esta parte em três capítulos: quinto, sexto e sétimo, além das considerações finais.

O quinto capítulo busca empreender uma análise do trabalho dos assistentes sociais mediada pelo debate teórico da saúde - o qual tem sua gênese no movimento de Reforma Sanitária - e o debate teórico do Serviço Social, que expressa o compromisso com a classe trabalhadora. Refletir sobre as possibilidades que o SUS coloca para o trabalho do assistente social supõe inicialmente um diálogo crítico com a herança intelectual e operacional da profissão na área da saúde e a identificação das tendências técnico-políticas colocadas pelos fundamentos da Reforma Sanitária e do SUS.

O objetivo é discorrer sobre o Serviço Social na área da Saúde do Trabalhador, demonstrando como ao longo dos anos a profissão se aproxima desse debate. Apontam-se elementos que historicamente vêm norteando o debate sobre o trabalho e a saúde, expressando avanços e contradições na área da Saúde do Trabalhador. Para o Serviço Social, os desafios

dessa área do conhecimento vêm ampliando a exigência teórica e metodológica, bem como ética e política para o enfrentamento das confrontações e manifestações contemporâneas dessas duas categorias centrais: saúde e trabalho.

No sexto capítulo, apresentam-se os caminhos percorridos na investigação e os achados da pesquisa, que também serão abordados na sua continuidade no capítulo sétimo. Neste apresenta a caracterização do espaço de investigação: Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e Programas de Saúde do Trabalhador da Região Metropolitana I e II e as suas atribuições.

O sétimo capítulo apresenta a análise das entrevistas. O estudo realizado junto aos assistentes sociais partiu da necessidade de uma investigação de fundo cujos resultados pudessem contribuir para a explicitação da qualidade e das possibilidades de relação entre o projeto profissional hegemônico na categoria dos assistentes sociais e o trabalho efetivamente realizado.

Uma tarefa urgente, tendo em vista criticar práticas conservadoras e contraditórias e identificar, sugerir, revelar, analisar, veicular, apoiar e divulgar ações profissionais que realmente concretizem uma conexão orgânica da profissão com os setores progressistas da sociedade, para que se objetivem as intenções expressas no projeto ético-político: compromisso com os interesses históricos da massa da população trabalhadora brasileira nos seus mais diferentes segmentos, incluída direta ou indiretamente no processo de produção, buscando a radicalização da democracia.

Por fim, realiza-se uma análise geral do estudo e das informações obtidas, trata-se desse modo, das “considerações não finais”, uma vez que esta é apenas o início de outras pesquisas que se pretende realizar.

A pesquisa buscou dar conta: em primeiro lugar, de compreender os marcos teóricos que fundamentaram e fundamentam o debate em torno da ação Política de Saúde do Trabalhador e o Serviço Social e os traços gerais da organização do trabalho e política dos assistentes sociais adensados aos movimentos de organização da classe trabalhadora.

1ª PARTE - CAPITALISMO, ESTADO, TRABALHADORES E LUTA PELA SAÚDE NO BRASIL

Cérebro, nervos e músculos...
Meu corpo explode em coisas que não sou eu.
Os seres humanos fazem coisas maravilhosas
Que os transformam em coisas terríveis.
E as coisas caminham com seus pés
Suas almas cheiram a sangue
Quando se vendem em cada esquina.
Saíram de mim por cada poro
Fugiram de mim pelo cansaço
Romperam meu corpo de carne
Fluído de óleo...pele de aço.
Ganham vida roubando a minha.
Assumem porque abdicó
Falam porque me calo
Fetichizam porque reifico.

Mauro Iasi

1 CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E SAÚDE DO TRABALHADOR

Neste capítulo será realizado um importante debate em torno das concepções acerca do Estado, de forma a abarcar algumas polêmicas existentes no interior do marxismo e na expressão da luta entre classes, com destaque para a compreensão do papel do Estado tanto como instrumento de dominação quanto como espaço estratégico de luta. Concepções estas que foi colocada no centro do político, econômico e teórico com a crise estrutural do capitalismo, iniciada em 2008 evidenciando o papel central do Estado nas formações sociais capitalistas. Neste capítulo também permeia o debate sobre as formas contemporâneas do modo de produção capitalista, o sistema internacional da dominação do capital e o processo de expropriação do trabalho capitalista, em sua fase monopolista, a financeirização do capitalismo, as novas configurações do trabalho assalariado, além do acirramento entre capital e trabalhadores. Bem como a lógica capitalista que também permeia o sistema público de saúde, de subordinação aos interesses do imperialismo.

1.1 Capitalismo e Estado

A conjuntura atual permite algumas ilações, mas com precauções. Neste jogo político onde palavras panfletárias (“fora” e “volta”) revolve o Estado é preciso inferir sobre alguns conceitos, algumas categorias colocadas em questão. Que Estado é esse? Que democracia é essa? Que direito é esse?

Iniciando como algo a ser esmiuçado, pormenorizado, do exercício profissional em um serviço público de saúde, edificado por uma política específica (Saúde do Trabalhador), contida em uma Política de Estado (Saúde), eis de novo surge à indagação sobre a concepção de Estado. Pegando emprestada a célebre frase do filósofo húngaro, neste caso aqui muito mais como trilha a ser percorrida da pesquisa: *esse é o tamanho da montanha que devemos escalar...*

Neste sentido, o estudo sobre as concepções de Estado será inspirado nos conceitos elaborados por Marx (2003 e 2006), Marx e Engels (2007), Mészáros (2015), Gramsci (2004) e os interpretados por Coutinho (1996, 2000, 2006 e 2007).

Começamos mesmo correndo o risco de derrapar na banalidade da repetição, afirmando que o mundo hoje vive uma crise sem precedentes na história sendo desafiador para os movimentos sociais e organizações de esquerda.

Não há dúvida de que está em curso mundialmente uma importante crise do capital que ativa os limites mais absolutos e destrutivos do sistema capitalista (Harvey, 2002; Mezaros, 2015; Pinassi, 2013). O ataque aos direitos dos trabalhadores, o avanço do desemprego estrutural, do trabalho precarizado, do empobrecimento da classe trabalhadora são os elementos centrais a provocar convulsões pelo mundo inteiro, desde Europa, América Latina e Central e o mundo árabe. A luta recente dos trabalhadores franceses contra a reforma trabalhista e a luta dos estudantes e trabalhadores da educação no México contra a privatização da Educação são exemplares desse movimento.

Esta nova fase da crise estrutural do capitalismo, iniciada em 2008, voltou a colocar no centro do debate político, econômico e teórico o papel central do Estado nas formações sociais capitalistas.

Contrariando a tese neoliberal sobre o “Estado mínimo”, inúmeros governos adotaram medidas para enfrentar a crise: ajuda financeira massiva a bancos e empresas; amplos programas de incentivo à produção e ao consumo, tanto interno como externo; ações preventivas e ofensivas para conquistar e/ou assegurar mercados externos de matéria-prima e mão-de-obra a preço mais baixo, etc. Tais medidas não só contrariavam o neoliberalismo, como também o próprio liberalismo que defende um Estado sempre afastado da economia.

E ao contrário do que prega o discurso neoliberal do *Estado Mínimo*, o que vemos é um Estado cada vez mais presente na dinâmica da reprodução do capital, tornando factível o que Marx e Engels afirmaram em 1848 de que *o Estado não passaria de um comitê executivo da burguesia*.

Não é casual que, para além da observação atenta da realidade contemporânea, o ministro da Fazenda Henrique Meirelles verbalizar, durante reunião com empresários no Palácio do Planalto, que *a maior conquista do governo em exercício será a redefinição do papel do Estado e da iniciativa privada na economia brasileira*. (PLANALTO, 30/06/2016).

A relação do Estado capitalista na teoria social marxista foi entendida na maior parte do século 20, mas com repercussões ainda nos dias de hoje, fundamentalmente através de duas grandes linhas interpretativas: ora como um órgão de classe burguês essencialmente funcional à manutenção da ordem social, ora como uma estrutura política tendo sua natureza definida pela correlação de forças entre as diferentes classes.

Na primeira concepção, *a luta por uma transformação social estrutural deve pautar-se pela derrubada do poder político da burguesia, pela instauração de um Estado dos trabalhadores e por sua posterior autodissolução e fenecimento* (MÉSZÁROS, 2015). Na segunda, trata-se de obter a hegemonia social, muitas vezes entendida através de uma leitura

vulgar e superficial de Gramsci – quase como sinônimo de uma correlação de forças favorável – para através da ocupação de lugares e postos importantes no interior do Estado burguês moderno realizar transformações sociais substantivas. Todavia, para além das diferenças entre as duas concepções, há pelo menos dois importantes elementos comuns em ambas: o Estado moderno localiza-se na superestrutura da sociedade capitalista e a mudança social estrutural processa-se da política – através do Estado – para a esfera da economia.

Com o aprofundamento da crise estrutural do capital o Estado passa a ocupar um espaço cada vez maior para cumprir a função de garantir as condições mais adequadas à reprodução acumulativa e expansionista do sistema do capital. Neste sentido, segundo Mészáros (2015), o Estado se transforma em um obstáculo do tamanho de uma montanha, diante da tentativa de transformação positiva tão necessária de nossas condições de existência.

Uma vez no exercício do poder, os socialistas, na busca de priorizar o trabalho, devem mirar o fencimento do Estado, diz o autor supracitado. Uma analogia ilumina a ideia. Não se trata de destruir um prédio e erguer outro. Capital, trabalho e Estado estão tão ligados que não se pode abolir nenhum dos três por decreto. É como entrar nesse prédio e começar a reformá-lo por dentro. A vida deve continuar na casa escorada durante a reconstrução. O processo demanda tempo, muito tempo. Profere poeticamente o autor: Na verdade, a tarefa é ainda mais difícil, pois a estrutura de madeira em deteriorização do prédio também deve ser substituída no curso de retirada da humanidade da perigosa moldura estrutural do sistema do capital.

A questão fundamental, portanto, em seus termos materiais de referência, é a expropriação e a apropriação alienada do trabalho excedente enquanto tal, não apenas esta ou aquela forma particular disso, e em termos da estrutura de comando político geral das determinações regulatórias alienadas de hoje, o Estado enquanto tal. Ambos permanecem ou caem juntos. O tempo disponível da humanidade não pode ser liberado sem isso. Essa é a montanha que devemos conquistar (MÉSZÁROS, 2015 p.102).

Ao abordar a urgência de se elaborar uma crítica radical do Estado, o autor alerta para o fato de que não podemos visar apenas uma superação do Estado, pois ele somente pode ser compreendido por meio de uma visão combinada de sua inter-relação tríplice: capital, trabalho e Estado. Por ser parte constituinte da base material antagônica do capital não pode fazer outra coisa senão proteger a ordem estabelecida defendê-la a todo custo, independentemente dos perigos para o futuro da sobrevivência da humanidade. Concebendo esta determinação, na preservação da inter-relação alienada e desumana historicamente constituída entre capital, trabalho e Estado, é que vai expor a razão de o Estado representar

um obstáculo do tamanho de uma montanha e que não pode ser ignorado. Ainda mais, sob o efeito agravante da crise estrutural do capital o Estado se afirma e se impõe como a montanha que devemos escalar e conquistar (MÉSZÁROS, 2015).

Destarte que, a ofensiva do sistema financeiro no período neoliberal representa uma das causas mais graves dessa chamada crise estruturais. Quem mais sofre com a ênfase no capital fictício são aqueles que pertencem ao mundo do trabalho, mundo que impõe condições precárias de vida e de trabalho a uma quantidade cada vez maior de pessoas no mundo inteiro (PINASSI, 2013), afinal, *não é tarefa de o capital superar as contradições, mas sim criá-las* (MÉSZÁROS, 2015).

Esse mesmo Estado tem dupla face, ora “acende uma vela para Deus, ora para o Diabo”. Resta saber quem é Deus e o diabo nesta terra do sol. Para o Deus mercado o inferno são outros; são os direitos trabalhistas; a saúde do trabalhador; é a luta de classes. Trocadilho a parte, é fato, as políticas públicas têm esta dupla face, ora atende ao capital, ora ao trabalho e nesta balança tende a inclinar onde o peso é maior.

Pela perspectiva marxista, portanto, que considera a existência de classes antagônicas e inconciliáveis em essência, o Estado é necessariamente um *Estado de classe*. E como tal, precipuamente existe em função do conflito em benefício da manutenção do posto das classes dominantes.

Fundamentando-se na análise materialista-histórica de Marx, que parte do real para produzir suas reflexões, observa-se nas distintas e processuais fases expansivas da divisão do trabalho uma intrínseca relação entre a forma como a sociedade se organizava nas relações sociais e políticas, bem como no setor produtivo.

Em cada caso isolado, a observação empírica deve mostrar nos fatos, e sem nenhuma especulação nem mistificação, a ligação entre a estrutura social e política e a produção. A estrutura social e o Estado nascem continuamente do processo vital de indivíduos determinados; mas desses indivíduos não tais como aparecem nas representações que fazem de si mesmos ou nas representações que os outros fazem deles, mas na sua existência real, isto é, tais como trabalham e produzem materialmente; portanto, do modo como atuam em bases, condições e limites materiais determinados e independentes de sua vontade (MARX e ENGELS, 2007).

Tal análise, portanto, contrapõe-se àquelas realizadas sobre qualquer fato histórico desconsiderando o contexto real, a exemplo de possíveis conceitos equivocados sobre a sociedade civil e Estado, deslocados de uma visão de totalidade. A construção conceitual deve ocorrer situando o contexto da história da humanidade, do processo de desenvolvimento das

forças produtivas e dos conflitos e contradições existentes entre as relações de produção e as forças produtivas.

É precisamente com a manutenção dessa dispendiosa máquina estatal em suas numerosas ramificações que os interesses materiais da burguesia francesa estão entrelaçados da maneira mais íntima. Aqui encontra postos para sua população excedente e compensa sob forma de vencimentos o que não pode embolsar sob a forma de lucros, juros, rendas e honorários. Por outro lado, seus interesses políticos forçavam-na a aumentar diariamente as medidas de repressão e, portanto, os recursos e o pessoal do poder estatal, ao mesmo tempo em que se via obrigada a travar uma guerra ininterrupta contra a opinião pública e receosamente mutilar e paralisar os órgãos independentes do movimento social, onde não conseguia amputá-los completamente (MARX, 2006).

A união política, econômica e ideológica entre o aparelho estatal e a classe dominante, acarretou sérios prejuízos à população, já que ... *não pode dar a uma classe sem tirar de outra* (MARX, 2006). Assim, o Estado, na teoria marxiana, está inserido em um contexto contraditório e integra o bloco dominante da sociedade classista.

Referindo-se às concepções acerca do Estado, Coutinho (2007) afirma que a grande contribuição de Marx e Engels para a ciência política foi exatamente a constatação do caráter classista do Estado; a sua formação encontra-se na sociedade dividida em classes sociais; cuja finalidade na história humana reside na manutenção desta divisão classista, garantindo, assim, a soberania da classe dominante em detrimento da classe não dominante; tornando os interesses desta classe dominante universais aos olhos da sociedade em geral.

Especificamente sobre a estrutura do Estado, os clássicos Marx, Engels e Lenin enfatizam o caráter repressivo do Estado, obviamente levando em consideração o perfil e as determinações histórica, política, econômica e social.

Diferentemente, o contexto histórico em que Gramsci faz suas reflexões teóricas demonstrava que a organização e mobilização política das classes e diferentes grupos sociais já haviam conquistado legitimidade e certa autonomia frente tanto à esfera econômica, quanto às instituições repressivas estatais. Tal explicação contribui para um melhor entendimento sobre a construção gramsciana das suas novas e diferentes constatações acerca do conceito de Estado.

A Saúde do Trabalhador no Brasil traçou novos rumos da institucionalidade das relações saúde-trabalho, inclusive com a sua inscrição na Constituição Federal de 1988, por influência do Modelo Operário Italiano. Contudo, a despeito da saúde do trabalhador brasileira ter sido fortemente influenciada por este modelo, os textos acadêmicos de base

nacional fazem menção a essa influência com escassa vinculação histórica à sua origem e, principalmente, com o pensamento de Antonio Gramsci (PAIVA, 2012).

O debate desenvolvido no Brasil e em diversos países sobre o campo das relações saúde-trabalho, entre as décadas de 1960 a 1980, teve grande influência do Modelo Operário Italiano (MOI) de Saúde do Trabalhador. Um dos enfoques relevantes no debate era a participação do trabalhador como protagonista imprescindível na luta. E, nesse contexto, o MOI foi emblemático no encaminhamento de propostas concretas de mudança, acabando por servir de modelo de saúde do trabalhador.

A literatura existente sobre o modelo operário reportava-se às lutas operárias na Itália nos primeiros anos do século XX, em que Antonio Gramsci, com sua militância e formulações político-filosóficas, havia participado intensamente e influenciado na criação de metodologias de ação e cotejamento teórico com os acontecimentos (PAIVA, 2012).

Para melhor entendermos o acréscimo dado por Gramsci à teoria do marxismo, é importante a compreensão do conceito de Estado, sociedade civil, sociedade política e muitas outras categorias que aparecem nos Cadernos do Cárcere. Não é tarefa fácil separá-las, considerando que no pensamento desenvolvido por Gramsci existe sempre uma interdependência e uma conexão entre elas.

De forma bem simplificada, Gramsci assinala que o “Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia couraçada de coerção”.

Gramsci (apud COUTINHO, 2007) apresenta a ideia de que o Estado (no seu sentido mais amplo) reúne a sociedade política referente ao “Estado em sentido estrito” ou ao “Estado-coerção” e a sociedade civil. A primeira é constituída “pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência e que se identifica com os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executiva e policial-militar”; a sociedade civil é “formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa), etc.”.

Coutinho (2006), também em sua pesquisa sobre o conceito de sociedade civil dos Cadernos, observa que Gramsci amplia o conceito de Estado da teoria marxista, sem com isso se contrapor a ela. Para Marx, a origem do Estado, está na divisão de classes existente na sociedade. O término dessa divisão marcaria o término do Estado, já que sua função é manter

e reproduzir esta divisão colaborando para que o interesse de uma determinada classe fique assegurado, impondo-se como sendo interesse de todos.

Assim, Marx via o Estado com um papel sempre impositivo, operando através de seus aparelhos coercitivos. Para Coutinho, o que provavelmente levou Marx a essa percepção de Estado foi o contexto vivido por ele, em que a manifestação dos trabalhadores era reduzida a um pequeno número, com mobilizações na maioria das vezes clandestinas e pouca participação na vida política.

A este respeito, Coutinho (2006) descreve duas diferenças para sociedade civil e para sociedade política que, juntas, constituem o Estado. A primeira diferença diz respeito à função, que é a de organizar o social. Na visão de Coutinho, para Gramsci a economia é determinada ou mantida em razão de uma classe social que tem seus interesses atendidos. Para que esse processo tenha sucesso, as classes sociais tentam através da sociedade civil ganhar adeptos para conquistar ou manter a sua hegemonia, mediante consenso. Já a sociedade política tem como função a dominação através da coerção. Foi a esta parcela repressiva do Estado que Marx, com Engels e Lenin, mais se preocuparam. A segunda diferença diz respeito à “materialidade social”, isto é, para que a sociedade política se sustente conta com os “aparelhos repressivos do Estado” apoiados pela “polícia-militar” e a “burocracia executiva”. Já a sociedade civil conta com os “aparelhos privados de hegemonia”, que se caracteriza como organizações voluntárias que, de alguma maneira, conseguem uma autonomia material, o que significa a criação de novas instituições sociais com novas estruturas e legislações específicas.

Em síntese, sobre a conceituação gramsciana de sociedade civil, pode-se afirmar que: A conquista da hegemonia somente ocorrerá quando a classe candidata alcança ascensão em amplitude nacional. Refere-se aos organismos oriundos da luta de classes, a exemplo dos sindicatos, jornais de opinião, partidos políticos, associações, etc. Estes aparelhos representam a possibilidade que Gramsci reconhece quando afirma que ‘um grupo social pode e mesmo deve ser dirigente hegemônico já antes de conquistar o poder governamental; possibilidade que, aliás, no quadro das sociedades complexas, onde o Estado se ampliou, torna-se também necessidade, já que – prossegue Gramsci – essa é uma das condições principais para a própria conquista do poder (COUTINHO, 2007).

A sociedade civil é para Gramsci um momento do Estado ampliado, um espaço no qual têm lugar três relações de poder, ainda que se trate de um espaço dotado de autonomia relativa em face da sociedade política, ou seja, do Estado em sentido estrito; portanto, não se apresenta em Gramsci uma posição dualista, que contraponha de modo maniqueísta a

sociedade civil (enquanto algo globalmente positivo) ao Estado (concebido como algo intrinsecamente mau): a sociedade civil nunca é homogênea, mas se apresenta como uma das principais arenas de luta de classe e, portanto, como palco de intensas contradições (COUTINHO, 2006).

Retomemos então a afirmação de que a construção conceitual deve ocorrer situando o contexto da história da humanidade, do processo de desenvolvimento das forças produtivas e dos conflitos e contradições existentes entre as relações de produção e as forças produtivas. Posto isso terminamos esses primeiros escritos de onde começamos.

Não há dúvida de que vivenciamos uma crise sem precedentes na história da humanidade, que é bastante diferente daquelas chamadas “crises cíclicas do capital”, analisadas por Karl Marx em *O Capital*. Vivenciamos uma crise de acúmulo de contradições sociais que ativa os limites mais absolutos e destrutivos do sistema capitalista.

A regulamentação e ampliação da terceirização e quarteirização; a degradação das condições de trabalho; a revisão dos marcos jurídicos que regulam proteções ambientais, terras indígenas e atividades de mineração; o modelo baseado no agronegócio, voltado para a exportação, com larga utilização de agrotóxicos e venenos; o desmonte das políticas sociais, do serviço público e dos direitos trabalhistas e previdenciários, são exemplos, que o Estado caminha, hoje, de mãos dadas com o capital financeiro e com o agronegócio consumando a transformação da saúde, educação e demais direitos sociais em mercadorias apropriadas pelo grande capital, como parte do modelo de desenvolvimento.

1.2 Capitalismo e Imperialismo. O capitalismo contemporâneo, crise do capital, movimentos sociais de massa e a Saúde do Trabalhador

As formas contemporâneas do modo de produção capitalista, o sistema internacional da dominação do capital, a dinâmica da luta de classes atual, as manifestações do inconformismo, a conformação da classe trabalhadora, a questão da democracia são temas da esquerda socialista atual.

Os elementos essenciais do modo de produção capitalista, tal como anunciados por Lênin em seu famoso trabalho sobre o tema, estão sim mais atuais que nunca, tais como: a concentração e centralização de capitais; a fusão do capital industrial com o capital bancário, formando o capital financeiro; a exportação de capitais e a subsequente partilha e repartilha constante do globo, primeiro entre os monopólios e depois entre as nações que os representam.

Proferiu Lenin (2012): *O imperialismo é a antecâmara da revolução social do proletariado. Isso foi confirmado, em escala mundial, desde 1917.*

Na sua obra “Imperialismo, fase superior do capitalismo”, Lenin não apenas revelou as causas, origens e consequências do imperialismo, mas também definiu algumas características que lhe são inerentes. Ele sintetizou como é que o imperialismo é uma consequência inevitável do capitalismo monopolista e como é que as potências imperialistas e capitalistas dividiram o mundo entre elas. Ele também explicou a predominância do capital financeiro sobre os outros tipos de capital durante o processo imperialista e como o imperialismo está intimamente ligado ao desenvolvimento de forças e de ideologias contrarrevolucionárias. Além disto, Lenin concluiu que a principal causa do imperialismo é a necessidade do capitalismo monopolista de estar constantemente à procura de lucros cada vez mais elevados. Esta conclusão é diferente da de Rosa Luxemburgo posto que considera a principal causa do imperialismo é a procura dos monopólios capitalistas por mercados com o propósito de escoarem os seus produtos em resultado das crises cíclicas de superprodução que afetam regularmente o sistema capitalista. Lenin refuta a teoria de Rosa Luxemburgo e explica porque é a procura de lucros máximos e não a simples procura por novos mercados que deve ser considerada como a principal causa do imperialismo.

Bem, sem dúvida o maior teórico do imperialismo, foi Lenin. Com a cabeça de pensador engajado, e após revisão criteriosa de inúmeros trabalhos sobre o assunto, lançou as bases deste conceito, até hoje, tão caro às ciências sociais, quando descobriu que a livre concorrência, dera lugar aos monopólios, em virtude do aumento extraordinário da produção de mercadorias e da grande concentração de capital. Concluiu ainda que, ao entrar nessa nova fase monopolista, o capitalismo passou a priorizar a exportação de capitais, no lugar da exportação de mercadorias, ao mesmo tempo em que o mercado externo ganhou importância, como esfera de assimilação dos excedentes de capitais dos países industrialmente desenvolvidos. Desse modo, nascia o imperialismo, a fase monopolista e financeira do capitalismo.

De acordo com Rech (2014) o conceito de Imperialismo surge com o economista inglês John Atkinson Hobson em sua obra *O Imperialismo*, de 1902. O autor, defensor do social-reformismo, faz uma descrição das particularidades econômicas e políticas fundamentais do imperialismo. Oito anos depois, em 1910, surge o artigo do marxista austríaco Rudolf Hilferding, *O Capital Financeiro*, com uma análise teórica da fase de desenvolvimento capitalista da época. Conciliando as duas obras, além de outros diversos artigos, surge a obra de Vladimir Ilytch Lenin, *O imperialismo, Fase Superior do Capitalismo*,

em 1917. Profere Lenin: *O que caracteriza o velho capitalismo, no qual dominava plenamente a livre concorrência, era a exportação de mercadorias. O que caracteriza o capitalismo atual, no qual impera o monopólio, é a exportação de capital.* (LENIN, 2012).

O imperialismo é compreendido por Lenin (2012) a partir da concentração monopolista da produção. Ao citar Karl Marx, o autor afirma que a livre concorrência gera a concentração da produção que, em certo grau de desenvolvimento, conduz ao monopólio. Esta concentração monopolista é um processo natural do capitalismo. A concorrência transforma-se em monopólio e deste ponto ocorre um progresso na socialização da produção. Progresso que extermina deste modo, a livre concorrência defendida pelos liberais.

Para Lenin (2012) a fase monopolista, que extermina a livre concorrência, chega a determinado ponto de concentração onde é possível inventariar todas as fontes de matérias-primas no mundo. Para o autor, a grande maioria destas fontes encontra-se na mão de gigantes monopolistas, assim como as matérias primas, a mão de obra, os meios de comunicação e as ferrovias também são monopolizados. Compreende desta maneira que a produção passa a ser social embora a apropriação dos lucros continue privada e restrita a um número reduzido de indivíduos. Profere o autor:

Monopoliza-se a mão de obra especializada, contratam-se os melhores engenheiros; apodera-se das vias e meios de comunicação – as ferrovias na América e as companhias de navegação na Europa e na América vão parar nas mãos dos monopólios. O capitalismo, em seu estágio imperialista, conduz praticamente à socialização integral da produção; arrasta, por assim dizer, os capitalistas, contra sua vontade e sem que disso tenham consciência, para uma nova ordem social, de transição entre a mais livre concorrência e a completa socialização. A produção passa a ser social, mas a apropriação continua a ser privada. Os meios sociais de produção continuam a ser propriedade privada de um reduzido número de indivíduos. Mantem-se o quadro geral da livre concorrência formalmente reconhecida, e o jugo de uns quantos monopolistas sobre o resto da população torna-se cem vezes mais pesados, mais sensível, mais insuportável (LENIN, 2012).

Para a compreensão do imperialismo é necessário que se entenda como o mesmo se concretizou. De acordo com Rech (2014), Lenin cita, em sua obra de 1917, ainda na introdução, a obra do marxista austríaco Rudolph Hilferding, *O Capital Financeiro* que é para Lenin o fator acelerador da concentração monopolista do capital. Hilferding define o capital financeiro como aquele que se encontra à disposição dos bancos e que os industriais utilizam. Para Lenin (2012), esta definição é correta embora incompleta, por desconsiderar o aumento da concentração da produção e do capital em grau tão elevado que conduz ao monopólio. A concentração da produção e os monopólios são resultantes da fusão dos bancos com a indústria. Desta maneira, o capital concentrado em poucas mãos obtém um lucro enorme que se amplia com a constituição de sociedades, emissão de valores e empréstimos do estado.

Nada foi tão lucrativo na época descrita por Lenin, como a emissão de valores. Estes lucros são desmedidos durante os períodos de ascenso industrial enquanto nos períodos da depressão arruinam-se as pequenas empresas enquanto os grandes bancos participam na aquisição das mesmas a baixo preço. Este processo contribui então, para a consolidação monopolista e oligárquica financeira. O crescimento do capital financeiro através da concentração monopolista do capital dos grandes bancos acaba por arruinar determinados aspectos da separação capitalista:

É próprio do capitalismo em geral, separar a propriedade do capital da sua aplicação à produção, separar o capital-dinheiro do industrial ou produtivo, separar o rentier, que vive apenas dos rendimentos provenientes do capital-dinheiro, do empresário e de todas as pessoas que participam diretamente na gestão do capital. O imperialismo, ou domínio do capital financeiro, é o capitalismo no seu grau superior, em que essa separação adquire proporções imensas. O predomínio do capital financeiro sobre todas as demais formas do capital implica o predomínio do rentier e da oligarquia financeira, a situação destacada de uns quantos Estados de “poder” financeiro em relação a todos os restantes (LENIN, 2012).

Como descrito por Lenin (2012), o capital financeiro dizima a separação entre os diferentes tipos de capital, passando a deter o poder em relação a todo o restante. Sendo a fase monopolista do capitalismo, o imperialismo descaracteriza a livre concorrência e termina em certa medida com a exportação de mercadorias. Esta nova fase do capitalismo implica na exportação do próprio capital, *O que caracterizava o velho capitalismo, no qual dominava plenamente a livre concorrência, era a exportação de mercadorias. O que caracteriza o capitalismo moderno, no qual impera o monopólio, é a exportação de capital.*

Esta exportação do capital financeiro dá-se em virtude da busca incessante por lucros. O capitalismo em sua fase imperialista caracteriza-se pelo transbordamento do capital financeiro que flui dos países avançados para os atrasados com o propósito único de maximização dos lucros. Lenin (2012), faz questão de enfatizar que este capitalismo em nada resulta na melhoria das condições de vida das massas, enquanto o capitalismo for capitalismo, o excedente de capital não é consagrado à elevação do nível de vida das massas do país, pois significaria a diminuição dos lucros dos capitalistas, mas ao aumento desses lucros através da exportação de capitais para o estrangeiro, para os países atrasados. Nestes países atrasados o lucro é em geral elevado, pois os capitais são escassos, o preço da terra e os salários relativamente baixos, e as matérias-primas baratas (LENIN, 2012).

Com a exploração de nações distantes e as mais distintas características do imperialismo, cria-se o que Lenin (2012) caracteriza como “capitalismo parasitário” onde a burguesia dos estados usuários (os que dominam através do capital financeiro) vive cada vez mais à custa da exportação de capitais.

Lenin (2012) ainda caracteriza os cinco traços fundamentais do imperialismo: 1) a concentração da produção e do capital levada a um grau tão elevado de desenvolvimento que criou os monopólios, os quais desempenham um papel decisivo na vida econômica; 2) a fusão do capital bancário com o capital industrial e a criação, baseada nesse capital financeiro da oligarquia financeira; 3) a exportação de capitais, diferentemente da exportação de mercadorias, adquire uma importância particularmente grande; 4) a formação de associações internacionais monopolistas de capitalistas, que partilham o mundo entre si, e 5) o termo da partilha territorial do mundo entre as potências capitalistas mais importantes. Estes cinco traços fundamentais fazem com que o poder mesmo em uma democracia, onde o poder supostamente seria do povo, emane em sua totalidade do capital.

O Imperialismo é, portanto, a fase superior da exploração capitalista. Nesta nova fase, a concorrência capitalista já não existe mais, a liberdade é transformada em dominação e a democracia é transformada em mero teatro. A produção é socializada com apropriação privada dos lucros, o capital financeiro controla as mais diversas formas de governo, tanto nas colônias como no centro do próprio império e por fim são criados os estados parasitas onde suas burguesias vivem à custa dos estados explorados.

É sabido, a partir da análise da obra de Lenin, que a livre concorrência conduz ao monopólio que posteriormente conduz ao imperialismo, que nada mais é, que uma fase avançada do monopólio onde, o capital passa a dominar todas as relações dentro da sociedade. É conhecido também a partir da leitura de Marx (1867) que é a partir da luta de classes que a sociedade e suas relações sociais são construídas. Com isso, enquanto houver classes, a classe dominante sempre defenderá seus interesses (RECH, 2014).

Além das características importantes citadas pelo Lenin, temos que ter claro que o Estado no atual estágio de desenvolvimento do capitalismo não tem as mesmas características expostas por Marx n'O Manifesto do Partido Comunista. O papel do Estado na fase imperialista é de dar suporte aos monopólios, às diversas burguesias monopolistas, que em alguns momentos tem interesses divergentes entre elas. Com o forte processo de financeirização do sistema capitalista, os bancos têm uma importância cada vez maior, na medida em que o capital se monopoliza mais, o Estado vai perdendo o caráter de ser *um comitê que administra os negócios comuns da classe burguesa como um todo*, mas passa a ser um comitê que administra os negócios do capital-monopolista que tende cada vez mais a se monopolizar, dando prioridade ao capital bancário.

Neste debate é importante destacar também Fontes (2010), com seu brilhante livro *O Brasil e o capital-imperialismo. Teoria e história*. Onde o centro de análise é o conceito de

capital-imperialismo, que seria uma síntese do conceito de imperialismo em Lênin, somado à análise gramsciana sobre hegemonia e luta de classes. Para a autora o capital-imperialismo não é apenas uma expressão da forma atual da dominação dos monopólios e da partilha do mundo, formando áreas de exportação de capitais, mas um sistema que tem que equacionar os meios e formas de dominação e consentimento. Desta forma, o fenômeno do imperialismo se mescla com o processo político de busca de estratégias de impor uma hegemonia burguesa que desarme os trabalhadores de sua necessária independência de classe, no sentido de um projeto societário para além do capital. No bojo das novas e necessárias formas de dominação/consentimento, a questão da democracia representativa passa a ocupar lugar central nas formas de amoldamento do proletariado aos limites da ordem do capital.

Assim é que não nos surpreende, ao lado de Lênin, a presença de Gramsci. Os dois pensadores marxistas buscam compreender suas formações sociais específicas no contexto de um capitalismo mundial que envolve em seu processo de desenvolvimento as nações retardatárias, assim como se defrontam com as manifestações de um apassivamento reformista da classe trabalhadora.

De acordo com Fontes (2010) o capitalismo brasileiro não apenas fez seu percurso até o capital monopolista, concentrou e centralizou seus capitais, desenvolveu as instituições de uma sociedade civil burguesa e de um Estado burguês que completa sua transição até uma democracia representativa, como o fez integrando-se dinamicamente à ordem internacional do capital-imperialismo. Sua subalternidade incontestemente diante do centro irradiador e determinante do sistema não impede — pelo contrário, impõe — um papel ativo e diferenciado daquelas formações sociais que se convertem em 'plataformas de expansão' do capital-imperialismo.

Na era do mercado, inicialmente com a concepção abandonada de Estado mínimo e, mais recentemente, com a concepção de Estado efetivo (Banco Mundial, 1997), o Estado se reserva em sua missão típica de poder e força de controle a garantir o funcionamento do mercado. Ao impor condições aos países endividados, o FMI e o Banco Mundial¹ transformaram-se em fábricas de Estados adequados ao mercado.

¹ O Banco Mundial é um grupo formado pelas cinco organizações seguintes: a) Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD); b) Associação Internacional de Desenvolvimento (AID); c) Corporação Financeira Internacional (IFC); d) Agência Multilateral de Garantia de Investimentos (AMGI); e) Centro Internacional para Acerto de Disputas de Investimento (CIADI). Criado em 1944, em Bretton Woods, Estado de Novo Hampshire (EUA), tinha por objetivo ajudar a “reconstruir a Europa após a Segunda Guerra Mundial”. O surgimento do Banco Mundial em Bretton Woods efetivou-se pela ação de dois artífices principais: os Estados Unidos e a Inglaterra, no mesmo período em que se fundou o Fundo Monetário Internacional, o que lhes valeu a denominação de os "gêmeos de Bretton Woods". (GRANEMANN, 2006).

A lógica capitalista também permeia a dinâmica do sistema nacional de saúde, expressando-se na assistência e no funcionamento do complexo das indústrias da saúde: a farmacêutica, a de produtos biotecnológicos, a de equipamentos e instrumentos médico-hospitalares, consumando a transformação da saúde em mercadorias, como parte do modelo de desenvolvimento.

Está presente nas indústrias de base química e biotecnológica (farmacêutica, imunobiológicos, reagentes para diagnóstico e hemoderivados); nas indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos e materiais de consumo hospitalar) e nos setores prestadores de serviços (hospitais, ambulatórios, centros de diagnóstico e tratamento).

O setor farmacêutico, por exemplo, representa receitas combinadas de US\$ 39 trilhões e lucros de US\$ 3 trilhões, com ativos de US\$ 162 trilhões e valor de US\$ 48 trilhões no mercado, dentre esse ranking, calculado a partir da combinação de quatro fatores: receitas, lucros, ativos e valor de mercado, podemos citar além da Johnson & Johnson, as poderosas Pfizer, Novartis e Merck (EXAME, 2014).

O setor da saúde vem atraindo fusões e aquisições. Nos últimos anos, as empresas de saúde do Brasil movimentaram, pelo menos, cinco fusões e aquisições. De laboratórios a planos de saúde, os negócios no setor foram impulsionados pela lógica clara, da busca incessante de lucro via expansão do mercado. Podemos citar, como exemplos, a compra da Amil pela UnitedHealth, maior empresa de planos de saúde dos Estados Unidos, que acertou a compra de 58,9% da Amil por 6,5 bilhões de reais; A compra de 51% da brasileira Meizler Biopharma pela biofarmacêutica Belga UCB (o foco de atuação da Meizler é o desenvolvimento de terapias para o sistema nervoso central e imunológico); A compra da Papaiz, rede de diagnósticos por imagem com oito unidades em São Paulo, comprada pela Odontoprev e pela Fleury; Também a compra da Arpmed pela Profarma. A nova controlada é especialista na distribuição de medicamentos de alto valor agregado, e sua compra foi apresentada pela Profarma como uma complementação de seu próprio negócio de distribuição de remédios e produtos de higiene pessoal - no ano passado, a Profarma faturou 2,8 bilhões de reais. Já a Arpmed teve receita bruta de 86 milhões de reais (EXAME, 2014).

O Brasil é hoje o sexto maior mercado em vendas de medicamentos do mundo, com forte perspectiva de ocupar o quarto lugar já em 2017. Apesar da crise internacional, o mercado brasileiro de medicamentos é pujante, desconhece recessão há quase quinze anos. Esses bons resultados dependem de momentos de expansão econômica, mas se devem, principalmente, às decisões políticas tomadas nas principais instâncias de poder do país. Decisões como a aprovação da Lei 9.279/96, a chamada Lei de Patentes, que criou forte

esquema de proteção para o monopólio de exploração de medicamentos no país e, apesar das mudanças legislativas propostas desde então, ainda favorece os interesses dos grandes laboratórios multinacionais em detrimento daqueles da população brasileira. Entre as principais estratégias de lobby utilizadas pelo setor está a doação para campanhas eleitorais, que passou a ser considerada inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2015. Nas eleições de 2010, a Interfarma investiu R\$ 1,8 milhão em doações nominais para dois candidatos ao Senado e 18 à Câmara. Do total, oito ainda atuam no parlamento: o senador Aloysio Nunes (PSDB-SP) e os deputados Saraiva Felipe (PMDB-MG), Osmar Terra (PMDB-RS), Renato Molling (PP-RS), Bruno Araújo (PSDB-PE), Onyx Lorenzoni (DEM-RS), Nelson Marquezelli (PTB-SP) e Darcísio Perondi (PMDB-RS). Eles ajudam a reforçar a chamada “bancada do medicamento”, uma estrutura informal que, segundo críticos, auxilia os grandes laboratórios internacionais a defenderem seus interesses no parlamento. (POZZEBOM, 2016)

A despeito das fusões, podemos ainda citar também como exemplo, o casamento infernal entre Bayer e Monsanto². Uma explicação usada para essa junção monstruosa é a de que a nova empresa vai “lucrar com a doença e vender a cura”, em referência à produção de sementes transgênicas pela Monsanto e defensivos agrícolas e de remédios pela Bayer. Outros afirmam que a competitividade estará comprometida e que ela monopolizará o setor. Mas, a reflexão deve ir muito além. Juntas, Bayer e Monsanto têm um volume de negócios anual de US\$ 25,8 bilhões, o equivalente a R\$ 86,17 bilhões. O faturamento da Monsanto no Brasil, com a venda de sementes, foi de US\$ 1,7 bilhão, equivalente a R\$ 5,67 bilhões, em 2015. A Bayer faturou R\$ 7,46 bilhões em 2015. Os ataques à política agrária e à agricultura familiar, adicionados ao surgimento da nova gigante do agronegócio, devem encarecer ainda mais os alimentos. Além disso, a aquisição de insumos agrícolas, comercialização e escoamento dos produtos para população beneficiará a monocultura, que está restrita à exportação e possui alto impacto socioambiental. Além de danos ambientais, o uso de agrotóxicos traz riscos de doenças como o câncer. Todos esses fatores, somados à crescente criminalização dos movimentos camponeses e ao aumento da influência da bancada ruralista no governo, impõem à vida e ao trabalho no campo ainda mais ataques (CALEFI, 2016).

Esta lógica capitalista que também permeia o sistema público de saúde, de subordinação aos interesses do imperialismo e latifúndio está presente na degradação das condições de vida nas cidades, saneamento básico inadequado (particularmente no que se

² A empresa alemã Bayer efetuou a compra da norte-americana Monsanto no valor de US\$ 66 bilhões.

refere à dificuldade de acesso contínuo a água), coleta de lixo precária, quantidades crescentes de resíduos sólidos, falta de esgotamento sanitário, deficiências de drenagem de águas pluviais.

Essa questão veio à tona e se tornou alvo de debates de distintas instituições de pesquisa, como por exemplo, a Fiocruz, após a proliferação descontrolada do mosquito *Aedes aegypti* e sua associação aos casos de microcefalia e à síndrome de Guillan-Barré (paralisia de origem neurológica). Há mais de 20 anos apagando incêndio, e o incêndio continua. Planos de erradicação da dengue vêm desde o final da década de 80, porém, é mais fácil comprar veneno do que fazer obra de saneamento. Saneamento básico deve ser e exige articulação extramuros e requer desafio da intersetorialidade. Em verdade, esse vírus Zika só veio se somar aos mais de 20 anos de epidemias periódicas de dengue, que vem matando mais e mais a cada ano. Altas densidades de *Aedes* são mantidas por essas questões ambientais, sendo a política de controle químico de vetores que o governo brasileiro tem repetido há décadas uma ineficiente e perigosa. (SILIANSKY; ANDREAZZI; CARUSO, 2016).

Portanto, o capital cumpriu sua tarefa, mundializou-se, monopolizou-se, estendeu-se suas garras dissolvendo as mais ternas ilusões românticas no frio cálculo egoísta, subordinou o campo à cidade, a ciência à indústria, a estética ao mercado, mercantilizou todas as esferas da vida (IASI, 2012). E essa subordinação está presente em diversas formas, nas parcerias público-privado, no incentivo e expansão dos planos de saúde, nos contratos de gestão, nas privatizações explícitas e as não tão explícitas - as não clássicas (GRANEMANN, 2011).

1.3 Reestruturação produtiva, Mundo do Trabalho

Correndo o risco de derrapar no eterno repetir de si mesmo dos textos sobre o capitalismo contemporâneo, sabemos que a partir dos inícios dos anos 1970, o capital implementou um processo de reestruturação em escala global, visando tanto a recuperação do seu padrão de acumulação, quanto procurando repor a hegemonia que vinha perdendo, no interior do espaço produtivo, desde as explosões do final da década de 1960 onde, particularmente na Europa ocidental, se desencadeou um monumental ciclo de greves e lutas sociais.

Nesse espaço social gerado pelas oscilações econômicas e incertezas da recessão de 1973, começaram a se delinear uma série de novas experiências nos domínios da organização industrial e da vida, tanto política quanto socialmente. *Acumulação flexível* é um conceito utilizado por David Harvey para caracterizar uma série de práticas com o intuito de quebrar a

rigidez do fordismo. A mudança tecnológica constante, a automação, a busca de novas linhas de produtos e nichos de mercado, a dispersão geográfica para zonas onde o controle do trabalho se dá mais facilmente, as fusões e medidas para acelerar o tempo de giro do capital passam, então, ao primeiro plano das estratégias corporativas de sobrevivência.

No sistema de acumulação flexível, as empresas estão preocupadas em diminuir cada vez mais o número de trabalhadores fixos. Aumentam a quantidade de empregados em tempo integral com habilidades facilmente encontradas no mercado de trabalho, que se caracteriza por uma alta taxa de rotatividade; bem como os de profissionais altamente capacitados, que ganham altos salários, mas substituem, com suas habilidades de operar e fiscalizar linhas de produção automatizadas, grandes quantidades de trabalhadores fixos sem qualificação.

Estas características da acumulação flexível, para alguns teóricos, significariam que o capitalismo estaria ficando desorganizado. A posição de Harvey (2002) é contrária a estas ideias. Ele sugere que o capitalismo está ficando cada vez mais organizado e coloca dois fatores que seriam responsáveis por essa organização: a informação e a internacionalização do mercado financeiro. Foi nesse contexto que o capital, em escala global, vem redesenhando novas e velhas modalidades de trabalho – o trabalho precário – com o objetivo de recuperar as formas econômicas, políticas e ideológicas da dominação burguesa.

Três processos caminham de mãos dadas nas tentativas de respostas do capital à crise dos anos 1970: neoliberalismo, toyotização e financeirização. O ideário neoliberal que se hegemoniza vem acompanhado do discurso da modernização e da flexibilização como respostas à “ineficiência” da esfera pública. Consideramos que neoliberalismo não é sinônimo de Estado mínimo, dado que o Estado continua tendo enorme relevância no período neoliberal, apenas o seu funcionamento deve servir ao mercado, de tal modo que inclusive o social, ou seja, educação, saúde, seguridade social etc. também devem se mercadorizar, e o Estado deve ser um facilitador desse processo.

Antunes e Druck (2014, p. 15) nos ajudam a caracterizar o que diferencia a empresa toyotista do fordismo, em termos sintéticos: 1) trata-se de uma produção diretamente vinculada à demanda, com just-in-time e kanban, diferentemente da produção em série e em massa, com grandes estoques, típicos do fordismo; 2) preconizam o trabalho em equipe e polivalente, em contraposição ao caráter parcelar do fordismo; 3) o trabalhador deve saber operar simultaneamente várias máquinas, diferentemente da relação homem/máquina taylorista-fordista; 4) criam círculos de controle de qualidade (CCQs) e prezam pelo kaizen, melhoria contínua da produção, dando um salto na apropriação cognitiva do *savoir-faire* do trabalhador e 5) têm uma estrutura horizontalizada, ao contrário da verticalidade fordista,

acarretando em expansão de métodos e procedimentos de uma rede de subcontratados, dentre eles, os terceirizados, quarteirizados, quinteirizados etc.

A história do capitalismo é a história da “reestruturação produtiva”. O capitalismo, desde o início, teve que, seguida e permanentemente, revolucionar-se sem cessar e expropriar os trabalhadores, tanto em relação aos instrumentos de produção quanto ao conhecimento e à identidade; expropriá-los na sua própria condição de existência enquanto classe. (DIAS, 1998).

As reflexões a respeito do trabalho e da Saúde do Trabalhador nas condições do capitalismo contemporâneo joga luzes sobre o processo de expropriação do trabalho capitalista, em sua fase monopolista, a financeirização do capitalismo, as novas configurações do trabalho assalariado, além do acirramento entre capital e trabalhadores.

Em função das leis do desenvolvimento das forças produtivas no capitalismo ocorreram nos dois últimos séculos grandes reestruturações da produção e do trabalho. Eram impositivas para o capital e ele as promoveu para aumentar e acelerar a produção, reduzir quanto pudesse o volume da força de trabalho viva, obrigando-a a trabalhar mais intensamente e, se possível, mais horas para fazer baixar o custo final de produtos e serviços, vender e lucrar mais.

Se as expropriações e apropriações são os fundamentos do modo de produção capitalista, a desqualificação e a degradação do trabalho do seu valor são algumas de suas consequências (RIBEIRO, 2015). O aumento da jornada de trabalho ou a intensidade do trabalho somado com a redução do padrão de vida através da erosão do salário real e a transferência do capital corporativo para zonas onde o salário são mais baixos – deslocamento espacial – serão facetas encontradas, pelo capitalismo flexível, para aumentar a sua acumulação a partir do aumento da exploração da classe trabalhadora.

Ribeiro (2015) chama atenção que nos países industrializados a incorporação de inovações tecnológicas não estancou a degradação do trabalho. No caso brasileiro é pior: subsistem relações de trabalho análogas à escravidão, como no ramo de agronegócios, nas frentes de trabalho para construção de hidrelétricas, nos serviços de telecomunicação, manufatura de roupas, calçados etc. O velho e o novo das estruturas produtivas e de gestão da força de trabalho se entrecruzam e parecem correr sem oposição da classe trabalhadora brasileira que continua a ser proibida de organizar-se dentro das empresas.

O capitalismo financeirizado e globalizado vem apresentando um movimento cuja tendência é que a informalidade e a precarização do trabalho tornem-se mecanismos recorrentes para a ampliação do lucro das empresas, sejam elas globais, sejam de menor porte.

E a terceirização vem se consolidando em tantas partes do mundo como forte ferramenta propulsora de nefasta razão instrumental. Ampliando os mecanismos de extração do sobretrabalho, de sujeição dos trabalhadores e das trabalhadoras a essa pragmática perversão que se expande tanto na indústria quanto na agricultura e nos serviços.

Os adoecimentos, as mutilações, os envelhecimentos precoces passam a fazer parte do cotidiano do mundo do trabalho. Ocorrem jornadas de trabalho extensas, aumentam-se exponencialmente as formas de intensificação do trabalho e reduzem-se os salários, além da ocorrência de maior rotatividade entre os que atuam no universo do trabalho terceirizado. Tornam-se mais arriscadas as condições de trabalho. Particularmente entre os trabalhadores dos ramos de energia elétrica, extração e refino de petróleo e também siderurgia, agroindústria, call Center e telemarketing, além de professores, proliferam as LER, os assédios morais, os adoecimentos, mortes e suicídios nos espaços de trabalho.

Desde o início da reestruturação produtiva do capital vem ocorrendo uma redução do proletariado industrial, fabril, tradicional, manual, estável e especializado, herdeiro da era da indústria verticalizada de tipo taylorista e fordista. Este proletariado vinculado aos ramos mais tradicionais vem dando lugar a formas mais desregulamentadas de trabalho, reduzindo fortemente o conjunto de trabalhadores estáveis que se estruturavam através de empregos formais, herança da fase taylorista/fordista.

Há, entretanto, de acordo com Antunes (2013), outra muito significativa e que se caracteriza pelo aumento do novo proletariado fabril e de serviços, em escala mundial, presente nas diversas modalidades de trabalho precarizado. São os terceirizados, subcontratados, part-time, entre tantas outras formas assemelhadas, que se expandem em escala global. Há outra tendência de enorme significado no mundo do trabalho contemporâneo: trata-se do aumento significativo do trabalho feminino em diversos países avançados e também na América Latina, onde também foi expressivo o processo de feminização do trabalho. Esta expansão tem, entretanto, um movimento inverso quando se trata da temática salarial, onde os níveis de remuneração das mulheres são em média inferiores àqueles recebidos pelos trabalhadores, o mesmo ocorrendo em relação aos direitos sociais e do trabalho, que também são desiguais.

É perceptível também uma significativa expansão dos assalariados médios no “setor de serviços”, que inicialmente incorporou parcelas significativas de trabalhadores expulsos do mundo produtivo industrial, como resultado do amplo processo de reestruturação produtiva, das políticas neoliberais e do cenário de desindustrialização e privatização, mas que também sentem as consequências do processo de reestruturação. Outra tendência presente no mundo

do trabalho é a crescente exclusão dos jovens, que atingiram a idade de ingresso no mercado de trabalho e que, sem perspectiva de emprego, acaba muitas vezes engrossando as fileiras dos trabalhos precários, dos desempregados, sem perspectivas de trabalho. Paralelamente à exclusão dos jovens vem ocorrendo também à exclusão dos trabalhadores considerados “idosos” pelo capital, com idade próxima de 40 anos e que, uma vez excluídos do trabalho, dificilmente conseguem reingressar no mercado de trabalho.

Podemos acrescentar que a monumental reestruturação do capital executada nas últimas quatro décadas e intensificada na contextualidade da crise atual vem exarcebando este quadro crítico em relação ao trabalho, de modo que a precarização vem se tornando a regra, e não a exceção.

O grande desafio colocado é o fato de ainda prevalecer no chamado mundo do trabalho a imensidade das perdas humanas. O modo de desenvolvimento econômico induz agravos na saúde e aumenta os acidentes de trabalho e danos ambientais.

Em todo o ano de 2014, segundo dados atualizados pelo Ministério da Previdência Social, 2.797 pessoas morreram após sofrerem acidentes de trabalho no Brasil. Além das mortes, 14.837 trabalhadores ficaram incapacitados permanentemente no período. No total, ocorreram 737.378 acidentes em todo o país. O Brasil, apresenta o triste título de 4º lugar no mundo em relação ao número de mortes no trabalho, com 2.503 óbitos. O país só perde para China (14.924), Estados Unidos (5.764) e Rússia (3.090). Acidentes de trabalho registrados no Brasil: 711.164 em 2012. O setor com o terceiro maior índice de registros de acidentes é o da construção civil, que apresentou 62.874 acidentes.

O setor da construção civil tem a marca da heterogeneidade, compreendendo, entre outros, subsetores como edificações, montagem industrial e construção pesada, sendo neste último caso onde se situam as obras de infraestrutura, a exemplo da construção de hidroelétricas. Entretanto, não obstante as diferenças (de porte, de logística, de padrão de gestão, etc.), o setor, que é um grande empregador de mão de obra no país, tem em comum um perfil historicamente marcado pelo trabalho precário (VÉRAS, 2014). Destaque: baixa remuneração; elevada rotatividade (em razão do caráter cíclico da atividade e das estratégias empresariais); predomínio de baixa escolaridade e qualificação; alto grau de informalidade; subcontratações sucessivas (intensificadas com a reestruturação produtiva); agenciamento de mão de obra através de “gatos”; intensificação do trabalho pelo domínio do regime de remuneração de acordo com a produtividade e recurso excessivo a horas extra; altos índices de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais; em síntese, prevalência a instabilidade.

Somente nas obras construção de estádios de futebol para a Copa do Mundo de 2014 foram registradas a morte de 08 operários, número quatro vezes maior que o registrado na África do Sul (Copa de 2010). Nas obras das arenas e espaços poliesportivos das Olimpíadas do Rio de Janeiro foram 11 mortes de trabalhadores. A maioria das vítimas: jovens entre 25 (vinte e cinco) e 29 (vinte e nove) anos. Causas principais desses acidentes: ritmo acelerado, jornada extensa de trabalho, maquinário velho, tecnologia ultrapassada e desrespeito a diversos direitos.

Contudo, esse número é subdimensionado. Quase cinco milhões de trabalhadores (4,948 milhões) se acidentaram no Brasil, entre 2012 e 2013. Dados inéditos, contidos na Pesquisa Nacional de Saúde, do IBGE, mostram que o número é seis vezes maior que a única estatística oficial de que o Brasil dispunha até então: as comunicações ao governo de acidentes de trabalho, restritas ao assalariado com carteira assinada. Fogem do controle os funcionários públicos e os informais. Apesar de obrigatórios, os registros de acidentes, mesmo entre os trabalhadores formais, são subdimensionados, como reconhece a própria Previdência Social.

Questões como o avanço da terceirização, a precarização das relações de trabalho, as péssimas condições de trabalho do país. O modo de produção do Brasil, pautado no agronegócio e o problema dos agrotóxicos são um desses desafios colossais a ser enfrentado.

Chama atenção que nos países industrializados a incorporação de inovações tecnológicas não estancou a degradação do trabalho. No caso brasileiro é pior: subsistem relações de trabalho análogas à escravidão, como ramo de agronegócios, nas frentes de trabalho para a construção de hidrelétricas, nos serviços de telecomunicação, manufatura de roupas, calçados etc. O velho e o novo das estruturas produtivas e de gestão da força de trabalho se entrecruzam e parecem correr sem oposição da classe trabalhadora brasileira que continua a ser proibida de organizar-se dentro das empresas (PINA, 2014).

De acordo com ANTUNES (2013) a terceirização e a informalidade da força de trabalho vêm se constituindo como mecanismos centrais, implementados pela engenharia do capital, para aumentar a exploração do trabalho, valorizando o capital. Não é por outro motivo que há jornadas de trabalho em indústrias de confecções que atingem 17 horas por dia por meio de contratação informal de trabalhadores imigrantes bolivianos ou peruanos (ou, ainda, de outros países latino-americanos), controlados por patrões frequentemente coreanos ou chineses. No agronegócio do açúcar, é também constante a burla dos direitos no trabalho: os trabalhadores rurais que cortam mais de dez toneladas de cana por dia (média em São Paulo, mas no Nordeste esse volume pode chegar a 18 toneladas diárias), para a produção do etanol,

raramente recebem pelo que efetivamente produzem, pois, as medições da produção são sempre favoráveis ao agronegócio. Seu corpo produtivo é, então, destroçado pelas engrenagens do capital.

De fato, a reforma trabalhista e a regulamentação da terceirização fazem parte da agenda do setor produtivo, entregue ao Governo atual (Michel Temer). O ministro do Trabalho, Ronaldo Nogueira (PTB-RS), no seu discurso deixa claro quando alude que *“Capital e trabalho precisam sentar-se à mesa, porque são eles que melhor conhecem a realidade de cada um, de cada setor da economia, e, por isso, podem construir a melhor solução, principalmente nos momentos de crise, para evitar o desemprego”*.

Hoje o objetivo é flexibilizar a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a partir principalmente dos acordos coletivos, para aumentar a produtividade da economia e reduzir os custos dos empresários ao investir. Nesse momento a legislação trabalhista tem sido apontada como a grande culpada' da crise econômica e política no Brasil. Nesse contexto, algumas dessas garantias trabalhistas poderão ficar a reboque das tais forças do mercado', em prol de um ambiente de negócios mais amigável ao crescimento econômico. A taxação de lucros e a elevação de impostos é impensável, mas a precarização de direitos dos trabalhadores está posta na mesa como alternativa.

Dois projetos de lei em trâmite no Congresso Nacional, que devem contar com o apoio de um eventual governo Michel Temer, são vistos como graves retrocessos para os direitos dos trabalhadores, podendo – sob a justificativa de destravar' o crescimento econômico.

O primeiro é o que amplia a terceirização e legaliza a contratação de prestadoras de serviços para executarem atividades para as quais outras empresas foram constituídas (atividades-fim) e não apenas serviços secundários, como é hoje. O outro permite que convenções e acordos coletivos de trabalho negociados entre patrões e empregados prevaleçam sobre a legislação trabalhista, mesmo que isso signifique perdas aos trabalhadores.

O resultado deste enorme processo de precarização do trabalho, ao atingir a classe trabalhadora dos países avançados gerando a erosão dos seus empregos e a corrosão das suas condições de trabalho, não poderia ser outro: junto com a mundialização do capital, estamos presenciando a mundialização das lutas sociais.

Os exemplos são vários: as explosões na França, na periferia de Paris, em 2005; as mobilizações de milhões de trabalhadores contra a Reforma trabalhista, no mesmo país, neste ano (2016); os indignados na Espanha contra o desemprego crescente; o movimento dos precários inflexíveis e anti-austeridade em Portugal; a luta recente dos estudantes no México

contra a privatização da Educação; as manifestações de massa de ocupação do espaço público, das ruas e das praças – começando da Tunísia e indo à Praça Tahir (Egito). À Praça Taksim (Turquia), voltando à Tahir, passando pela Grécia, Itália, Portugal, França, Reino Unido, EUA, com o Occupy Wall Street denunciando o domínio nefasto do capital financeiro e sua tendência destrutiva; jovens do Chile, camponeses da Colômbia.

Para Antunes (2014), as diversas manifestações recentes na Europa, comportando o descontentamento dos trabalhadores e trabalhadoras, dos imigrantes, dos jovens sem trabalho, dos desempregados em geral, são expressões dessa nova morfologia do trabalho e de suas lutas, também cada vez mais globais.

Segundo Pinassi (2013), na América Latina, em meio a um contexto de explosão do neoliberalismo, surgem formas de luta social que contemplam o desempregado, o trabalhador precarizado e, mais do que isso, as mais específicas dívidas históricas do nosso passado colonial, como a causa dos indígenas, dos negros e da luta pela terra.

De acordo com a mesma autora, são movimentos de lutas e causas específicas e fragmentárias, mas de lutas que apontam para uma perspectiva anticapitalista. Cita, por exemplo, os piqueteiros argentinos; o Movimento das Fábricas Recuperadas, em função da crise que se aprofundou rápido e intensamente na Argentina; os zapatistas no México; os cocaleiros na Bolívia; a radicalidade da luta das mulheres trabalhadoras da Via Campesina no Brasil; o movimento de luta pela Reforma Agrária assumindo formas de enfrentamento mais radical as transnacionais que representam hoje o agronegócio, como a Aracruz, Votorantim, Monsanto, Bunge, Stora Enso, etc.

No Brasil é importante destacar também as manifestações de junho de 2013, iniciando com uma pequena passeata em São Paulo contra o aumento das tarifas no transporte público, convocadas pelos jovens do Movimento Passe Livre (MPL), depois ampliando, até atingirem manifestações multitudinárias, com dezenas, centenas e milhares de pessoas, chegando a mais de 2 milhões em todo país. Depois desencadeando nas manifestações da Copa das Confederações, Copa do Mundo e Olimpíadas.

Após momentos importantes como as revoltas operárias nas Usinas de Jirau e Belo Monte e nos complexos de Santo Antônio, Suape e COMPERJ, a violenta desocupação da Comunidade do Pinheirinho, em São José dos Campos (SP), as greves dos projetos do PAC, as greves dos estádios para a Copa e outras manifestações ocorreu um momento de ebulição que se expressou inicialmente por meio de uma reivindicação muito precisa, a da luta contra o reajuste das tarifas, mas que, a partir de então, levou à eclosão dos demais levantes populares pelo país. Destaque também para a curva ascendente das greves, como as greves da Educação

violentamente reprimida pelo Estado; as ocupações das Escolas públicas, a luta pela vida nas favelas contra a política de extermínio da população negra e pobre, as ocupações dos prédios públicos pelo Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST) que nos últimos 10 anos, veem reafirmando a bandeira do direito à cidade e intervindo concretamente na vida de milhares de trabalhadores (BRAGA, 2015).

Na contradição entre o modelo de desenvolvimento econômico industrial hoje adotado e as políticas sociais, apareceram várias realidades candentes que expressam a reação dos trabalhadores e essa situação: reação dos trabalhadores da Construção Civil quanto às suas más condições de trabalho e aos acidentes de trabalho fatais o que levou a greves em Jirau, nos canteiros de obras do estádio do Maracanã e do Mineirão. Fato marcante nesta realidade foi a ambiguidade e o atraso com que se observou a participação das centrais sindicais neste processo, fruto de um processo de cooptação engendrado no governo Lula que arrefecer sobremaneira a capacidade de luta destas instâncias, particularmente da Central Única dos Trabalhadores (LACAZ, 2013).

As demandas dos trabalhadores de Jirau e Santo Antônio, escancaradas com as revoltas e paralisações, foram assim sendo canalizadas para os processos institucionalizados de negociação social e sindical. No que se refere ao sindicalismo, ficou evidente o estado de surpresa com que recebeu os acontecimentos. Após alguma vacilação, em um esforço imediato de evitar associar sua imagem ao radicalismo das revoltas, buscou legitimar-se como representante dos trabalhadores mobilizados. As reivindicações foram então sistematizadas, os processos de negociação se estabeleceram junto às autoridades governamentais e às empresas. Parte da radicalidade das condições denunciadas e das ações desencadeadas foi incorporado ao discurso sindical, ao mesmo tempo em que o sindicato buscou afirmar-se como canal de expressão e representante das demandas dos peões nos processos de negociação. Os saldos dos acontecimentos têm algo de conquista e, ao mesmo tempo, de reprodução das condições denunciadas (VÉRAS, 2014).

O Estado, como “comitê executivo da burguesia”, como afirmaram Marx e Engels (2000), cumpre seu papel com dupla ação, por um lado incorporando algumas reivindicações dos trabalhadores e por outro mantendo o movimento repressivo sobre qualquer organização que questione o status quo. Como afirmou Gramsci (2001) trabalhando com a coerção e o consenso. Forja-se um Estado capaz de, ao mesmo tempo, hegemonizar os interesses da burguesia e também incorporar algumas demandas da classe trabalhadora, compondo um cenário social propício para o desenvolvimento capitalista.

Neste sentido, é importante dizer apesar das inúmeras estratégias criadas na expansão do processo de toyotização, o qual se torna muito mais voraz quando avança para outros países para além do Japão, não anularam ou capturaram totalmente a subjetividade dos trabalhadores. Inúmeras pesquisas recentes apontam para formas de resistência diversas dentro e fora do trabalho, inclusive com um salto no número de greves nos últimos anos no Brasil. Segundo Braga (2015), o número de greves alcançou, em 2011, o mesmo patamar do final dos anos 1990.

DIEESE divulgou em dezembro de 2015 seu balanço das greves de 2013. Nele se expressa que o ano de 2013 confirmou o que todos percebiam, foi o ano com o maior número de greves em toda a série histórica, iniciada em 1984. Este estudo é o mais abrangente que é publicado no país, mas seguramente não cobre perfeitamente o número das greves, nem expressa com ênfase os elementos de qualidade das greves do ano de 2014, marcado por muitas greves contra os sindicatos como os garis do Rio, rodoviários em várias cidades do país.

O ascenso de greves até 2013 estava marcado pelas aspirações crescentes de um proletariado em crescimento. A economia crescia, o proletariado se nacionalizava com as grandes obras do PAC e instalação de indústria em novas regiões do país como no centro-oeste e nordeste. O pacto entre patronais, governos e sindicatos havia garantido nos anos “lulistas” aumentos salariais ligeiramente acima da inflação, mas inferiores aos ganhos dos lucros, uma situação onde parecia que “todos ganhavam”. Em algum momento após a crise em 2009 as patronais começaram a endurecer e mesmo o governo federal a recusar aumentos salariais fazendo chocar estas expectativas crescentes de “mais salário”, prometidas aos quatro ventos pelo lulismo, com esta dureza. 2013 e 2014 ainda foram fortemente marcados por estas tendências, já em 2015 predominaram claramente as greves defensivas (em defesa de emprego, direitos, contra redução de salários, etc.) contra os ajustes. Mas mesmo 2013 já mostrava uma tendência a lutas mais defensivas (BRAGA, 2015).

Contudo, apesar das péssimas condições laborais, do aumento no número de acidentes de trabalho, da elevação da taxa de terceirização das empresas e da retomada das atividades grevistas as manifestações se arrefeceram, mas isso será discutido em outro capítulo.

2 REFORMA SANITÁRIA, SAÚDE DO TRABALHADOR E SUS

Este segundo capítulo será dedicado à Reforma Sanitária e à luta específica do campo da Saúde do Trabalhador. Buscamos também uma retrospectiva histórica do processo de organização dos trabalhadores e de lutas operárias relevantes para as relações saúde e trabalho, bem como o legado do movimento operário italiano que deu origem ao modelo da Saúde do Trabalhador e ainda move o debate no Brasil. Discutirá a construção da política social e, de modo particular, a ebulição dos modelos de atenção aos agravos à saúde dos trabalhadores, quais sejam: Medicina do Trabalho (MT) e Saúde Ocupacional (SO) e tenta-se responder como o Estado assume os agravos à saúde dos trabalhadores enquanto objeto de sua atenção? Quais os acontecimentos importantes que se inter-relacionam neste processo? Como se constituem os modelos de MT, SO? Neste capítulo também, está inserido o contexto histórico da luta dos trabalhadores.

2.1 Os movimentos de luta dos trabalhadores pela saúde, a Reforma Sanitária Brasileira e a criação do SUS

A agenda democrática do Movimento Sanitário, formulada nos anos 1970, sem dúvida, tem importante influência do Movimento Popular em Saúde (MOPS), no Brasil. Contudo, mesmo dada essa importância e apesar da vasta produção existente nas Ciências Sociais sobre os movimentos sociais, é interessante notar, no campo da Saúde Coletiva, em especial nos estudos sobre a reforma sanitária brasileira, sua relativa ausência. Por vezes, como ratifica Palma (2013), quando tratados, o *são a partir de fragilidades ou problemas, ou a partir de supostas adequações ou inadequações a teorias prévias, sujeitos no mais das vezes relegados a um papel secundário, periférico ou mesmo inexistente.*

Buscando identificar origens dessa questão, Stotz (1994) chama atenção para o caráter marginal dessa temática na Saúde Coletiva, identificando ainda um atraso teórico em grande parte dos estudos acadêmicos do movimento da reforma sanitária. Esse atraso teórico, de acordo com o mesmo autor, pode ser interpretado, como uma consequência do predomínio, no movimento reformista, de preocupações relacionadas à definição do arcabouço jurídico-legal e ao trabalho de engenharia institucional capazes de conformar um novo padrão de proteção social na saúde.

Ou nas palavras de Fleury (1994), a estratégia reformista de ocupação de espaços estratégicos e a quase absolutização da mudança ao nível formal da institucionalidade democrática encaminharam a Reforma Sanitária para fora das organizações sociais, acunhando-as nas torres da academia, nos gabinetes da burocracia e nas antessalas do Parlamento.

Para Cohn (1989), a criação e a institucionalização do SUS é fruto da ação de múltiplos sujeitos, presentes, desde metade da década de 1970, tanto na universidade como nas esferas municipal, estadual e federal de gestão, nos sindicatos de trabalhadores, nas corporações profissionais, nos inúmeros movimentos sociais e em entidades então recém-criadas, como a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), este último congregando militantes da universidade e dos serviços, e editando a revista Saúde em Debate.

A esse processo, de acordo com PALMA (2013), denominou-se movimento da reforma sanitária – termo que guarda em seu interior importantes tensões e conflitos, pouco explicitados, em parte dada a clandestinidade a que eram submetidos, sob a ditadura militar, os partidos e as organizações de esquerda do período, a exemplo do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que então, majoritariamente, optava pela política de ocupação de espaços institucionais, em especial no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) – no qual viria a se localizar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Presidência Social (INAMPS) –, no Ministério da Saúde (MS) e na Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), entre outros. Esses conflitos, ocultos no campo da esquerda sanitária, expressavam-se não apenas na crítica mais ou menos velada ao privilégio dado à ação institucional por parte dos reformistas, ainda sob o regime militar, com seus inevitáveis limites, compromissos e constrangimentos, mas, especialmente, nas implicações dessa lógica sobre os objetivos estratégicos do movimento da reforma sanitária, como se observa, por exemplo, no período do histórico movimento pelas eleições diretas (Diretas Já, 1984) que, derrotado, assistiria ao surgimento do governo da “nova república”, com um programa de saúde elaborado sob forte influência da parcela de militantes da “reforma sanitária” que já havia optado pela atuação no interior do aparelho de Estado.

As divergências, de acordo com o mesmo autor, expressavam-se tanto na produção acadêmica quanto na ação política. Desse modo, o movimento popular de saúde chega a ser conceituado como o fantasma da classe ausente, em texto acadêmico que defendia a lógica institucional da “política de ocupação de espaços”. Fantasma que seria responsabilizado por problemas de uma reforma sanitária da qual, curiosamente, não teria participado. Esse autocentrismo desqualificador da ação de outros sujeitos sociais na formulação do SUS, ou

a possível invisibilidade desses fantasmas, pode ser compreendido, ao menos em parte, por um desconhecimento da realidade social para além dos centros elaboradores situados no Rio de Janeiro e em Brasília, invisibilidade que também pode ser evidenciada no discurso de importantes dirigentes estatais do período.

Superando este primeiro debate, vamos então ao brevíssimo apanhado de fatos, dos temas/momentos-chave de inflexão política do Movimento.

A Reforma Sanitária tem sido objeto de crescente número de estudos. Entre os estudos que se dedicaram à questão, podemos citar, mesmo correndo o risco de cometer injustiças, os dos autores: Sarah Escorel (1998), Sônia Maria Fleury Teixeira (1994), Berlinguer; Teixeira; Campos (1988), Amélia Cohn (1989), Eleutério Rodrigues Neto (2003), Sílvia Guerschman (2004) e Jairnilson Silva Paim (2008), Bravo (1996) e na atualidade Dantas (2014).

O trabalho de Sarah Escorel (1998), que destaca a origem e a articulação do Movimento Sanitário entre os anos 1974 e 1979, identifica que, nesse período, as políticas de saúde eram caracterizadas pela compra de serviços privados e pela modalidade hospitalar de atendimento. No comando da Previdência, estava a aliança entre interesses privados e a burocracia estatal. A partir dessa aliança, foram preparadas condições para uma crescente privatização dos serviços médicos. Além disso, o setor saúde passou a sofrer as consequências da contradição decorrente da expansão da cobertura via compra de serviços do setor privado. Todos estes eventos criaram uma situação de crise e reformas. Ademais, inicia-se no país o período de abertura política com o governo do general Ernesto Geisel. Crescia, pois, entre os próprios militares, a adesão às propostas de dissensão. A Reforma Sanitária, nesse cenário, é compreendida pela autora como um movimento de pessoas e grupos em direção à conquista de um projeto maior de democracia e, setorial, de transformação da política de saúde calcada na ideia da unificação dos serviços e acesso ao Sistema.

Para Escorel (1998) a grande contribuição do movimento sanitarista foi a relação estabelecida entre saúde e democracia, a saber: a relação entre saúde e democracia consistia na ideia de que para se conseguir começar, timidamente, a melhorar as condições de saúde da população brasileira, era fundamental a conquista de um projeto de redemocratização do país. Logo, ao movimento sanitário, composto pelas vertentes acadêmica, estudantil e dos profissionais médicos, cabia a luta pela democratização do país; e, na saúde, pela transformação do quadro institucional.

Esse período é caracterizado pelo ressurgimento de projetos políticos e culturais, germinados no movimento estudantil, e que tinha em seu cerne a expectativa de redemocratização do país. Nas universidades, em diferentes regiões, pipocavam grupos que

começavam a se organizar, elaborando projetos de cunho social, dos quais participavam professores e alunos (NUNES, 2008).

A década de 1970 se distinguiu, no Brasil, por um intenso processo de industrialização, urbanização e transformação da estrutura social, que alterou profundamente os quadros sanitários e epidemiológicos até então existentes. A ditadura dava sinais claros de exaustão, em 1977 o movimento estudantil ganharia as ruas, em seguidos protestos contra o regime militar, os movimentos sociais se reorganizavam, o campo da Saúde despontava na luta pela redemocratização e um novo ciclo da esquerda brasileira parecia se iniciar, com o surgimento do novo sindicalismo, a partir das célebres greves do ABC paulista, e da fundação do PT.

No campo da saúde, os movimentos sociais e populares, ao mesmo tempo em que estimulavam o pensamento crítico que se desenvolvia nas universidades, promoviam avanços na luta pelo direito à saúde. A partir da metade dos anos 1970, um movimento popular de saúde que, organizado de modo autônomo e independente do Estado, passava a eleger conselheiros populares em eleições públicas nos bairros e a promover atos públicos, caravanas e mobilizações, somando-se a outros movimentos, gerando condições sociais e políticas para a busca de um novo sistema de saúde, público e universal.

É importante destacar a importância desses movimentos na origem de todo um conjunto de outros campos de conhecimento e de práticas, com forte sentido emancipatório. Assim, será da crítica e da luta, por exemplo, dos enfrentamentos do novo sindicalismo contra a “medicina do trabalho”, voltada à manutenção da produção e a seleção e controle da força de trabalho, que surgirá o campo da saúde do trabalhador.

Note-se ainda, no Brasil, a presença de movimentos camponeses, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST) e a Via Campesina; o movimento dos atingidos pelas barragens; a presença do movimento negro e do movimento feminista, movimentos de moradia, com forte presença em muitas cidades; dos movimentos de familiares e amigos dos mortos e desaparecidos pela ditadura brasileira; o movimento estudantil. Movimentos que tomados em seu conjunto, e somados aos movimentos sindicais, potencializam-se mutuamente, gerando novas interfaces e possibilidades de aprendizado e de ação conjunta – não sem contradições e conflitos.

De acordo com Palma (2013) a emergência dos movimentos populares na década de 1970 dar-se-ia de forma fragmentária, numa conjuntura de forte repressão política, em que eram frequentes prisões, torturas e assassinatos pelo aparelho de Estado – dificultando, mediante violência, insegurança e medo, a articulação das pessoas e dos grupos envolvidos

nas lutas sociais. A interdição dos canais de representação e expressão política, como partidos, sindicatos e organizações populares, associada à censura aos meios de comunicação e à cultura, junto a todo um conjunto de leis de exceção, acabava por estimular os laços primários de solidariedade, como relações de trabalho, vizinhança, parentesco ou amizade, gerando toda uma série de movimentos moleculares, como associações comunitárias, clubes de mães, círculos esportivos, movimentos culturais, comissões de fábrica, grupos de oposição sindical e tendências estudantis, localizados e dispersos, tendo por base relações de confiança mútua entre seus membros, que passavam, lentamente, a se articular e a se expandir.

Neste sentido, para exemplificar, podemos destacar a narrativa presente no livro *A trajetória de participação social na Baixada Fluminense*, de Macedo et al (2007), onde traz entrevistas com lideranças comunitárias que se dedicaram a um trabalho de organização popular de saúde na região:

Em 1980, a repressão ainda existia, mas era mais fraca. Nós começamos então a legalizar aqueles grupos de amigos de bairros e a transformá-los em associações de moradores. É bom levarmos em conta também toda uma conjuntura nacional favorável. Em 1979, houve a anistia política. Caxias e São João de Meriti começaram também a reorganizar. No início de 1981, nós criamos o MAB – Movimentos dos Amigos de Bairro e, em 82, é criado o MUB – Movimento União de Bairros de Duque de Caxias, em Caxias. Em 83, a ABM – Federação de Associações de Moradores de São João de Meriti. Enfim, começaram a organizar as Federações na Baixada. Depois da prisão, voltamos para a Baixada com a tarefa de atuar no meio popular e organizar o PCdoB. Nós tínhamos essas duas tarefas. Quando voltamos, em 1977, estava formado em Nova Iguaçu um grupo de moradores para discutir saúde. Nesse grupo, participavam também quatro médicos do Rio de Janeiro. Eram o Antônio Ivo, Lucia Souto, Ana Leonor e o José Noronha. Em 1975, esses quatro médicos chegaram à Nova Iguaçu, no Bairro da Posse, para fazer um trabalho popular, e começaram a fazer os Encontros de saúde. O Jornal do MAB se chamava “Encontro”, por causa desses encontros de saúde.

De acordo com o mesmo autor, os movimentos sociais que se multiplicaram na baixada ao longo dos anos 1980 foram articulados ao longo da Ditadura Militar. Assim como ocorreu no final dos anos 1940, quando o PCB entrou em clandestinidade, no final da década de 1970 e início dos anos 1980, ainda em meio a um contexto de perseguição política, a Baixada fluminense tornou-se um local adequado para a atuação política por atrair menos a atenção das autoridades do que os grandes centros e por concentrar os segmentos sociais mais desfavoráveis. Ali, a mobilização social seria mais viável e relevante para o processo de transformação social desejado pelos que lutavam contra a ditadura militar e pela democracia. Ao longo da década de 1980, as principais bandeiras de luta desses movimentos foram a democracia, a saúde, o saneamento básico, a educação e a moradia. Como pano de fundo, a luta pela abertura democrática, pela retomada dos direitos civis, conforme outra importante narrativa selecionada pelo autor:

O movimento popular na Baixada teve o seu auge na década de 1970 e se reflete na fundação das federações das associações de moradores. Na história do MAB, por exemplo, nessa época, teve a assembleia dos 800, que foi, se eu não me engano, em 1978 e, a assembleia dos 3000, em 1979 ou 1980, não me lembro bem. Era o boom do movimento popular. Havia associações mais antigas, como é o caso da de Jardim Gláucia, fundada em 1954, que era inclusive a associação da primeira presidente do MAB, outras associações que vieram na década de 1960 e 1970, e começou a se criar associações de moradores também na década de 80, de forma que o movimento cresceu ainda mais. Há de se convir que a tensão no final da ditadura fez com que o povo começasse a lutar por democracia, e isso ajudou muito a fomentar os movimentos populares no país. A periferia era então composta de ocupações relativamente recentes, em expansão, associadas a intenso fluxo migratório e ausência de condições mínimas de moradia e equipamentos públicos, como escolas, creches, transporte, asfalto, iluminação, água encanada e esgoto. À pobreza das regiões mais distantes se associava um forte crescimento de favelas e cortiços nas regiões mais centrais. Neste cenário, a luta por equipamentos públicos de saúde se associava imediatamente às demais lutas e demandas locais, que se espraiavam.

Outra característica, também fruto dessas contradições, seria a forte autonomia daqueles movimentos em relação ao Estado, aos partidos, às associações tradicionais de bairro e mesmo à hierarquia das igrejas – liberdade e independência que viria a se constituir em importante marca desses novos movimentos.

O denominado novo movimento sindical, forjado junto às oposições sindicais e às comissões de fábrica, e em franca oposição ao sindicalismo até então vigente, marcaria forte presença no período. Assim, além das greves do ABC, os anos de 1978 e 1979 seriam marcados pela greve dos trabalhadores do Hospital das Clínicas de São Paulo e do Hospital do Servidor Público Estadual; pelas primeiras greves dos bancários desde 1964; dos trabalhadores em limpeza urbana; dos metalúrgicos da capital; dos professores da rede estadual de ensino; dos motoristas e cobradores de ônibus e da grande campanha salarial unificada de 1979, que envolveria cerca de 200 mil trabalhadores, registrando-se aqui apenas as maiores (PALMA, 2013).

No movimento sindical, diversas categorias profissionais passam a debater em seminários, congressos e encontros os problemas criados pelo modelo econômico vigente, denunciando a situação política. Nesse período, surge o que se denominou como novo sindicalismo. Esse novo sindicalismo diferenciava-se do sindicalismo oriundo do Estado Novo principalmente por ter sido organizado de baixo para cima, de começar pelas fábricas. A partir desse movimento iriam surgir, no período, líderes como Luiz Inácio Lula da Silva.

Em fevereiro de 1980, no Colégio Sion, em São Paulo, após um amplo processo de debates sobre a reestruturação partidária, envolvendo o conjunto das forças progressistas, seria criado o Partido dos Trabalhadores (PT), tendo por base social o novo sindicalismo, urbano e rural, de todo o país, parcela considerável dos militantes dos novos movimentos sociais, militantes de esquerda de diversas origens e importantes intelectuais ligados à

universidade, na rara condição de partido nascido das lutas sociais. Depois da reforma partidária, o agora Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), continuaria atuando como “frente”, e servindo como legenda partidária ao PCB, ao PCdoB (Partido Comunista do Brasil), que só viriam a ser legalizados em 1985, além de outros agrupamentos de esquerda. Sob a liderança de Leonel Brizola, seria criado o Partido Democrático Trabalhista (PDT), compondo-se assim o conjunto da nova oposição partidária, permitindo agora uma maior explicitação de posições (GIANNOTTI, 2007).

No campo do movimento sindical, em agosto de 1981 seria realizada a 1ª Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras (CONCLAT), na Praia Grande, São Paulo, reunindo 5.036 delegados, representando 1.091 entidades sindicais – a primeira grande reunião intersindical desde 1964. Nela, entre outras deliberações, seria criada a Comissão Nacional Pró-Central Única dos Trabalhadores, que organizaria a primeira greve geral pós-ditadura, em julho de 1983. Em agosto desse ano, no 1º Congresso Nacional da Classe Trabalhadora, em São Bernardo do Campo (SP), com mais de cinco mil trabalhadores presentes, seria criada a CUT (GIANNOTTI, 2007).

Os estudiosos da vida sindical dos anos 1980 (ANTUNES, 1991; MATTOS, 1998a e 1998b, 2002, 2004; GIANNOTTI, 2007 e outros) mostram que essa central esteve presente em qualquer luta social que envolvesse trabalhadores e seus direitos do trabalho, sociais e políticos, sejam da cidade sejam do campo. Dentre as várias ações, a central, juntamente com a Comissão Pastoral da Terra (CPT), apoiou ativamente a criação do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), em janeiro de 1985. Relacionando democracia — o mote das lutas no período — com igualdade de direitos e compreendendo que o conservadorismo colocava em risco, mais uma vez, o direito à terra, o MST, no congresso de sua fundação, adotou como lemas: “Sem Reforma Agrária não há Democracia” e “Ocupação é a única solução”.

Portanto, no campo dos movimentos populares, por sua vez, o início dos anos 1980 seria marcado pelo crescimento da luta dos trabalhadores rurais, que resultaria na criação, em 1984, do MST, bem como o crescimento dos movimentos urbanos por moradia, nascidos especialmente com a ocupação de terras urbanas e de antigos prédios abandonados em áreas centrais, resultando na criação da União dos Movimentos de Moradia (UMM), em 1987, e da Associação Nacional dos Movimentos de Moradia (ANMM). Além dessas, a criação da Confederação Nacional de Associações de Moradores (CONAM), em 1982, passava a aglutinar associações de amigos de bairro e movimentos sociais locais, especialmente na periferia de algumas grandes cidades, com maior presença no Rio de Janeiro (PALMA, 2013).

Há de se ressaltar o papel fundamental desempenhado por setores da Igreja Católica na organização popular e na resistência ao regime militar, especialmente por meio de suas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) que, com organização e características muito variadas, país afora, apoiadas pela práxis da Teologia da Libertação, teriam chegado a mais de 50 mil no final dos anos 1970. Constituindo-se em espaço de encontro, organização e reflexão – e mesmo de abrigo a militantes e grupos de oposição –, essas comunidades encontram-se na origem de parcela considerável dos movimentos populares que florescem no período – em claro conflito com setores da mesma igreja que haviam participado decisivamente do golpe de março de 1964.

A despeito da composição do movimento de luta pela saúde no período relacionado, por mais que os sanitaristas, médicos ou não, fossem as comunidades com intuito de colocar em prática o que estava sendo idealizado, desde o começo o movimento pela saúde, pela democratização da saúde, esteve atrelado à Academia. De forma mais direta, foi uma via de mão dupla: o movimento surgiu vinculado a ela, que por sua vez alimentou-se das experiências dos profissionais que iam para as comunidades. Seu braço acadêmico – ou seja, os departamentos de Medicina preventiva e social e as escolas de saúde pública – tiveram papel fundamental no movimento reformista. Somada a isso, houve a influência da Reforma Sanitária Italiana, tendo em Giovanni Berlinguer um constante interlocutor. Após sua primeira vinda ao Brasil, promovida pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1978, Berlinguer passa a ser referência para os sanitaristas brasileiros na relação entre saúde e democracia (MELO, 2015).

De acordo com a mesma autora, na América Latina, foi a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que, muitas vezes, mediou o intercâmbio de experiências, referências bibliográficas e intelectuais. O grupo de intelectuais com maior diálogo era formado pela Asa Cristina Laurell, Catalina Eibenschutz, Jaime Breilh, Juan César García, entre outros, sem falar de intelectuais brasileiros, como Sérgio Arouca e Eleutério Rodrigues Neto, que exerciam forte influência. Eleutério desenvolveu múltiplas consultorias para a Opas e Organização Mundial da Saúde (OMS). Mas foi Juan García, sociólogo argentino, o maior articulador do movimento de Medicina Social na região, como fazia parte da OPAS, ele possibilitava maior trânsito na organização de eventos.

Em 1976, tem-se a criação do Centro de Estudos em Saúde (CEBES), por um grupo de estudantes de Medicina da Faculdade de Saúde Pública da USP, sob a influência de David Capistrano Filho, Sergio Arouca e Anamaria Tambellini, que estavam na Unicamp nessa época. A criação do Cebes, em 1976, articulando intelectuais, técnicos e gestores, além de

docentes e pesquisadores, de modo plural, junto à publicação da revista *Saúde em Debate*, é um marco desse período, servindo como espaço de articulação e de difusão que rapidamente se expande por todo o país. Ainda no terceiro número de sua revista, o CEBES já tinha representantes em 16 Estados e, a partir de 1977, em parceria com a editora Hucitec, iniciaria uma série própria, com o lançamento de importantes títulos, os três primeiros de autoria, respectivamente, de Carlos Gentile de Melo, Samuel Pessoa e Giovanni Berlinguer (SOPHIA, 2012).

Na revista dedicada à Saúde Pública publicaram vários sanitaristas de destaque, muitos deles ligados à gestão pública e às instituições científicas vinculadas a área de Saúde Pública, como o sanitarista Sergio Arouca; o médico e militante do PCB David Capistrano Filho; o médico Eleutério Rodrigues Neto; e o jornalista e médico Carlos Gentile de Mello, dentre inúmeros outros que passam a ocupar a cena pública da arena política da Saúde nos idos de 1970.

A ABRASCO, outro personagem central na construção do SUS, reunindo docentes e pesquisadores dos departamentos de Medicina Preventiva e Social, e das Escolas de Saúde Pública de todo o país, seria criada em 1979, e conquistaria papel de destaque desde seu nascimento, vindo a produzir parte significativa dos documentos técnicos e proposições que subsidiaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Na área da Saúde, um intenso movimento em direção ao reestabelecimento das instituições democráticas começava a ganhar corpo. Além do CEBES que – como já mencionado – foi criado em 1976, outras instituições também ganhavam corpo no período. A principal delas foi a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979 com o papel de interligar a formação profissional (a área de recursos humanos) e a atuação política promovida fundamentalmente por um conjunto de profissionais da área da saúde ligados às instituições acadêmicas. (SOPHIA, 2012).

O movimento emerge em meio à extensa crise política institucional-econômica-ideológica. Segundo Goulart (1996), o modelo oficial de saúde, baseado na privatização, na compra de serviços, na exclusão das unidades públicas do sistema de prestação de cuidados, no centralismo decisório – começa a perder legitimidade sendo mascarada e ocultada através da censura à imprensa e remendos como a Lei 6229-76 (não regulamentada) na qual atribuía aos municípios a responsabilidade principal pelos serviços de emergências, sendo tal lei classificada, segundo o mesmo autor, de entulho sanitário. Além de medidas de caráter racionalizador, como o PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – em 1976-77 (iniciado no Nordeste expandindo-se por todo o país em 1979).

Draibe et al (1990) sintetiza de forma clara as características do Sistema de Saúde no início de 1980:

- a) Centralizador das decisões, a nível financeiro e operacional, no Governo federal e dentro dele no interior do complexo previdenciário, o INAMPS, rela executor da política governamental para o setor como um todo;
- b) Privilegiador de uma forma de financiamento de recursos independentes do orçamento fiscal, captadas via contribuições sociais que penalizam de forma direta ou indireta os assalariados, sendo bastante vulneráveis às crises econômicas;
- c) Privatizante, do ponto de vista da execução dos serviços favorecendo a criação e expansão de um complexo médico-industrial que absorve a maior parte dos recursos alocados para o setor;
- d) Deteriorador da capacidade instalada do setor público por não garantir recursos para a manutenção e reequipamento das redes;
- e) Fragmentado em duas redes separadas, a médico-sanitária, com escassez significativa de recursos, e a médico-hospitalar, fornecedora, oligopólica de serviços à Previdência Social;
- f) Incapaz de dar uso eficiente aos recursos alocados no setor e fazer frente aos problemas epidemiológicos que vão se tornando cada vez mais complexos;
- g) A expansão da cobertura dá-se segmentada e diferenciando cada vez mais o acesso para distintos segmentos dos trabalhadores;
- h) De planejamento, gestão, avaliação e controle cada vez mais difíceis, constituindo um modelo de atendimento e uma prática gerencial corruptores, sem controle de custos operacionais;
- i) Inefetiva quanto às necessidades da população de acesso, de equidade, de quantidade e qualidade de serviços, de resolutividade, etc.

Um ponto central em discussão era a universalização do acesso à saúde, independente da inserção ao mercado de trabalho e contrato. Ou seja, superar a chamada *cidadania regulada* termo cunhado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979) para explicar a política social do pós-30, onde *os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei*, estando excluídos desse processo os trabalhadores rurais e os informais.

A agenda da Reforma Sanitária, portanto, buscava um sistema de saúde regionalizado, unificado, descentralizado, universalista em sua cobertura, hierarquizado e diversificado, tendo em vista o perfil epidemiológico da população e participativo para que assegurasse o controle social da política.

Em junho de 1985 o presidente José Sarney encaminha ao Congresso a Proposta de Emenda Constitucional convocando a Assembleia Nacional Constituinte, de caráter congressional, prevista para após as eleições de 1986, e que ainda iria a voto. Cerca de um mês depois, em 23 de julho, seria publicado o Decreto nº 91.466, que convocava a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) e estipulava seus temas e sua composição.

A 8ª CNS, marco histórico da luta pelo direito à saúde, ocorreria entre os dias 17 a 21 de março de 1986, em Brasília, sendo precedida por 23 encontros estaduais, e teria como uma de suas principais marcas a participação, em parte conquistada por seus próprios participantes. Em que pese ter a 8ª Conferência contado oficialmente com 1.014 delegados, caravanas e representantes de entidades e movimentos de todo o país não contemplados na composição oficial, deslocariam-se para Brasília e elevariam esse número para cerca de 4.000 participantes, três mil a mais que o inicialmente previsto, conquistando com sua presença a participação de todos, elevando o número de grupos de discussão de 38 para cerca de cem e permitindo uma Plenária Final aberta a todos os participantes. (PALMA, 2013).

As discussões ocorridas no âmbito da Conferência resultaram na elaboração do projeto de Reforma Sanitária, que defendia a criação de um Sistema Único de Saúde, público e universal, mais tarde incorporado ao texto constitucional de 1988. Após discussões e debates definiu-se a necessidade de separação da “Saúde” da “Previdência”, o fortalecimento e expansão do setor público e ampliação do conceito de saúde, afirmando que: Em seu sentido mais abrangente a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (...). A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986). Ou nas palavras de Sérgio Arouca em seu discurso de abertura da Conferência, “Democracia é Saúde”:

Ter Saúde, algumas pessoas falam como ausência do medo; é o direito ao trabalho, ao salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar este mundo e transforma-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo; ter direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo (Antônio Sérgio da Silva Arouca, na 8ª Conferência Nacional de Saúde - Discurso datado de 17 de março de 1986).

Na 8ª CNS, de acordo com Dantas (2014), o grande debate girou em torno da estatização progressiva ou imediata do Sistema de Saúde. Esta última tese, derrotada, foi

sustentada pelo MOPS, pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), por setores sindicais ligados à CUT e pelo PT – que terminaria, este último, por votar contra o texto final da Carta Constitucional e recusar-se a assiná-la. A tese aceita, de estatização progressiva, foi apoiada por CEBES, ABRASCO, PCB, Partido Comunista do Brasil (PCdoB) (RODRIGUEZ NETO, 2003) e pelas centrais sindicais (GERSCHMAN, 2004), sob os seguintes argumentos principais: a) dadas as condições estruturais e logísticas do complexo público de saúde, não haveria, naquele momento, possibilidade de prescindir da participação privada no sistema; e b) dada a correlação de forças expressa no Congresso Constituinte, uma proposta de estatização imediata seria certamente derrotada. Na Assembleia Nacional Constituinte, a disputa girou em torno dos termos em que a participação privada no sistema se daria.

Em 1º de fevereiro de 1987 seria instalada a Assembleia Nacional Constituinte. As eleições de 1986 dariam vitória esmagadora ao PMDB, que elegeria todos os governadores, à exceção de Sergipe, e 54% dos deputados constituintes. Cenário que rapidamente se deterioraria, com o fracasso do chamado “plano cruzado”, que havia sido artificialmente sustentado até as eleições, e que levaria agora, já em fevereiro de 1987, à decretação de moratória da dívida externa, em um ano que acabaria com 415,83% de inflação acumulada, pequena diante dos 1.037,56% do ano seguinte. Desemprego, arrocho salarial, impunidade diante dos assassinatos no campo e repressão contra movimentos grevistas fariam parte da cena. (PALMA, 2013).

A Constituinte mostrar-se-ia um duro campo de disputa, em face de uma maioria conservadora e da forte e articulada presença do poder econômico e do latifúndio. O principal espaço de organização do movimento nesse período foi a Plenária Nacional de Saúde, estruturada basicamente por entidades com organização nacional, como o CEBES, a ABRASCO, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a CUT, a CGT, a CONAM e a Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior (Andes), além de diversas corporações profissionais, como a Federação Nacional dos Médicos, a Associação Brasileira de Enfermagem, o Conselho Nacional de Farmácia e o Conselho Nacional de Medicina, que servia de base logística, quase todas as entidades com sede em Brasília. A estas, somavam-se alguns sindicatos locais e assessores parlamentares, além de núcleos ligados à Universidade de Brasília. (MELO, 2015).

A coleta de assinaturas para a Emenda Popular da Saúde, a ser apresentada à Assembleia Nacional Constituinte, acabaria por denunciar a falta de base social do movimento da reforma sanitária. Este se mostrava, mais uma vez, distante e dissociado dos

movimentos sociais e populares, ainda que muitas vezes acabasse falando em seu nome. Mantida essa estratégia de organização do movimento, francamente cupulista, a Emenda Popular da Saúde recolheria apenas 54.133 subscrições, ainda que fosse o centro da mobilização das entidades, em contraste com as mais de três milhões de assinaturas da Emenda pela Reforma Agrária ou mais de um milhão de assinaturas da Emenda pelo Ensino Público. As dificuldades encontradas na coleta de assinaturas evidenciaram o quanto o “movimento” estava distante das entidades realmente populares, de base, na sua prática de todo dia. Foi nos locais em que o movimento popular de saúde era mais forte que os resultados foram mais expressivos. Isso evidenciou mais ainda a necessidade de que o “movimento” da saúde, da Reforma Sanitária, buscasse seus verdadeiros aliados que estão especialmente fora das academias e das corporações. (PALMA, 2013).

Em 05 de outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, iniciava-se um novo período na história da saúde no Brasil. Em 1989, fechando a longa década, Collor de Mello venceu as eleições em segundo turno depois de enfrentar a candidatura de Luís Inácio Lula da Silva, do PT. O governo Collor de Mello encontrou condições econômicas e sócio-políticas para implantar o neoliberalismo, reforçadas, como mostra Behring (2004), pelo *Consenso de Washington, com seu receituário de medidas de ajuste*. Os vetos de Collor a partes da Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), aprovada pelo Congresso Nacional em 19 de setembro de 1990, incidem diretamente sobre as questões relativas à participação social. O artigo 11, vetado, previa as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, com caráter deliberativo. São ainda vetados dispositivos relativos ao financiamento, à transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde diretamente aos municípios e a incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde, entre outras questões.

Diante das reações imediatas do campo sanitário, membros da Plenária Nacional de Saúde conseguem o compromisso do MS no envio de um novo projeto que recolocasse as questões vetadas. Esse projeto, elaborado com participação da Plenária e de deputados, é aprovado pela Câmara em tempo recorde, recuperando a totalidade das questões referentes à participação social, parcialmente as questões relativas ao financiamento e deixando outras para regulamentação por portarias ou nova legislação. Trata-se aqui de uma importante vitória. Em 28 de dezembro de 1990 seria sancionada a Lei 8142, aprovada pelo Congresso Nacional, que dispõe sobre a “participação da comunidade” na gestão do SUS, nos termos da Constituição Federal de 1988 e da recente Lei 8080.

O Governo Collor não tinha uma proposta concreta para a saúde. O seu objetivo era abrir caminho para o Projeto neoliberal. Em meio à dilapidação do Estado, irregularidades administrativas, denúncias de corrupção veiculada pela mídia, escândalos como compras de materiais sem necessidade para a saúde (guarda-chuvas e bicicletas), superfaturamento, em fim é neste estado de caos que o recém-implantado SUS tenta se auto vigorar.

Em meio a tantas irregularidades e acusações de corrupção, o então Ministro da Saúde Alcení Guerra foi obrigado a renunciar sendo substituído por Adib Jatene que se comprometeu com a realização da IX Conferência Nacional de Saúde que fora marcada e remarçada várias vezes.

É importante lembrar que o conjunto de acontecimentos da década de 1990 seria profundamente marcado pela conjuntura do processo de impeachment do presidente Fernando Collor de Mello, que se iniciaria em maio, com a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), e evoluiria, apoiado pelos altíssimos índices de rejeição do governo, para uma série de grandes manifestações populares, em todo o país, nos meses de agosto e setembro, com forte participação de entidades e movimentos estudantis – que originariam o chamado movimento dos “caras-pintadas” – e que culminaria com o afastamento temporário do presidente, pela Câmara dos Deputados, no final de setembro, e sua renúncia e aprovação do impeachment pelo Senado, em dezembro de 1992.

A 9ª CNS, realizada em agosto de 1992, após sucessivos adiamentos, contaria com a participação de cerca de três mil delegados e 1.500 observadores, incluindo delegações de outros países, tendo sido precedida por conferências municipais em mais de 2.500 cidades, e seria marcada pela denúncia das políticas neoliberais em curso, que colocavam em risco a própria existência do SUS. A forte presença do movimento sindical da saúde reforçava a importância do debate sobre os trabalhadores da saúde – e se define a realização de uma Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Com a presença de movimentos e entidades populares e de gestores progressistas – tripé que havia sustentado grande parte das conquistas até então –, buscava-se a construção de um movimento em defesa do SUS, de seus trabalhadores, dos mecanismos de controle e participação social e da municipalização.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, portanto, realizada quase às vésperas do impeachment de Fernando Collor – apresentava como tema central “Municipalização é o caminho” incluindo no seu temário os seguintes pontos: I – sociedade, governo e saúde; II – Implantação do SUS; III – Municipalização; IV – Financiamento; V – Gerenciamento do sistema de saúde e política de recursos humanos; VI – Controle social.

Após o impeachment, assume o governo o vice-presidente Itamar Franco que escolheu à frente do Ministério da Saúde Jamil Haddad e é na sua gestão que ocorrem transformações mais radicais na formulação da política de saúde. *Em uma ação reformista corajosa extinguiu-se o INAMPS, megainstituição de 162.000 funcionários, com folha de pagamento anual superior a um bilhão de dólares* (MENDES, 1996).

O governo Itamar foi marcado por uma política dúbia de acerto ora com as forças democráticas, ora com as forças conservadoras. Através da perspectiva ilusória de que recuperando a economia, o social também se recuperava, assume em 1994 para o cargo de Ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso, preparando a URV como moeda transitória para o real (sua futura bandeira política de eleição e reeleição presidencial).

Tanto a sua eleição em 1994 quanto a reeleição em 1998, apoiou-se no suposto sucesso do Plano de Estabilização, Plano Real, sustentado pela mídia.

A campanha eleitoral de FHC foi centrada em cinco metas representada pelos dedos de sua mão: emprego, segurança, saúde, educação e agricultura (Programa Mãos à Obra). Em relação à saúde os pontos principais de sua proposta de governo eram: I – dar prioridade à promoção da saúde e prevenção das doenças; II – Garantir fonte de financiamento estável e permanente e aumentar os recursos para a saúde; III – Garantir o fornecimento dos medicamentos essenciais à saúde da população pela saúde pública; IV – Garantir a participação dos cidadãos no controle e na fiscalização do SUS, através dos Conselhos de Saúde (Programa Mãos à Obra).

O governo Cardoso aprofundou o ordenamento neoliberal do Estado, orientando-se pelos organismos financeiros internacionais, como o FMI e o BM (Banco Mundial), sendo parte desse caminho seguir, rigorosamente, as orientações advindas do Consenso de Washington. Do ponto de vista do Estado, o governo Cardoso, entre outras providências, colocou em andamento sua inteira refuncionalização com a contrarreforma. Para Behring (2003), o Plano Diretor da Reforma do Estado — realizado pelo Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE) foi o caminho encontrado para isto.

Em relação ao setor saúde, FHC nomeia como Ministro Adib Jatene na busca de uma aliança com o movimento organizado em saúde. Neste sentido, foi lançada a NOB 01-96 que só entra em vigor em 1998. Essa NOB ressalta a gestão plena (nível máximo de habilitação de estados e municípios) cujo repasse de recursos feito pelo governo federal caracteriza-se de acordo com a própria legislação do fundo de saúde do município.

Em 1996 é realizada a 10 Conferência Nacional de Saúde (02 a 06 de setembro) em Brasília-DF, colocando mais uma vez na agenda da saúde do debate da reforma sanitária.

Entretanto, alguns setores do movimento sanitário avaliaram que a 10 Conferência Nacional de saúde não possuiu uma marca, algo que mostrasse para a sociedade o seu real significado e a sua contribuição para o debate e estabelecimento de diretrizes da política nacional de saúde na segunda metade da década de 90.

Após a realização da 10 Conferência Nacional de Saúde, o governo apresenta o projeto das organizações sociais: uma proposta do MARE – Ministério de Administração e Reforma do Estado – que implica em transformar os serviços públicos de saúde, educação, pesquisa e meio ambiente em propriedades públicas não-estatais, constituídas por Associações civis sem fins lucrativos.

Nesse mesmo ano, ocorreu o desligamento de Adib Jatene da equipe ministerial poucos dias após o sancionamento da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras que surgiu como fonte adicional de recursos para suprir as deficiências orçamentárias do setor saúde) tal como numa “crônica da morte anunciada”. Na cadeira de Jatene assume em seu lugar Carlos Cesar de Albuquerque, um ministro mais alinhado com o projeto privatista da saúde.

Em 1998, é nomeado o terceiro ministro da saúde do governo Fernando Henrique, José Serra, constituindo uma manobra estratégica política com vistas à reeleição (confirmada em primeiro turno) e assim viabilizar a política de privatização, de contenção de gastos e, conseqüentemente, de cortes de verba no setor.

Portanto, os presentes atos no que refere a saúde confirmava a subordinação da saúde as questões econômicas no que tange a redução de gastos e estabilidade monetária, e defende uma prática de administração privada no setor. Se durante a campanha a saúde representava o “o dedo indicador na mão das prioridades governamentais”, depois se confirmou a sua amputação.

Estas, caracterizadas pela “reordenação estratégica do Estado”, com a redução de seu papel em favor dos mercados, e pelo chamado “ajuste fiscal”, preconizado por organismos internacionais, como o Banco Mundial e FMI – e pré-requisito para tomada de sucessivos empréstimos –, levariam a um progressivo esvaziamento, desmonte e privatização das políticas públicas e de proteção social, além de uma desregulamentação do mercado de trabalho – atingindo fortemente direitos conquistados em uma longa história de lutas sociais, especialmente pelos movimentos sindicais, na contramão do desenvolvimento social interno e do enfrentamento das iniquidades.

Nesse contexto ocorre a crescente terceirização da gerência dos serviços públicos de saúde, seja por Organizações Sociais (OSs), ou por Organizações Sociais de Interesse Público

(OSCIPs) ou por fundações privadas, estas últimas, em geral articuladas a instituições de ensino, que se expandiram por todo o país, mais especialmente no Estado de São Paulo, transformando-se por vezes em grandes empresas.

É importante notar que esse processo tem origem junto à proposta de “reforma do Estado” de 1995 que, fundada em bases neoliberais, propunha como “estratégia de transição” a “transferência do setor estatal para o público não-estatal”, sob a forma de "organizações sociais", processo de visava não apenas o setor saúde, mas “tendo prioridade os hospitais, as universidades e escolas técnicas, os centros de pesquisa, as bibliotecas e os museus”, que, além de recursos orçamentários, passariam a contar com uma maior “parceria com a sociedade, que deverá financiar uma parte menor, mas significativa dos custos dos serviços prestados”.

Como desdobramentos da proposta, viriam a ser aprovadas a Lei das Organizações Sociais (1988), a Lei das OSCIPs (1999) e a Lei de Responsabilidade Fiscal (2000). Estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revela que em 1980 existiam cadastradas cerca de 44 mil entidades sem fins lucrativos no Brasil, número que cresceria para 107.332 em 1996, para 275.895 em 2002 e para 338.162 em 2005, crescimento que ocorre em grande parte no bojo desse processo.

A Lei de Responsabilidade Fiscal, por sua vez, ao limitar os gastos “de despesa total com pessoal” para a União (50%), estados (60%) e municípios (60%), ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, os liberava para contratar por OSs, levou a uma grande retração dos concursos públicos e à contratação de funcionários por meio de empresas terceirizadas, no interior de um processo que passa a ser apresentado como uma espécie de “caminho único”, de pretensa irreversibilidade, ante o simultâneo sucateamento do setor público.

A continuação dessa história é de conhecimento amplo. Sob forte recuo dos movimentos populares a partir da década de 1990, restou ao Movimento Sanitário, além de certo ostracismo, denunciar, como medida de contenção, o ataque ao SUS, que só fez se ampliar até os dias de hoje. A esta altura, por opção e por contingência histórica, todo o debate estratégico foi praticamente abandonado. Projeto civilizatório, socialismo, aproximação das bases, construção de unidade entre lutas setoriais, tudo isto caiu em desuso. Assumiu a proa do debate a questão do financiamento do sistema, calcada, invariavelmente, sobre as articulações parlamentares para o estabelecimento formal desta ou daquela fonte permanente de recursos, junto do tema da gestão da força de trabalho, extensão e agilidade na prestação de serviços de saúde, através das fundações de direito privado, Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) que, embora

controversas, mais têm dividido o Movimento Sanitário e confundido o debate – uma vez que mantido no registro da pequena política, embora jogado na grande (DANTAS, 2014).

Neste sentido é importante lembrar que a política não é apenas a arte da negociação e do consenso, mas a afirmação taxativa daquilo que não estamos dispostos a colocar na balança. O que falta hoje à Saúde do Trabalhador é mostrar o que é inegociável.

Conforme explicitado, a base social do Movimento Sanitário concentrou-se, desde suas origens, nas camadas intelectuais e da burocracia pública, progressiva, mas esporadicamente ampliando essa composição com a inclusão das organizações sindicais e dos movimentos populares. A história do Movimento Sanitário perpassa então, desde as experiências do MOPS - Movimentos Populares em Saúde - se originam nos bairros pobres das periferias das grandes cidades e/ou nas favelas localizadas nos grandes centros urbano-industriais - ou dos debates travados nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), passando pela organização dos trabalhadores da saúde (DANTAS, 2014).

Para além da dicotomia entre “basismo”, “academicismo” e “aparelhismo”, momentos avigoram o imperativo de que o movimento popular de saúde contribuiu para importantes mudanças e teve um papel importante em um período de restrição brutal de direitos, mas subsumido aos espaços políticos que surgiriam posteriormente, conforme narra, uma liderança comunitária da Baixada:

A pujança do movimento comunitário na década de 1970 deveu-se também ao fato que ninguém podia legalizar os movimentos. Em 1979, com anistia política e a abertura política, os sindicatos voltam a atuar, surgem os partidos (PT e PDT) e ressurgem os partidos (o PCB e PC do B vêm para legalidade, em 1985). Enfim, na década de 1980, nós perdemos algumas lideranças porque aparecem novos espaços para a atuação política”.

Se o movimento popular de saúde foi capturado pelo Estado nos distintos espaços institucionais de participação e que os conselhos representaram uma institucionalização dos movimentos sociais, o que contribui também (não somente), para enfraquecê-los, é imperativo também que poderia contribuir para o enfrentamento da conjuntura, sem se desnaturar, e somar-se a uma atuação mais geral e unificada no interior das lutas sociais.

2.2 A Organização dos trabalhadores e O Surgimento do campo da Saúde do trabalhador

2.2.1 Movimentos significativos dos trabalhadores

A emancipação dos trabalhadores será obra dos próprios trabalhadores, escreveu Marx no Preâmbulo do Estatuto da I Internacional (1864). Para Lenin (2007), A formação da consciência de classe do proletariado como classe em si e classe para si é um processo histórico condicionado pela possibilidade de uma fusão entre a luta por reformas e a luta pela revolução. A importância estratégica da organização revolucionária como fator de centralização da força política da classe operária e de elevação de seu espírito revolucionário decorre de seu papel crucial na mediação entre a luta econômica, que brota espontaneamente do conflito entre o capital e o trabalho, e a luta política revolucionária, que requer uma perspectiva que transcenda a ordem burguesa. Cabe ao partido revolucionário a tarefa insubstituível de submeter a sociedade burguesa a uma crítica implacável, mostrando, em cada embate concreto, os elos dialéticos entre o imediato e o porvir, o inicial e o final, o particular e o geral, o sintoma e o diagnóstico, o efeito e a causa, o paliativo e a cura, o gradual e o concentrado, o contínuo e o descontínuo, o institucional e o extra-institucional, a luta por reformas e a luta pela revolução. É a partir deste processo pedagógico que, no seu movimento de fluxos e refluxos, avanços e recuos, vitórias e derrotas, a classe operária chega à consciência da necessidade e da possibilidade da revolução social como única resposta positiva para as contradições e antagonismos que a afligem.

Sobre o infindável movimento de busca da emancipação revolucionária dos trabalhadores, exemplos não faltam, estão aprisionados na história e é preciso resgatá-los. Claro que não será feito aqui nestas breves folhas, mas é preciso lembra-los, mesmo que célere. Vejamos alguns.

Um dos primeiros movimentos mais significativos de trabalhadores se deu em 1811 na Inglaterra e se caracterizou como um movimento contra a mecanização nas fábricas. O ludismo teve como líder Ned Ludd e a proposta de invasão das fábricas para acabar com as máquinas, já que os ludistas se opunham à substituição da mão de obra, à concorrência com o trabalho artesanal e à intensa jornada de trabalho a que eram submetidos. Criada a lei que condenava à morte os destruidores das máquinas em 1812, o movimento perdeu a força e outras maneiras de se manifestar foram surgindo. No entanto só em 1824 é que foi aprovada a lei que possibilita a organização dos trabalhadores através da criação de sindicatos e, em

1825, na Inglaterra surge a União dos Fiadores de Algodão (em Manchester), o que se supõe ter sido o primeiro sindicato criado, nos moldes que temos hoje (GAZE ET AL, 2011).

Muitas foram as influências sobre os movimentos que surgiam, mas a principal foi a filosofia política de Karl Marx e Friedrich Engels, com o manifesto comunista de 1848, e de Pierre-Joseph Proudhon e Mikhail Bakunin, pioneiros da formulação do anarquismo, no decorrer do século XIX.

Marx acreditava que só o proletariado era verdadeiramente revolucionário e defendia um movimento criado pelos próprios operários para enfrentar as contradições e conflitos de interesses com a classe capitalista burguesa.

Com o desenvolvimento do capitalismo industrial, os ritmos de produção tornaram-se acelerados causando a deterioração das condições de trabalho, afetando principalmente mulheres e crianças, causando sérios danos provocados às mulheres e à formação de seus filhos (ENGELS, 2010).

Karl Marx, em sua obra clássica *O capital*, narra inúmeros trechos dos relatórios oficiais de saúde pública inglesa tratando dos efeitos negativos do martírio de jornadas de trabalho de até 18 horas, inclusive para mulheres e crianças, do trabalho noturno, em regime de turnos de revezamento, aos domingos, sem férias e sem nenhuma garantia trabalhista. Marx (2012) faz um minucioso estudo dos ramos da indústria inglesa, nos quais não havia limites legais de jornada de trabalho, narrando situações desumanas de exploração dos trabalhadores, sobretudo das crianças. Havia declarações de crianças de 7 anos que trabalhavam 15 horas por dia. E, no relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito, de 13 de junho de 1863, um médico denunciava: Como classe, os trabalhadores de cerâmica, homens e mulheres, (...) representam uma população física e moralmente degenerada. São em regra franzinos, de má construção física, e frequentemente têm o tórax deformado. Envelhecem prematuramente e vivem pouco, fleumáticos e anêmicos. Patenteiam a fraqueza de sua constituição através de contínuos ataques de dispepsia, perturbações hepáticas e renais e reumatismo. Estão especialmente sujeitos a doenças do peito: pneumonia, tísica, bronquite e asma. E a principal causa de tantas doenças era a extenuante carga de trabalho. É por isso que a jornada de trabalho tem sido considerada historicamente uma reivindicação-chave dos trabalhadores.

A primeira preocupação do capitalista, ao empregar a maquinaria, foi a de utilizar o trabalho das mulheres e das crianças. Assim, de poderoso meio de substituir trabalho e trabalhadores, a maquinaria transformou-se imediatamente em meio de aumentar o número de assalariados, colocando todos os membros da família do trabalhador, sem distinção de sexo e

de idade, sob o domínio direto do capital. O trabalho obrigatório, para o capital, tomou o lugar dos folguedos infantis e do trabalho livre realizado, em casa, para a própria família, dentro de limites estabelecidos pelos costumes (MARX, 2012).

A degradação ocasionada pela exploração capitalista do trabalho das mulheres e das crianças foi descrita de maneira exaustiva por F. Engels, em sua obra *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra* e, por outros escritores, da mesma maneira fatigante. Cabe aqui destacar os movimentos proletários que surgiram e com eles a consciência de uma classe operária.

A luta entre o capitalista e o trabalhador remonta à própria origem do capital. Ressoa todo o período manufatureiro. Mas só a partir da introdução da máquina passa o trabalhador a combater o próprio instrumento de trabalho, a configuração material do capital.

Com efeito, violentas greves ocorridas na Grã-Bretanha, de 1833 a 1847, resultaram na aprovação, pelo Parlamento, da lei das dez horas, pela qual se havia lutado tanto tempo (MARX, 2012, p. 324-326). A lei de 1847 foi a primeira lei geral limitadora da jornada de trabalho, fixada em dez horas diárias para as indústrias têxteis da Grã-Bretanha. Depois dessa conquista, os operários ingleses passaram a lutar pela fixação da jornada em oito horas diárias. Essa luta se intensificou, a partir de 1866, na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos, com a constituição da Associação Internacional dos Trabalhadores – conhecida como a Primeira Internacional. Em 1º de maio de 1886, foi realizada uma manifestação de trabalhadores nas ruas de Chicago, com a finalidade de reivindicar a redução da jornada de trabalho para oito horas diárias, dando início a uma greve geral nos EUA. (SILVA, 2013).

O ano de 1848, portanto, marcou o continente europeu com movimentos revolucionários que, a partir de Paris, tiveram rápida propagação nos grandes centros urbanos. A consolidação do poder político da burguesia e o surgimento do proletariado industrial enquanto força política foram os reflexos mais importantes daquele ano, que também foi marcado pela publicação do "Manifesto Comunista" de Marx e Engels, conforme já citado.

Aliada à exploração das massas proletárias, a assustadora pobreza, que se seguiu à Revolução Industrial, e a explosão demográfica do século XIX, influenciaram as ideias de Marx que tinha na revolução proletária a possibilidade de construção de uma sociedade melhor. Em 1864, em Londres, Marx, sindicalistas e ativistas criaram a Associação Internacional de Trabalhadores ou I Internacional, com o objetivo de unir e solidarizar os trabalhadores, no contexto internacional e além dos limites da nacionalidade (PAIVA, 2012).

A experiência da Comuna de Paris em 1871 leva Marx à conclusão de que os trabalhadores não podem tomar conta do aparelho de Estado burguês, com suas estruturas

militares e burocráticas hierárquicas, mas deve coloca-lo abaixo, substituindo-o por uma forma de poder operário que não seria mais um Estado no sentido estrito do termo. (LOWY, 2015).

A Paris-operária, sitiada pelo exército alemão de Bismarck, sofreu sucessivas traições dos governantes franceses e representantes da burguesia, dentre as quais não se deve excluir sequer o acordo com o exército inimigo para o bombardeio da cidade já transformada em Comuna de trabalhadores e pequenos proprietários; Paris abandonada aos seus moradores pelos então governantes na sua vergonhosa batida em retirada para Versalhes; Paris, cidade na qual floresceu um nova Comuna pelas mãos e grandeza dos trabalhadores, que, ao mesmo tempo, a defenderam dos inimigos e principiaram a edificação de novos traços de sociabilidade, como nos atos relativos à proteção social nos âmbitos do que denominamos, nos dias de hoje, previdência e saúde dos trabalhadores. (GRANEMANN, 2013).

De acordo com Silva (2013), a Primeira Guerra Mundial e a Revolução Russa, em 1917, foram fundamentais quando falamos em direitos do trabalho. É demonstrativo disto, a concessão, em quase toda a Europa, da exigência principal dos agitadores socialistas desde 1889, por exemplo: “o dia de trabalho de oito horas”. A possibilidade de revoluções como a Russa não afetou apenas aos países da Europa, mas ao mundo capitalista, tornando-se a primeira razão para o Tratado de Versalhes, realizado em 1919. Tendo em vista, então, o perigo vermelho, criou-se a Organização Internacional do Trabalho (OIT), neste mesmo ano, objetivando padronizar a intervenção estatal nas relações de trabalho. Outubro de 1917, pois, inaugurou um período diferente na relação de forças entre as classes, permitindo avanços para os direitos dos trabalhadores, no mundo capitalista como um todo, incluindo o Brasil.

A influência da Revolução Russa, ao espalhar-se pelo mundo, atingiu os trabalhadores brasileiros, levando um grupo de anarco-sindicalistas a afastar-se da corrente e fundar, em 1922, o primeiro partido de inspiração marxista no país, o Partido Comunista do Brasil (PCB). A preocupação principal dos comunistas, nos primeiros anos, segundo Antunes (1985, p.55), foi a formação de quadros, o estudo e a divulgação das teses do marxismo e do leninismo, bem como “formular uma linha política que compreendesse e orientasse a revolução brasileira” 98 e a atuação mais importante dos seus militantes foi no movimento sindical — provocando um arrefecimento da hegemonia do anarco-sindicalismo. Assim, quatro tendências passaram a conviver nesse meio a partir daí: a socialista, a anarco-sindicalista, a dos sindicalistas amarelos e a comunista. Como a influência dos anarco-sindicalistas foi perdendo força, avançando a dos comunistas, evidenciou-se, desde então, que o caminho da ação dos sindicatos incluía a busca de conquistas de direitos sociais e políticos,

mas também se colocava, pela primeira vez, o problema da revolução socialista no Brasil. (MARCOSIN, 2009).

Evidentemente, em muitas situações, atos brutais de repressão combinavam-se com a implantação de direitos, não havendo apenas avanços, já que a revolução produzira o seu contrário, também: a reação organizada e concertada da burguesia, para quem a possibilidade de transformação dos conflitos sociais em revoluções tornava-se muito concreta. As insurreições, rebeliões e greves operárias ocorridas foram rigorosamente massacradas, em muitos países. Verificamos, aí, o assassinato de Rosa Luxemburgo e Karl Liebknecht em 1919, na Alemanha, mas também a repressão sobre o movimento operário no norte da Itália entre 1919 e 1920, provocando um arrefecimento da disposição revolucionária. No mesmo movimento, a crise do capital de 1929-32, desencadeada a partir dos EUA e que atingiu o mundo capitalista, tornou-se outro elemento a engendrar um retrocesso político significativo, afetando todas as dimensões da vida em sociedade, com o surgimento do fascismo e todas as consequências advindas dele, incluindo sua vertente nazista (SILVA, 2013).

Na Itália, a origem mais remota da luta operária segue a tendência europeia de uma crescente organização dos trabalhadores, na busca por mais direitos no trabalho, ao longo do século XIX, cujas raízes se prolongam até o surgimento do Movimento Operário Italiano com suas características de organização e de luta, já nos meados do século XX.

Com o impacto da Revolução Russa de 1917 e a crise econômica e social do pós-guerra, o movimento operário italiano adquiriu uma dimensão até então nunca vista. Isso fez com que a burguesia, amedrontada, lhe concedesse alguns direitos sociais. Nesse mesmo período começou a se desenvolver um novo instrumento de organização e de luta dos trabalhadores: as comissões internas de fábrica.

A organização dos trabalhadores tem sido uma luta constante do movimento operário desde o nascimento do capitalismo até os dias atuais. *São diversas as formas de organização, indo desde os comitês de bairro, comissão de fábrica, conselhos operários até os sindicatos* (ANTUNES; NOGUEIRA, 1981).

São movimentos que muitas vezes nascem espontaneamente, no bojo das lutas concretas, mas que podem também nascer da ação organizada de militantes sindicais ou partidários, combinando, com isso, a ação espontânea da massa com a atuação organizada dos elementos que compõem a vanguarda da classe. Estas podem seguir uma via reformista e conciliadora do trabalho frente ao capital ou pode seguir uma via revolucionária, que quer romper com os limites da sociedade capitalista e abrir caminho para uma sociedade socialista.

Dentro dessa segunda concepção é possível também distinguir pelo menos duas formas de organização de base. As comissões que atuam como órgão de resistência operária contra a dominação do capital no interior da fábrica e que, apesar de guiadas por uma concepção socialista, têm um caráter predominantemente sindical, visando impedir aos abusos do capitalismo.

Mas existem também os conselhos operários que são organismos mais avançados, que questionam as relações capitalistas em sua totalidade e não se restringem às relações de autoridade e dominação dentro das fábricas. Colocam-se como instrumentos eminentemente revolucionários, base sobre a qual se estruturará a sociedade sem classes; embrião, portanto, da forma de poder das massas sob o socialismo. *Os sovietes (que significam conselhos) da maneira como existiram na Rússia entre 1905 e 1917 e os conselhos operários da Itália dos anos 20 são exemplo dessa forma de organização operária* (ANTUNES; NOGUEIRA, 1981).

Os conselhos operários (sovietes), compostos por delegados diretamente eleitos nas usinas em luta, apareceram como forma espontânea de auto-organização do decorrer da revolução de 1905 na Rússia. Quando eclode a revolução de fevereiro de 1917, os conselhos de operários e de soldados se formam, e Lenin lança, em abril, a palavra de ordem “todo o poder aos sovietes”. Em seu livro *O Estado e a Revolução (1917)*, apresenta o poder dos conselhos como uma forma superior de democracia, em oposição às instituições parlamentares da democracia burguesa. A Revolução de Outubro tinha por objetivo dar o poder à Conferência Nacional dos Sovietes de operários, camponeses e soldados. Mas rapidamente, como constata Rosa Luxemburgo já em 1918, o poder do partido reduziu consideravelmente seu papel. (LOWY, 2015).

Essas supracitadas organizações dos trabalhadores talvez se diferenciam das táticas, mas as estratégias se assemelham que é a busca incessante da autoemancipação dos trabalhadores. Voltemos então, as Comissões.

As Comissões de Fábrica surgiram no início do século e já no final da primeira década do século XX estavam reconhecidas legalmente. Nasceram como apêndices dos sindicatos existentes. Seus membros eram, em geral, indicados pelas direções dessas organizações. O palco da principal experiência dos conselhos de fábrica foi Turim. A cidade possuía uma numerosa classe operária e grande tradição de luta. Por isso era conhecida como Torino Rossa (Turim Vermelha). Foi ali que, em 1919, nasceu o periódico comunista *L'Ordine Nuovo*. Seus principais redatores eram Gramsci, Togliatti e Terraccini. O grande objetivo do grupo de redatores do *L'Ordine Nuovo* era elaborar uma estratégia, compatível com a realidade italiana, que possibilitasse ao proletariado conquistar e manter o poder

político. Para realizar tal objetivo era preciso responder a uma pergunta crucial: "Existiria na Itália um germe, um projeto, um esboço de soviets?". A resposta de Gramsci era que sim. Esse germe seriam as comissões internas de fábricas. Mas seria preciso mudar-lhes o caráter: elas deveriam deixar de ser meros aparelhos dos sindicatos burocratizados. Elas deveriam ser eleitas diretamente pelo conjunto dos trabalhadores, independentemente de serem ou não sindicalizados. As comissões de fábrica se transformariam, assim, em Conselhos de Fábrica (BUONICORE, 1999).

Em outubro de 1919 mais de 50 mil operários elegeram diretamente suas comissões de fábrica; em 1920 esse número subiu para mais de 150 mil, só em Turim. Entre 1919 e 1920 o movimento atingiu seu auge. No mês de abril de 1920, diante de uma medida governamental que alterava a jornada de trabalho, os operários metalúrgicos de Turim ameaçaram deflagrar uma greve geral. Os patrões tendo em vista enfraquecer os conselhos ameaçaram fechar suas fábricas e demitirem várias lideranças operárias. Olivetti, secretário-geral da Confederação da Indústria, afirmou: "Não é possível que nas fábricas se constitua um organismo que se proponha a decidir a margem e sobre seus órgãos diretivos". Os operários não se intimidaram e responderam com uma greve. A greve ficaria conhecida como a "greve dos ponteiros". Ela atinge inicialmente 50 mil operários, depois se torna uma greve geral em Turim e em seguida se estende por toda a região do Piemonte, atingindo cerca de 500 mil trabalhadores (PAIVA, 2012).

Aproveitando o isolamento dos operários, os patrões partiram para ofensiva e endureceram o jogo. Os trabalhadores foram obrigados a voltar ao trabalho. Afirmou Gramsci: "Abandonado por todo o proletariado turinense foi obrigado a enfrentar sozinho, com suas próprias forças, o capitalismo e o poder do Estado burguês. A intervenção enérgica de centrais sindicais poderia equilibrar as forças se não determinar a vitória", e concluiu: "regressam os operários às fábricas, mas com a convicção de não terem triunfado, mas também de não terem sido dominados" (BUONICORE, 1999).

Apesar da derrota e da repressão patronal que se seguiu, os operários conseguiram manter sua organização dentro das fábricas. A "Torino Rossa" continuava sendo uma ameaça constante à burguesia italiana. Era preciso quebrar a espinha dorsal da organização dos trabalhadores, era preciso destruir as comissões de fábrica. Em junho, a Federação Italiana dos Operários Metalúrgicos (FIOM) apresentou, novamente, aos industriais suas reivindicações. Os patrões recusaram-se a atender a maior parte delas. Em algumas fábricas os trabalhadores começaram um lento processo de obstrução da produção. Os industriais, organizados na Federação das Indústrias, suspenderam as negociações. Decidiu-se, então,

pelo desencadeamento de um processo de obstrução da produção por toda a Itália. A Fedindústria ordenou o fechamento de todas as fábricas – iniciativa que já vinha sendo tomada por alguns industriais isoladamente. Ao "lockout" patronal os operários responderam com uma nova tática: a ocupação das fábricas. Em Turim mais de 140 empresas foram ocupadas. Os operários passaram a organizar a produção, estabelecendo a autogestão. O movimento pouco a pouco foi adquirindo um caráter insurrecional. Mais de 500 mil operários participaram da luta (PAIVA, 2012).

A classe operária mostrou, na prática, que a burguesia era uma classe socialmente desnecessária para o desenvolvimento do processo produtivo. Os próprios trabalhadores poderiam organizar a produção sem patrões ou capatazes. Os industriais pressionaram o governo para que assumisse posições mais duras contra os operários e não permitisse que as mercadorias que vinham sendo produzidas nas fábricas ocupadas fossem comercializadas. Os empresários lançaram então um ultimato ao governo, afirmando: "a retração das autoridades tolhe qualquer fé nos defensores das presentes instituições", lançavam dúvidas sobre "a capacidade do governo de garantir as liberdades constitucionais" e, por fim, ameaçavam suprir com "suas próprias iniciativas aquela defesa que lhes era recusada". Entre 1921 e 1922, as principais lideranças foram sumariamente demitidas e incluídas nas "listas marcadas". Mais de 31 mil operários também perderiam seus empregos em Turim. Mas a derrota final só viria mesmo com a ascensão e consolidação do fascismo na Itália na segunda metade da década de 1920 (BUONICORE, 1999).

Ainda em meio aos acontecimentos de 1920, eles iniciaram um balanço autocrítico dos erros cometidos pela direção do movimento de ocupação das fábricas. "Os operários turinenses", escreveu Gramsci, "compreenderam que não basta invadir as fábricas e nelas hastear a bandeira vermelha para fazer a revolução, sabem que a conquista das fábricas não pode substituir a luta pela conquista do poder político, mas os operários turinenses compreenderam e sabem estas verdades porque conquistaram tais verdades experimentalmente através das discussões e da prática dos conselhos de fábrica" (GRAMSCI, A.; BORDIGA, 1981).

2.2.2 A Saúde do Trabalhador: origem e percursos

A Saúde do Trabalhador enquanto ação política e "campo" de conhecimento desenvolveu-se inspirada no Modelo Operário Italiano e nas lutas reivindicatórias da classe

trabalhadora, que influenciaram e redirecionaram o debate das relações saúde-trabalho no século XX.

A origem do Movimento Operário Italiano remonta ao processo histórico de constituição da organização operária no mundo industrializado europeu do século XIX e, especialmente, à formação de um movimento operário na Itália durante o processo de industrialização italiano. No final do século XVIII e início do XIX, o mundo passava por uma mudança radical do modelo de produção. O desenvolvimento do capitalismo industrial desencadeou ritmos acelerados de produção, em escala antes não vista, cujo resultado foi a deterioração das condições de trabalho, submetendo especialmente mulheres e crianças a situações desumanas (PAIVA; FADEL, 2011).

Quando, na primeira metade do século XIX, F. Engels percorreu a Inglaterra recolhendo dados para o que seria uma obra pioneira no campo dos estudos sobre a classe operária (*A Situação da Classe Operária na Inglaterra*), pôde observar a degradação das condições de vida e trabalho da classe operária.

Engels (2010) descreveu minuciosamente as condições de trabalho e de vida do proletariado inglês, relacionou sua emergência e expansão com as do capitalismo e da primeira revolução industrial, captando não apenas o lado sofredor da nova classe social, mas também seu potencial revolucionário. Remetemos a José Paulo Netto, no Prefácio do mesmo livro (ENGELS, 2010), para tentar resumir a sua genialidade, quando Netto descreve a obra daquele que se coloca sempre como o “segundo violino” na relação intelectual com seu companheiro Marx. O proletário não comparece como massa indiferenciada, sofredora e passiva, tal como o visualizavam os socialistas contemporâneos do jovem Engels; este foi capaz de apanhar, na situação proletária, a dinâmica criativa que, saturando a rebeldia e o protesto operários, põe o proletário, o trabalhador urbano-industrial, enquanto classe, como sujeito revolucionário.

A exploração da força de trabalho, a degradação das condições de trabalho e do modo de vida do operário sinalizava a necessidade de intervenção por parte do capital para a viabilidade da sobrevivência e da reprodução do trabalho, buscando-se alternativas para evitar o adoecimento. Sendo assim, as preocupações que fizeram suscitar as discussões da Saúde do Trabalhador são lineares ao processo de acumulação capitalista e é perpassada inicialmente pela Medicina do Trabalho, que surge enquanto especialidade médica na Inglaterra, no princípio do século XIX (MENDES; DIAS, 1991).

Ressalta-se que, de acordo com Cavalcanti (2010), embora a associação entre trabalho e doença já tenha sido estabelecida desde a Antiguidade, quando Hipócrates já relatava uma

moléstia que acometia um trabalhador mineiro, que, pela descrição, sugere ser de intoxicação saturnina, somente na modernidade ela se torna objeto de estudo e, posteriormente, intervenção estatal. É com o médico italiano Bernardino Ramazzini em 1700 (*De Morbis Artificum Diatriba*) que a ocupação passa a receber. Essa obra, pela primeira vez, trouxe à luz uma lista de cinquenta doenças associadas a cinquenta e duas diferentes profissões.

A Medicina do Trabalho, enquanto especialidade médica surge na Inglaterra na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial. Naquele momento, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigia uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo.

De acordo com Bravo (1991) a relação da Medicina com o processo de acumulação tem, na *reprodução da força de trabalho*, seu ângulo privilegiado. A melhoria das condições de saúde do trabalhador vai possibilitar a obtenção de mais produto em menor tempo de trabalho, o que corresponde à produção de mercadorias com custo mais reduzido.

No início do século XIX, no período da Revolução Industrial, quando a fábrica passa a ser o *locus* das relações produtivas, a medicina, além dos cuidados com a saúde da população, passa também a intervir no ambiente de trabalho, em busca de atenção à saúde dos trabalhadores para que o seu adoecimento não acarretasse fraturas nos interesses do capital. Ao médico cabia todas as responsabilidades de “manutenção” e controle da força de trabalho. Surge, assim, em 1830, o primeiro serviço de medicina do trabalho (GOMEZ-MINAYO; THEDIN-COSTA, 1997; MENDES; DIAS, 1991).

Mendes e Dias (1991, p. 342) apontam ainda que estes deveriam ser serviços dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-los; deveriam ser serviços centrados na figura do médico; a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho deveria ser tarefa eminentemente médica; a responsabilidade pela ocorrência de problemas de saúde ficava transferido para o médico.

Esta prática ganha uma dimensão maior nos países em processo de desenvolvimento, com absoluta carência de serviços médicos. O médico passa não só a controlar a força de trabalho na fábrica, como a intervir no ambiente doméstico – através da família –, adicionando uma força extra ao controle da força de trabalho da administração.

Aliado aos modelos taylorista e fordista de administração, o médico da empresa passa a selecionar os mais aptos, controlar o absenteísmo e a gerenciar o retorno ao trabalho, em casos de doenças ou acidentes. O médico passa, então, a controlar a produção, como um aliado do capitalista.

A Medicina do Trabalho torna-se estratégica para o capital na medida em que, em primeiro lugar, na seleção de pessoal possibilita a escolha de uma mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros como o absenteísmo e suas consequências (interrupções da produção, gastos com obrigações sociais, etc.). Em segundo lugar, o controle deste absenteísmo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela, por exemplo, da Previdência Social. Outro aspecto é a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de um funcionamento mais eficaz nesse sentido, do que habitualmente ‘morosas’ e ‘deficientes’ redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa (MENDES; DIAS, 1991).

Assim, no exercício da medicina do trabalho, deve se observar a quem ela está servindo: se ao capital, controlando o índice de absenteísmo e selecionando os trabalhadores mais saudáveis para o exercício de determinada tarefa, ou ao trabalho, apontando onde e como se localizam as origens para os diversos adoecimentos no trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1990).

Após a Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento de novas tecnologias com engrenagens pesadas, novos instrumentos, a chegada de produtos químicos e a fragmentação crescente das tarefas trazem em seu bojo uma crescente demanda por intervenção no ambiente de trabalho. Tal processo também ocasiona o deslocamento do papel do supervisor para a própria máquina, que passa a exercer formas abusivas de controle da produção através da obrigatoriedade da execução de tarefas mais intensas ou monótonas. Estas demandas oferecem novas repercussões à saúde dos trabalhadores, que se traduzem no crescimento do número de acidentes e no aumento das doenças. Isto exige uma atenção que a medicina sozinha não pode dar conta (DIEESE, 1994).

Surge como resposta à questão do ambiente insalubre, a concepção de saúde ocupacional, com uma proposta multidisciplinar, aliando médicos e engenheiros a um pensamento que enfatiza a higiene industrial.

Esta nova perspectiva na abordagem da saúde no trabalho retira o enfoque principal do indivíduo para o ambiente. Busca-se ampliar o caráter técnico do conhecimento, controlando os riscos ambientais e promovendo uma doutrina de asseio para os trabalhadores. No entanto, esta abordagem mesmo preventiva, por si só demonstra ser limitadora.

A “Saúde Ocupacional” surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na higiene “industrial”, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países “industrializados” (MENDES; DIAS, 1991).

Através da legislação atual, fica a observação do papel do Estado, enquanto controle da força de trabalho dentro da fábrica, e as respectivas designações para determinadas categorias profissionais com a delegação para exercer este controle.

Para Costa (1981), o estado capitalista desenvolveu, ou foi obrigado a desenvolver, principalmente por causa da própria pressão operária, uma série de medidas preventivas e reparadoras, com relação às condições gerais de existência e de trabalho da classe operária. Tal conjunto de medidas justifica-se, pois é necessário, para o bom andamento do capitalismo, que os operários se sujeitem, no maior grau possível, às situações de trabalho.

No Brasil, a adoção e o desenvolvimento da saúde ocupacional deram-se tardiamente, estendendo-se em várias direções. Na vertente acadêmica, destaca-se a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que dentro do Departamento de Saúde Ambiental, cria uma ‘área de Saúde Ocupacional’, e estende de forma especial sua influência com centro irradiador de conhecimento, via cursos de especialização e, pós-graduação (mestrado e doutorado). Nas instituições, a marca mais característica se expressa na criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), versão nacional dos modelos de ‘institutos’ de Saúde Ocupacional desenvolvidos no exterior. Na legislação, expressou-se na regulamentação do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), reformada na década de 70, principalmente nas normas relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho (atual Norma Regulamentadora 4 da Portaria 3214/78); na avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de ‘limites de tolerância’ (Normas Regulamentadoras 7 e 15), entre outras (MENDES; DIAS, 1991).

Algumas das fragilidades deste modelo de intervenção nos ambientes de trabalho são mostradas por MENDES e DIAS (1991, p. 344): manutenção do referencial da medicina do trabalho mecanicista; as atividades restritamente multiprofissionais; a capacitação de recursos humanos e a produção de conhecimentos e de tecnologia não acompanharam as transformações dos processos de produção; o modelo aborda a questão coletiva de saúde ocupacional como objeto de ações de saúde; a manutenção de saúde ocupacional, enquanto objeto de intervenção da área do trabalho em detrimento ao setor saúde.

Outro autor, Costa (1981), ao defender o ponto de vista de que a força de trabalho só vai interessar ao capital enquanto força que produz e gera riquezas, afirma que *“a verdade é que para o capitalista, não interessa ‘destruir’ a força de trabalho, e é certo que as medidas preventivas e reparadoras atuam como mecanismos de controle social e ideológico, ao submeterem esta população às necessidades da produção capitalista, evitando situações de conflito e revolta”*.

A análise da questão saúde e trabalho na Saúde Ocupacional se assentam nas práticas tecnicistas, de caráter limitador, percebendo as doenças meramente originárias das condições ambientais do trabalho. Compreende o trabalhador como um simples meio de produção, desprezando as suas possibilidades de compreensão e intervenção no processo.

De acordo com Minayo-Gomes; Thedim-Costa (1997), a Saúde Ocupacional trouxe um avanço ao incorporar a concepção da multicausalidade das doenças. No entanto, apesar de a Saúde Ocupacional superar a Medicina do Trabalho em relação às análises do ambiente de trabalho e a intervenção, permanece com a visão do trabalhador como “um objeto das ações de saúde”, além de transferir para o trabalhador a responsabilidade de proteção contra os riscos buscando o aperfeiçoamento dos EPI – Equipamento de Proteção individual e mantendo a concepção positivista da prática médica, não atendendo a concepção de interdisciplinaridade.

Paralelamente a este modelo, vem surgindo no cenário internacional a emergência de novos valores oriundos dos movimentos sociais organizados e preocupados com a questão da saúde no trabalho, diante da incapacidade de obterem respostas da saúde ocupacional para suas demandas.

Como respostas ao movimento social e dos trabalhadores, novas políticas sociais tomam a roupagem de lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador.

Das principais contribuições rumo à caracterização desse movimento que se costuma denominar Saúde do Trabalhador, podem ser destacados o denominado Modelo Operário Italiano e os trabalhos de Laurell; Noriega (1989).

A influência exercida sobre os sindicatos brasileiros pelo Modelo Operário Italiano (MOI) (BERLINGUER; TEIXEIRA; CAMPOS, 1988; LACAZ, 1996), a partir de final dos anos 1970, estimula a luta pela melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde para superar o estágio economicista das reivindicações pelo recebimento dos adicionais de insalubridade, a “monetização do risco”. Um intercâmbio estabelecido entre técnicos e sindicalistas brasileiros e italianos, iniciado com a vinda de Giovanni Berlinguer ao Brasil em

1978, ajudou a disseminar a proposta do MOI – um método de intervenção contra a nocividade do trabalho desenvolvido pelos operários italianos, apoiados por técnicos militantes, no final dos anos 1960 –, sendo pilar importante na implantação do Sistema Nacional de Saúde como parte da Reforma Sanitária Italiana (BERLINGUER; TEIXEIRA; CAMPOS, 1988) e que teria relevante influência sobre técnicos e dirigentes sindicais brasileiros militantes do campo saúde do trabalhador.

No modelo italiano, os trabalhadores assumem-se enquanto sujeitos das avaliações dos perigos presentes em seus trabalhos. Neste modelo, quem concebe, realiza, analisa e propõe modificações no trabalho são os próprios trabalhadores.

Já Laurell; Noriega (1989), em sua abordagem teórico-metodológica para o estudo de ambientes produtivos, propuseram que fossem incorporadas desde análises histórico-econômicas que envolvessem o momento laboral específico em estudo, até o uso de novas categorias analíticas como cargas de trabalho e processos de desgaste, a que estariam sujeitos os trabalhadores.

Asa Laurell³ é internacionalmente considerada como a principal referência teórica da Medicina Social Latino-Americana. Seus posicionamentos são referenciados em grande parte dos estudos materialista-históricos em Saúde do Trabalhador, mas apenas uma pequena parte de sua produção intelectual é conhecida no Brasil. Coerente com a perspectiva teórica do marxismo, estabelece o trabalho como categoria central, considerando a historicidade e a contextualização dos processos, enfocados sob o aspecto coletivo. Articulando um melhor entendimento dos elos entre as doenças, o funcionamento social e sua expressão na vida dos indivíduos, permite uma aproximação mais global e contextualizada dos nexos entre Saúde e Trabalho, fazendo aflorar elementos explicativos sobre sua causalidade.

A despeito do movimento de luta pela Saúde do Trabalhador, na Itália, a Lei 300, de 20/05/70, mais conhecida como o “Estatuto dos Trabalhadores”, incorpora as principais reivindicações do movimento dos trabalhadores em busca de melhores condições de trabalho. Entre elas, estão a não-monetarização do risco, a não-delegação da vigilância da saúde ao Estado e a técnicos estranhos ao trabalhador, a validação do saber operário através de estudos

³ Nascida na Suíça em 1943, graduou-se em Medicina na Universidade de Lund em 1971, pouco antes de radicar-se no México. É especialista em Epidemiologia e Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Berkeley, Califórnia (1973). Professora e pesquisadora da Universidad Nacional Autónoma de México (1972), coordenou o Mestrado em Medicina Social do campus de Xochimilco (1976), onde desenvolveu as linhas de pesquisa “A saúde-doença como processo social”. “Processo de trabalho e saúde e “Política Social e Política de Saúde e Seguridad Social”. Escreveu uma centena de artigos em periódicos especializados e uma cinquentena de ensaios teóricos. Publicou 18 livros; entre os quais "El Desgaste Obrero en México" (1983) e "La Salud en la Fábrica" (1989) citados, ainda hoje, como referência pelos materialistas-históricos que estudam a Saúde do Trabalhador no Brasil. (DI MARIO E AMORIN, 2016).

independentes a partir de grupos homogêneos de risco (FACCHINI *et al*, 1991; MENDES & DIAS, 1991; ODDONE *et al*, 1986; SIVIERI, 1995).

Estas discussões ressoam em vários países e encontram pontos comuns em torno de direitos fundamentais. Para MENDES; DIAS (1991), estão, entre eles: o direito à informação e à recusa ao trabalho em condições de risco grave para a saúde ou a vida; o direito à consulta prévia aos trabalhadores, pelos empregadores, antes das mudanças de tecnologias, métodos, processos e formas de organização de trabalho e o estabelecimento de mecanismos de participação, desde a escolha de tecnologia até, em alguns países, a escolha de profissionais que irão atuar nos serviços de saúde no trabalho.

O Modelo Operário Italiano (MOI) de saúde do trabalhador, portanto, influenciou e redirecionou o debate sobre o campo das relações saúde-trabalho, na segunda metade do século XX, em vários países, inclusive no Brasil. Seu objetivo era se contrapor à nocividade dos ambientes de trabalho, criando novas metodologias de atuação, que tinham como principal característica a participação do trabalhador como protagonista (sujeito ativo das ações).

A origem do MOI foi o movimento operário italiano da década de 1960, que se iniciou na Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL), cuja principal bandeira de luta era o controle da nocividade dos ambientes de trabalho. Influenciado pelo número alarmante de acidentes de trabalho, nas décadas de 1950 e 1960, que atingiram a marca de um milhão e meio, por ano, e se encontravam em ascensão, o MOI nasceu com a proposta de romper com o paradigma no qual a defesa da saúde ficava exclusivamente a cargo das instituições oficiais (SILVA, 2013).

A partir de 1961, o movimento operário assume um formato mais organizado com a concorrência dos próprios trabalhadores, sindicalistas, técnicos e outros atores sociais no campo da política.

Berlinguer (1983) apud Paiva (2012) assinala o dilema de se escolher, naqueles anos, entre emprego ou luta pela saúde. Sindicatos e trabalhadores aceitavam passivamente os riscos à saúde, por obterem compensações salariais de horas extras, indenizações e adicionais de risco no trabalho. Por certo, ainda não havia nascido uma identidade da classe trabalhadora italiana que reconhecesse sua força de luta, na qual sobressairia a questão da saúde que, tempos depois, viria a servir como paradigma de mudanças na forma de intervir sobre os problemas de saúde no trabalho.

Todo o processo desenvolvido com o propósito de criação do modelo foi sempre acompanhado pela ideia da necessidade fundamental de um envolvimento ativo e responsável

dos trabalhadores, junto com os técnicos, e pela implicação da saúde não como reivindicação, mas sim como algo a ser construído com a participação direta dos trabalhadores, através da conscientização do significado da própria saúde, como salvaguardá-la e quais os meios utilizáveis para preservá-la no ambiente de trabalho.

Em 1972, uma Convenção promovida pelas Federações CGIL-CISL-UIL, (Confederazione Generale Italiana del Lavoro - Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori - Unione Italiana del Lavoro), em Rimini, fez o primeiro balanço das experiências vividas e ficou claro para os sindicatos o valor da centralidade da fábrica na luta pela mudança, por tornar-se um laboratório vivo, onde se experimenta e se aplica, o que possibilita a elaboração de novos modelos de produção e diferentes condições de trabalho e de vida. A opinião dos trabalhadores e as suas experiências deixaram de ser apenas uma impressão e passaram a ocupar o lugar destinado ao conhecimento científico com a função de instrumento de transformação. Nesse processo, a classe trabalhadora italiana amadureceu uma consciência de luta pela saúde, percebendo-se não mais objeto de investigação sanitária, mas sujeito de construção de uma outra (nova) política de saúde voltada para as relações saúde-trabalho (SILVA, 2013).

Os textos sobre o modelo operário que foram se sucedendo naqueles anos reportavam-se a formas de luta que haviam sido desenvolvidas na Itália, nos primeiros anos do século XX. Muitos dos textos referem-se a formulações político-filosóficas de Antonio Gramsci. Sua influência se faz sentir, ora explicita, ora implicitamente, nos escritos sobre o MOI. O movimento que foi se delineando, pouco a pouco, teve a participação e colaboração de diversos personagens, muitos deles anônimos que ajudaram a construir essa história. Contudo, entre os inúmeros trabalhadores, sindicalistas, estudantes, técnicos, políticos e militantes partidários que participaram do movimento, alguns personagens se destacaram por sua devoção e liderança, como Gastone Marri (sindicalista e mentor do modelo), Ivar Oddone (médico e mentor do modelo), Giovanni Berlinguer (médico do trabalho e parlamentar do PCI), além do próprio Partido Comunista Italiano que cumpriu um papel fundamental na luta, influenciando profundamente na política do país nesse período (VACCA, 2006 apud PAIVA, 2012).

Na ocasião, ficou patente o papel do sindicato e ressaltou-se que tanto a validação consensual quanto a não delegação (*validazione consensuale e la non delega*) não são princípios de luta e ação que acontecem espontaneamente, mas somente tornam-se capazes de mudarem a realidade se for demonstrado com firmeza e de forma clara o seu objetivo. Na fábrica, cabe ao sindicato identificar grupos homogêneos de trabalhadores expostos aos

mesmos riscos à saúde (gruppi operai omogenei), subsidiar as análises ambientais fornecendo modelos e suas estruturas e sistematizar as informações recolhidas pelos grupos. Estas, obtidas pela observação espontânea visando a busca de soluções, passam a serem os fatores de contestação e negociação para a criação de um sistema permanente de controle das situações causadoras dos problemas que afetam a saúde dos operários (BELLI, 2001 apud PAIVA, 2012).

A ideia de grupo operário homogêneo, com o grupo de trabalhadores submetidos às mesmas, ou similares, condições de trabalho, assumiu um protagonismo no sentido de avaliar os riscos e perigos nas fábricas e se consolidou como instância capaz de sugerir e exigir as modificações necessárias. A rigor, o grupo operário homogêneo tornou-se o principal interlocutor político e 'científico' do processo. A síntese desses conceitos que surgiam, enquanto palavras de ordem de uma nova luta foram retratada no lema «A saúde não se vende nem se delega: se defende». Essa emblemática sentença passou a ser a marca do movimento, aparecendo em cartazes, periódicos sindicais e publicações, como no título do livro de Alonso (2007), em que é narrada a trajetória do modelo operário (PAIVA e VASCONCELLOS, 2011, p. 388).

No Brasil, a despeito da influência do MOI no campo da Saúde do Trabalhador, Lacaz (2007) destaca que, o intercâmbio estabelecido entre técnicos, sindicalistas brasileiros e italianos, iniciado com a vinda de Giovanni Berlinguer ao Brasil, em 1978, ajudou a disseminar a proposta do MOI, método de intervenção contra a nocividade do trabalho desenvolvido pelos operários italianos, apoiados por técnicos militantes, no final dos anos 1960, sendo pilar importante na implantação do Sistema Nacional de Saúde como parte da Reforma Sanitária Italiana e que terá influência sobre técnicos e dirigentes sindicais brasileiros atuantes em Saúde do Trabalhador (LACAZ, 2007).

Frise-se que o campo Saúde do Trabalhador foi sendo construído a partir de contribuições das Ciências Sociais em Saúde (TAMBELLINI, 1978; LAURELL, 1993; LACAZ, 1996; TAMBELLINI et al., 1986; LAURELL E NORIEGA, 1989), cujo enfoque teórico-metodológico emerge da Saúde Coletiva e que busca conhecer e intervir nas relações trabalho-saúde/doença, tendo como referência o surgimento de um novo sujeito social, representado pela classe operária industrial urbana numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas e sociais (LAURELL, 1985; LACAZ, 1996). E, ao contrapor-se à abordagem da Saúde Ocupacional, objetiva superá-la, configurando-se a partir de conceitos originários de um feixe de discursos formulados tanto pela Medicina Social latino-americana (LAURELL, 1993), relacionados à determinação social do processo

saúde/doença; como pela Saúde Pública em sua vertente programática e pela Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer e morrer, considerando as classes e grupos sociais inseridos em diferentes processos produtivos (TAMBELLINI et al., 1986; LACAZ, 1996).

De fato, o legado do movimento operário italiano, que deu origem ao modelo da saúde do trabalhador, move o debate brasileiro sobre as relações saúde-trabalho. Não há como dimensionar a influência do MOI nos distintos países, mas é na América Latina que se tem um campo fértil de ideias originadas naquelas lutas. E o Brasil, não é temeroso afirmar, é o país latino onde uma ideologia da saúde do trabalhador, inspirada no modelo italiano, institucionalizou-se de forma mais visceral. Tanto a produção de conhecimentos, no âmbito acadêmico, quanto a instituição de políticas públicas das relações saúde-trabalho passam, em algum momento, com maior ou menor intensidade, pelos princípios do MOI (PAIVA; VASCONCELOS, 2011). Resta-nos indagar se esta presença se dá em um período histórico de luta da classe trabalhadora e das intencionalidades das referidas instituições públicas.

2.3 Contexto Histórico da Luta dos Trabalhadores e a Saúde do Trabalhador no Brasil: A construção da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde

Os conceitos e as teorias que dão suporte ao campo de práticas denominado Saúde do Trabalhador amadureceram e foram formulados nos anos 1970 – 1980 com base nas contribuições da medicina social latino-americana e da saúde coletiva, focalizando em particular o processo saúde-doença na sua relação com o trabalho. Vários autores têm estudado esse processo e é importante citar alguns que se tornaram referência: Arouca-Tambellini (1978); Laurell e Noriega (1989); Lacaz, (1996); Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997).

No Brasil, a organização da área da saúde do trabalhador emergiu nesse contexto de protagonismo dos operários industriais e contou tanto com pesquisadores e profissionais da saúde como com líderes sindicais, articulando-se em torno de conhecimentos trazidos de várias áreas disciplinares, além da medicina. É o caso da introdução da sociologia e das ciências sociais em geral, da ciência política, do planejamento, das engenharias, da psicologia e da enfermagem nas análises das situações. Todo esse conjunto de contribuições ocorreu junto com o aumento da participação dos trabalhadores e seus sindicatos na discussão de seus problemas (LACAZ, 2007).

No interior das reflexões sobre a saúde coletiva, o conceito de trabalho passou a ser tratado não apenas como uma atividade humana, mas como um processo social complexo, a partir do que foi descrito por Marx no capítulo inédito do *Capital*.

Desta forma, surge uma nova concepção de saúde relacionada ao trabalho que vai muito além da simples intervenção médica frente aos agravos e às doenças reconhecidas como provenientes do trabalho. As relações entre trabalho e saúde-doença começaram a ser vistas e analisadas dentro dos contextos e processos históricos. É a isso que chamamos de uma visão mais complexa trazida pelo campo saúde do trabalhador (LACAZ, 1996).

De acordo com Lacaz (1997), pensar o cenário da saúde dos trabalhadores compreende resgatar uma história que se inicia no final dos anos de 1970. Trata-se da época em que a ditadura militar começa a dar sinais de esgotamento, após sua primeira derrota eleitoral, nas eleições de 1974. Mas, são nos anos 1978/79, que se delineiam as mudanças mais significativas no cenário nacional, ou seja, é o momento da retomada do cenário político pelo movimento sindical. Se for tomada como ponto de partida a cena política, é o final dos anos 1970 o início desta caminhada.

O final dos anos 1970 foi um período vivido intensamente pelo movimento social, que no nível mundial tivera como referência os episódios de maio de 1968, com importantes exemplos de solidariedade de classe, de crítica ao poder legitimado na ciência e, com desdobramentos nas mais variadas áreas, inclusive na luta pela saúde e contra a organização do trabalho.

Na década de 1970, completam-se as transformações socioeconômicas, políticas e culturais na América Latina no que concerne à industrialização e à urbanização (Laurell, 1985). Nessa época são publicados importantes estudos sobre as relações trabalho-saúde. Constituem referências para entendê-las os textos de Laurell (1975) e Tambellini (1978) relativos aos contextos socioeconômicos do México e do Brasil.

Mais ainda, na América Latina, nos 1970, a emergência dessa formulação teórico-conceitual acompanha-se de nova visão sanitária. Tratava-se de retornar ao social para apreender a determinação dos agravos à saúde dos trabalhadores, incorporando categorias do marxismo, conforme elaboração teórico-metodológica de autores “filiados” à Medicina Social Latino-americana e à saúde coletiva (LACAZ, 1996).

Conforme colocado anteriormente, a ditadura dava sinais claros de exaustão, os movimentos sociais se reorganizavam, o campo da Saúde despontava na luta pela redemocratização e um novo ciclo da esquerda brasileira parecia se iniciar, com o surgimento do novo sindicalismo, a partir das greves do ABC paulista, e da fundação do PT e da CUT, da

nova reorganização partidária, da legalização dos Partidos colocados na clandestinidade (PCB), da fundação da FAMERJ e FAFERJ, do ascenso das forças populares manifestando na luta pelas “Diretas Já”.

Durante a década de 1980, consolidava-se o movimento pela reforma sanitária, que viria culminar com a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988. No ideário do SUS, a área incorporava as lutas operárias tendo o DIESAT como instância privilegiada de interlocução entre o movimento sindical e o aparelho da saúde pública.

De acordo com Lacaz (1997), no campo de saúde do trabalhador, a acumulação de forças para dar sustentação a esta luta parte de uma articulação de vários setores do movimento sindical que, em 1978, criam a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT), em São Paulo, responsável pela organização das primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT), a qual, dois anos depois, torna-se-ia o “DIEESE da Saúde”, isto é, o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), de caráter nacional, fundado em agosto de 1980, seguindo a experiência vivenciada pelos sindicatos, desde 1955, quando da criação do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE).

A DIESAT passou a cumprir papel de destaque, e, ao longo da década de 1980, muitos embates em defesa da saúde foram travados no Brasil, grande parte deles em São Paulo. Duas publicações do DIESAT – *De que adoecem e morrem os trabalhadores*, em 1984, e *Insalubridade, morte lenta no trabalho*, em 1989 – constituíram-se em registros importantes de uma nova frente de luta por parte dos trabalhadores. Embora não se utilizasse, ainda, a expressão saúde do trabalhador, pois não se vinculava naquele período o campo da saúde do trabalhador à ação em saúde pública, e o enfoque interventor do Estado sobre os ambientes e processos de trabalho fosse reservado exclusivamente ao Ministério do Trabalho, já se observava uma conotação diferenciada da questão no âmbito das políticas públicas (RIBEIRO; LACAZ, 1984).

Contudo, a unidade de luta operária em torno do objeto da saúde do trabalhador propiciada pelo DIESAT teve curta duração. Em 1986 inicia-se um processo de cisão do movimento sindical por dentro do DIESAT. Em 1988 foi criado o Instituto Nacional de Estudos e Ação Sindical sobre as Condições de Trabalho (ISACT), órgão assessor da CUT, tendo denominação alterada para Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST), em 1991. Nos anos seguintes, os desdobramentos dessa cisão foram inúmeros, mas cabe destacar a perda de unidade de luta operária na perspectiva intersindical ampla que o DIESAT tinha alcançado. Ao restringir sua atuação a sindicatos filiados à CUT, a luta pela saúde do

trabalhador perdia uma oportunidade histórica de se ampliar nacionalmente (VASCONCELOS; COSTA LEÃO, 2011).

No campo da saúde, na esteira das proposições internacionais racionalizadoras que se baseiam na chamada Atenção Primária, definida como estratégia de ampliação de cobertura e de participação social durante a Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata, em 1978, surgem propostas específicas dentro da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a atenção à saúde de grupos populacionais de trabalhadores. Ainda em 1983, o organismo da OMS para as Américas, a Organização PanAmericana da Saúde (OPAS), lança o Documento “Programa de Accion em la Salud de los Trabajadores” (OPAS, 1983) com diretrizes para a implantação de programações em saúde na rede pública de serviços sanitários e voltadas para aqueles que trabalham (LACAZ, 1997).

Tais manifestações dos órgãos internacionais reforçam a preocupação que vinha amadurecendo entre técnicos da área de Saúde Pública no Brasil e, com a posse, em 1983, dos novos governadores eleitos em 1982, delinea-se a possibilidade de que a Saúde Pública assumira papel ativo na condução de um movimento político-ideológico que ficaria conhecido como os Programas de Saúde dos Trabalhadores” (PSTs), com experiências que se desenvolveram particularmente em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul tanto no meio urbano como rural, a partir de 1984-85 (Ibid.).

Os PSTs são uma tendência mundial, influenciada por organismos internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que preconizavam ações de saúde ocupacional na rede de serviços de saúde pública desde a década de 1970, quando a crise socioeconômica do sistema capitalista começava a atingir níveis alarmantes (LACAZ, 2007).

Nestas experiências, os Serviços de Saúde Pública começam a nuclear a articulação entre as ações de assistência e vigilância (controle da nocividade) dos ambientes e locais de trabalho, envolvendo uma atuação interinstitucional que engloba órgãos da esfera federal como as Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs), a Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), em nível dos estados e a Universidade, com uma abertura para a participação e a gestão dos sindicatos, a valorização do conhecimento / saber dos trabalhadores, ao lado de tornar públicas as informações e dados sobre “de que adoecem e morrem os trabalhadores” (RIBEIRO; LACAZ, 1984).

Frise-se que estas questões vinham sendo ocultadas pela prática dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMETs) criados a partir de uma

imposição do Poder Executivo, através de Portaria do Ministério do Trabalho de 1975 – Portaria nº 3.460/75 – com a atribuição de tutelar à saúde dos trabalhadores, aliando os interesses de controle da força de trabalho com a produtividade e o lucro, o que os leva a manipular resultados de exames, demitir pessoas doentes, negar admissão e autonomia aos seus profissionais, o que contribui claramente para a perda de credibilidade de tais serviços junto aos trabalhadores, instalando-se uma crise que se agravou a partir da implantação dos PSTs (Mendes, 1986; Rebouças et al., 1989) e das mudanças introduzidas pelo MT na Norma Regulamentadora 4, que trata dos SESMETs (LACAZ, 1997).

Nesse tempo de criação de programas de saúde do trabalhador, ocasião em que se aglutinava uma massa crítica ao modelo vigente, desde a criação do DIESAT, a emergência do debate sobre a relação saúde-trabalho na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o engajamento de diversos intelectuais, trabalhadores e profissionais em várias frentes – sindicatos, órgãos de fiscalização do trabalho, serviços de saúde, faculdades de medicina, entre outras – moldaram as iniciativas na luta pela mudança do modelo (FADEL; RIBEIRO, 2011).

De acordo com o mesmo autor, a criação do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), em 1985, vinculado a então Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, contribuiu para a formação de especialistas em saúde do trabalhador, a partir de 1986, fato que agregou novos atores institucionais à luta pela mudança.

De certa maneira, a proposta dos PSTs – Programas de Saúde do Trabalhador - também fora inspirada no modelo da Reforma Sanitária Italiana que teve como um dos seus pilares a luta pela saúde na fábrica e o controle da nocividade do trabalho a partir da centralidade de ação dos sindicatos de trabalhadores nos locais de trabalho, usando como metodologia de intervenção o Modelo Operário Italiano.

Esta pauta de questões teve momento privilegiado de enfrentamento, que foi o processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, que teve início nos anos anteriores e que, no campo da Saúde, tem a referência à realização da 8 Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, e a 1 Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores em dezembro do mesmo ano. Importantes espaços de participação dos movimentos sociais / sindicais não conseguiram superar as dificuldades interpostas pelas elites no sentido da democratização das relações nos ambientes e locais de trabalho.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 1ª CNST, realizada em Brasília, no período de 01 a 05 de dezembro de 1986, contou com a participação de 526 pessoas, das

quais 399 foram delegados e 127 observadores. Após a realização de pré-conferências em 20 estados, o conjunto de questões significativas para a Conferência foi incorporado em três temas: 1- Diagnóstico da situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores; 2- Novas Alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores; 3- Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores.

Fadel de Vasconcellos (2007) ratifica que, somente em 1986, com a realização da 1 Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (1 CNST), como desdobramento proposto pela 8 Conferência Nacional de Saúde (8 CNS), é que a expressão “Saúde do Trabalhador” ganhou contornos mais contundentes no campo da saúde pública, na medida de sua vinculação ao paradigma sanitaria da própria 8 CNS. Ainda assim, o relatório final da 1 CNST assinalava a necessidade de “Diagnóstico da Situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores e política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores”. O termo “segurança”, complementar à expressão “saúde”, ao não reconhecer que segurança no trabalho é parte indissociável da condição de saúde no trabalho, demonstrava com seu conteúdo simbólico a forte influência corporativa do campo da engenharia de segurança a forte influência corporativa do campo da engenharia de segurança no discurso técnico-político.

O entendimento de que a saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional possibilitou conceituá-la como resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica. Em síntese, saúde dos trabalhadores significa: condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organização e participação livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito à relação vida, saúde, trabalho; acesso a serviços de saúde, com capacidade resolutiva, em todos os níveis; recusa ao trabalho sob condições que desconsiderem estes e outros tantos direitos. Portanto, no plano do Direito *o direito à saúde precisa expressar, também, direito ao trabalho, direito a informação, direito a participação, direito ao lazer.*

A Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais de 1989 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 ratificaram boa parte do discurso da mudança, contemplando algumas das grandes questões de saúde do trabalhador. Com a legislação de saúde referendando e, mesmo estimulando ações de saúde do trabalhador no setor saúde, foram sendo criados novos programas de saúde do trabalhador praticamente em todo território brasileiro, chegando-se em 1994 a uma centena e meia de programas. Nesse percurso desde os anos 1980, os programas de saúde do trabalhador adquiriram um formato de área programática de saúde calcados numa

mudança de base conceitual que, todavia, não foi suficiente para agregar valores mais ousados de transformação do modelo que se pretendia. Os Programas de saúde do trabalhador, em sua intenção de mudar o modelo, foram insuficientes para alcançar o êxito que o discurso transformador da área esperava: mudar o quadro epidemiológico gravíssimo de doenças e acidentes de trabalho no Brasil (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011).

Ficou evidente, portanto, que formular uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores – capaz de contemplar toda a população trabalhadora - implica entendê-la e configurá-la no âmbito de uma proposta abrangente da Política Nacional de Saúde.

Contudo, é importante situar que, ainda se tratando sobre o processo de Reforma Sanitária que culminou na consolidação do Sistema Único de Saúde, de acordo Fleury e Mendonça (1995) no Brasil, as questões da saúde do trabalhador são o ponto mais frágil da reforma. Impedida de controlar o processo produtivo, a reforma ficou restrita a atender os efeitos deletérios de um processo de trabalho e consumo da saúde do trabalhador. O núcleo da reforma não está centrado nas condições de saúde do trabalhador, mas sim no direito à atenção à saúde do cidadão, ocorrendo assim, o deslocamento de atenção da esfera produtiva para a esfera da reprodução.

Desenvolvendo um estudo comparativo das reformas do setor saúde na Itália e no Brasil, Berlinguer (1988) afirma que o Movimento Sanitário brasileiro se assemelha ao italiano por serem os dois únicos casos de grande mobilização política e social em torno das reformas no sistema de saúde. No entanto, diferem bastante em sua base social e suas estratégias de luta. No caso italiano, há uma concentração social e política nas questões relativas à saúde nas fábricas, já que as grandes centrais sindicais e os partidos de massa de base popular são as forças sociais impulsionadoras do processo de reforma. No caso brasileiro, a base social do Movimento Sanitário está concentrada, desde suas origens, nas camadas intelectuais e da burocracia pública, ampliando com a inclusão dos movimentos populares.

Em 1994, cerca de oito anos depois da 1ª Conferência, foi realizada a 2ª CNST. Nesse evento foi discutida a necessidade de formulação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) que envolvesse pelo menos os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social, tomando-se como base as diretrizes e princípios do SUS.

No entanto, nessa oportunidade, ficou muito clara uma disputa de poder entre o Ministério do Trabalho e o Ministério da Previdência Social em relação ao Ministério da Saúde. Os dois primeiros resistiram a adotar os princípios e diretrizes do SUS, o que inviabilizou a proposta da PNST nos 15 anos que se seguiram.

Nos dias atuais, observa-se que a abordagem das relações trabalho-saúde vem passando por um claro retrocesso em relação aos princípios e diretrizes que deram origem ao campo. Isso pode ser observado na prática e também na fragmentação do conhecimento com que as questões são pesquisadas. A própria proposta programática do Ministério da Saúde privilegiou a assistência nas ações da rede de saúde do SUS, ao que vem somar-se a fragilidade do movimento sindical no enfrentamento das questões de saúde. Tal observação pode também ser apreendida nas Resoluções da 3a CNST, realizada em novembro de 2005 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2006). Nela foi retomada a discussão de uma PNST, tema já pautado na 2a CNST.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Este capítulo aborda a construção da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de percorrer uma verdadeira trilha na busca daqueles fatores essenciais para o entendimento da saúde do trabalhador como uma configuração assumida pelo Estado, nos distintos governos desde a década de 1990 até os dias atuais, com o presente governo usurpador e ilegítimo. O questionamento de fundo que embasa a discussão é como foi implantada a política de saúde do trabalhador, qual a sua sustentação, como está organizada. Introduzimos neste capítulo o tema da saúde no Brasil nos anos 1990 e 2000 considerando as modificações e posturas políticas determinantes para os modelos regressivos implantados naquelas duas décadas, influenciados pelas propostas neoliberais. Em sequência, abrimos um pequeno debate sobre a participação dos trabalhadores expressa através da formalização do controle social na Saúde, que conta hoje com um complexo de conselhos de saúde nas três esferas de poder, e ainda com conferências periódicas em âmbitos nacional, estadual e municipal, com centralidade nas Conferências de Saúde do Trabalhador realizadas. Uma breve análise desta agenda participativa, bem como dos seus instrumentos principais, será objeto de nossa análise. Em prosseguimento neste mesmo capítulo buscamos analisar a constituição da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador com o debate teórico da área.

3.1 Os anos noventa e 2000 e a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: considerações iniciais

O ano de 1990 emerge com a necessidade de se dar resposta aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, projeto político que trazia consigo um forte sentido emancipatório, respostas que entram em confronto com interesses econômicos e a capacidade das elites brasileiras de hegemonizarem a política.

A recessão e o desemprego, promovidos pelos planos econômicos, com o início do desmonte de estruturas estatais, enxugamento do setor público por demissões e o início de privatizações de bens públicos, com todas as suas implicações sociais, seriam uma marca de toda a década de 1990.

A política de desenvolvimento econômico e industrial, posta em prática desde meados dos anos 1990, rivaliza com a perspectiva de dar prioridade ao trabalho emancipador da

criatividade e das potencialidades humanas, objetivo central do campo da Saúde do Trabalhador (LAURELL; NORIEGA, 1989; LACAZ, 2007).

De acordo com Firpo (2013), o campo da Saúde do Trabalhador encontra-se no limite possível dos avanços políticos e conceituais historicamente já construídos dentro do atual modelo de desenvolvimento seguido pelo país em sua inserção econômica e geopolítica no comércio global. Avanços pontuais, ainda que importantes, poderão ocorrer na medida em que atendam ou não firmem interesses estruturais ou conjunturais que conformam o modelo hegemônico. Por exemplo, ações de enfrentamento do trabalho escravo, redução da informalidade, melhorias pontuais em regiões e atividades econômicas nas quais riscos e problemas de saúde tenham implicações políticas e econômicas relevantes.

Neste sentido, a despeito dos avanços da Reforma Sanitária, do SUS e da Saúde do Trabalhador, continuarão a esbarrar na falta de apoio político e institucional em âmbitos federal, estadual e municipal sempre que ameaçarem os principais pilares das políticas de crescimento econômico. Uma política integral e intersetorial de Saúde do Trabalhador está longe de ser uma prioridade do modelo (FIRPO, 2013).

A denominada década perdida, encabeçada por lideranças festejadas pelo capital nacional e internacional, desenhou o trajeto do projeto das privatizações das políticas sociais.

Não obstante, mesmo diante política que se desenhava, alguns resultados da efervescência social dos anos 1980 configuraram importante contribuição para a legislação da área e continuam atuais. Assim se deu com a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Portaria/MS 3.120, de 01/07/98) e a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Portaria/MS n 3.908, de 30/10/98). (BRASIL, 1998).

Os pressupostos básicos da NOST/SUS podem ser sintetizados em: universalidade das ações, independentemente de vínculos empregatícios formais no mercado de trabalho; integralidade das ações, compreendendo assistência, recuperação de agravos e prevenção por meio de intervenções nos processos de trabalho; direito à informação e controle social, com a incorporação dos trabalhadores e seus representantes, em todas as etapas da vigilância à saúde; e regionalização e hierarquização, através da execução das ações de saúde do trabalhador em todos os níveis da rede de serviços, organizados num sistema de referência e contra-referência, local e regional.

Nos anos de 1990 e primeira década de 2000, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde concentrou esforços em um amplo processo de capacitação técnica,

para as ações de Vigilância e na Atenção Básica da Saúde; a elaboração de protocolos⁴, normas e diretrizes, entre as quais, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) em 1997; a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e o *Manual de Procedimentos* para orientar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde, publicado em 2001; edição da medida provisória nº 316 de 11 de agosto de 2006 facilitando o reconhecimento das doenças ocupacionais pelo INSS; o desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador para os Sistemas de Informação em Saúde e uma proposta de “Política Nacional de Saúde do Trabalhador”, colocada em consulta pública, denominado *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador*, disposto na Portaria Interministerial nº 800, de 03 de maio de 2005. Seu texto foi a proposta oficial da política de governo, neste período⁵.

Corroborando o fato de que a ressurreição da expressão “segurança do trabalho” demarca em um evidente retrocesso conceitual do campo político da Saúde do Trabalhador. De acordo com Nobre (2013), assistimos ao longo da década de 1990 à morosidade, quando não o engavetamento, de diversas propostas inovadoras, como é o caso da CIPA totalmente eleita pelos trabalhadores. Por outro lado, à criação de comissões tripartites, funcionando somente mediante consensos, evitando que propostas contrárias aos interesses empresariais sejam arrastadas por décadas. Vejamos o exemplo ímpar do acordo e legislação sobre o benzeno, que até hoje sofre pressões empresariais em direção a seu retrocesso e somente resiste pelo compromisso e propósitos comuns compartilhados entre auditores fiscais do trabalho e técnicos do SUS, em aliança com os trabalhadores. Não tendo conseguido, até então, ampliar essa experiência para outros agentes químicos, finalmente, este ano, a Previdência Social assumiu a avaliação qualitativa da exposição a substâncias carcinogênicas nos processos de aposentadoria especial (BRASIL, 2013).

A estrutura do Ministério da Saúde até o ano 2002 comportava duas secretarias estratégicas. Uma, a Secretaria de Assistência à Saúde - SAS, com um enfoque regulador e financiador das ações da rede assistencial e um caráter operacionalizador da política. Outra, a Secretaria de Políticas de Saúde - SPS, com um enfoque voltado para a formulação da

⁴ Os Protocolos de Atenção à Saúde do Trabalhador têm o objetivo de homogeneizar e subsidiar diagnóstico, tratamento e vigilância, para os agravos de notificação compulsória- Portaria GM/MS777/04. São os seguintes: Trabalho infantil; Acidentes de trabalho; Anamnese ocupacional; Exposição a chumbo metálico; Perda Auditiva Induzida por Ruído; Pneumoconioses; Riscos químicos por exposição a benzeno; Câncer relacionado ao trabalho- Leucemias Mielóide; Dermatoses ocupacionais; Exposição a material biológico.

⁵ Para sua elaboração, foi constituído um GT Interministerial (Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social), que elaborou documento de minuta de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, publicada para Consulta Pública até dezembro de 2005, por meio da Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005. Esta Portaria foi objeto de discussão na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e, após receber contribuições, foi aprovada.

política, propriamente dita, e um caráter implementador de ações programáticas, dentre as quais a Saúde do Trabalhador, corporificada na COSAT – Coordenação de Saúde do Trabalhador (área técnica da Saúde do Trabalhador).

As duas secretarias confluíam em vários momentos para os mesmos objetos programáticos, mas não se comunicavam institucionalmente de forma sistemática no aprimoramento desses objetos. As (infrutíferas) tentativas de aproximação para consolidar a fratura institucional partiam, invariavelmente, da COSAT, considerada a legítima área programática de Saúde do Trabalhador, no Ministério da Saúde. Marchas e contramarchas estruturais, no âmbito do Ministério da Saúde, levaram a área de um lado a outro: vigilância sanitária, assistência à saúde, até se instalar na Secretaria de Políticas de Saúde - SPS, em 1998. No ano 2000, voltou a ser fragmentada com a criação de uma área paralela (FADEL DE VASCONCELOS, 2007).

Somente em 2003, no início do 1º governo Lula, foi unificada sob a rubrica de Área Técnica de Saúde do Trabalhador - COSAT, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS.

Há um hiato de tempo muito grande entre uma determinação legal (Constituição Federal de 1988) e a incorporação desta na estrutura do setor saúde. Leia-se incorporação hierárquica institucional.

Aqui cabe um esclarecimento, pois as ações de saúde do trabalhador historicamente já eram desenvolvidas através de um movimento político-ideológico que ficariam conhecidos como Programas de Saúde dos Trabalhadores (PSTs), com experiências que se desenvolveram particularmente em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul tanto no meio urbano como rural, a partir de 1984-85 (LACAZ, 1997).

A implementação da Saúde do Trabalhador no SUS enfrentou diversas dificuldades, tais como: falta de condições de trabalho para as equipes, ausência de pessoal qualificado com vínculos estáveis para o exercício das funções, entre outras. Muitas instâncias de Saúde do Trabalhador se viam sufocadas por impedimentos políticos para a efetivação de suas ações, devido à sua não priorização na agenda da gestão, e o uso do campo da saúde em função de interesses particulares (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

Vasconcellos e Silva (2004) consideram o ano de 1990 um divisor de águas entre as práticas voluntaristas e periféricas ao sistema de saúde e a necessidade de respostas aos princípios legais norteadores nele previstos, de modo legítimo e não clandestino. Nesse período, a marca se dá na audácia de tornar realidade as conquistas legais.

Neste contexto em que o Estado regula os conflitos entre capital-trabalho de forma pouco efetiva, foi aprovado o decreto presidencial que trata da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PNSST (BRASIL, 2011) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT, através da Portaria MS nº 1.823/2012 (BRASIL, 2012).

Com um hiato de tempo longo, desde a concepção do SUS em 1990, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora publicada em 2012, no primeiro Governo Dilma, é um documento que retrata muito bem a disputa entre os sujeitos políticos envolvidos na concepção da política e assinala o aprofundamento de relações entre o capital e o trabalho e as disputas interministeriais.

Fadel de Vasconcelos (2007) já alertava na sua Tese de Doutorado sobre como se desenhava esta política, uma migração para uma utopia mais "politicamente correta" aos olhos do mundo, que ainda possuísse algum recheio ideológico de esquerda. Nesse contexto, grande parte da esquerda ao adotar, no cenário internacional, a luta por uma utopia reformista do desenvolvimento mundial, sem continuar confrontando diretamente a burguesia capitalista internacional, acabou por estabelecer uma aliança tácita com o poder econômico transnacional.

Contudo, um componente curioso neste debate é a existência de duas Políticas. Além da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (publicada tardiamente no final do ano de 2012, após intensas revisões e disputas conceituais nas mesas de negociações do Ministério da Saúde) tem-se também a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, publicada através do Decreto n 7.602, de 07 de novembro de 2011, assinada pela Presidente da República Dilma Rousseff e os ministros do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social - concebida com a pretensão de integrar as ações de Saúde e Segurança do Trabalho dos três ministérios – fato que não ocorreu e sim aprofundou a fragmentação, a disputa entre os Ministérios e a subsunção da saúde ao capital.

Para Fadel de Vasconcelos (2013) ao erigir duas políticas de saúde do trabalhador, o Estado brasileiro assumiu sua intenção de não ter nenhuma política de Estado para a área. De acordo com o mesmo autor, quem tem duas políticas não tem nenhuma e como resposta contra hegemônica a este "buraco" político do Estado, existe uma política de fato (mais propriamente um conjunto de ações) no âmbito do SUS, porém compreensivelmente débil, frágil, pontual e pouco resolutiva, a despeito do esforço feito pela Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) e por uma parcela expressiva da Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST).

De acordo com Nobre (2013) o primeiro documento de uma política nacional de saúde do trabalhador foi construído entre 1999-2000, Governo de FHC, por grupo de trabalho constituído pelo Ministério da Saúde. Foi apresentado e discutido em seminário público realizado na Câmara de Deputados no início de 2001. Com a argumentação de que deveria ter um plano de aplicação de recursos financeiros, o que evidentemente era necessário, mas que não foi providenciado, o Ministério da Saúde engavetou a proposta. Somente em 2004, já no Governo Lula, a Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde retoma internamente o documento da PNSST de 2001 e elabora nova proposta, que acaba sendo substituída pelo processo então em andamento no GEISAT desde sua reativação em 2003. A atual PNSST foi resultado do engavetamento da PNSST produzida pelo GEISAT, lançada e colocada em consulta pública na 3ª CNST em 2005. Este processo foi interrompido e a política passou a ser elaborada por uma comissão tripartite intersetorial, composta por bancadas de governo, empresarial e de trabalhadores (centrais sindicais), criada em 2009, que resultou na PNSST publicada em 2011. Não era a primeira vez que se alterava o nome da política, nem a primeira em que se descartava a produção do GEISAT.

Nobre (2013) ratifica ainda que independentemente do processo da PNSST, em 2008, gestores, técnicos e coordenadores estaduais de Saúde do Trabalhador (ST), reunidos em Brasília, deliberam pela retomada da elaboração da política de ST no âmbito do SUS, para o qual se constitui grupo de trabalho com representações estaduais, sob coordenação da área técnica do Ministério da Saúde. Ao longo de 2009, ocorrem reuniões do GT e oficinas de trabalho com a participação de outros atores. Em maio de 2010, o GT apresenta a primeira versão da política, a qual é apresentada em algumas instâncias de gestão e controle social, a exemplo da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Nacional de Saúde (CIST/CNS), no 4º Encontro Nacional da RENAST (30 junho a 1º julho), no Conselho Nacional de Saúde (julho 2010), no III Encontro das CIST (dezembro 2010). Após, passa por discussão no Colegiado da Secretaria de Vigilância em Saúde; vai para consulta pública (30 dias); recebe mais sugestões de conselhos de saúde, estaduais e municipais e de outros atores sociais; passa por discussão e pactuação nas instâncias e esferas de gestão do SUS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissão Intergestores Tripartite (CIT); retorna para discussão e aprovação no Conselho Nacional de Saúde; passa por revisão jurídica da Procuradoria do MS; nesse processo, a proposta incorpora sugestões e vai sendo aprimorada, resultando na atual PNSST, Portaria MS/GM nº 1.823, publicada em 23 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012). Desse modo, a PNSST, mesmo tendo sido aprovada e publicada em 2012,

após a PNSST, não pode com ela se confundir. Os princípios, os objetos, os processos de construção, as participações sociais, as pactuações foram bastante diversas.

Desse modo, a PNSTT alinha-se internamente com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Do princípio da universalidade decorre que são sujeitos da PNSTT 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. Com exceção de parcelas de trabalhadores formais, os demais são praticamente invisíveis para os serviços de saúde em suas necessidades e especificidades enquanto trabalhadores.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador, pela natureza de seu objeto, necessariamente possui interfaces com diversas áreas e políticas públicas como Previdência Social, Trabalho e Emprego, Educação, Meio Ambiente, entre outras. Devido à abrangência de seu campo de ação, deve apresentar caráter intra-setorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e intersetorial (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem interdisciplinar e com a gestão participativa dos trabalhadores.

Publicada (tardamente) no final do ano de 2012, após intensas revisões e disputas conceituais nas mesas de negociações do Ministério da Saúde apresentou como deliberação importante de incluir 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 (art. 3).

Esta ampliação da atenção ao conjunto da classe da trabalhadora - independente da 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, urbano ou rural (art. 3) - é crucial neste momento de superexploração e desregulamentação do trabalho manifesta nas propostas governamentais e o receituário do capital financeiro internacional.

Todavia, repetimos que ela nasce com uma formatação reduzida, focalizadora, mercantilista e contraditoriamente revestida de categorias estranhas e alheias aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – *vulnerabilidade e risco social* - ou seja, ao mesmo tempo em que menciona universalizar a atenção a Saúde do Trabalhador, intenta focalizar as ações a “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” (Art. 7º). Seguindo, portanto, o que pode ser intitulado um provável processo de “assistencialização” da Política de Saúde do Trabalhador.

A terminologia (ou “termo síntese”) assistencialização é uma das polêmicas que tem orientado o debate dentro e fora do Serviço Social acerca das alterações nas políticas sociais nos últimos anos. Entendemos que a assistencialização das políticas sociais se refere ao processo em que, na Seguridade Social, a Assistência Social passa a adquirir centralidade dentre suas políticas sociais, e sua dimensão assistencial passa a ter conexão com as demais políticas sociais, na medida em que o combate à pobreza torna-se política específica e prioritária (mediada pela assistência social) e o processo de precarização e privatização dos serviços sociais estruturante, como vimos, é a lógica instalada no trato das expressões da “questão social”.

Embora o termo “assistencialização” esteja em discussão no interior da categoria de forma mais explícita na atualidade, com a promoção da PNAS e do SUAS, este termo foi utilizado em 1995 por Mota, quando publicou sua tese de doutorado “Cultura da Crise e as tendências da Seguridade Social”. A autora na época identificava algumas tendências na Seguridade Social que apontavam para este processo, conjugando a expansão da Assistência Social com a privatização da Saúde e da Previdência Social, marcando alterações significativas neste “tripé” da proteção social desde a década de 1990 (MOTA, 2009).

Entendemos que o processo de assistencialização das políticas sociais no Brasil está pautado na forma como elas se organizam desde finais do século XX, referenciada nas orientações dos organismos internacionais que apontam para a focalização das políticas sociais, seus programas e projetos no combate à pobreza. Na contemporaneidade esta política na sua prática concreta veio se consolidar como uma política para os mais pobres, focalizada e emergencial, orientada para atender a população em situações de risco ou vulnerabilidade social (categorias explicitadas, inclusive, na PNSTT, conforme já mencionado).

Os maiores entraves, limites e desafios da Saúde do Trabalhador no SUS são os próprios limites, nós críticos e desafios de todo o SUS. Como um processo de reforma social

concebida em um momento de crise de hegemonia e na defesa da democratização do Estado e da sociedade, vai perdendo força e vigor, ao tempo em que vai se institucionalizando. Alguns nós críticos são praticamente unanimidade também entre técnicos e gestores do SUS. Um dos mais importantes, o subfinanciamento do setor, atinge todas as áreas do SUS e explicita a contradição de uma política que, para garantir direito à saúde, amplia o acesso da população aos serviços de saúde ao mesmo tempo em que permite e fomenta o crescimento exponencial dos investimentos no setor privado de saúde. (SANTOS, 2009).

O diagnóstico apontado nos documentos ministeriais, relatórios de gestão, em pesquisas, nos encontros regionais e nacionais, dá conta de diversos nós críticos, que vão de dificuldades de gestão da política, das insuficiências do planejamento, de insuficientes e ou inadequados indicadores de monitoramento e avaliação, até as fragilidades técnicas, na assistência e na vigilância, na produção e análise de informações. Afora isso, os insuficientes recursos são desigualmente distribuídos, sendo aplicados majoritariamente em serviços hospitalares e procedimentos assistenciais de média e alta complexidade, pouco restando para a atenção básica ou saúde da família ou para ações de promoção da saúde e vigilância em saúde. É assim na atenção de uma forma geral e é assim na Saúde do Trabalhador. A PNSTT deixa claro que o financiamento das ações de saúde do trabalhador deve ser responsabilidade dos três entes da federação, União, estados e municípios, e que deve ser compartilhado entre os diversos blocos de financiamento hoje existentes no SUS, além de ser possível acionar outras fontes de financiamento. Será necessária muita pressão social e gestão para que o que está escrito saia do papel e apareça na vida real, na política real (NOBRE, 2013).

Se, historicamente, a área da saúde do trabalhador transitava no âmbito da saúde pública e coletiva de forma periférica, marginal, contra hegemônica, envolta em uma indefinição institucional e da desfiliação recorrente que lhe foi imposta, aspectos que também contribuíram para o seu “enraizamento institucional tardio”, hoje transita em meio à tensão entre o direito à saúde e a ofensiva privatista que vai debruçar a saúde pública.

3.2 A Saúde do Trabalhador nos Governos do Partido dos Trabalhadores e no governo ilegítimo de Temer

Conforme colocado em capítulos anteriores, advindo de um processo constituinte com marcada participação dos movimentos social e sindical, a Saúde do Trabalhador passa a ter nova definição e novo delineamento institucional a partir da Constituição Federal de 1988,

com a instituição do Sistema Único de Saúde e sua incorporação enquanto área de competência própria da saúde ao longo da década de 1990, constata-se que isto não ocorreu.

No âmbito do Ministério da Saúde, viu-se um lento desenvolvimento da participação do SUS nas ações de Saúde do Trabalhador, com avanços e retrocessos, mas o grande destaque é a implementação da RENAST – Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, concebida e iniciada no Governo FHC – Fernando Henrique Cardoso, apoiada e ampliada no Governo de Luís Inácio Lula da Silva, apesar dos considerados vazios conceituais e operacionais, principalmente, no sentido de aperfeiçoar o papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs).

É neste período do governo do Partido dos Trabalhadores (Luís Inácio Lula da Silva [2003-2006; 2007-2010], quanto pelo de sua sucessora, também petista, Dilma Rousseff [2011-2014]) que se desenhou o arcabouço legal jurídico e político da Política de Saúde do Trabalhador com todos os seus entraves impostos pelo Estado capitalista, entre eles, redirecionamento do fundo público no sentido dos interesses do capital.

A Saúde do Trabalhador auferiu um espaço, ainda que estreito, na arena política do governo de coalizão de Luís Inácio Lula da Silva, concomitante com a suposta gestão democrático-popular apresentada nos primeiros quatro anos, de resto desmentida pela realidade. Ambíguo, é bem verdade, com feições, ao mesmo tempo, conservadora e progressista, assim como foi seu governo.

Levando em conta o longo lapso de tempo entre a conformação legal enquanto política de Estado pode-se afirmar que o governo do Partido dos Trabalhadores, apesar do giro à direita (Netto, 2004; Braz, 2004) na condução da política macroeconômica, teve um papel central na retomada da atenção a Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde, com a publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST através do Decreto n.º 7.602, de 07/11/2011 e, em especial, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, mesmo com os limites que serão evidenciados posteriormente.

O verdadeiro “encanto” que envolve a figura de Lula da Silva entre os círculos de esquerda no exterior do Brasil não é gratuito: de uma parte, resulta de uma trajetória iniciada em plena ditadura (1964-1985), no curso da qual o jovem líder sindical fundou um partido (o Partido dos Trabalhadores, o PT) com raízes operárias, tornou-o um partido de massas e, com um discurso vago e aparentemente anticapitalista, chegou à Presidência da República. De outra parte, resulta da firme oposição que manteve as propostas neoliberais conduzidas pelos

dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e da política externa independente que veio sustentando desde 2003.

De início (anos 1980), se a tática de implementação de reformas radicais era democrática e popular, em face da impossibilidade da luta direta pelo socialismo, posto que a correlação de forças e o grau de consciência precisavam ainda obter ganhos de musculatura, diante do novo quadro (anos 1990), com o recuo do acúmulo inicial, as reformas praticamente saem de cena, reduzindo o programa a um horizonte democrático apenas. (IASI, 2006).

O governo Lula sucumbiu diante do imperialismo e da burguesia brasileira como produto de uma estratégia política consciente. Lula foi um interlocutor do governo norte-americano para os governos venezuelano, boliviano e equatoriano, elogiado pela sua responsabilidade por ninguém menos do que Bush. Sua influência moderadora sobre Chávez, Evo Morales e Correa foi reconhecida por Washington, pelos governos europeus e até pelas burguesias locais. O PT beneficiou-se, em 2002, de um crescente mal-estar social que vinha se acumulando desde o início do segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso (ARCARY, 2011).

Entretanto, durante seu primeiro mandato (2003-2007), Lula da Silva deu plena continuidade à orientação macroeconômica implantada por Fernando Henrique Cardoso e seu Partido da Socialdemocracia Brasileira/PSDB – entregando, portanto, inteiramente confiável ao “mercado” e aos “investidores” e implementando a Lei de Responsabilidade Fiscal, exigida por instituições como o FMI e o Banco Mundial.

Se não avançou nas privatizações chamadas clássicas – processo escandaloso sob a presidência de Cardoso –, avançou de outro jeito, com outro tipo de privatização, mais sofisticada e agressiva que a de FHC. Conduziu a nível mais profundo a reforma previdenciária, que Cardoso não pôde levar a cabo precisamente pela oposição parlamentar antes comandada pelo PT. Governando com uma base parlamentar extremamente ampla (uma coalizão que agrupa interesses políticos francamente fisiológicos e oportunistas), o primeiro mandato de Lula da Silva praticamente imobilizou a oposição (liderada pelo PSDB) na medida mesma em que lhe roubou o programa econômico-social, que, naturalmente, envolvia o rigoroso pagamento da dívida pública (externa e interna). Há que notar, porém, uma diferença política importante, e que não pode ser menosprezada, entre Lula da Silva e seu predecessor – a sua relação com os movimentos sociais (NETTO, 2004).

O brilhante estudo de Iasi (2006) sobre as “metamorfozes” do PT ao longo de sua inserção histórica na luta de classes trás alguns elementos importantes que explica a marcha

tortuosa que culminou com o temeroso governo de então (mesmo que este estudo seja anterior aos fatos atuais).

Iasi (2006) destaca dois fatores conjunturais importantes que vão incidir nos rumos do PT a partir dos anos 1990: a derrota eleitoral de Lula para Collor, em 1989, e a queda do chamado “socialismo real” com o desmonte dos regimes políticos do leste europeu e o fim da União Soviética (1991). O primeiro num plano mais imediato, abre uma longa reflexão sobre os limites eleitorais atingidos e a suposta impossibilidade de ir além deste limite com a atual radicalidade programática e uma política de alianças restrita ao campo popular (assalariados e classes médias); o segundo fenômeno coloca o partido na defensiva quanto suas afirmações estratégicas socialistas.

Arcary (2011) destaca que, no período de 1994 a 2002, o PT manteve a posição de oposição, entretanto, não mobilizava a sua base de apoio para tentar impedir o governo FHC de governar. Após a vitória de Lula e, mais precisamente, depois da “Carta aos Brasileiros”, “o PT passou a ser o principal suporte da contenção social para garantir a governabilidade de Lula”.

A análise realizada por Behring (2004) explicita que, no plano econômico, todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC foram mantidos, permanecendo intocáveis: o superávit primário; a Desvinculação de Receitas da União (DRU); taxas de juros parametradas pela Selic; postas na política de exportação, com base no agronegócio; o inegotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; e o aumento da arrecadação da União.

O primeiro caminho do desmonte foi o da desconfiguração dos direitos previstos constitucionalmente. Estes não foram nem uniformizados e nem universalizados. Diversas *contrarreformas*, como a da previdência de 1998, 2002 e 2003, sendo as primeiras no Governo Fernando Henrique Cardoso e outra no Governo Lula, restringiram direitos, reforçaram a lógica do seguro, reduziram valor de benefícios, abriram caminho para a privatização e para a expansão dos planos privados, para os fundos de pensão, ampliaram o tempo de trabalho e contribuição para obter a aposentadoria. No âmbito da política de saúde, os princípios do SUS, como descentralização e participação democrática, universalização e integralidade das ações, foram diluídos pela manutenção cotidiana, apenas de uma cesta básica, que não assegura nem os atendimentos de urgência. É notória a falta de medicamento, ausência de condições de trabalho, de orçamento e de capacidade de absorção das demandas, o que se evidencia nas longas filas de espera por uma consulta ou internação. A política de

assistência social, por sua vez, não conseguiu superar a histórica focalização em segmentos ditos hoje “vulneráveis” ou nas chamadas “situações de risco” (BOSCHETTI, 2009).

Em relação aos servidores públicos, por exemplo, de 1991 até 2004, incluído as gestões de quatro presidentes (Collor, Itamar, Fernando Henrique Cardoso e Lula em seu primeiro ano), a categoria sofreu um intenso arrocho salarial e a retirada de mais de 70 direitos consignados no Regime Jurídico Único (Lei 8.112, de dez-1990). No primeiro ano de Lula, o governo do PT aprovou a reforma da previdência acabando com a aposentadoria integral dos servidores federais, impondo a idade mínima de 55 e 60 anos, respectivamente para mulheres e homens, combinada com 30 e 35 anos de contribuição, como critério para o direito a aposentadoria e recentemente foi aprovado o Funpresp-exe – Fundo de Previdência complementar.

A reação dos trabalhadores das instituições federais em 2003 contra a “reforma” da Previdência foi gigantesca; houve uma poderosa greve nacional e a CNESF – Coordenação Nacional das Entidades dos Servidores Federais chegou a colocar em Brasília mais de 70 mil pessoas em um ato nacional de protesto contra o governo Lula. Foi a primeira categoria de trabalhadores a romper as ilusões com o governo de Frente Popular.

Com a iminente perda de sustentação e apoio no serviço público – várias entidades se desfiliaram da CUT –, o governo promoveu algumas concessões salariais, surfando no crescimento econômico e no aumento substantivo da arrecadação. Essas concessões, contudo, foram efetuadas através de gratificações, adicionais de titulações e reestruturação de carreiras, valores que não são transferidos integralmente quando o servidor se aposenta. Por outro lado, o formato de negociação – específica por setor – levou divisão à categoria e aprofundou, ainda mais, as distorções salariais no serviço público.

O crescimento econômico foi canalizado para os interesses da burguesia; subiram os percentuais de pagamento com a dívida pública e os desvios orçamentários da Saúde, Educação e Gastos com Pessoal, através da DRU – Desvinculação de Receitas da União aumentando a remuneração desses agiotas do mercado financeiro nacional e internacional. Além disso, houve substancial aumento dos investimentos e empréstimos do BNDES, a juros de compadre, para as empresas privadas.

De acordo com Arcary (2011), entre 2003 a 2010, em especial depois de 2006, o governo Lula conseguiu a maior estabilização social do regime político democrático eleitoral, algo que nenhum dos governos eleitos após 1989 tinha conseguido, isto é, uma anulação tão bem sucedida do protesto operário e popular. Durante esses anos de governo do PT, o partido conseguiu enfrentar a sua maior crise, em 2005, o mensalão. O partido evoluiu do

anticapitalismo para um pretense projeto antineoliberal. O leque de alianças avança para amplas forças sociais, incluindo o capital produtivo, seja nacional ou internacional, pois o novo inimigo seria o capital especulativo. A questão agrária resume-se ao problema dos latifúndios improdutivos. O projeto socialista, enfim, é substituído por um projeto de desenvolvimento nacional. Antes qualificado como popular, o projeto petista é agora apenas o democrático, com o PT sendo o único partido do cenário brasileiro capaz de combater a exclusão social, através da implementação de um virtuoso ciclo de expansão econômica sustentável e baseada no mercado interno. Sendo assim, Arcary (2011) sinalizou que os governos do PT foi uma experiência de “um reformismo quase sem reformas” ou governos quase sem reformas progressistas e muitas reformas reacionárias ou contrarreformas.

Reeleito em 2006, Lula da Silva, sem ferir a macro-orientação econômica que vinha desde 1995 e que prolongou e aprofundou em seu primeiro mandato, introduziu-lhe um diferencial, que inaugura o chamado “novo desenvolvimentismo”, que alguns intelectuais nomearam. Visível a partir de 2007/2008: através do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), o governo federal passou a bancar um forte processo de centralização/concentração de capital, oferecendo vultosos recursos financeiros a grandes grupos capitalistas para investimentos no país e no exterior (garantindo, inclusive, notável expansão de corporações brasileiras que já operavam no estrangeiro). E, no plano interno, através de iniciativas como o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), reverteu-se a curva descendente (que vinha do primeiro governo Cardoso) do crescimento econômico até então verificável, malgrado os impactos da crise internacional de 2008, que se manifestaram no país no ano seguinte (ARCARY, 2011).

O emblema maior do novo discurso desenvolvimentista do Governo foi o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Lançado em 2007, estabeleceu como prioridade investimentos em infraestrutura. Naquela ocasião, Lula entregou a sua coordenação à nova Ministra da Casa Civil, Dilma Roussef, escolhida para lhe suceder. O PAC foi o principal instrumento do discurso eleitoral da candidatura de Dilma. O tom desenvolvimentista do segundo mandato de Lula ganhou maior realce com a orientação adotada pelo Governo no enfrentamento dos efeitos da crise mundial, em fins de 2009. Com o PAC e o novo discurso desenvolvimentista, o Governo Lula se fortaleceu, conquistou o segundo mandato e, na sequência, elegeu Dilma Roussef como sua sucessora. O Brasil, “em obras”⁶, consolidava sua

⁶ Foram incluídas obras de grande envergadura, como as Usinas Hidroelétricas de Jirau e Santo Antônio, em Rondônia, a Usina Termelétrica de Pecém, no Ceará, a Transposição do Rio São Francisco e a construção da Ferrovia Transnordestina, no Nordeste, a Refinaria da Petrobrás, em Pernambuco. Foram, também,

posição como economia “emergente”. Foi sob tais condições que irromperam as lutas de milhares de peões da construção civil atuantes em obras do PAC, na forma de revoltas e paralisações, em março de 2011 (VÉRAS, 2014).

Mantidos tais parâmetros, não pode surpreender que, nos oito anos da presidência de Lula da Silva, o sistema bancário brasileiro tenha registrado seus mais altos ganhos, que o agronegócio (“agro-business”) tenha se convertido no modelo do desenvolvimento agrícola brasileiro, que a Bolsa de Valores tenha experimentado o que a grande mídia designou como uma “era de ouro” e que economistas a serviço do grande capital (nacional e transnacional) considerem que o tripé da economia brasileira – precisamente a fórmula defendida pelo FMI e o Banco Mundial: o superávit primário para o pagamento de juros, as metas da inflação e o câmbio flutuante – está “consolidado” (ARCARY, 2011).

Igualmente, não pode surpreender o apoio massivo das camadas populares: houve uma discreta recuperação do salário mínimo e, nos últimos três anos, uma ampliação do crédito que estimulou fortemente o mercado interno, ademais de uma política assistencialista que nenhum dos seus opositores admite mudar (seja por seu baixo custo, seja pelo grau de legitimação que tem conferido ao governo). Em suma: não pode surpreender a existência, hoje, no Brasil, de algo como o lulismo.

Mas é incontestável a satisfação dos setores majoritários da sociedade brasileira com os dois governos Lula da Silva. Nenhum observador atento da realidade do Brasil pode negar que o apoio a Lula da Silva envolveu a oligarquia financeira nacional e transnacional, boa parte das camadas médias urbanas, os trabalhadores organizados na Central Única dos Trabalhadores (a CUT, controlada pelo PT) e a grande massa trabalhadora (e mesmo para o contingente de “informais” e desempregados), além das pequenas, mas efetivas, melhoras nas suas condições de vida, conta o significado simbólico de um ex-trabalhador na Presidência da República (NETTO, 2004).

A despeito do movimento sindical Marcosin (2009) elucida que no governo Cardoso, a interlocução predominante foi com a Força Sindical. Com o governo Lula, a Força Sindical passou a segundo plano, mas não se colocou na oposição. Ao contrário, seus laços com a CUT estreitaram-se e Luís Antônio Medeiros — destacado presidente da Força Sindical e íntimo interlocutor do governo Cardoso — ocupou o cargo de Secretário das Relações de Trabalho no Ministério do Trabalho e Emprego. Frente a este quadro, uma parte dos

contemplados programas de impacto social, como o “Minha Casa Minha Vida” e o “Luz para Todos”, respectivamente nos setores de habitação e de distribuição de energia elétrica.

sindicatos deixou a CUT, em meados de 2008, constituindo, no mesmo ano, a Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras Brasileiras (CTB). Neste período surgiram setores organizados de trabalhadores cuja posição ídeo-política colidia com as posições das determinadas centrais. No âmbito da oposição, os sindicatos que romperam com a CUT, como o Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas, de São José dos Campos, a Federação Única dos Petroleiros (FUP), o ANDES-SN e vários outros, — formaram a CONLUTAS e a INTERSINDICAL.

Dilma Rousseff chega ao poder com a mística de ser a primeira mulher eleita ao cargo presidencial do país. A atual presidente venceu as eleições devido à popularidade do presidente Luís Inácio Lula da Silva que a apoiou durante toda a campanha, uma vez que alguns petistas que tiveram seus nomes cogitados para a eleição perderam a possibilidade de serem candidatos por diversos motivos entre eles, a sucessão de escândalos que os envolvia, na maioria, por denúncias de corrupção (BRAVO; MENEZES, 2011).

Com a vitória de Dilma, houve algumas especulações com relação às linhas gerais que seu governo adotaria, sobretudo no que diz respeito a aspectos como política econômica, política externa, combate às desigualdades, postura com relação aos temas polêmicos como a legalização do aborto e regulação social do monopólio dos meios de comunicação. No início do governo, algumas ações mereceram preocupações como cortes orçamentários, restrição de investimentos, medidas de caráter privatista como a abertura do capital da Infraero, a privatização de aeroportos e a nova rodada de leilões do petróleo do Pré-Sal (MEDEIROS, 2011 apud MENEZES, 2014).

Como ocorreu no governo Lula, a maior parte do orçamento da união para 2011 foi destinado à rolagem da dívida pública. Todas estas medidas demonstraram que o governo Dilma não enfatizaria mais o social do que o governo anterior, e, sim, ao contrário, assumiria uma posição ainda mais privatista e comprometida com a manutenção do atual modelo econômico. Em 08/12/2011, o governo Dilma aprovou, no Senado, o projeto da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que lhe permitiu retirar 20% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para, entre outras finalidades, pagar juros da dívida aos rentistas e manter o superávit primário, renovando a sua vigência até 2015. Um aspecto importante a ser destacado foi que, desde os primeiros meses do governo Dilma, ficou visível a crescente insatisfação de diversos grupos sociais ligados aos setores subalternos (MENEZES, 2014).

Ainda segundo Iasi (2012), o governo da presidente Dilma, acossado e sem respostas substantivas para oferecer ao funcionalismo público e a greve, optou por direcionar o fundo público em auxílio ao capital privado em detrimento do setor público, resolvendo apresentar

como proposta projetos de Lei que limitam o direito a greve. O ano de 2013, mais especificamente o seu mês de junho, foi marcado pelas manifestações de massa e mobilizações do povo por mudanças estruturais, evidenciando um profundo descontentamento da população brasileira com as suas condições de vida. As manifestações se iniciaram por protestos contra o aumento das passagens e se desdobraram para uma multifacetada pauta que tem por centro a demanda por educação, saúde, contra os gastos com a Copa e seus efeitos perversos, como as remoções, e contra uma forma de política que mostra seus limites com representantes que não representam, eleitos por muitos e defendendo os interesses de poucos” (IASI, 2013).

De acordo com Braga (2013), a massa de trabalhadores que esteve presente nas mobilizações de junho foi o “precariado”, manifestando sua insatisfação com o atual modelo de desenvolvimento. O autor cita uma pesquisa realizada pelo Ibope durante as passeatas do mês de junho de 2013, a que sinalizou como principais problemas apontados pelos manifestantes os seguintes aspectos: saúde (78%), a segurança pública (55%), a educação (52%) e como principal razão dos protestos mencionaram a melhoria do transporte público (77%). Nessa direção, Braga (2013) afirma que esses trabalhadores precarizados estavam nas ruas em defesa dos direitos à saúde e educação públicas e de qualidade, bem como o direito à cidade.

A resposta da presidente Dilma às reivindicações se materializou em cinco “pactos”: pacto pela responsabilidade fiscal para garantir a estabilidade da economia e o controle da inflação; pacto pela reforma política, que inclui um plebiscito sobre o tema e a caracterização da corrupção como crime hediondo; pacto pela saúde, com a criação de novas vagas para médicos, a contratação de profissionais estrangeiros, mais vagas para estudantes de medicina e a aceleração dos investimentos na área; pacto pelo transporte público que prevê investimentos em obras de mobilidade urbana, mais desonerações e a criação do Conselho Nacional do Transporte Público para fiscalizar os gastos no setor; pacto pela educação pública (DEMIER, 2013).

Dilma, no primeiro mandato, assumiu com o discurso de que houve amplos benefícios ao funcionalismo federal e que, portanto, o momento exigia austeridade e controle fiscal, para evitar os efeitos da crise econômica mundial no Brasil. Por isso, tanto quanto qualquer outro governo burguês – incluindo o Governo Lula – decidiu por privatizar os Hospitais Universitários, a Previdência Social dos Servidores e imposição do arrocho salarial.

Assistiu-se desde décadas anteriores, o privilegiamento por parte do Estado, dos interesses privatistas. Na Saúde: através do sucateamento do setor público e privilegiamento

das empresas privadas de saúde – seja porque o Estado compra seus serviços, seja porque os trabalhadores acabam comprando planos de seguro-saúde; a influência da indústria tecnológica e farmacêutica também aponta altas taxas de lucratividade; Na Educação: o ensino como mercadoria – vide nos últimos anos, várias faculdades transformarem-se em universidades e receberem verba pública; Habitação: governo elaborando programas habitacionais de baixa qualidade para a população empobrecida, enquanto se superfatura o preço das mesmas. As grandes construtoras juntam lucros exorbitantes, veja o Programa Minha Casa, Minha Vida; Previdência Social: as empresas seguradoras vêm crescendo assustadoramente no mesmo compasso em que o INSS é quebrado pelo Estado.

É neste contexto de desmonte das políticas sociais, do serviço público e dos direitos trabalhistas e previdenciários que se deu o tom do debate eleitoral presidencial de 2013, com ambos os candidatos (Aécio Neves e Dilma) de mãos dadas com o capital financeiro internacional e o agronegócio - vide os acordos para pastas de importantes ministérios, tais como o Ministério da Fazenda com Joaquim Levy para e a pasta de Agricultura, Pecuária e Abastecimento com Kátia Abreu (PMDB-TO), apelidada de "rainha da motosserra" e "miss desmatamento" com um longo histórico de controvérsias com grupos ambientalistas e movimentos sociais.

Em 2014, com a reeleição de Dilma Rousseff (PT/PMDB), tais medidas apresentaram-se com maior força. Exemplo dessa ação foi, ainda em 2014, a instituição das Medidas Provisórias 664 e 665, aprovadas pelo Congresso Nacional em 2015, que retiraram direitos previdenciários e trabalhistas. Como ação orquestrada, também no âmbito do legislativo e do judiciário avançam os ataques aos direitos dos trabalhadores, como a aprovação pela Câmara dos Deputados do PL 4330/2004, que busca ampliar a terceirização do trabalho, e a consideração, pelo STF, da constitucionalidade das Organizações Sociais para prestação de serviços públicos.

O chamado ajuste fiscal evidenciou a aceleração da ofensiva do capital contra a classe trabalhadora. Esse projeto, executado pelo Estado (no executivo, legislativo e judiciário) busca, entre outros objetivos, consumir a transformação da saúde, educação e demais direitos sociais em mercadorias. Nessa esteira, o presidente do Senado apresentou no início de agosto, um conjunto de medidas necessárias para “retomar o crescimento econômico”, a chamada “Agenda Brasil”. Entre outras medidas, tal Projeto, se aprovado, representará o fim da gratuidade do SUS, nova contrarreforma previdenciária (com o aumento da idade mínima para aposentaria), ampliação das terceirizações e revisão das leis de proteção ambiental e de demarcação das terras indígenas.

Destarte que, um aspecto central para engendrar tais transformações no âmbito do Estado e da sociedade civil é a grande ofensiva ideológica em curso. Para manter-se como modo hegemônico de organização econômica, política e social, os arautos do neoliberalismo desencadearam inúmeras estratégias ideológicas e culturais, tendo a mídia como um instrumento decisivo de constituição de hegemonia. Tais estratégias têm sido bastante eficazes para garantir o consentimento e a legitimação dessas políticas por parte de amplos segmentos e evitar uma radicalização da luta de classes. Para as expressões mais radicalizadas de demandas e insatisfações, resta o isolamento político e/ou a coerção violenta (BEHRING, 2009).

Não há dúvida de que a governo do Partido dos Trabalhadores ao longo desses dos anos capturou o movimento sindical brasileiro com o aparelho de Estado. Além de garantir posições estratégicas nos fundos de pensão das empresas estatais, o governo preencheu cargos superiores de direção e assessoramento com sindicalistas. Posições de grande prestígio em empresas estatais também foram ocupadas por líderes sindicais. E não nos esqueçamos de que a reforma sindical de Lula oficializou as centrais brasileiras, aumentando o imposto sindical. Isso pacificou o sindicalismo (BIANCHI; BRAGA, 2012).

Contudo, o primeiro semestre de 2016 apresentou uma reviravolta da conjuntura política institucional com o impeachment de Dilma Rousseff, configurando-se o que poderia denominar de o fim da política de conciliação de classes evidenciada pelo Partido dos Trabalhadores.

Em menos de uma semana, o governo de Michel Temer, vice-presidente que chegou a Presidência graças a um processo de impeachment juridicamente questionado, mas apoiado entusiasticamente pela imprensa burguesa, ameaça acabar com os direitos sociais duramente conquistados pela luta da classe trabalhadora.

Os aliados da “base governista” de Dilma Rousseff, adulados por anos com todas as vantagens legais e ilegais, promoveram o espetáculo grotesco, como se viu na noite do impeachment, em 17 de abril. O governo Temer, portanto, se proclamou com ilegitimidade e espalhafato conservador, nomeando ministros mais corruptos, mais machistas e mais decididos a fazerem um pacote antipopular.

No último dia 31 de agosto, o Senado Federal concluiu o “julgamento” do processo de impeachment de Dilma Rousseff e consumou o já decidido afastamento da presidente eleita, com a entrega definitiva do cargo ao vice que, desde a aceitação da denúncia pela mesma casa legislativa, já ocupava a cadeira.

O crescimento das mobilizações protagonizadas pela direita, ao longo do primeiro semestre de 2015, assim como a articulação entre instâncias do judiciário e as grandes corporações da mídia para fritar o governo e o PT, em seguidas etapas da chamada “Operação Lava-Jato”, mantiveram em temperatura elevada o desgaste da 2a. gestão de Dilma ao longo de todo o ano de 2015. Na virada para 2016, a mudança no comando da política econômica parece ter sido o gatilho que acionou uma adesão quase unânime das associações empresariais à proposta do impeachment, impulsionando o movimento parlamentar pela derrubada de Dilma. Com a primeira etapa vencida em abril, quando a Câmara votou a admissibilidade do processo de cassação da presidente, os passos seguintes só vieram a confirmar a expectativa de fim de linha para os quase 13 anos de gestão petista no governo federal. (BADARÓ, 2016).

Anunciando a volta dos que nunca partiram, as forças conservadoras colocaram as cartas na mesa e tal como um cavalo de troia (inserido no Governo deposto através de alianças e alianças), usado como estratégia pelos gregos para derrotar os troianos, o Governo Temer assumiu o poder como um governo de madeira e oco por dentro, causando insatisfação até daqueles que o apoiaram.

Foi a culminância de uma ação política que envolveu manobras parlamentares comandadas por Eduardo Cunha – o ex-presidente da Câmara implicado em uma infinidade de denúncias de corrupção desde a década de 1990 -, colaboração ostensiva do poder judiciário, campanhas midiáticas orquestradas pelos grupos monopolistas que dominam o mercado da informação no país, combinadas ainda com mobilizações de parcelas significativas dos setores médios em algumas capitais do país, convocadas por organizações de direita financiadas interna e externamente para esse fim.

Trata-se de uma cultura política conservadora que domina as instituições brasileiras por meio do loteamento fisiológico do poder que Nobre (2013) nomeou de “pemedebismo” constituindo de um pacto da classe política dominante para blindagem da democracia em relação à participação real da sociedade civil. A lógica pemedebista preservou uma armadura institucional altamente capaz de controlar desde cima as mudanças democráticas, sempre preservando uma ordem política e social autoritária, negociando concessões carregadas de paternalismo.

De certo junho de 2013 suscitou um desarranjo da base aliada: a lógica pemedebista entrou em ebulição e a governabilidade foi sendo esvaziada. Entre 2011 e 2015, foram criados oito partidos políticos no Brasil. Os dois mais expressivos, PSD e PROS, estiveram coligados à Dilma nas eleições de 2014 e apoiaram o impeachment em 2016.

Apesar de heterogêneas e portando pautas múltiplas e difusas, aquelas manifestações tiveram um sentido de classe: representaram, pela presença das parcelas mais jovens e precarizadas da classe trabalhadora como protagonistas; pela predominância das pautas em defesa dos serviços públicos e pelo enfrentamento com o violento aparato repressivo do Estado brasileiro, uma ameaça vinda de baixo aos interesses da classe dominante. Demonstraram também que os governos petistas, em sua lógica de conciliação de classes, não eram mais capazes, dez anos após a chegada de Lula a presidência, de conter as lutas sociais via controle dos movimentos sociais burocratizados, ou através das ilusões do acesso subalternizado ao mercado de consumo e nem mesmo pelas políticas sociais focalizadas (embora de massas) que implementaram. E deveriam também ter servido de alerta para a esquerda anticapitalista, que não previu, não convocou e não conseguiu se apresentar enquanto tal naquelas jornadas, associada que foi pela maioria dos participantes às bandeiras vermelhas do Partido dos Trabalhadores.

Destaca-se ainda, neste pacote de ataque aos direitos dos trabalhadores, o documento concebido pelo PMDB, alardeado como um “Manifesto” do capital que propõe alavancar o crescimento econômico do país, denominado “Uma Ponte para o Futuro”, que entre outras medidas propõe ampliar a idade mínima para a aposentadoria, que não seja inferior a 65 anos para os homens e 60 anos para as mulheres, com previsão da idade mínima aumentar dependendo dos dados demográficos; a ampliação e execução de uma política de Privatizações; a redução dos gastos sociais em assistência, saúde e educação; o fim da CLT com a permissão de que as convenções coletivas prevaleçam sobre as normas legais; a “Intervenção no SUS” (não sabem o que fazer com ele, só dizem que está sem controle e que precisar ser “reorganizado”. Na prática, certamente são desculpas para justificar a redução dos repasses orçamentários para o Ministério da Saúde). E, a publicação da Portaria n 1482 de 04 de agosto de 2016 do Ministério da Saúde, no diário oficial do último dia 05 de agosto, que cria grupo de trabalho para discutir o projeto de plano de Saúde com caráter popular.

Como já não bastasse este cenário desfavorável no que tange ao Poder Executivo, encontram-se tramitando na Câmara e no Senado Federal alguns Projetos de Lei que podem contribuir enormemente com a destruição do Sistema Único de Saúde: A Proposta de Emenda à Constituição nº 241/2016, chamada pelo governo federal de Novo Regime Fiscal, que congela os gastos sociais por até 20 anos, apontando para a alteração dos critérios constitucionais de cálculo das despesas mínimas com Educação e Saúde; o Projeto de Lei Complementar nº 257/2016, que trata do “equilíbrio fiscal” de estados e municípios com medidas que vão do congelamento dos salários do funcionalismo público e do impedimento

de abertura de novos concursos, até a alteração da Lei de Responsabilidade Fiscal e da política de reajuste do salário mínimo; e a Proposta de Emenda à Constituição nº 451/2014, de autoria do deputado federal afastado Eduardo Cunha, que pretende exigir que todas as empresas contratem planos de saúde privado para os empregados; a ampliação da terceirização com o PLC 030 - antigo PL 43307 das terceirizações (brutal ataque à classe trabalhadora e um retrocesso sem precedentes), o PLS nº 555 de 2015 (SENADO, 2015), que visa mudar o estatuto jurídico de empresas públicas e de sociedades de economia mista para sociedade anônima (S/A), as reformas trabalhista e previdenciária, aprofundamento da política de privatizações e das terceirizações, como está ocorrendo na Petrobras, nos Correios, nos hospitais universitários, rodovias e aeroportos, dentre outros, são exemplos concretos da agenda de lutas.

Além da aprovação da prorrogação da vigência da Desvinculação das Receitas da União até 31 de dezembro de 2023, projeto este encaminhado pelo executivo federal ainda em 2015 e que autoriza a utilização de até 30% das receitas destinadas à Seguridade Social para outros fins, inclusive para a garantia do superávit primário e o pagamento de dívidas públicas ao sistema financeiro.

A Proposta de Emenda Constitucional número 241, que tramita em regime especial na Câmara dos Deputados, é a mais recente arma de choque da terapia administrada em quase todas as partes do globo que viveram crises capitalistas nas últimas décadas. Talvez não seja casual que ela esteja em vias de ser aprovada por um governo ilegítimo, desobrigado de aplauso popular para se manter no poder. A PEC 241 determina explicitamente a proibição de qualquer aumento real nos investimentos estatais em direitos sociais, políticas públicas e seguridade social por vinte anos no Brasil. Alterando tecnicamente os critérios pelos quais os gastos sociais são norteados, ela cria um “novo regime fiscal” para o país, delimitando a correção desses gastos sociais à taxa de inflação calculada pelo Banco Central no ano anterior. Atualmente, os gastos públicos em áreas sociais como saúde e educação são regidos por Emendas Constitucionais que estabelecem destinação escalonada de recursos, estabelecidos alguns mínimos, e podendo crescer conforme a arrecadação. Com a PEC, deixará de existir um mínimo de gastos sociais, e em seu lugar entrará um teto, um limite máximo cujo descumprimento será penalizado com ainda mais restrições orçamentárias para custeio de serviços públicos. Em termos orçamentários, a PEC 241 é uma verdadeira volta ao passado. Isso significa que se houver, hipoteticamente, algum município ou estado da federação que

⁷ Sobre o PL 4.330 e o tema da terceirização consultar, entre outros, o blog da Boitempo editorial, em especial Druck (2015).

decida, digamos, dar aumento real de salários aos servidores de qualquer área, isso será proibido, e, caso haja insistência na medida, haverá punições, como a proibição de realizar novos concursos públicos ou de progressões na carreira dos servidores. E, mesmo que a economia do país volte a crescer e a arrecadação aumentar, não poderá haver aumento na despesa em quaisquer áreas sociais. Contudo, Sintomaticamente, a PEC não prevê limite algum para o maior gasto público atualmente vigente no Brasil: o pagamento da dívida externa e interna, que já consome atualmente quase metade do orçamento federal. (HOEVELER, 2016).

Se nos primeiros 15 dias de governo, as ameaças de desmonte do SUS foram fortemente disseminadas, na sequência o ministro e sua equipe estão de fato iniciando a concretização dessas intenções. Obviamente, que na maioria dos casos, não será por meio de decretos que determinem o fim de programas e ações, mas sim por meio de cerceamento técnico, contingenciamento orçamentário e demais manobras que levam ao esfacelamento do SUS e o fortalecimento da assistência privada à saúde.

O trágico de todo o desenrolar da conjuntura atual em relação à Saúde do Trabalhador é o tempo histórico perdido. Do ponto de vista da Saúde do Trabalhador, o governo do Partido dos Trabalhadores, em especial Governo Lula, buscou envolver técnicos militantes históricos na concepção da política. No entanto, a alocação dos recursos para integrar a prevenção dos agravos à saúde nos ambientes do trabalho constituiu-se meramente simbólico se considerarmos que a votação recebida pelo governo veio principalmente na esteira dos trabalhadores organizados e das centrais sindicais. O trágico, portanto, é o tempo histórico perdido que no governo atual dificilmente se resgatará.

3.3 Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)

Conforme colocado anteriormente, em 2003, no início da gestão Lula, é concebida, no âmbito da Secretaria de Assistência do Ministério da Saúde, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador denominada COSAT – Coordenação de Saúde do Trabalhador (extinta no Governo Dilma em 2009), hoje denominada CGST - Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador e subordinada a Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador.

A COSAT teve como principal estratégia a reformulação e a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador – RENASt - estratégia que se mantém com a CGST - Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), consignada na Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002 (final do Governo FHC), ampliada com a Portaria GM/MS nº 1.068, de 04 de julho de 2005 e reformulada conforme a adequação aos mecanismos de gestão do Pacto pela Saúde através da Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009 – todas as portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – é composta pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador⁸ - CEREST, serviços sentinelas de saúde do trabalhador⁹ e municípios sentinelas em saúde do trabalhador e está *organizada como rede nacional de informação e práticas de saúde através de ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde, nas linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão do SUS* (Portaria n 2.728 de 11 de novembro de 2009).

A RENASt foi concebida como uma rede de informação, vigilância, capacitação, assistência, investigação, pesquisa, controle social, comunicação e educação em saúde do trabalhador, cuja trajetória vem denotando impasses e obstáculos para a sua efetiva implementação.

Sem que fossem superadas as dificuldades de articulação interna, em 2002, e sob críticas de diversos setores – COSAT, CONASS, CUT, entre outros, foi instituída a RENASt, baseada na versão elaborada pela SAS. As críticas recaíam, principalmente, sobre o processo de elaboração, em que ficou patente a desarticulação das áreas de política e de assistência do Ministério da Saúde e as divergências entre elas sobre o modelo da rede. Os técnicos da COSAT discordavam da tônica assistencialista da RENASt (FADEL DE VASCONCELLOS, 2007).

Fadel de Vasconcellos (2007) revela que entre as críticas à RENASt destacam-se aquelas advindas de setores como da própria COSAT (SPS) do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e da CUT, sobre o processo de elaboração, em que ficou patente a desarticulação das áreas de política e assistência do Ministério da Saúde e as divergências entre elas sobre o modelo da rede.

Em detrimento às experiências de vigilância e de controle social do estado do Rio de Janeiro e São Paulo e de outros estados, a conjuntura na área, em fins da década de 1990, indicava uma mudança de ênfase. A área afastava de princípios sanitaristas e voltava-se para

⁸ Nos últimos quatro anos do Governo do PT, houve um crescimento do número de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) habilitados, de 17 para 180. Hoje totalizam 210 CERESTs

⁹ A Rede Sentinela corresponde a serviços de assistência à saúde, indicados para executar procedimentos, diagnósticos, tratamento e notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Atualmente foram habilitadas 836 unidades sentinelas.

orientações assistenciais, evidenciadas pelo processo de criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). A nova proposta vislumbrava uma rede de abrangência nacional como ferramenta estratégica para disseminar princípios e práticas em saúde do trabalhador no SUS, em todos os níveis de atenção. Isso porque, o SUS, em sua missão sistêmica, não incorporou a centralidade do trabalho enquanto categoria fundamental na determinação social do processo saúde-doença da população (FADEL DE VASCONCELLOS, 2007).

Esse enfoque assistencialista gerou uma intensa polêmica no período compreendido entre as propostas da 1ª RENAST (2000) e da 2ª RENAST (2002). O seu registro histórico é um passo a mais para pensar a política de Estado. Apesar de que as relações entre as pessoas institucionais pudessem ser amistosas, criou-se com esse fato uma cisma institucional, de fundo conceitual e ético, em virtude do enfoque diferenciado na condução da política de saúde do trabalhador, como reflexo da vocação natural de ambas as secretarias. Daí surgem duas RENAST. Uma, a 1ª RENAST, proposta no ano 2000, no âmbito da SPS, cujo enfoque sistêmico perdeu-se em 2002 com a 2ª RENAST, cujo enfoque assistencial trouxe um aporte substancial de recursos originados na rubrica da alta complexidade e, portanto, da assistência. O caráter assistencial acabou sendo assumido pelos CERESTs, comprometendo sua capacidade potencial de revolucionar a área de saúde do trabalhador, numa linha mais ideológico-utópica transformadora, do que funcionalista (Idem).

A RENAST (2ª), consignada na Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, e ampliada com a Portaria GM/MS nº 1.068, de 04 de julho de 2005, ambas emitidas pelo Ministério da Saúde, apesar de seu vício original de foco assistencialista, trouxe inegáveis avanços para o campo da saúde do trabalhador. Podemos considerar como seus principais avanços a ampliação dos centros pelo país; a capacidade de possuir dotação orçamentária própria; desdobramentos na sua condução como a elaboração de protocolos de agravos e procedimentos; o estímulo ao intercâmbio entre os centros; o desencadeamento de processos de capacitação; e, entre outros, a manutenção de um status permanente de mobilização de seus componentes. Mas, as divergências conceituais assinaladas não foram superadas.

Esse processo histórico, portanto, foi permeado por embates e controvérsias, em que prevaleceu a proposta criada por técnicos da SAS, com forte viés assistencial. Apesar dessa iniciativa ter sido reconhecida como oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador no SUS e apoiada por alguns profissionais e técnicos dos CEREST e de determinados setores do movimento dos trabalhadores, a ausência da efetiva participação da sociedade nesse processo de elaboração suscitou várias críticas.

Conforme documento de divulgação do Ministério da Saúde, o processo de construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, pela Portaria GM/MS nº 2.2.728 / 2009, representou o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, reunindo as condições para o estabelecimento de uma política de estado e os meios para sua execução, articulando:

- A concepção de uma rede nacional, cujo eixo integrador é a rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST –, localizados em cada uma das capitais, regiões metropolitanas e municípios sede de polos de assistência, das regiões e microrregiões de saúde, com a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da Saúde do Trabalhador, integradas, no âmbito de uma determinada região, com a ação de outros órgãos públicos;
- As diretrizes para o desencadeamento de políticas estaduais que nortearão o processo de elaboração de um Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, pré-requisito para a habilitação dos Estados aos investimentos definidos na Portaria;
- Uma política permanente de financiamento de ações de Saúde do Trabalhador, alocando recursos novos, fundo a fundo para os estados e municípios.

O processo de descentralização orientou-se pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) - Normas Operacionais Básicas (NOBs) – publicadas em 1991, 1993 e 1996, editadas pelo Ministério da Saúde que vigorou nos anos de 1990, substituída pela NOAS / 2002 - Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) – publicada em 2001 e republicada em 2002 que estabeleceu duas condições de habilitação para os municípios: a *Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada* e a *Gestão Plena do Sistema Municipal* (Ministério da Saúde, 2002). O Pacto pela Saúde- Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 substituiu o processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão.

Atualizações na gestão do SUS trouxeram reforço para a institucionalização da área. A Portaria n. 399/GM/2006 criou o Pacto pela Saúde em seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão em Defesa do SUS. Apesar da ausência da Saúde do Trabalhador como prioridade, no conjunto das metas municipais e estaduais, a Portaria n 325/GM de 21/02/2008, que estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida em 2008, consagrou, na prioridade VII, a meta de aumento na notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

Apesar das críticas e dos desencontros institucionais observados no processo de elaboração desse instrumento, em particular à ênfase nas ações assistenciais, a portaria foi

apoiada pelos profissionais e técnicos dos CEREST e setores do movimento dos trabalhadores, que reconheceram na iniciativa uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador, no SUS (DIAS e HOEFEL, 2005:821). Pela primeira vez, seria possível contar com um financiamento extra-teto das ações, vinculado à operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador, em nível estadual e municipal.

Neste sentido, conforme assinala Fadel de Vasconcellos (2007), o apoio à 2ª RENAST foi compreensível. Há anos habituados a desenvolver ações contra-hegemônicas, em condições de penúria de recursos financeiros, materiais e de pessoal, os PST já estruturados e em funcionamento passaram a ver no incentivo financeiro propiciado pela Portaria RENAST uma capacidade adicional de fôlego e a possibilidade de revitalização de sua missão. Esse apoio dos PST à emissão da RENAST, enaltecido por ocasião da assinatura da portaria (DRUMOND e GALVÃO, 2002), foi um estímulo adicional para a realização de fervilhantes debates que acabaram por contribuir para a emissão de portarias acessórias e, inclusive, aceleração do processo de implantação de novos centros.

Mas, as divergências conceituais assinaladas não foram superadas, conforme o mesmo autor. Ao contrário, observa-se que a RENAST vem se consolidando cada vez mais como pólo assistencial, por isso, corre risco de consolidar seus centros como ambulatórios especializados. O foco assistencial das práticas, além de gerar um paralelismo com os equipamentos assistenciais já instalados, propicia que a rede se sinta desobrigada de prestar a assistência devida. Uma vez que exista um atendimento específico, os profissionais da rede tendem a encaminhar os trabalhadores para os CEREST, especialmente no caso de acidentes de trabalho e doenças mais visivelmente relacionadas ao trabalho. Além disso, a sobrecarga de trabalho, trazida pela prática assistencial aos técnicos dos CEREST, sufoca a possibilidade de redirecionamento para atividades de planejamento, processamento de informações, vigilância, ensino, pesquisa e, principalmente, articulação intra e trans-setorial, em especial com as instâncias de controle social.

Há um atraso na implantação de uma política efetiva para a Saúde do Trabalhador nos últimos 25 anos e, apesar do aumento de CEREST, estes apresentam uma série de problemas estruturais, recursos materiais, profissionais e salariais. Sem dúvida, esse é um paradoxo para a área expresso nos anos 2000: a institucionalização dos CEREST e a ampliação para 210 serviços até 2013, acompanhados, contraditoriamente, de um enfraquecimento da missão sanitária no campo da Saúde do Trabalhador, somados à ausência de uma política nacional para a área (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

Boa parte das ações em Saúde do Trabalhador no SUS passou a focalizar a atenção às patologias da população. No entanto, o esforço da Saúde do Trabalhador parte do outro paradigma, não-hospitalocêntrico e medicalizante, com ênfase na vigilância, compreendida como um modelo de análise e intervenção sobre determinantes da saúde.

A RENAST vem passando por atualizações e ampliações no número de CEREST considerando critérios populacionais e enfatizando ações de vigilância. Serviços voltados ao trabalho rural, CEREST Rural, foram implementados a partir de 2011 pela Portaria MS 2.978/2011). Mesmo não mencionando os critérios para a sua implantação, a região Centro-Oeste já conta com cinco serviços e a região sudeste com um (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

Para Fadel de Vasconcelos (2013), a RENAST não atua, a rigor, como rede e, portanto, não enreda seus componentes, seus meios de ação e, tampouco, seus objetivos. Neste sentido, seria uma rede que não enreda. Para tanto se baseia nos seguintes pontos de crise: 1) a ausência de uma concepção de integralidade; 2) a ênfase desproporcional numa das partes da atenção – o assistencialismo; 3) a ausência de mecanismo visceralmente mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação; 4) a heterogeneidade da inserção institucional dos seus centros de referência; 5) a mentalidade imprópria dos membros dos CEREST em relação ao seu papel; e 6) a ausência de uma missão estruturante.

A estrutura focalizada em torno dos CEREST, com falta de comunicação entre os centros e poucas articulações intra e intersetoriais, e o predomínio da concepção assistencialista em saúde do trabalhador evidenciam o embasamento mecanicista, segmentado e fragmentado da RENAST. A lógica das partes prevalece. Para ser efetivamente rede, a RENAST depende de uma matriz diferente calcada numa lógica do todo, na perspectiva sistêmica, integralizadora e totalizadora.

O campo da saúde do trabalhador no Brasil tem uma bela história de pessoas, instituições e movimentos organizados que lutaram e lutam, desde a reforma sanitária da década de 1970, pela sua concretização e institucionalização. Ao mesmo tempo, possui uma história de invisibilidade e isolamento. Fazer saúde do trabalhador, de acordo com os princípios fundadores do Modelo Operário Italiano, que engloba a participação dos trabalhadores e a transformação das condições de trabalho e saúde, envolve a necessidade de diálogo entre órgãos governamentais e extragovernamentais, trabalhadores e suas representações, entendendo RENAST como algo não estanque, fixo, imóvel. Se o SUS é uma construção contínua, repensada para aprimorar seu funcionamento e eficiência, a RENAST

será parte dessa construção na medida em que impedir a cristalização de guetos e paralelismos ao próprio SUS (FADEL DE VASCONCELLOS, 2007).

4 A POLÍTICA DE SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Com o objetivo de iluminar os desafios enfrentados no processo de descentralização das ações e dos serviços de Saúde do Trabalhador se pretende fazer uma breve análise da construção da Política de Saúde do Trabalhador no estado do Rio de Janeiro. Neste capítulo dar-se-á destaque a constituição da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro, ressaltando o caminho histórico desde o Programa de Saúde do Trabalhador, o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador até os dias atuais com os CERESTs. A experiência do Rio de Janeiro revela a trajetória da construção do campo Saúde do Trabalhador como uma política pública, condensada a partir de um amplo processo histórico de lutas sociais.

4.1 A Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro

Em relação à Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro, cabe uma breve introdução histórica da Política de Saúde para iluminar o contexto de secundarização do campo da Saúde do Trabalhador no Estado.

No Estado do Rio de Janeiro, o debate sobre a descentralização foi incentivado em 1978 com as eleições de prefeitos com perfil municipalista¹⁰. A implantação das Ações Integradas de Saúde - AIS - no Rio Janeiro, a partir de 1984, possibilitou a transformação do cenário da assistência à saúde nos municípios. A condução dessa política foi fortemente

¹⁰ Trinta anos após a unificação do Estado da Guanabara e Rio de Janeiro é importante traçar um cronograma retratando brevemente os nove governos e um estado ainda em busca de identidade. Em 1978, em eleições indiretas, o ex-governador da Guanabara **Chagas Freitas** retorna ao poder mostrando que sua força política não havia sido abalada. Em investimentos federais, reedita sua administração anterior baseada no clientelismo. O gaúcho **Leonel de Moura Brizola** venceu as eleições de 1983 e 1990 sob forte apelo popular. Sua primeira administração ficou marcada pelos Cieps, conhecidos pelos brizolões e pela construção do sambódromo. A segunda, pela Linha Vermelha e pelos problemas com segurança. Eleito em 1986 por uma coalizão de 14 partidos, que ia do PFL ao PC-doB, **Moreira Franco**, herdeiro político de Amaral Peixoto, ex-governador do antigo Estado do Rio. O estado sentiu o peso da hiperinflação da época. O tucano **Marcello Alencar** chegou ao poder em 1995, escorado pelo sucesso do Plano Real. Implementou o programa de privatizações, que, sob críticas de adversários, incluiu o metrô, o Banerj e antiga Flumitrens, atual Supervia. Depois de seis governos ligados à capital, a chegada ao poder de **Anthony Garotinho**, em 1999, e de **Rosinha**, é vista como uma nova ordem na política fluminense com o interior fortalecido. Os dois governos, no entanto, ficaram marcados pelos programas assistencialistas, a chamada política do um real. O estado ainda teve a passagem relâmpago de nove meses da petista **Benedita da Silva**, sua gestão ficou marcada pelos problemas financeiros. **Rosinha Garotinho** (Coligação PSB e PMDB) foi governadora no período de 1º de janeiro de 2003 a 1º de janeiro de 2007; **Sérgio Cabral Filho** (PMDB) no período de 1º de janeiro de 2007 a 1º de janeiro de 2011; e segundo governo em 1º de janeiro de 2011 a 3 de abril de 2014; **Luiz Fernando Pezão** (PMDB) no período de 03 de abril de 2014 a 1º de janeiro de 2015; Segundo Governo em 1º de janeiro de 2015 Atualmente em licença médica; **Francisco Dornelles** (PP) assume o Governo em 28 de março de 2016 após licença médica do governador anterior.

influenciada pela Superintendência Regional do INAMPS, que assumiu a liderança do sistema estadual porque o Governo Brizola (1983 – 1986) não assumiu esta proposta.

O governo federal manteve a condução formal do setor no Rio Janeiro até 1986. O governo Moreira Franco e a Secretaria Estadual de Saúde - SES, inicialmente a cargo do sanitarista Sérgio Arouca, assume implementar as Ações Integradas de Saúde - AIS - expandindo as responsabilidades assistenciais dos municípios¹¹. Por outro lado, na rede de serviços próprios do INAMPS, ocorrem resistências à mudança e à possível administração pelo município. Neste período, a SES implantou o PESB – Programa Especial de Saúde para a Baixada. No PESB dá-se início à proposta de controle social com a criação dos Conselhos Comunitários de Saúde e participação dos usuários (PARADA, 2001).

A descentralização no RJ foi fortalecida com o SUDS, em 1987, ocorrendo neste período uma preocupação da SES em tornar o Estado centro das transformações da política de saúde. Contudo, a SES-RJ não tinha experiência nem para conduzir a regionalização (até então não coordenava as ações de assistência preventiva e curativa), nem para enfrentar o desafio de estabelecer as relações com a iniciativa privada, já que eram privadas do INAMPS (Ibid., 2001).

Paulatinamente, os municípios passaram a ser responsáveis pelo contrato, avaliação e pagamento dos serviços privados. Aos poucos, absorveram a responsabilidade de aquisição de bens, reforma dos serviços e indicação dos gestores das unidades. Quanto aos hospitais gerais e especializados, permaneceram no âmbito estadual.

A partir de 1992, o então governador Leonel Brizola enfrentou problemas devido à precária coalizão de apoio político na Assembleia Legislativa. Esse fato ocasionou a instabilidade nas Secretarias do Executivo, em particular na SES, com rápidas mudanças de secretários de saúde: 1991-1992, Pedro Gomes Valente; 1992-1993, Luiz Cadorna e 1993-1994, Astor de Mello. Tudo isso redundou em posturas contrárias à implementação do SUS. Mais ainda, a operacionalização da NOB-91 acentuou as dificuldades existentes já que não deixava claro o papel do Estado (SILVA, 2000).

O governador Marcello Nunes de Alencar (1995-1998) foi eleito no segundo turno, pela coligação “Rio Unido” (PSDB, PFL PP, PL, PMDB, PPR e PTB), com 47,46% dos votos, derrotando seu adversário Anthony Garotinho, da coligação “Força do Povo” (PDT,

¹¹ Neste momento, houve uma frente centro-esquerda que apoiou Moreira Franco para o governo estadual. Na saúde, a secretaria foi assumida por um grupo vinculado à Reforma Sanitária: os secretários de saúde – Sérgio Arouca (1989 – 1990); Noronha (1987 – 1989); Maria Manoela dos Santos (1989 – 1990) – haviam participado do movimento sanitário e tiveram um compromisso com as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 (BRAVO, 2007).

PMN). Na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro - ALERJ, o governo eleito contava com a maioria, ou seja, 33 deputados a favor e 24 da oposição (SILVA, 2000). Este governo tinha como características: política autoritária, terceirização / privatização – incentivo a formação de cooperativas e fundações.

Em janeiro de 1999, o governador Anthony W. Garotinho M. de Oliveira (PDT) assume o mandato, após vitória nas eleições de 1998, no segundo turno, pela coligação “Muda Rio” (PDT, PT, PCB, PSB, PC do B), derrotando seu adversário, o candidato César Maia, do PFL. Assume a SES Gilson Cantarino, ex-presidente do CONASEMS e do COSEMS e ex-secretário municipal de saúde de Niterói (SILVA, 2000). Este a princípio adota uma postura de consolidar o SUS no RJ, propondo uma *política transparente e participativa* (palavras de seu governo) *de valorização* do Conselho Estadual de Saúde - CES - enquanto espaço de formulação da política e de controle social, combate a terceirização, planejamento estratégico para a saúde e realização de concurso para os trabalhadores da saúde. Apesar dessa política ter configurado em ações concretas, não será colocado aqui, mas sem dúvida é importante uma análise crítica.

Em 2002, assume o governo do estado sua esposa - Rosinha Garotinho – assumindo uma política paternalista / clientelista, retratada em denúncias de fisiologismo, de desvio de verba do Fundo Estadual de Saúde para programas assistencialistas, ratificada, inclusive, pelo Secretário de Saúde Gilson Cantarino¹².

Em 29 de outubro de 2006, com apoio dos ex-governadores Anthony e Rosinha Garotinho, foi eleito Sérgio Cabral Filho, em segundo turno, governador do Rio de Janeiro pelo PMDB, em chapa com Pezão, com 5.129.064 votos (68% dos votos válidos em todo o Estado), derrotando Denise Frossard do PPS que obteve 32% dos votos válidos. Foi empossado em 01 de janeiro de 2007. Em outubro de 2010, foi reeleito governador, ainda no primeiro turno, com mais de 66% dos votos válidos.

É no Governo Sérgio Cabral que inicia um grande processo de privatização da rede pública de saúde - através do modelo de transferência da gestão das unidades públicas ao setor privado pelas Organizações Sociais por meio da Lei Estadual nº 6.043, de 19 de setembro de 2011, regulamentada pelo Decreto nº 43.261, de 27 de outubro de 2011, - encabeçada pelo então secretário de Estado de Saúde Sérgio Cortes. Estratégia amplamente disseminada e que

¹² Um aspecto que cabe ressaltar é que na Secretaria de Saúde permanece o mesmo secretário do período anterior, mas a coalisão de forças é diferente. O grupo anterior vinculado aos partidos (PT, PCB e PC do B) não participou da gestão.

merece ser discutida em virtude do elevado gasto que representa (será um pouco explicitada posteriormente).

Na primeira gestão, ocorre a militarização da saúde com a fusão da SES – Secretaria de Estado da Saúde e SEDEC - Secretaria de Defesa Civil, denominando SESDEC. Criou e instalou “postos de latas”, as denominadas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)¹³, com o objetivo de desafogar as portas das emergências hospitalares. Com suas instalações surgiram suspeitas de superfaturamento na compra das estruturas de aço. A primeira UPA foi inaugurada em maio de 2007, no Complexo da Maré.

O ortopedista Sérgio Luiz Côrtes Silveira (atual executivo da Rede D’Or) deixou marcas fortes e rastros de polêmica em suas gestões. O principal estrategista do processo de mercantilização e privatização da saúde do Governo Cabral, dizia já sofrido¹⁴, em dois momentos, ameaças de morte, e tem, contra sua administração à frente da Saúde no estado, uma denúncia criminal e uma ação por improbidade administrativa, feitas pelo Ministério Público Estadual. Sérgio Côrtes foi responsável por implantar as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), vitrine do governo Sérgio Cabral na Saúde, elogiadas pela presidente eleita Dilma Rousseff na campanha eleitoral.

Foi também interventor em seis hospitais do Rio de Janeiro - quatro federais e dois municipais - em 2005. A intervenção, decretada pelo governo federal¹⁵ com argumentação de

¹³ De acordo com o Jornal O Globo de 03-11-2016, a utilização de contêineres ou módulos pré-moldados de aço para erguer as Unidades de Pronto-Atendimento 24h (UPAs) custa, em média, 25% mais caro que construir um hospital inteiro de alvenaria, mas apesar da diferença, o uso das estruturas metálicas virou uma febre no estado, desde que o governo inaugurou a primeira UPA na Maré, em 2007. Desde então, já foram instaladas mais 42 unidades com esse tipo de material. Outras secretarias, como as de Governo e Segurança, além de municípios do interior, da prefeitura da capital e da Guarda Municipal, passaram também a adotar os pré-moldados metálicos. Das 42 UPAs já inauguradas no estado, 22 foram feitas a partir de contêineres e 20 com módulos metálicos. Cada UPA de contêiner custou cerca de R\$ 3 milhões. Para aquelas de maior porte (1.300 metros quadrados), o valor do metro quadrado foi R\$ 2.300. O valor pago pelo estado e pela prefeitura é 36% mais alto. No caso da prefeitura, as Clínicas da Família, feitas parte de alvenaria e parte de módulos metálicos, são ainda mais caras: R\$ 3 mil o metro quadrado.

¹⁴ Em seu primeiro ano no governo do Rio, Côrtes contou com escolta 24 horas. A Secretaria de Segurança Pública do Rio descobriu um plano para matar o secretário. O plano teria partido de pessoas insatisfeitas com as mudanças de gestão impostas por ele. Não foi o primeiro episódio envolvendo riscos à segurança de Côrtes: um ano depois de assumir a direção do Instituto de Traumatologia-Ortopedia, em 2002, ele teve seu gabinete invadido. Houve ainda duas suspeitas de bomba no Into. Ao assumir a direção, ele decidira fazer auditorias em contratos de prestação de serviço e também teria começado a receber ameaças de morte (conforme notícias de jornais deste período).

¹⁵ No dia 11 de março, o presidente Lula assinou decreto nº 5.392 de 10 de março de 2005. O Decreto apresentava três elementos principais: Declaração de estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, com a possibilidade de compras emergenciais com dispensa de licitação e contratação temporária de pessoal sem concurso público; Requisição, para atender ao estado de calamidade pública, de quatro hospitais federais municipalizados e dois hospitais municipais (Hospital da Lagoa, Hospital Municipal do Andaraí, Hospital Geral de Jacarepaguá [Hospital Cardoso Fontes], Hospital Geral de Ipanema, Hospital Municipal Souza Aguiar e Hospital Municipal Miguel Couto), incluindo respectivos bens, serviços e servidores; e Desabilitação da gestão plena do sistema de saúde municipal, passando a referida gestão para a responsabilidade do Estado do Rio de Janeiro. Em 20 de abril, o Supremo Tribunal Federal decidiu,

que o setor enfrentava calamidade pública, transferiu para o governo federal toda a gestão municipal. sob sua coordenação do médico Sergio Cortes, então diretor do Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia – INTO, montou-se uma operação de emergência com reformas localizadas e reequipamento pontual das unidades, a contratação emergencial de pessoal autorizada pelo decreto, a instalação de hospitais de campanha militares e a tentativa de implantação imediata do SAMU, que se iniciou com desfiles de ambulâncias pela Cidade.

O Governo de Sérgio Cabral também ficou marcada por inúmeras denúncias tais como, a relação do governador com vários empresários, como Eike Batista, que participou do grupo vencedor da concessão do Estádio do Maracanã, pelo prazo de 35 anos; o uso de helicópteros do Estado para fins pessoais (inclusive para transportar o cachorro de seu filho); a mulher de Cabral ser sócio-proprietária de um escritório de advocacia que presta serviço a empresas concessionárias de transporte público do Rio, como a SuperVia e o Metrô Rio; a brutalidade da Polícia Militar nas favelas; as relações do governador de favorecimento ao presidente do Comitê Olímpico Brasileiro Carlos Arthur Nuzman desde os Jogos Pan-Americanos de 2007 e os Jogos Olímpicos e a truculência do governador às greves de bombeiros e professores.

Na saúde, resumidamente, se tem o espraiamento das organizações sociais, falta de transparência e controle público, denúncias de superfaturamento de medicamentos e insumos, desvio de verbas, denúncias de má gestão, modelo assistencial sem articulação com o sistema de saúde.

Após a série de protestos realizados no Brasil em junho de 2013, no Rio o movimento contra o governador do Estado do Rio de Janeiro ganhou força e tomou as ruas. Chamado de *Ocupa Cabral*, um movimento de jovens suprapartidários passou a ocupar as ruas Aristides Espínola, onde reside Sérgio Cabral, e Delfim Moreira, ambas no Leblon, bairro com o metro quadrado mais caro do Brasil. O grupo manifestava-se contra o governador por considerar autoritária a sua forma de administrar o Estado do Rio de Janeiro, utilizando o cargo para interesses próprios, e por suspeitas de corrupção em sua gestão.

por 10 x 0 (um ministro estava ausente), que os dois hospitais municipais, Miguel Couto e Souza Aguiar, deveriam voltar à gestão da Prefeitura do Rio. Em 05 de maio de 2005, firmou-se um documento de pré-acordo entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Assistência à Saúde do MS, a ser submetido às instâncias jurídicas da Prefeitura e Governo Federal, para depois ser formalizado definitivamente. No dia 08 de setembro de 2005 foram assinados pelo Prefeito Cesar Maia e o Ministro Saraiva Felipe os documentos que formalizaram o Acordo.

Com todos esses problemas, a popularidade de Cabral caiu drasticamente. Em novembro de 2010, o governador tinha 55% de aprovação da população fluminense. Em junho de 2013, o índice despencou 30 pontos, passando a 25%. Em julho de 2013, caiu ainda mais e, com 12% de aprovação, Cabral obteve a pior avaliação entre os governadores dos estados brasileiros. Em novembro de 2013, uma nova pesquisa apontou pequena recuperação, e a aprovação do governo Cabral passou a 18%.

Em 03 de abril de 2014, Sérgio Cabral deixou o cargo de governador do Rio de Janeiro. Na sua carta de renúncia, enviada à Assembleia Legislativa do Estado, Cabral citou artigo da Constituição Federal que diz que chefes do Executivo têm que deixar o cargo caso queiram se candidatar nas eleições. Na mesma data, assume o governo o vice de Cabral, Luiz Fernando Pezão, que concorre à reeleição no mesmo ano para governador.

Eleito Governador do Estado do Rio de Janeiro, Luiz Fernando Pezão (vice de Sergio Cabral nos dois governos), em segundo turno nas eleições de 2014 com 4.343.298 votos, representando 55,78% dos votos válidos. Seu governo deu continuidade a política de privatização iniciado com o seu antecessor.

Nos últimos quatro governos sob o comando do PMDB, hospitais públicos foram fechados (como o IASERJ) e unidades de saúde privatizadas, por meio da transferência da gestão para as Organizações Sociais (OSs) e a Fundação Saúde.

Entre os anos de 2012 e 2015 as Organizações Sociais passaram a assumir a gestão e execução de grande parte dos equipamentos públicos da esfera estadual (UPAs e Hospitais ou Serviços/Unidades de média e alta complexidade) e este montante de recursos públicos repassados a esses entes privados chegam à casa de 5,5 bilhões de Reais. Somente para Pró Saúde foram repassados 1bilhão e para Viva Comunidade 2 bilhões nos últimos três anos¹⁶.

As OSs surgiram com o argumento de que otimizariam a gestão da saúde, provocando a diminuição dos recursos destinados ao setor. Entretanto, tem-se observado o contrário. Hoje o estado tem 45 contratos de gestão com as OS's e 70% da despesa da saúde são com serviços terceirizados. Seguindo a lógica privada de obtenção de lucro, se esse repasse é interrompido quem paga a conta é a população com a suspensão de atendimento nas unidades de urgência e emergência (como ocorreu com o Hospital Getúlio Vargas, o Hospital de Saracuruna e o Instituto Estadual do Cérebro do Rio de Janeiro, todas as unidades sob a gestão da Pró Saúde – décima maior OS do país). O sofrimento de muitos se transforma na fonte da riqueza de poucos.

¹⁶ Fonte: CSP-CONLUTAS, 2016

Em março de 2016, em decorrência da doença do governador Luiz Fernando Pezão, assumiu, interinamente o governo do Rio, Francisco Dornelles. Seu Governo decretou estado de calamidade pública financeira, em função da realização dos Jogos Olímpicos em agosto, enquanto, distribui recursos para as empresas por meio de renúncias fiscais (somente este ano, da ordem de 8,7 bilhões), a população é obrigada a pagar um preço alto pela realização de Jogos Olímpicos com equipamentos de saúde e educação de portas fechadas ou funcionando na mais indigna precariedade.

No caso do Rio de Janeiro, toda essa gama de intervenções, que objetivam práticas e ideias que potencializem uma proposta de cidade voltada para o mercado mundial, traz consequências à população. Utilizando-se dos megaeventos – Copa do Mundo e Olimpíadas – como justificativa para pôr em prática um projeto de cidade para a acumulação capitalista, o que se percebe, de fato, é a cada vez mais feroz e cruel perda de qualidade de vida de seus habitantes. O que de legado já se pode identificar, de acordo com o Comitê Popular Copa e Olimpíadas do Rio de Janeiro, é a expulsão velada da população de áreas pobres, agora valorizadas pela especulação imobiliária; o aumento do custo de vida; os despejos e as remoções forçadas das populações que vivem nas comunidades pobres, que estão entre a Prefeitura e seus novos empreendimentos, como: o Porto Maravilha, Transcarioca, obras no Maracanã, entre outros (OLIVEIRA, 2015).

4.2 O Papel do Estado na Condução da Política de Saúde no Rio de Janeiro

O SUS foi proposto como uma rede regionalizada e hierarquizada, na qual os Municípios representam o ponto central das ações, porém organizados em regiões de saúde, que devem ser estabelecidas com a finalidade de atender integralmente as necessidades de saúde e, ao mesmo tempo, otimizar os recursos disponíveis. Nesse contexto, o papel do Estado como um ente articulador e capaz de organizar as redes de serviços de saúde dentro de seu território é fundamental para a obtenção de resultados eficazes do Sistema de Saúde.

A Portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, estabeleceu o Pacto pela Saúde, um compromisso assumido entre os três entes da Federação, dividido em três componentes prioritários: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto de Gestão do SUS estabeleceu as responsabilidades de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes, buscando contribuir para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS. O Pacto pela Vida foi constituído por um conjunto de

compromissos sanitários (avaliados por meio de indicadores de Saúde), derivados da análise da situação de Saúde do País e das prioridades definidas pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais, revisados anualmente. O objetivo maior desse pacto era estabelecer e consolidar as responsabilidades de cada gestor do SUS, para organizar a rede de Serviços de Saúde.

O Pacto de Gestão do SUS seria instrumentalizado por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão pelos Municípios junto aos Estados e ao Governo Federal, para que assumissem a gestão plena dos Serviços de Saúde constantes em seus territórios e, assim, consolidar a descentralização das Ações e Serviços Públicos de Saúde, conforme determinado na Constituição Federal e regulamentado na Lei Federal nº 8.080/90.

No tocante ao Estado do Rio de Janeiro, cabe destacar que, em 2012, apenas 54 Municípios haviam assinado o referido documento, o que significa dizer que parte da execução dos Serviços de Saúde dos demais 38 Municípios continuavam sob responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde. Portanto, mais de 20 anos após a instituição do SUS, ainda não se completou o processo de descentralização previsto no Pacto pela Saúde.

Cumprir destacar a competência da Secretaria de Estado de Saúde no papel estratégico de coordenação do Sistema estadual e dos Sistemas regionais de Saúde, conforme preconiza a referida Lei Federal. O Decreto Federal nº 7.508/11 retomou a discussão sobre a organização e gestão do SUS, enfatizando a necessidade do aprofundamento das relações interfederativas, para promover a gestão compartilhada do SUS, tendo como foco principal a reorganização das Regiões de Saúde, sendo o Estado o ente estratégico nesse contexto.

O Estado do Rio de Janeiro possui uma rede bastante significativa de unidades próprias, que historicamente fazem parte da Rede estadual de Saúde e mantiveram-se geridas pelo Estado, apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 1 – Unidades de gestão estadual por tipo de estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro, dezembro de 2015.

Tipo de estabelecimento	Quantidade
Centrais de regulação	9
Centro de atenção psicossocial-CAPS	1
Centro de saúde/unidade básica de saúde	4
Central de notif. Captação e distr. Órgãos estadual	1
Clinica especializada/ambulatório especializado	1
Consultório	3
Farmácia	1
Hospital especializado	6
Hospital geral	11
Laboratório de saúde pública	1
Policlínica	2
Pronto atendimento	13
Secretaria de Saúde	1
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	1
Unidade móvel de nível pré-hosp-urgência/emergência	75
Unidade móvel terrestre	4
Total	134

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES;– Datasus/Tabnet.

No ano de 2015, havia 134 unidades de Saúde cadastradas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES - sob gestão estadual (tabela anterior), porém esse número está subdimensionado, pois foi possível identificar 34 unidades da Secretaria de Estado de Saúde, que se localizam no Município do Rio de Janeiro e estão registradas como “gestão municipal”.

Destacam-se, entre as 134 unidades geridas pelo Estado, quatro Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, com perfil tipicamente Municipal, de acordo com a política de Atenção Básica. São 11 hospitais gerais e 6 especializados, com diversos perfis que atendem desde demandas gerais de clínica médica e cirúrgica a serviços altamente especializados.

Além de manter as unidades já existentes, a partir de 2012 a Secretaria de Estado de Saúde adotou a política de implantação das Unidades de Pronto Atendimento – UPA - tanto na capital como em alguns Municípios do interior, ampliando ainda mais seu porte como executor de Serviços de Saúde, uma vez que boa parte dessas unidades possui gestão estadual.

Essas constatações evidenciam uma Política contrária ao princípio de descentralização das Ações e Serviços Públicos de Saúde, preconizado desde a promulgação da Constituição Federal, em 1988. A cada ano, o Estado aumenta sua responsabilidade como executor, ao ampliar as unidades sob sua gestão, deixando, com isso, de investir recursos na construção das Redes de Atenção à Saúde.

As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, compondo uma Rede organizada de Atenção às Urgências. São unidades que podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre altas, fraturas, cortes, infarto e derrame. O objetivo é diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nas UPA, ou em Unidades Básicas de Saúde, sejam encaminhados para as unidades hospitalares. (Brasil, 2016)¹⁷

De acordo com o Plano Estadual de Saúde 2012-2015 (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2012)¹⁸, as UPA foram uma inovação criada pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro com a finalidade de integrar o componente pré-hospitalar fixo na Rede de Urgência. O quadro a seguir evidencia as UPA existentes em 2015, por Região de Saúde e por tipo de gestão.

Quadro 2 – Unidades de Pronto Atendimento por Região de Saúde e tipo de gestão, 2015.

Região de Saúde	Gestão Municipal	Gestão Estadual	Total
Baía da Ilha Grande	1	0	1
Baixada Litorânea	3	1	4
Centro-Sul	1	0	1
Médio Paraíba	4	0	4
Metropolitana I	20	23	43
Metropolitana II	2	4	6
Noroeste	1	0	1
Norte	3	1	4
Serrana	4	0	4
Total	39	29	68

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES; Secretaria de Estado de Saúde.

Segundo registro no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES - e informações do site da Secretaria de Estado de Saúde, atualmente são 68 UPA instaladas em 28 Municípios, em todas as Regiões de Saúde. A maioria se concentra na Região Metropolitana I, sendo que, das 43 UPA, 23 são de gestão estadual, a maior parte localizada no Município do Rio de Janeiro. Outras seis UPAs estaduais estão implantadas nos municípios de Niterói, Itaboraí, São Gonçalo, São Pedro da Aldeia e Campos dos Goytacazes.

¹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. UPA 24 horas. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/upa-24horas>> Acessado em: abril/2016.

¹⁸ Governo do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Plano Estadual de Saúde: 2012-2015. Rio de Janeiro: 2012.

As demais 39 unidades estão registradas como de gestão municipal, muitas nas demais Regiões, fora da Região Metropolitana.

Essas unidades apresentar-se-iam mais resolutivas se inseridas em uma Rede de Saúde bem estruturada para absorver e dar continuidade de atendimento aos pacientes, tanto por meio da Atenção Básica, como por unidades de referência de Média e Alta Complexidade. A cobertura de Atenção Básica possui deficiências significativas no Estado, principalmente nas Regiões Metropolitanas I e II, Norte, Baixada Litorânea e Serrana, justamente onde o Estado investiu na implementação de UPA.

É sabido que as UPA, em contraposição aos pressupostos colocados no SUS, fortalecem o modelo hospitalocêntrico e médico curativo. Além disso, estudos demonstram a falta de resolutividade nas ações desenvolvidas nas unidades em questão, onde os serviços de baixa classificação de risco acabam não sendo realizados, pela demora no atendimento; a assistência de 24 horas por dia fica comprometida pelas dificuldades de troca de plantão, onde há relatos de fechamento de unidades, por falta de médicos; há recusa de atendimentos, por conta da grande fila de espera; classificações de risco que não condizem com as reais condições dos usuários, que procuram o serviço; encaminhamentos que não correspondem ao critério de regionalização do SUS; não há articulação com os demais serviços e níveis de complexidade, onde as ações de referência e contrarreferência estão subordinadas a uma central de regulação de vagas ineficiente, que só tem servido para eliminar tensões, já que as filas passam de presenciais a virtuais; insuficiência de profissionais, com falta de pediatras e dentistas; dificuldades de encaminhamentos para internações em unidades hospitalares, onde, por inúmeras vezes, os usuários necessitam de apoio judicial para conseguirem uma vaga em algum leito da cidade; falta de ambulâncias e de equipamentos hospitalares (OLIVEIRA, 2015).

4.3 Modelo de gestão das unidades estaduais – Contratos de Gestão

A Secretaria de Estado de Saúde, em 2015, ampliou sua atuação como executora de Serviços de Saúde – em detrimento da atuação de coordenação do Sistema estadual. Essa ampliação adotou modelo de transferência da gestão das unidades públicas ao setor privado, estratégia amplamente disseminada e que merece ser discutida em virtude do elevado gasto que representa.

A transferência da gestão das unidades tem como suporte a Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais -

OS. A constitucionalidade dessa lei foi confirmada pelo STF em julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF, ocorrido em 16.04.15. A decisão concluiu pela validade constitucional da participação das OS, desde que cumpridos determinados requisitos, como se pode ver no trecho a seguir transcrito do decismum:

O Tribunal, por maioria, julgou parcialmente procedente o pedido, apenas para conferir interpretação conforme a Constituição à Lei nº 9.637/98 e ao art.24, XXIV da Lei n 8.666-93, incluído pela Lei n 9648-98, para que:

(i) o procedimento de qualificação seja conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal, e de acordo com parâmetros fixados em abstrato segundo o que prega o art. 20 da Lei nº 9.637/98;

(ii) a celebração do contrato de gestão seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal;

(iii) as hipóteses de dispensa de licitação para contratações (Lei nº 8.666/93, art. 24, XXIV) e outorga de permissão de uso de bem público (Lei nº 9.637/98, art. 12, § 3º) sejam conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal;

(iv) os contratos a serem celebrados pela Organização Social com terceiros, com recursos públicos, sejam conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade;

(v) a seleção de pessoal pelas Organizações Sociais seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; e

(vi) para afastar qualquer interpretação que restrinja o controle, pelo Ministério Público e pelo Tribunal de Contas da União, da aplicação de verbas públicas, nos termos do voto do Ministro Luiz Fux, que redigirá o acórdão, vencidos, em parte, o Ministro Ayres Britto (Relator) e, julgando procedente o pedido em maior extensão, os Ministros Marco Aurélio e Rosa Weber. Não votou o Ministro Roberto Barroso por suceder ao Ministro Ayres Britto. Impedido o Ministro Dias Toffoli. Presidiu o julgamento o Ministro Ricardo Lewandowski.

Plenário, 16.04.2015.

O Estado do Rio de Janeiro dispôs sobre as atividades das Organizações Sociais por meio da Lei Estadual nº 6.043, de 19 de setembro de 2011, regulamentada pelo Decreto nº 43.261, de 27 de outubro de 2011. Segundo o art. 9º desta Lei, Contrato de Gestão é o acordo firmado entre o Poder Executivo e a entidade qualificada como Organização Social, com vistas à formação de parceria, para fomento e execução de atividades da área da Saúde. O Decreto Estadual nº 43.261/2011 traz em seu escopo algumas ações referentes ao acompanhamento, avaliação e fiscalização do Contrato de Gestão. Além dessas legislações citadas, a Organização Social de Saúde deverá observar os princípios do SUS, expressos na Constituição Federal, na Lei Federal nº 8.080/90 e no Decreto Federal nº 7.508/11.

A transferência da administração direta das unidades de Saúde sob gestão do Estado do Rio de Janeiro iniciou-se com o advento da Lei Estadual nº 5.164, de 17 de dezembro de 2007, que criou a Fundação Estatal dos Hospitais Gerais, a Fundação Estatal dos Hospitais de

Urgência e a Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante, com o propósito de executar e prestar serviços na área da saúde pública.

Essas entidades seriam responsáveis pela gestão de algumas unidades de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, com quadro próprio de funcionários admitidos por concurso público de provas, ou de provas e títulos, e regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Em 28 de agosto de 2012, a Lei Estadual nº 6.304 incorporou as três fundações, criando a Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (entidade pública de personalidade jurídica de direito privado). A Fundação se relaciona com o Estado por meio de Contrato de Gestão¹⁹, e o repasse de recursos está vinculado ao alcance de metas quantitativas e qualitativas, com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento dos Serviços de Saúde. Possui patrimônio e receitas próprias, goza de autonomia gerencial, orçamentária e financeira e está sujeita à fiscalização de controle interno e do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

Atualmente, a Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro gerencia as seguintes unidades: Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - IECAC, Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione - IEDE - e Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti - HEMORIO, de acordo com informações do site da Fundação (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2016)²⁰.

Paralelamente a esse processo, foi iniciado o processo de transferência da gestão das unidades de Saúde estaduais para o setor privado, com a finalidade de concentrar esforços na formulação das Políticas Públicas de Saúde e na regulação e fiscalização das atividades.

Este modelo de transferência da gestão teve início para os serviços de imagem e de laboratório no ano de 2010 e, posteriormente, foi ampliado para serviços médicos especializados, como: cirurgias de replante de membros; cirurgias bariátricas; e cirurgias cardíacas em recém-nascidos. Em março de 2010, culminou com a assinatura do primeiro contrato para gerenciamento integral de uma unidade pública, o Hospital da Mulher Heloneida Studart, localizado em São João de Meriti.

Dando continuidade a essa estratégia de transferência da gestão para o setor privado, após a edição da Lei Estadual nº 6.043/11 (já mencionada), em 2012, tiveram início as contratações de Organizações Sociais de Saúde para gestão, operacionalização e execução dos

¹⁹ Embora de mesma denominação, é um termo diferente daquele utilizado pelas Organizações Sociais.

²⁰ Governo do Rio de Janeiro. Fundação Saúde. Disponível em: < <http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/>>. Acessado em: abril/2016.

Serviços de Saúde para diversas UPA, Hospitais ou serviços específicos dentro de unidades hospitalares.

A transferência da gestão dos serviços de saúde para o *setor público-não estatal que na realidade é privado* (CORREIA, 2011, p. 43), mediante Contrato Gestão, no caso das OS e de Termo de Parceria se for (OSCIP), através do repasse da gestão, dos recursos, das instalações públicas e de pessoal, se configura como forma de privatização do que é público, e contraria diretamente a Constituição Federal de 1988. Alguns autores têm considerado que este tipo de privatização, por meio dos novos modelos de gestão, como *privatizações não clássicas porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão com mais e não menos estado!* (GRANEMANN, 2011).

Desde a instituição da Lei Federal nº 9.637/98 e em decorrência dessa legislação estadual, o modelo de contratos de gestão entre OS e o Poder Público vem ganhando força no Estado do Rio de Janeiro, principalmente no campo da Média e Alta Complexidade da Atenção em Saúde, notadamente nas UPA e Hospitais Estaduais.

No entanto, ao final de 2015, a crise financeira enfrentada pelo Estado do Rio de Janeiro teve reflexos diretos nos Serviços de Saúde estaduais. As instituições de Saúde enfrentaram uma de suas piores crises, e o problema do repasse financeiro foi atribuído à falta de recursos em caixa, gerada pela redução na arrecadação, queda do preço internacional do barril de petróleo e a crise da Petrobras, que mantém a maioria de suas operações no estado, além dos reflexos da crise nacional (discurso do governo do estado que merece uma análise crítica).

Inclusive, o Estado se socorreu no Município do Rio de Janeiro, mediante assinatura do Termo de Cooperação de Natureza Convenial n.º 001/2015, celebrado entre ambos os entes da Federação, no qual o município se comprometeu a repassar, no período de 3(três) meses, a contar de dezembro de 2015, diretamente às Organizações Sociais referentes aos Contratos de Gestão n.º 030/2012 e n.º 02/2014, o montante de R\$ 86.462.885,95 (oitenta e seis milhões, quatrocentos e sessenta e dois mil, oitocentos e oitenta e cinco reais e cinquenta e cinco centavos). Sendo certo que o Estado, com vistas à recompor o orçamento da Prefeitura, comprometeu a honrar três parcelas, a contar de abril de 2016, no valor, cada uma, de R\$ 28.820.961,65 (vinte e oito milhões, oitocentos e vinte mil, novecentos e sessenta e um reais e sessenta e cinco centavos).

Devido ao contexto atual, foi decidido pelo Estado do Rio de Janeiro que medidas de racionalização do gasto e redução das despesas terão de ser implementadas na execução dos

Contratos de Gestão com as Organizações Sociais de Saúde - OSS, devendo contemplar a reavaliação e a renegociação das atribuições, responsabilidades, obrigações gerais, preços e prazos nesses instrumentos.

De acordo com o Relatório do Tribunal de Contas do Estado de 2016, dez Organizações Sociais de Saúde - OSS têm Contratos de Gestão vigentes com a Secretaria de Estado de Saúde, gerindo 45 unidades de Saúde. O quadro a seguir demonstra quais as Organizações Sociais de Saúde que celebraram Contratos de Gestão com a Secretaria de Estado de Saúde, os Hospitais e as UPAs gerenciadas e o total do valor liquidado em 2015:

Quadro 3 – Organizações Sociais, Hospitais gerenciados e UPAs e valor liquidado em 2015.

CONTRATO N. SISTEMA/ ORIGINAL	CONTRATADO – ENTIDADE GESTORA	UNIDADE DE SAÚDE E UPAS BENEFICIADOS	VALOR 2015
027331- 003/2013	Pró-saúde- Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar	Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	247.667.133,99
030426 - 003/2014	Associação Congregação de Santa Catarina	Hospital Alberto Torres Hospital Estadual Pref. João Batista Caffaro	279.906.166,60
030120 - 005/2014	Pró-Saúde- Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar	Hospital Estadual Getúlio Vargas	238.823.471,34
023477 - 001/2012	Associação Lar São Francisco na Providência De Deus	Hospital São Francisco de Assis	118.639.313,28
026039 - 033/2012	Instituto D'or de Gestão de Saúde Pública	Hospital Estadual da Criança Oncológica e Cirurgia	101.701.809,69
025953 - 013/2012	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans	63.756.900,32
023564 - 002/2012	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	Maternidade e Clínica Da Mulher	69.496.750,77
025994 - 030/2012	Pró-Saúde- Associação Beneficente de Assistência Social E Hospitalar	Hospital Estadual Rocha Faria	61.208.519,73
018560 - 050/2010	Associação Congregação De Santa Catarina	Hospital de Trauma- Ortopedia Dona Lindu	36.842.951,71
027562 - 004/2013	Instituto Sócrates Guanaes	Hospital Estadual Roberto Chabo	72.999.907,10
032298 - 009/2014	Pró-Saúde- Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar	Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer Hospital Estadual Anchieta	116.042.420,70
030447 - 008/2014	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	Hospital Estadual de Saquarema	68.589.892,04
024308 - 029/2012	VIVA RIO	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa Penha	21.733.196,42
024677 - 008/2012	Instituto Data Rio de Administração Pública - IDR	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa Queimados	18.339.925,78
023944 - 003/2012	Instituto Data Rio de Administração Pública - IDR	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa Mesquita	19.402.978,26
024309 - 007/2012	VIVA RIO	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa Irajá	18.598.981,44
024442 - 016/2012	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa Tijuca	23.026.452,53
024312 - 026/2012	VIVA RIO	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa Engenho Novo	23.580.267,59
024448 - 017/2012	Hospital E Maternidade Therezinha de Jesus	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa Jacarepaguá	22.622.712,98
024441 - 018/2012	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa Botafogo	21.700.907,95
024444 - 019/2012	Hospital e Maternidade Therezinha de	Unidade de Pronto Atendimento 24 h	22.144.471,98

024311 - 028/2012	Jesus VIVA RIO	- Upa Copacabana Unidade de Pronto Atendimento 24 H	21.616.649,43
025949 - 023/2012	Instituto dos Lagos - Rio	- Upa Maré Unidade de Pronto Atendimento 24 H	22.000.080,67
025950 - 020/2012	Instituto dos Lagos - Rio	- Upa Ricardo de Albuquerque Unidade de Pronto Atendimento 24 H	21.994.988,28
025948 - 021/2012	Instituto dos Lagos - Rio	- Upa Bangu Unidade de Pronto Atendimento 24 H	22.079.244,26
025951 - 022/2012	Instituto dos Lagos - Rio	- Upa Marechal Hermes Unidade de Pronto Atendimento 24 H	21.981.996,92
024247 - 014/2012	Instituto dos Lagos - Rio	- Upa Realengo Unidade de Pronto Atendimento 24 H	20.774.570,65
024231 - 004/2012	Instituto dos Lagos - Rio	- Upa São Gonçalo Unidade de Pronto Atendimento 24 H	11.944.652,50
024310 - 027/2012	VIVA RIO	- Upa Itaboraí Unidade de Pronto Atendimento 24 H	22.002.910,95
024233 - 015/2012	Instituto dos Lagos - Rio	- Upa Ilha do Governador Unidade de Pronto Atendimento 24 H	20.040.721,37
024675 - 009/2012	Instituto Data Rio de Administração Pública - IDR	- Upa São Gonçalo Unidade de Pronto Atendimento 24 H	19.445.880,13
024732 - 025/2012	Instituto Data Rio de Administração Pública - IDR	- Upa Nova Iguaçu I Unidade de Pronto Atendimento 24 H	18.675.459,42
025943 - 024/2012	Instituto dos Lagos - Rio	- Upa Nova Iguaçu II Unidade de Pronto Atendimento 24 H	21.493.885,00
027039 - 002/2013	Instituto Data Rio de Administração Pública - IDR	- Upa Niterói Unidade de Pronto Atendimento 24 H	23.441.535,71
025952 - 12/2012	Pró-Saúde- Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar	Hospital Estadual Carlos Chagas	20.372.933,72
028842 - 009/2013	Instituto Data Rio de Administração Pública - IDR	Unidade De Pronto Atendimento 24 H - Upa Campo Grande I	20.561.551,61
028841 - 008/2013	Instituto Data Rio de Administração Pública - IDR	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa Caxias II	21.234.874,98
028844 - 011/2013	Instituto Data Rio de Administração Pública - IDR	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa Santa Cruz	19.561.068,95
029156 - 512/2013	Instituto Data Rio de Administração Pública - IDR	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa Magé	20.568.479,28
028545 - 006/2013	Instituto dos Lagos - Rio	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa São Pedro da Aldeia	15.517.650,72
028843 - 010/2013	Instituto Data Rio de Administração Pública - IDR	Unidade de Pronto Atendimento 24 H - Upa Campo Grande II	22.223.193,88
029840 - 001/2014	Instituto dos Lagos - Rio	Unidade De Pronto Atendimento 24 H - Upa Campos	19.178.046,11
030438 - 007/2014	VIVA RIO	Unidade de Pronto Atendimento 24 H	18.386.651,62
034262 - 002/2015	Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH	- Upa Complexo Penitenciário Bangu Unidade de Pronto Atendimento 24 H	4.948.341,73
033766 - 081/2015	Tesla Diagnósticos LTDA	- Upa São Pedro da Aldeia Hospital Estadual Carlos Chagas	1.860.866,00
TOTAL			2.118.731.366,09

Fonte: Relatório do TCE, 2016.

Estes contratos têm se mostrado uma forma de terceirização do gerenciamento de um serviço público. Nas parcerias, normalmente, as partes empreendem esforços para alcançar determinado objetivo. Contudo, não há participação da entidade privada no financiamento do serviço e qualquer contrapartida de natureza patrimonial ou financeira. Pelo contrário, muitos contratos preveem uma “taxa de administração”, um valor a ser repassado para a entidade.

O imóvel onde o serviço é prestado, em quase todos os casos, é público, assim como os bens móveis. É possível que, em muitos casos, servidores públicos continuem atuando nas Unidades sob a gestão das OSS. Assim como os recursos são provenientes do orçamento. Observa-se, portanto, o Estado contratando uma entidade para gerenciar um serviço seu.

O quadro a seguir demonstra a evolução histórica do custo desse modelo de gestão no âmbito do Estado do Rio de Janeiro:

Quadro 4 – Despesa liquidada com Contratos de Gestão pelo Estado do Rio de Janeiro, 2012 – 2015.

Elemento de despesa	R\$1,00				
	2012	2013	2014	2015	Despesa liquidada
Gestão de Serviços de Saúde	261.073.916	889.368.964	1.577.090.619	2.118.391.366	4.845.924.866
Serviços de Assistência a Saúde	24.795.250	10.760.940	-	-	35.556.190
Contribuições	-	-	-	340.000	340.000
Total	285.869.166	900.129.904	1.577.090.619	2.118.731.366	4.881.821.056

Fonte: Relatório do TCE, 2016.

A estranheza não decorre apenas da abissal diferença dos montantes evidenciados acima, mas, também, de diversas notícias veiculadas nos meios de comunicação, no final do ano de 2015 e no início do ano de 2016, dando conta de que os serviços foram prestados inadequadamente e, até, em alguns casos, interrompidos, causando transtornos a população, conforme se verifica na matéria²¹ abaixo:

Crise na saúde faz hospitais do Rio fecharem emergência; após quase uma semana de unidades estaduais fechadas -em alguns casos até com tapumes- para afastar pacientes, o Estado obteve nesta quarta-feira (23) promessa de ajuda dos governos federal e municipal. Em um dia, as três esferas de governo anunciaram aporte de R\$ 297 milhões no setor. (Folha 24-12-2015);

Governo gastou com OS no estado quase 10 vezes mais do que três anos antes. Os contratos do Estado com as Organizações Sociais (OSs) — entidades sem fins lucrativos que administram UPA's e unidades hospitalares — abocanharam em 2015 R\$ 2,1 bilhões. O montante é quase dez vezes maior do que o gasto de R\$ 285 milhões, realizado em 2012 (Jornal O Dia, 08-09-2016);

Na semana passada, alguns hospitais estaduais, como o Albert Schweitzer, o Getúlio Vargas, o Adão Pereira Nunes e o Heloneida Studart, conhecido como Hospital da Mulher, restringiram o atendimento de emergência, reduziram o número de leitos em até 50% e suspenderam as cirurgias eletivas. Também há relatos de falta grave de insumos e de pagamento de pessoal. As UPAs de Barra Mansa, Botafogo, Cabo Frio, Caxias, Jacarepaguá, Manguinhos, Marechal Hermes, Niterói, Nova Iguaçu, Cabuçu, Realengo, Ricardo de Albuquerque e São Gonçalo estão fechadas. Após uma reunião na semana passada com o ministro da

²¹ <http://agenciabrasil.etc.com.br/geral/noticia/2015-12/pelo-menos-24-unidades-de-saude-estao-em-situacao-muito-grave-no-rio-de>

Saúde, Marcelo Castro, foi montado um gabinete de crise para buscar uma solução para os problemas. (Jornal O Dia, 08-09-2016);

Em colapso, sistema de saúde no Rio vive a pior crise de sua história: Em colapso, a saúde do Rio sofreu nesta terça-feira mais um efeito colateral: o fechamento da emergência do maior hospital estadual da Zona Norte, o Getúlio Vargas. Um dia após a paralisação do Hospital da Mulher, em São João de Meriti, a direção do HGV informou que apenas pacientes com risco de morte seriam atendidos. No Adão Pereira Nunes, em Duque de Caxias, a entrada também está restrita aos casos graves. Até o Hospital São Francisco da Providência de Deus, na Tijuca, suspendeu os transplantes. A crise já afeta 24 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), geridas pelo estado. (Folha 24-12-2015);

Saúde pública: Como o RJ chegou a uma de suas piores crises no ano dos Jogos. A pouco mais de seis meses do início das Olimpíadas, o Estado do Rio de Janeiro enfrenta uma de suas piores crises financeiras, espelhadas na situação do sistema de saúde pública, com filas, unidades em funcionamento irregular, salários atrasados, reclamações e o estado de emergência decretado pelo governador no setor dois dias antes do Natal. BBC Brasil no Rio de Janeiro (11 de janeiro de 2016). (Jornal O Dia, 08-09-2016);

Em meio ao caos, ontem o secretário estadual de Saúde, Felipe Peixoto, anunciou que deixará o cargo para concorrer à Prefeitura de Niterói. Em seu lugar, ficará o médico Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior, atual secretário de Saúde de Nova Iguaçu. Sem rumo, autoridades médicas, como o Cremerj e o Coren, vão à Justiça contra o governo e as organizações de saúde (OS), responsáveis pela gestão dos hospitais, para forçar a reabertura das unidades (Jornal O Dia 23-12-2015);

Em nota, a Secretaria de Estado de Saúde informa que o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes está aberto, porém, com atendimento restrito aos casos mais graves. Sobre as UPAs, a secretaria não confirma o fechamento, apenas a restrição no atendimento a casos mais graves em algumas unidades. Quanto à falta de repasse, a secretaria informa que está se esforçando, dia a dia, junto às autoridades, e até junto à iniciativa privada, para manter suas unidades funcionando. A secretaria acrescenta que o objetivo é "minimizar os transtornos à população e restabelecer os serviços eventualmente suspensos ou restritos", mas o cenário só deverá se normalizar "mediante repasses para o Fundo Estadual de Saúde". Sobre a reunião prevista para esta quarta-feira, a secretaria diz que será "técnica e fechada" e não confirmou a participação do secretário Felipe Peixoto, que cuja saída da pasta foi anunciada oficialmente na tarde de hoje. No lugar de Peixoto, vai assumir a Secretaria de Saúde, a partir de janeiro, o médico Luiz Antonio de Souza Teixeira Júnior, atual secretário de Saúde de Nova Iguaçu. (Folha 24-12-2015);

Zika amplia crise na saúde do Rio de Janeiro. O quadro de "calamidade" enfrentado pelos pacientes que dependem do serviço público de saúde do Rio de Janeiro tende a se agravar em decorrência do zika vírus e pode comprometer o atendimento a milhares de visitantes durante os Jogos Olímpicos, alertam médicos. (Jornal O Dia 23-12-2015);

Em nota, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro diz que a reunião será para definir um plano de contingência com ações de curto e médio prazo que restabeleçam o atendimento em hospitais, institutos especializados e UPAs e também para cobrar a reorganização do sistema de saúde e exigir o cumprimento do contrato com as organizações sociais. (Jornal O Dia 23-12-2015);

A nota informa também que o Ministério Público Federal obteve uma decisão liminar para uma ação civil pública que obriga a União a repassar as verbas para os serviços no estado e "garanta a imediata transferência de recursos para o fundo estadual e os fundos municipais de Saúde, conforme prevê a Constituição Federal". (Jornal O Dia, 08-09-2016);

Rio vai revisar contratos com OSs e perfil das UPAs para economizar 40%. (Jornal O Dia, 08-09-2016).

Diante do evidenciado nesse tópico, o processo de transferência de gestão tem-se mostrado de baixa eficiência, posto que, embora materializado em Contratos com montante significativo, considerando as características do gasto com Saúde no Estado do Rio de Janeiro, se demonstra realizado com planejamento deficiente.

Rezende (2008) apud BRAVO et al (2015), esclarece que as OS podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório, no entanto, não estão obrigadas a prestar contas aos órgãos de controle internos e externos da administração, porque estas são consideradas atribuições privativas do Conselho de Administração. Com esta lei, instituíram-se garantias e condições para se programar o “Estado mínimo no país”, conforme proposto no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, por meio da terceirização/privatização de serviços públicos. A justificativa do Governo era de que as “atividades não exclusivas do Estado” podem ser transferidas à iniciativa privada, sem fins lucrativos, sob o argumento de parceria e modernização do Estado, porque essa transferência resultaria em melhores serviços à comunidade, maior autonomia gerencial, melhor atendimento ao cidadão e menor custo, dentre outros. Com base nessa concepção de Estado, vários estados e municípios passaram a transferir serviços de saúde às entidades terceirizadas como cooperativas, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, associações, entidades civis de prestação de serviços, qualificadas como Organizações Sociais (OS).

Por essa lógica, própria do capital, medicamentos, consultas e outros procedimentos passam a ser produzidos como mercadorias, dispostas em mercado, e seus usuários, de cidadãos plenos de direitos, passam a ser tomados como clientes ou consumidores, reforçando a cultura individualista e consumista presente na sociedade, e nela se fortalecendo.

Deste modo, passa a ocorrer um claro esvaziamento do debate sobre a dimensão política da atenção à saúde, substituída pela hipertrofia da dimensão técnica – pretensamente neutra, e que subsume o social, agora devidamente fatorado e transformado em custos e produção.

É importante ainda notar que este processo implica necessariamente em mudanças nos próprios processos de trabalho em saúde, que ganham novas racionalidades e sentidos, e assim também se transformam.

Esse mecanismo de terceirização da gerência das unidades otimiza ainda a abertura dos serviços públicos a outros interesses privados, facilitando, pela sua lógica, intransparência e ausência de controle pela sociedade, desvios de várias naturezas, seja pela escolha de usuários e patologias, selecionados pelo custo, seja por esquemas de privilegiamento de usuários de consultórios ou empresas de saúde para procedimentos e medicamentos pagos pelo SUS, para o clientelismo político ou ainda por tentativas de reserva ou venda direta de serviços a quem por eles possa pagar, retomando, em novos tempos, a velha prática de divisão social em usuários da saúde de primeira e segunda classe, presentes nos antigos hospitais e santas casas.

4.4 Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro

Em relação à Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro, percebe-se um hiato desde a concepção do campo da Saúde do Trabalhador no SUS até o processo de descentralização da gestão advindo com a RENAST.

A eleição de governadores de 1983 delineou a possibilidade para a Saúde Pública assumir papel ativo na condução de um movimento político-ideológico que ficaria conhecido como os “Programas de Saúde dos Trabalhadores” (PST), com experiências baseadas na Reforma Sanitária Italiana, desenvolvidos particularmente nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

O início do movimento da saúde do trabalhador no Rio de Janeiro tem como marco institucional a constituição do *Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana* da *Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz* (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ) em 1986. Gestado no bojo da Reforma Sanitária brasileira, influenciado pela medicina social latino-americana e pela experiência sindical italiana, ele coincide com a própria história e construção da concepção de *saúde do trabalhador* no Brasil (FREIRE, 1998).

Antes da concepção da RENAST o Estado do Rio de Janeiro possuía um Programa de Saúde do Trabalhador que foi criado em 1988 (Resolução nº 441, de 07/01/88) na gestão do Secretário de Estado de Saúde - sanitarista Sérgio Arouca - como “Coordenação de Saúde do Trabalhador e Meio-Ambiente”, com atribuições de vigilância e assistência. Em 1990, passou a denominar-se Programa de Saúde do Trabalhador - PST.

Em 1988, o resultado das eleições para os governos municipais possibilitou que diversas cidades no sudeste do Brasil criassem os Centros de Referência em Saúde dos

Trabalhadores (CEREST) – sob uma conformação distinta da RENAST atual - aprofundando a participação sindical, a articulação interinstitucional e o funcionamento de conselhos gestores. No Estado do Rio de Janeiro emerge sob denominação de Coordenação de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

Os PST em São Paulo emergem em resposta à insuficiência das intervenções estatais, ao ressurgimento do movimento sindical no ABC paulista (final dos anos 1970), ao arrocho salarial do período militar, ao agravamento das condições de saúde em geral e dos trabalhadores particular e se coaduna com o debate da Reforma Sanitária. A peculiaridade destes PST reside no fato de terem sido gerados por demanda dos próprios trabalhadores em convergência com os pleitos da mobilização sindical e como móvel de sustentação política, antecedendo o controle social proposto pelo SUS em 1990, e mudando a antiga Comissão Sindical para Conselho Gestor (MEDEIROS et al, 2013). Este modelo de PST recebe reforço da assessoria técnica do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) e as unidades municipais ou estadual se constituem com seus respectivos Conselhos Gestores (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

O Programa de Saúde do Trabalhador tinha como atribuições: Ações de vigilância epidemiológica e sanitária nos ambientes e condições de trabalho; assistência à Saúde do Trabalhador a partir da criação de centros de Referência e da capacitação dos recursos humanos para a atividade; notificação dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho identificando o adoecimento dos trabalhadores nos diversos ramos da produção; vigilância em todos os estaleiros de construção e reparo do Estado; identificação de 400 casos de trabalhadores com silicose através de busca ativa, resultando na lei n 1979, de 1992, proibindo o jateamento de areia no Estado do Rio de Janeiro; na construção civil: fiscalização do pólo cimenteiro de Cantagalo (600 trabalhadores) e de Volta Redonda (400 trabalhadores) e diversos canteiros de obras e empreiteiras; na área de Metalurgia e Siderurgia: fiscalização de 25 empresas do município do Rio de Janeiro, entre elas: GE, Usimeca, Fabrimar (15.000). No interior do Estado: Companhia Metalúrgica Barbará e Siderúrgica Barra Mansa, Thyssen e Metalúrgica Barra do Piraí, Companhia Siderúrgica Nacional; na área química e Petroleira: Petrobrás/Macaé, Bayer, Petroflex, Reduc, Refinaria de Manguinhos, Pan Americana; municipalização: dentre os 91 municípios, 20 já apresentam estrutura de saúde do trabalhador e reúnem-se mensalmente no fórum permanente de municipalização desde 1991; convênio com o Ministério Público do Trabalho.

Dentre as ações desenvolvidas, destacam-se no âmbito da Construção Civil (Termo de Compromisso em Saúde do Trabalhador entre o SUS e os Sindicatos do Trabalhadores e das

Indústrias da Construção de Volta Redonda, Ações de fiscalização no Pólo Cimenteiro e Coprocessadoras de Cantagalo – 600 trabalhadores, todas as indústrias de cimento de Volta Redonda – 400 trabalhadores, vários canteiros de obras do município do Rio de Janeiro, Empreiteiras da Petrobras); Cinema Leblon – retirada controlada de Amianto Anfibólio. Acompanhado pela SES – pela Sec. Municipal de saúde e de Ambiente, pela Feema, pelo CESTEJ-FIOCRUZ; Metalurgia e Siderurgia (Termo de Compromisso com a Metalúrgica Barra do Piraí – 700 trabalhadores, 25 empresas do município do Rio de Janeiro, entre elas GE, USIMECA, FABRIMAR – 15000 trabalhadores, Companhia Metalúrgica Barbará – Barra Mansa – 1200 trabalhadores, Siderúrgica Barra Mansa – 1500 trabalhadores -, em conjunto com o Ministério Público – Companhia Siderúrgica Nacional – CSN); Construção naval (Vigilância em todos os estaleiros de construção e reparo do Estado, identificação de 400 casos de silicose através de busca ativa em jateadores e pintores, elaboração da Lei n 1979, de 1982, proibindo o jateamento de areia seca no estado, controle das empresas de jateamento e aprovação de alternativas tecnológicas, a partir da Lei n 1979, controle de Acidentes no estaleiro Mauá – 2002); Química, Petroquímica e Petrolífera (principais empresas fiscalizadas: Petrobras – E & P Bacia de Campos, Bayer, Petroflex, Reduc, Refinaria de Manguinhos, Pan Americana; Termos de Compromisso: Pan Americana, Bayer; Polo Gás Químico do RJ de Duque de Caxias); serviço Público (Fiscalização: Arsenal da Marinha do Rio de Janeiro, Identificação da Comissão de Saúde do Trabalhador do Serviço Público).

No ano de 1990, destaca-se a criação do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador – CONSEST - através da resolução SES/RJ nº 605 de 27/12/1990. Conforme o Regimento Interno, a finalidade do CONSEST era “elaborar, acompanhar a execução e avaliar a Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro, estabelecendo as estratégias das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e atenção integral aos trabalhadores”. É importante ressaltar o caráter histórico do CONSEST que foi concebido antes da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde 8142 de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde²².

O Rio de Janeiro foi o único Estado do Brasil que manteve um conselho próprio na área de Saúde do Trabalhador²³. Como um fórum permanente e deliberativo, o CONSEST era composto de 21 sindicatos, de todas as centrais e 11 instituições públicas congregando os representantes dos sindicatos mais esclarecidos e combativos do Estado - da Construção Civil,

²² O Conselho Estadual de Saúde foi criado depois com a Lei Complementar Estadual 71 / 91, desde a sua criação teve problemas em relação a sua composição que não era paritária.

²³ Ressalta-se que para o fortalecimento da Comissão de Saúde do Trabalhador do Conselho Estadual de Saúde foi proposto a sua extinção no final de 2005.

da Indústria Naval, dos Setores Metalúrgico, Petrolífero, Químico, Rural, Saúde, Serviços Públicos de Saúde, Transporte, incluindo também o Coletivo de Saúde da CUT - e as instituições mais importantes relacionadas à saúde do trabalhador no Estado, nomeados em agosto de 1991: Programas de Saúde do Trabalhador das Secretarias Municipais de Saúde, DIESAT, DRT-RJ, FUNDACENTRO, FEEMA, FIOCRUZ, SEAS, UERJ, UFF, UFRJ, UFRRJ²⁴.

O CONSEST pode ser considerado uma experiência singular pelo protagonismo deste colegiado interinstitucional e intersindical no Brasil, mas também pela composição assumidamente bipartite: pode público e representantes dos trabalhadores, contrariando a lógica internacional de “equilíbrio” através de estruturas que preveem o Estado, o movimento sindical e as empresas. A lógica dessa decisão se prende à tônica de suas atividades ligadas às ações de vigilância e destinava à representação das empresas no momento dos acordos. A este argumento, soma-se o exercício do controle social sobre as ações do poder público quando o CONSEST propicia a visibilidade das ações técnicas e assim garante a sua relativa isenção (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

A organização das ações de um amplo colegiado se deu através de Câmaras Técnicas (CT), instituídas formalmente através da Resolução SES n 932/1994, e organizadas por temas específicos constituíram fóruns coletivos de discussão e sustentação técnica, oferecendo

²⁴ A gestão de 2001 e 2003 era composta das seguintes instituições: Secretaria de estado de Saúde (Programa de Saúde do trabalhador); Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (FEEMA); Secretaria de Estado de Trabalho e Ação Social; Fundacentro –RJ; Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); Fórum Intersindical de Saúde do Trabalhador (Secretarias municipais de Volta Redonda, Barra Mansa e Resende); Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Universidade Federal Fluminense (UFF); Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ); Representantes dos Trabalhadores do setor Químico, Petroquímico e Petrolífero (Sindicato dos Trabalhadores na Indústria Petroquímica de Duque de Caxias, Sindicato dos Petrolíferos do Norte Fluminense, Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias químicas e farmacêutica DE RESENDE); Representantes dos trabalhadores do setor metalúrgico e construção naval (Sindicato dos trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Construção Naval, entre outras de Niterói e Itaboraí, Sindicato dos trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas de Volta Redonda, Barra Mansa, Resende e Itatiaia, Sindicato dos trabalhadores nas indústrias Siderúrgicas de automóveis, entre outras de Barra Mansa e região); Representantes dos trabalhadores do setor rural e risco químico (Federação dos trabalhadores na Agricultura do estado do Rio de Janeiro, Sindicato dos Trabalhadores no Combate às Endemias no Estado do Rio de Janeiro); Representantes das Centrais Sindicais (Central Única dos Trabalhadores do Rio de Janeiro, Confederação Geral dos Trabalhadores do Rio de Janeiro, Força Sindical do estado do Rio de Janeiro); representantes dos trabalhadores do setor de serviços (Sindicato dos Empregados de Empresas de Asseio e Conservação do Município do Rio de Janeiro, Sindicato dos Empregados em estabelecimentos Bancário do Município do Rio de Janeiro, Sindicato Nacional dos Trabalhadores em Atividades Subaquáticas e afins); Representantes dos Trabalhadores do setor Público e Saúde (Sindicato dos servidores Civis das Forças Armadas – SINFA-RJ; Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social do Estado do Rio de Janeiro – SINDSPREV-RJ e Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro); Representantes dos Trabalhadores do setor de Transporte (Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de transportes Metroviários no Estado do Rio de Janeiro, Sindicato dos Condutores de Veículos Rodoviários e Trabalhadores de cargas em geral e Passageiros no Município do Rio de Janeiro); Representante dos Trabalhadores do setor de construção Civil (Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção Civil de Volta redonda e região do Médio Paraíba).

respaldo operacional para as ações do conselho. O dimensionamento das atividades pode ser avaliado pelo registro de Costa (2009) que refere no ano de 1997, a atuação de 12 Câmaras Técnicas em vários setores de trabalho, que subsidiaram 38 visitas e inspeções a diversas empresas do estado do Rio de Janeiro.

Em 1998 durante o seminário de avaliação realizado pelo CONSEST foram observados os entraves para conduzir ações de controle social, tais como: a deficiente divulgação das ações do Conselho; o esvaziamento das Câmaras Técnicas e a redução na dinâmica política dos sindicatos com as questões de Saúde.

A descontinuidade do CONSEST é analisada por Freire (2010) que a atribui ao retraimento progressivo dos sindicatos, ao esvaziamento de profissionais no PST e ao dissenso entre integrantes do controle social a partir de 2005. Vasconcellos (2007) refere-se às mudanças dos sucessivos governos, à incompreensão da gestão com o trabalho como categoria central da ação em saúde, à saída de vários técnicos do PST/RJ, à ausência de articulação intrassetorial com vigilâncias, ao esvaziamento da participação sindical e, principalmente, à ausência de uma política de Estado, mais perene tendo a negociação como um de seus mecanismos mais estratégicos no teatro de operações. A saída de técnicos possui estreita relação com desvalorização do funcionalismo público estadual à época, com drástica redução salarial (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

A III Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro, em 2006, realizada sob forte crise de organização, de lideranças e disputas variadas, resultou no enfraquecimento do modelo e a substituição do CONSEST pela CIST estadual nos moldes propostos pela RENAST – qual seja tripartite e vinculada hierarquicamente ao Conselho Estadual de Saúde. Desde então, o protagonismo do estado do Rio de Janeiro desapareceu, imerso em dificuldades internas (idem, ibidem, 2013).

A despeito do fim do CONSEST, durante a III Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, um Manifesto intitulado *Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador – pioneiro no controle social em 1991 e vilão em 2005?* enunciava, denunciava e anunciava o fim do Controle Social em Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro. Alertava o Manifesto do denominado *Movimento Sindical em defesa da Saúde do Trabalhador com Efetivo Controle Social*: “que forças desejam, no fundo, transformar em vilão uma experiência exitosa de controle social discutida em dezenas de Conferências Municipais e Estaduais do Trabalhador pelo Brasil afora? O que a população e o poder público do Estado do Rio de Janeiro querem fazer com a experiência de 14 anos de controle social no SUS?”.

O CEREST Estadual integra atualmente a Vigilância Ambiental em Saúde da SES-RJ - Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Esta Subsecretaria é composta pela Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SVEA), Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA), Laboratório Central Noel Nuttels (LACEN), Centro de Informação Estratégica da Vigilância e Saúde (CIEVS) e Coordenação de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde (CGVS). Esta Subsecretaria tem o papel de planejar, coordenar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde.

A Vigilância Ambiental em Saúde da SES/RJ se divide em:

- 1) Divisão de Fatores de Risco Ambiental;
- 2) Divisão de Controle de Vetores;
- 3) Divisão de Saúde do Trabalhador.

A Saúde do Trabalhador está representada na Secretaria Estadual de Saúde pela Divisão de Saúde do Trabalhador (DSTRAB) e pelo Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (CEREST).

A DSTRAB atua junto aos demais órgãos do nível central e estruturas de governo, e o CEREST atua no suporte técnico científico, tanto às ações da DSTRAB, quanto aos municípios no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador.

Vigilância Ambiental em Saúde é um conjunto de ações que visa conhecer e detectar os fatores do ambiente que interferem na saúde humana, para identificar medidas de prevenção; controle de riscos e promoção da saúde.

Em relação ao contexto histórico da Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro observa-se o descompromisso dos distintos governos e, sobretudo do atual com a Política de Saúde do Trabalhador. O Estado do Rio de Janeiro demorou a implantar o Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador. No Governo Garotinho houve uma tentativa de criação, através do Decreto nº 25151, de 30 de dezembro de 1998 na qual seria instalado na Policlínica Américo Piquet Carneiro e contaria com recursos materiais e humanos da UERJ e da Secretaria Estadual de Saúde.

De acordo com o Projeto de Implantação (versão 2001), a curto prazo, o CRESAT objetivava tornar-se referência estadual nas questões relativas aos acidentes de trabalho e às doenças relacionadas ao trabalho, contribuindo para aprimorar, ampliar e consolidar as ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária que vêm sendo desenvolvidas, há quase uma década, pela Secretaria de Estado de Saúde e demais instituições componentes do CONSEST.

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 1679, de 18 de setembro de 2002 incentivou a criação de centro de referência com o objetivo de inserir o Estado do Rio de

Janeiro na Rede Nacional de Atenção Integral Saúde do Trabalhador. Para tal, era preciso a apresentação do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador²⁵, que no Estado do Rio de Janeiro só aconteceu no final de 2003. Desde 2002, o Ministério da Saúde vem implementando a RENAST. Essa Rede é composta por Centros de Referência estaduais e municipais. Neste mesmo ano o Rio de Janeiro deveria contar com nove centros, um para cada região, mas tardou implanta-los.

Em março de 2006, a Secretaria Estadual de Saúde apresentou convênio firmado entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP / Fiocruz – na qual o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTH / ENSP / Fiocruz) passaria a ser uma incubadora de gestão e tecnologia do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do Rio de Janeiro atuando na formação dos seus técnicos.

No período de 28 a 30 outubro de 2005 ocorreu a III Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador reunindo 409 pessoas, entre Delegados (gestores: 63; profissionais de saúde: 89; usuários: 159) e Observadores (98) no auditório do Colégio Pedro II durante três dias de trabalho intenso²⁶.

A Mesa de Abertura foi formada com a seguinte composição: Aluízio de Araújo Ribeiro Neto (Diretor do Centro de Vigilância Epidemiológica - SES/RJ, representando o Secretário de Estado de Saúde - Gilson Cantarino); Maria da Graça Hoefel (Ministério da Saúde), Nádia Regina das Graças (Secretaria de Trabalho e Emprego do Estado do Rio de Janeiro), Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (Conselho Estadual de Saúde-CES/RJ), Lise Barros Ferreira (Programa de Saúde do Trabalhador - SES/RJ), Olimpio Barros de Sá (Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador - CONSEST). Cabe salientar que, embora

²⁵ Em Reunião Ordinária realizada em 07/11/2003 pelo Conselho Estadual de Saúde foi aprovado o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador - PEST - com o objetivo de credenciar o estado na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST - e habilitar-se a receber os recursos financeiros do Ministério da Saúde para incentivo à construção e manutenção dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST, que funcionarão sob responsabilidade dos estados e dos municípios, com abrangência regional, nos moldes da Regionalização de Saúde preconizados na NOAS 01/2002.

O objetivo do plano é a implantação dos centros segundo o perfil epidemiológico de cada região. A idéia do Ministério da Saúde é mostrar passo a passo como implantar esses centros. Pela proposta de Brasília, cada município, de acordo com o seu perfil, é considerado A, B ou C.

O Centro Estadual seria C, e contaria com um repasse mensal de R\$ 40 mil e R\$ 50 mil para incentivo de implantação. O município do Rio de Janeiro, por exemplo, é considerado C por ter o perfil epidemiológico de quase todo o estado reunido. Aos regionais seriam destinados R\$ 20 mil por mês e R\$ 20 mil para implantação. Os municípios B (Volta Redonda, Duque de Caxias, São Gonçalo, Metropolitana 2) teriam R\$ 14 mil por mês e R\$ 20 mil de incentivo de implantação. Os municípios A receberiam um repasse de R\$ 12 mil por mês mensais e R\$ 20 mil para incentivo. (dados da 11ª Reunião Ordinária da CIB - RJ - 04 de dezembro de 2003).

²⁶ Destaca-se também a realização das Conferências Regionais de Saúde do Trabalhador: Conferência Regional do Médio Paraíba, Conferência Regional da Metropolitana 2 (Niterói), Conferência Regional de Duque de Caxias, Conferência Regional da Baía da Ilha Grande, Conferência Regional de Cabo Frio e as Conferências Municipais de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Mesquita, Mendes, Quissamã, Pirai, Campos dos Goytacazes, Bom Jesus de Itabapoana, Barra do Pirai e Nova Iguaçu.

convidados pela Comissão Organizadora para compor a Mesa de Abertura e outras (bem como para participar de todos os trabalhos da Conferência), os Ministérios do Trabalho e Emprego e o da Previdência Social não se fizeram representar, o que foi profundamente lamentado pela plenária.

Os participantes propuseram entre outras deliberações:

- Aprovação e implantação imediata do Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS para as três esferas de governo, como preconiza o SUS, garantindo a participação dos funcionários envolvidos.
- Qualificar o trabalhador informal, visando a melhoria das condições de trabalho e a integração do trabalhador no sistema previdenciário.
- Montagem de Banco de Dados sobre acidentes, doenças e riscos relacionados ao trabalho para nortear as ações dos Centros de Referência da Saúde do Trabalhador, através da revisão dos sistemas de informação atuais.
- Criar Núcleos de Atenção à Saúde do Trabalhador em todos os municípios, com equipes multiprofissionais especializadas.
- Estimular o registro dos acidentes de trabalho e de trajetos nas unidades de emergências em saúde.
- Criar Comissão de Saúde do Trabalhador e qualificar os trabalhadores que a compõem, em todos os locais de trabalho do serviço público, nas três esferas do governo, que garantam a vigilância dos riscos inerentes ao processo de trabalho.
- Não à privatização do Seguro Acidente (SAT).
- Banimento do amianto, considerado como grave problema de saúde do trabalhador e de saúde pública, em todo o território nacional, uma vez que já existem tecnologias alternativas que o substitua, a exemplo dos 42 países que já o baniram.
- Criar Comissões de Saúde do Trabalhador, no serviço público.
- Criar Núcleo de Saúde do Trabalhador nas unidades públicas e CIPAs – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes nas demais.
- Implantar Comissões de Saúde do Trabalhador nas instituições públicas, bem como Serviço de Atenção a Saúde do Trabalhador, dentro de cada local de trabalho.

A IV Conferência Estadual de Saúde do trabalhador e da trabalhadora foi realizada nos dias 28 a 30 de maio de 2014 no Hotel Othon Palace situado na Av. atlântica, 3264 - Copacabana - Rio de Janeiro. Esta Conferência foi caracterizada como uma conferência segregadora, não apenas pelo local da Conferência, mas pelo caráter que se tornou este

espaço, ou seja, fechado e burocrático, sem trabalho de base, sem participação dos trabalhadores e entidades que nos últimos anos estiveram em luta em distintas greves no Estado do Rio de Janeiro, com o propósito apenas de cumprir as formalidades previstas nas legislações do SUS.

4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado do Rio de Janeiro teve como tema central a “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado” e "O desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora". A abertura do evento contou com a presença do Secretário de Estado de Saúde Sr. Carlos Vaz, do representante da Previdência Social, Sr. Leonardo Zambelli, do DSTRAB/CEREST/Estadual, Sr. Jorge Curcio, do representante do Ministério Público do Trabalho, Dra. Flávia Veiga Bauler, do representante da ENSP/FIOCRUZ – Dr. Hermano Albuquerque de Castro, do representante da FUNDACENTRO, Sra. Maria Cristina Félix, do representante da Comissão Organizadora da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – Sra. Ivone Evangelista Cabral e do Representante dos Trabalhadores - Sr. Marcelo Perez.

A Mesa de Abertura foi a: “Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora” e também mesas temáticas: 1ª Mesa Temática: 1. Fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora; 2. Efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo como debatedores Maria Inês Bravo – UERJ; Claudia Magalhães CEREST/ESTADUAL e Fátima Sueli – UERJ; 2ª Mesa Temática: 1. O desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora; 2. Financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, nos Municípios, Estados e União como debatedores Wanderson - CEREST/ Duque de Caxias; Olímpio Barroso de Sá ASSEIO e Conservação/ RJ e Carlos Augusto V. de Souza - CGSAT/MS.

Quanto às propostas aprovadas foram em torno de 09 propostas amontoadas em enormes parágrafos e esquecidas nos Planos de Gestão da Saúde apresentado pelos Governos que se seguiram.

Do consolidado de 136 propostas das Conferências Macrorregionais citamos algumas:

- Firmar parceria entre Ministério da saúde, ministério da Agricultura e instituições públicas de ensino e órgãos fiscalizadores a fim de criar Lei federal garantindo o banimento do asbesto – amianto e sílica, preservando o meio ambiente, bem como a diminuição significativa do uso de agrotóxicos e substancia químicas perigosas,

efetivando a realização de exames periódicos aos trabalhadores e trabalhadoras expostas a essas substâncias;

- Buscar o fortalecimento do SUS mediante a não privatização da saúde através de realização de concursos públicos, regime estatutário, nas três esferas de governo. Garantindo a implementação do Plano de Cargos, Carreiras e vencimentos para os profissionais de saúde;
- Educação permanente em saúde do trabalhador para ampliação do controle social e caracterização donexo causal relacionado às notificações dos agravos relacionados ao trabalho na lógica da equidade do cuidado e atenção integral ao trabalhador e acompanhamento da evolução dos indicadores em Saúde do Trabalhador;
- Exigir a obrigatoriedade da criação das Comissões Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) em todos os municípios da União e a realização de cursos de capacitação técnica e política para conselheiros e membros das CISTs;
- Que a equipe multiprofissional do CEREST possa ser ampliada conforme as necessidades de abrangência do mesmo, par ações de promoção de saúde do trabalhador e da trabalhadora e prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho contemplando todos os profissionais de saúde inclusive os que se fizerem necessários de outras áreas;
- Bloquear o repasse dos recursos para, os CERESTs, com a penalização do secretário municipal de saúde, ao município (polo) que não tiver executando as ações em saúde do trabalhador em conformidade com a Portaria 2728 e legislação vigente;
- Aumentar e garantir que os recursos financeiros dos conselhos de saúde que implementaram a CIST e, que assim seja destinado, no mínimo, 5% dos recursos para as CISTs respectivas e implantar as CISTs nos municípios que não as tenha e implementar nos municípios em que elas já existam;

**2ª PARTE – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTUDO DE
CASO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO**

É tempo de olhar de dentro
Olho no olho do furacão
Pé no chão
Piso firme
Punhos cerrados
O sonho soprará o caminho no ouvido
Sonhos mútuos
Somos muitos
Também é tempo de olhar pra dentro
Queimar lixos
Arrebentar nossos vidros
Quebrar nossos bancos e o que mais acomoda
A hora é de incômodo
A hora é de ir
Não há tempo pra perplexidade
Os tempos são mesmos outros
E não há tempo a perder
É preciso desacelerar o mundo.

Lucas Bronzatto

5 SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO NA SAÚDE E NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Este capítulo pretende empreender uma análise do trabalho dos assistentes sociais mediada pelo debate teórico da saúde - o qual tem sua gênese no movimento de Reforma Sanitária – e o debate teórico do Serviço Social, que expressa o compromisso com a classe trabalhadora tendo o projeto ético-político profissional como parâmetros da prática profissional do assistente social. Pretende discorrer sobre o Serviço Social na área da Saúde do Trabalhador, demonstrando como ao longo dos anos a profissão se aproxima desse debate. Apontam-se elementos que historicamente vêm norteando o debate sobre o trabalho e a saúde, expressando avanços e contradições na área da Saúde do Trabalhador.

5.1 O Trabalho do Assistente Social na Saúde

A imanência do caráter regressivo da economia política mundial (crises capitalistas) alcança o interior das profissões e as políticas governamentais. Isto porque em conjunturas de crise verifica-se o investimento governamental massivo em ações afinadas ao modelo mercadológico e suas necessidades de recuperação de lucros. Muitas das práticas atuais no campo da saúde reproduzem esse modelo ou levam a reboque aqueles profissionais mesmo “nadando contra a corrente” não consegue romper a força da maré montante.

O *chão profissional*- termo cunhado por Matos (2015) – do cotidiano das unidades de saúde, por exemplo, origina uma série de elementos que exemplifica o retorno de práticas que supostamente foram superadas, digo supostamente, pois sempre estiveram presentes. Superar práticas arraigadas implica conviver com o transitório; o novo convivendo com o velho; o presente convivendo com o passado que se diz efêmero, mas sempre está presente, exemplos, não faltam nas unidades de saúde do Estado do Rio.

Vejamos o processo de concessão de gestão das unidades de saúde para organizações sociais onde requisições institucionais que descaracterizavam totalmente as conquistas da inserção do Serviço Social na política de saúde vieram à tona tendo em vista que os profissionais se viam completamente desprotegidos de seus direitos como trabalhadores – o que potencializava as pressões institucionais para a realização de atividades que em nada se relacionavam com a profissão. O manuseio do sistema de regulação de vagas e preenchimento de documentação para transferência, comunicação de óbito, preenchimento de laudo médico,

marcação de exames e consultas, solicitação de ambulância, dentre outras atividades que em nada se relacionam com o exercício profissional de assistentes sociais pululam no cotidiano.

É importante ressaltar o quanto esse quadro representa um retrocesso para o Serviço Social. A política de saúde, segundo dados dos anos 2000, era a área que mais empregava assistentes sociais no Brasil²⁷. O Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Federal de Serviço Social, através das resoluções (nº 218/97 e nº 383/99), respectivamente, reconhecem assistentes sociais como profissionais de saúde. Saúde entendida não como ausência de doença, mas como o conceito ampliado e explicitado no discurso emblemático e panfletário de Arouca na 8ª CNF (colocado nos capítulos anteriores). As conquistas da reforma sanitária, expressas na Lei Orgânica da Saúde e na institucionalização do Sistema Único de Saúde, reconheceram os determinantes sociais da saúde, e a importância de práticas profissionais, em todos os níveis (primário, secundário, terciário e quaternário), que observassem e atuassem sobre esses determinantes, na perspectiva de produzir avanços quanto à compreensão da saúde como direito humano e, por consequência, dever do Estado.

O conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais da saúde reconhecendo à dimensão social da saúde, alargou o espaço de atuação dos vários profissionais de saúde, entre eles o do assistente social. Nos últimos anos tem se evidenciado a força que a temática do social e do trabalho com o social vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 223). Na saúde o Serviço Social tem espaços próprios e tradicionais de atuação, mas com o SUS se abriu muitos espaços multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais, também no âmbito da gestão e planejamento da política.

As publicações desta última década adensaram o debate sobre o Serviço Social na saúde. Destacam-se como referências para o debate nacional as produções de Maria Inês Bravo, Ana Maria de Vasconcelos, Maurílio Matos, Maria Valéria Correia, Regina Célia Miotto, Vera Maria Nogueira, Dalva Horário, Jussara Mendes, entre outros. E mais recentemente o documento lançado pelo CFESS, construído a partir de um amplo debate nacional “Os Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde”, vem explicitar as conexões entre o projeto ético-político da categoria com as bases da Reforma Sanitária e sugerir eixos para a prática do assistente social na saúde.

As linhas de pesquisa das pós-graduações em Serviço Social que tratam das políticas sociais estão contribuindo para adensar este debate do campo de saúde, tanto o âmbito da

²⁷ Com o surgimento e a implantação, no Brasil, do SUAS – Sistema Único de Assistência Social – que prevê a obrigatoriedade da presença de assistentes sociais nas unidades da política de assistência social, este dado pode ter se alterado.

política de saúde propriamente, como apontando novos espaços de atuação técnico e político (promoção de saúde e conselhos de saúde) e indicando possibilidades de requalificação das ações a partir das demandas tradicionais da saúde (atenção básica, plantões de hospitais, ações em equipes multiprofissionais) e as residências multiprofissionais.

Bravo (2007) desenvolveu análises referentes ao serviço social no campo da saúde a fim de apresentar o histórico processo de inserção da categoria profissional naquele campo de conhecimento e ação que, segundo Bravo (1996) é o que mais absorve o trabalho dos assistentes sociais. Além de oferecer relevantes contribuições com o resgate histórico de surgimento do Serviço Social no Brasil, especificamente sua vinculação às unidades de assistência à saúde, também apresentam proposições com vistas ao enriquecimento do debate e defesa do projeto ético-político profissional e seus valores fundantes na relação com as propostas da Reforma Sanitária brasileira conformadas no Sistema Único de Saúde.

No que se refere ao Serviço Social, Bravo (2007) considera necessário recuperar as lacunas dos anos 80 a fim de promover avanços hoje na profissão, uma vez que, poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços, na década de 1980. Este fato rebate na atuação do serviço social na área da saúde – o maior campo de trabalho.

Apesar dessas constatações, no âmbito acadêmico, pôde-se observar uma mudança de posições, com relação à postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos (BRAVO 2007). Os anos 1990, segundo a autora, apresenta incipiente alteração na prática profissional uma vez que esta se manteve desarticulada do movimento da reforma sanitária, sem explícita e organizada ocupação dos espaços na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão; insuficiente produção sobre as demandas postas à prática em saúde (BRAVO, 1996).

As produções teóricas mais recentes representadas pelos trabalhos de Matos (2013); Souza (2001) e Costa (2000) e, com destaque para as produções de Vasconcelos (2002, 2015), e Bravo (2007) apontaram um desafio em comum identificado pelos autores: a necessidade de se consolidar a ruptura com o serviço social tradicional e, para tanto, se faz necessário fortalecer o projeto de intenção de ruptura, responsável pela construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho do assistente social.

Dadas as possibilidades de rompimento com as práticas conservadoras acreditou-se que os anos 2000 prometiam modificações conjunturais, no que tange aos investimentos em saúde e à ação máxima do Estado em defesa de investimentos na área social, pela eleição de

um presidente que seria representante das classes trabalhadoras. Contudo, verificou-se a continuidade da política macroeconômica dos governos de FHC, o predomínio da fragmentação e subordinação da área social aos ditames da economia. Consequentemente, abandonou-se a perspectiva de totalidade contida na reunião das políticas de saúde, assistência e previdência em um único campo, a seguridade social. (BRAVO et al., 2007, p. 211)

De outro lado, conforme a mesma autora, o Serviço Social, apesar da maturidade intelectual que o caracteriza nos anos 1990, esteve marcado pelo retorno do conservadorismo na contratendência da hegemonia do projeto ético-político profissional. Na saúde, a crítica ao processo hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Podem-se identificar na realidade a manifestação de posturas que comprovam o retorno do ranço neoconservador. As causas são atribuídas ao baixo grau de *status* do Serviço Social na sociedade em comparação com as outras profissões. Assim, a formação em saúde pública ou em outra área como a psicanálise desvirtua o profissional de sua identificação com o Serviço Social, seu objeto e objetivos. Esse assistente social opta por uma escolha que lhe garanta maior valorização nas relações profissionais. Segundo Bravo et al. (2007) passam a identificarem-se como sanitaristas ou a caracterizar o Serviço social como clínico, aproximando-o de uma atuação no alívio de tensões, entre outros.

Primeiramente, se faz necessário o entendimento do que são projetos societários. Nas diversas sociedades há disputas entre projetos conservadores da ordem social e coerentes com o modo de produção capitalista; e, de outro lado, projetos emancipatórios que preveem a revolução dos meios de produção e a construção de uma sociedade mais justa, alternativa, sem dominação e divisão entre as classes sociais, com a eliminação de qualquer forma de exploração. Interessa-nos tão-somente um tipo de projeto coletivo, que designamos como projetos societários. Trata-se daqueles projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-las. Em sociedades como a nossa, os projetos societários são, necessária e simultaneamente, projetos de classe, ainda que refracem mais ou menos fortemente determinações de outra natureza - culturais, de gênero, étnicas, etc. (NETTO, 2007. 142)

Em segundo lugar, destacam-se os valores éticos que orientam a formação e a prática profissional. O compromisso profissional com a democracia, os direitos humanos e a liberdade que orientam projetos societários emancipatórios de transformação da sociedade no sentido de sua emancipação, assim como a recusa ao arbítrio e ao autoritarismo presentes em nossa história.

Num contexto ditatorial, a vontade política da classe social que exerce o poder político vale-se para a implementação de seu projeto societário, de mecanismos e dispositivos especialmente coercitivos e repressivos. É somente quando se conquistam e se garantem as liberdades políticas fundamentais (de expressão e manifestação do pensamento, de associação, de votar e ser votado, etc.) que distintos projetos societários podem confrontar-se e disputar a adesão dos membros da sociedade. (NETTO, 2007: 143).

Constrói-se permanentemente, o projeto ético-político profissional da categoria de assistentes sociais calcado nos valores democráticos. Norteiam nossas ações o código de ética profissional, a lei de regulamentação da profissão e as diretrizes curriculares.

O terceiro aspecto, político, diz respeito às possibilidades de ação política por meio das organizações da categoria (CRESS, CFESS, ABEPSS, ENESSO, etc.), o que possibilita o confronto e diálogo entre as diversas correntes no universo heterogêneo de profissionais do Serviço Social. Por último, no que diz respeito ao aspecto profissional, a singularidade da profissão que condiciona e orienta sua inserção e diferenciação no processo mais amplo da divisão social e técnica do trabalho. Tal diferenciação ao longo dos anos - desde o surgimento do Serviço Social como profissão e seu reconhecimento social - promoveu seu amadurecimento histórico, teórico e metodológico.

Em poucas palavras, projetos divergentes e plurais existem e é por esta razão que, atualmente, verificam-se reações conservadoras no interior da profissão. Tal movimento corrobora a atual tendência neoliberal de intensificação dos processos de exploração das classes que vivem do seu trabalho.

O sujeito coletivo que constrói o projeto profissional constitui um universo heterogêneo: os membros do corpo (categoria) profissional são necessariamente indivíduos diferentes – têm origens, situações, posições e expectativas sociais diversas, condições intelectuais distintas, comportamentos e preferências teóricas, ideológicas e políticas variadas, etc. (NETTO, 2007, p. 145).

O conservadorismo está presente na profissão desde seu surgimento, porém, a luta política no interior da profissão, mais especificamente na academia, mostra-se progressista e

prevê a superação do neoconservadorismo contemporâneo e a hegemonia do projeto ético-político profissional presente no código de ética de 1993.

A dimensão ética e suas implicações políticas estão presentes na prática profissional dos assistentes sociais desde suas origens e "sempre estiveram no coração da profissão". Para ele, a dimensão política não se confunde com posicionamentos político-partidários, ultrapassando-os. E acrescenta que toda profissão interventiva é portadora dessa dimensão, seja para conservar ou modificar a realidade por meio de suas ações. Desta forma, considera "falso apoliticismo" as práticas profissionais de cunho asséptico.

Na contemporaneidade torna-se imperativa a articulação entre diferentes campos para a construção de um projeto de prática profissional qualificado. Nesse sentido, concomitante à junção coerente entre "valorização ética" e "perspectiva política" deve-se atentar para as condições técnicas, teóricas e operativas. Isto é, as dimensões técnicas, teóricas, operativas, éticas e políticas articuladas no projeto profissional representam o elemento estruturante da prática profissional.

Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários dos seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 2007, p 144).

Propõe a dinamização dos projetos profissionais, como projetos construídos coletivamente, por meio da permanente e sistemática articulação entre assistentes sociais no campo da intervenção com os movimentos sociais, sindicatos, associações e academia, além da constante troca com os movimentos de estudantes universitários em formação. Ou seja, propõe trocas permanentes e dinâmicas entre as universidades e demais centros de formação profissional, organizações da categoria e o movimento estudantil.

Reconhece as profissões enquanto "grupos sociais extremamente heterogêneos (católicos, ateus, protestantes, conservadores, progressistas), como campos de disputa, de tensão e de luta". Por isto mesmo, nos espaços profissionais há sempre a hegemonia de alguma "corrente de pensamento", ou visão de mundo. Cabe considerar que o projeto ético-político do Serviço Social com conteúdo progressista traz conflito na medida em que difere radicalmente das direções institucionais vigentes onde atuam os assistentes sociais. Netto

(2007) adverte e aponta para a reflexão referente à "complexidade e problemática" das ideias presentes naquele projeto diante das demais profissões.

Vasconcelos (1998) corrobora as análises anteriores levando em conta a continuidade da "investida neoliberal" na sociedade brasileira em consequência da clara adesão à ordem internacional globalizada. Para ela, não passa de um "processo maquiado de novas estratégias de ação para garantir velhos objetivos" de obtenção de lucros. Nessa conjuntura propõe a "crítica radical" por parte dos intelectuais a essa ordem injusta. Aos assistentes sociais recomenda o planejamento de suas ações e maior qualificação, o que exigiria do profissional: Conhecer a realidade sobre a qual operam, nas suas particularidades e singularidades; Desnudar, avaliar, criticar e denunciar a proposta neoliberal - propor políticas alternativas, organização profissional (aprofundar o nível de articulação interna) e externa (articulação e alianças com outros profissionais, trabalhadores e com os diferentes segmentos que demandam a ação profissional); Determinar objetivos profissionais exequíveis como consequência da apreensão do movimento da realidade social - garantia de acesso aos direitos sociais; Qualificar as práticas operativas - garantia de um padrão mínimo de eficiência, do conhecimento técnico-operativo; Articulação meio-profissional/ academia - áreas de prática e espaços de formação - objetivos e projeto de profissão - relação teoria / prática.

De acordo com a mesma autora, são na relação dialética entre esses dois campos, o da prática profissional e aquele da formação, a academia que se deve encontrar as respostas para uma negação ao Serviço Social tradicional, ao neoconservadorismo da profissão.

Com a adoção de um arcabouço teórico-metodológico calcado no materialismo histórico-dialético inaugurado por Marx e ampliado pelos teóricos da tradição marxiana torna-se possível a "reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional" (VASCONCELOS, 1998). Também o recurso aos valores contidos no Código de ética profissional que apontam para a transformação da sociedade com maior liberdade, igualdade e justiça social.

Superar a dicotomia entre a teoria e a prática profissional pressupõe que se aproprie efetivamente de uma perspectiva teórico-metodológica capaz de enriquecer as reflexões com o desvendamento da realidade objeto da ação. Tal realidade sendo pensada de modo consciente, crítico, criativo, compromissado e competente a fim de garantir unidade dialética entre a teoria e a prática também se exige maior preparo por parte dos assistentes sociais nos aspectos, éticos, técnicos e políticos. (VASCONCELOS, 1998).

Constata-se na realidade do trabalho dos assistentes sociais o desenvolvimento de trabalhos rotineiros e reiterativos, apesar de portarem um discurso eminentemente

progressista. Verificam-se, pois, na academia, o teorismo estéril como mera descrição da realidade; na pesquisa a escolha de “temas generalizantes”; no cotidiano do trabalho o neoconservadorismo presente nas abordagens de cunho individualizantes e descoladas das reais demandas dos usuários dos serviços públicos; no mercado de trabalho, a continuidade e aceitação de demandas institucionais tradicionais, burocráticas e conservadoras reforçadas pelos valores da pós-modernidade em que as questões estéticas se sobrepõem às éticas.

Bravo; Matos (2007) analisando o estudo de Costa (2000) evidenciou o porquê de apesar do Serviço Social ser a quarta maior categoria no âmbito do SUS, os seus profissionais reiteram um discurso de imprecisão da profissão e de desqualificação técnica na área da saúde, tomando como universo de pesquisa os serviços públicos de saúde de Natal (RN). De acordo com os mesmos autores, Costa (2000) parte do princípio de que só se pode pensar o trabalho dos assistentes sociais, tomando como marco de análise o trabalho coletivo em saúde e afirma que a legitimidade do Serviço Social na saúde se dá pelo avesso, pois esta profissão vem tendo sua utilidade nas contradições fundamentais da política de saúde. Mas, isto não vem sendo encarado pelos profissionais de Serviço Social como trabalho, daí a imprecisão discursada pelos mesmos. Obviamente, a autora acredita na possibilidade de uma outra ação do Serviço Social na área da saúde, mas considera que a superação do modelo médico hegemônico, com vistas a efetivação do projeto da reforma sanitária, é essencial para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde, onde se insere o trabalho dos assistentes sociais.

Vasconcelos (2002) empreendeu relevante estudo no município do Rio de Janeiro junto aos assistentes sociais da secretaria municipal de saúde. Buscou captar as tendências dessa prática nas unidades de saúde. Reconhece, inicialmente, que o trabalho cotidiano traz inúmeros questionamentos e o reconhecimento dos entraves a uma prática comprometida com os valores éticos da profissão contidos no Código de Ética Profissional, na Lei de regulamentação e no projeto ético-político profissional. Defende, para tanto, o preparo teórico e político para embasar o trabalho cotidiano e apontar possibilidades substanciais. Para ela, um dos grandes conflitos enfrentados pelos assistentes sociais é trabalhar demandas, pleitos, exigências imediatas - a dor, o sofrimento, a falta de tudo, a iminência da morte, da perda do outro, enfim, a falta de condições de trabalho, as condições de vida e o estilo - sem perder a perspectiva de médio e longo prazos. Ainda que seja necessário enfrentar e dar respostas às questões imediatas, elas não se resolverão nesta organização social assentada na exploração do homem pelo homem. Sem consciência e instrumental teórico e técnicos necessários para apreender a lógica da organização social capitalista, não se trabalha na direção dos interesses

e necessidades históricas da classe trabalhadora (VASCONCELOS, 2002).

A formação sólida nos campos teórico e político permitem a sistematização da prática e a possibilidade da reflexão. Esta postura profissional será o diferencial em momentos de embates, uma vez que a profissão pode ser considerada a única com um projeto ético-político progressista diante das demais profissões.

Reconhecendo que se vive numa ordem capitalista e que a luta de classes em seu interior favorece os proprietários do capital, a profissão se propõe a ir na contracorrente em defesa dos direitos sociais daqueles que possuem só a força de trabalho. Nessa direção, os assistentes sociais buscam, ao menos na intenção, seguir as orientações do projeto ético-político a fim de minimamente dar respostas qualificadas aos usuários e defenderem o interesse público como forma de rompimento com o individualismo. Assim, se fazem necessários alguns questionamentos pertinentes à prática, tais como: a) quais as possibilidades e limites ao trabalho profissional dos assistentes sociais que objetivam articular suas ações aos interesses da maioria da população brasileira privada de cidadania plena, priorizando assim o interesse público? b) como trabalhar com os interesses e as necessidades do cidadão, que se isola ou é isolado nas suas necessidades pessoais e/ ou familiares e no seu desespero, sem perder a dimensão do que é interesse público? (VASCONCELOS, 2002)

Questões relativas à relação entre teoria e prática se situam como fundamentais na medida em que há heterogeneidade de profissionais no cenário atual da prática profissional. Tornam-se necessárias as trocas por meio de um movimento dialético entre as universidades e os profissionais da prática que garantam o "vínculo sistemático, projetado, permanente" (VASCONCELOS, 2002, p. 28-29). Para manter o compromisso dos profissionais com reflexões e ações necessárias no dia-a-dia dos atendimentos, de acordo com a mesma autora, deve haver o esforço contínuo com vistas a Captar o movimento, o sentido e o significado da prática profissional - no movimento histórico da realidade social; Captar o movimento da prática profissional na sua historicidade no quadro das relações fundamentais da sociedade relações entre as classes sociais e suas frações e nas relações destas com o Estado - supõe competência política, teórica, técnica e ética para um desvendamento do movimento da realidade social que explicita tendências, possibilidades e limites da prática na direção pretendida; Imprimir novos rumos na atenção às demandas - reais e potenciais.

Tal postura profissional diante da realidade exige a busca constante por formação teórica que possa embasar a prática. Na relação dialética entre teoria e prática será possível alcançar a ampliação do trabalho e o alcance de uma atuação na totalidade das questões – como, por exemplo, quando se aborda a questão da participação social com os usuários,

informando-os e os conduzindo à reflexão sobre a realidade mais ampla e identifique alternativas de superação – de modo que ultrapasse a mera repetição cotidiana de encaminhamentos e reprodução do *status quo*.

O Serviço Social é uma profissão regulamentada pela Lei Federal 8662/93. Nela, estão definidas as atribuições e competências profissionais. Por ser profissão regulamentada, também possui um código de ética profissional, onde estão normatizados os direitos, deveres e o que é vedado a assistentes sociais realizarem no exercício de sua profissão.

Com base nessas normativas, o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS – e os CRESSs de todo o país construíram um importante documento, que visa orientar o exercício profissional na política de saúde. Trata-se dos “Parâmetros para o exercício profissional de assistentes sociais na saúde”, publicado em 2010. Nele, consta uma série de orientações advindas do órgão máximo, em território brasileiro, de orientação e fiscalização do exercício profissional, conforme prevê a própria Lei 8662/93.

Essas iniciativas são, todas, igualmente importantes, tendo em vista o objetivo maior das instâncias que aqui foram citadas como aquelas que reconheceram a importância de assistentes sociais na política de saúde. Por serem instâncias do Poder Público, responsáveis por formular e fiscalizar políticas públicas e exercícios profissionais, estão comprometidas com a qualidade dos serviços prestados à população brasileira. Reconhecer as atribuições e competências profissionais de assistentes sociais (e de qualquer outra profissão), bem como respeitar os princípios e normativas éticas que constam no código de ética profissional, é proporcionar à população usuária dos serviços de saúde a possibilidade de acesso a serviços de qualidade a que ela tem direito, constitucionalmente garantido.

Em síntese, nos anos 1990, pôde o Serviço Social aprimorar a tendência de ruptura com o chamado Serviço Social tradicional, posta desde algumas décadas atrás, configurando-a em um projeto profissional claramente vinculado a um determinado projeto societário – contrário à exploração e discriminação de qualquer natureza e com vistas à construção de uma nova sociedade. Assim, se os anos 80 puseram à tona diversos avanços para a profissão no campo da ética, da fiscalização do exercício e da formação profissional, os anos 90, concretizam de fato esses avanços.

Barroco (2001) destaca que o amadurecimento intelectual e político do Serviço Social brasileiro, acumulado desde os anos 1960 com o processo de Renovação profissional, alcançam seu ápice com a aprovação do Código de 1993: “É nesse contexto que o projeto profissional de ruptura começa a ser definido como projeto ético-político referendado nas conquistas dos dois Códigos -1986 e 1993 - nas revisões curriculares de 1982 e 1996; e no

conjunto de seus avanços teórico-práticos construídos no processo de renovação profissional, a partir da década de 1960”.

Assim, o tensionamento das expressões da “questão social” e, de modo inverso, o esvaziamento das políticas públicas sob o contexto da crise do capital, por um lado; e por outro, o redimensionamento do mundo do trabalho com importantes consequências para os trabalhadores em geral, impôs ao Serviço Social, nos anos 1990, o fortalecimento de um projeto profissional com clara direção social e política, significando não apenas o amadurecimento interno da profissão, mas principalmente sua posição de resistência em face ao contexto de crise do capital e do neoliberalismo.

Com efeito, tratou-se da formalização de um projeto ético-político para o Serviço Social cujos princípios éticos de acordo com Netto (1999) não se limitam a normatizações morais e/ou prescrição de direitos e deveres, mas envolvem ainda as escolhas teóricas, ideológicas e políticas das categorias e dos profissionais – por isto mesmo, a contemporânea designação dos projetos profissionais como projetos ético-políticos revela toda a sua razão de ser: uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional.

Até porque os projetos profissionais, entendidos como a expressão dos interesses históricos e particulares de determinada categoria profissional, não podem existir sem a vinculação - explícita ou não - com os interesses mais gerais da sociedade. No caso do projeto ético-político do Serviço Social em vigência, sua principal particularidade consiste em seu claro antagonismo com os princípios e valores que legitimam a ordem burguesa.

Quanto às reflexões e debates, que envolveram a revisão e posterior aprovação da lei de regulamentação do exercício profissional número 8.662 em 1993, pode-se afirmar que sua prevalência na agenda profissional se inscreve ainda na década de 1980, concluindo-se já nos anos 1990 com sua formalização jurídica. Assim, a Lei, como instrumento, pôde articular princípios ético-políticos, e procedimentos técnico-operacionais. O texto legal expressa, pois, um conjunto de conhecimentos particulares e especializados, a partir dos quais são elaboradas respostas concretas às demandas sociais, embora saibamos que a predefinição das atribuições privativas e competências, como uma exigência jurídica/legal, não as garante na prática, posto estarem também condicionadas à lógica do mercado capitalista (CFESS, 2002, p. 5).

Ou seja, nos anos 1990, são claras na lei que passa a regular o exercício do Serviço Social no Brasil, uma nova concepção e auto-representação da profissão, sobretudo a partir do conjunto de competências e atribuições privativas. Além disso, a aprovação da nova lei de regulamentação insere na agenda do debate contemporâneo do Serviço Social a necessidade

de se apreender as particularidades do mercado de trabalho, e reconhece que o profissional, embora formalmente submetido à lógica do mercado capitalista, deve ter clareza de seu papel na divisão social e técnica do trabalho, e, por conseguinte, dos compromissos éticos e políticos [conquistados na década anterior] que deve, nesse contexto, ratificar (GRAVE, 2010).

Quanto à dimensão da organização política da categoria presente no projeto profissional hegemônico, de acordo com a mesma autora, cabe ressaltar que nos anos 1990, observou-se a mudança formal das nomenclaturas do conjunto CFAS/CRAS para CFESS/CRESS. A alteração dos nomes das entidades significou, além da formalidade que lhe foi intrínseca, uma mudança significativa quanto à concepção de profissão. A mudança da nomenclatura apenas sinalizou um processo muito maior cujo cerne é a ruptura com o corporativismo. Não se tratava mais da estrita defesa de profissionais, mas do direito do usuário em receber um atendimento de qualidade, realizado com competência. Concebe-se a profissão como um bem público e os Conselhos – Federal e Regionais – como instâncias de orientação e fiscalização do exercício profissional.

Tão necessário quanto a aprovação da lei de regulamentação 8.662, observam-se, alguns meses antes, porém, no mesmo ano (1993), a revisão e a consequente criação de um novo Código de Ética Profissional, que afirmou a manutenção e o fortalecimento das conquistas do Código de 1986, os quais romperam efetivamente com a ética tradicional a partir do giro de sua base filosófica.

O grande salto que o Código de 1993 sustentou foi a afirmação do compromisso ético-profissional com valores emancipadores universais, não mais restritos aos interesses particulares de uma determinada classe. Portanto, fundamentado na ontologia social de Marx, o Código de 1993 concebe a liberdade como um dos resultados da práxis humana, e, por conseguinte, não consistindo em um fenômeno natural, mas um produto histórico gerado a partir do trabalho. Além disso, entende-se a democracia como “padrão de organização política” e a cidadania como um conjunto de princípios capazes de engendrar as condições objetivas e subjetivas para o aprofundamento da liberdade.

Vale destacar que a concepção de liberdade proferida no Código de Ética de 1993 é radicalmente diferente daquela preconizada pelo liberalismo, pois neste “o homem é tratado como portador de direitos naturais anteriores à sua sociabilidade, entre eles o direito à propriedade e à liberdade.” (BARROCO, 2001, p.202).

Contudo, para que possa o sujeito profissional contribuir na viabilidade de tais valores em seu dia-a-dia profissional, é imprescindível que este seja competente do ponto de vista

ético-político, teórico-metodológico, técnico-operativo e investigativo. A competência profissional está, dessa forma, absolutamente vinculada a uma nova perspectiva de profissão e de formação. O Serviço Social passa a ser concebido como uma totalidade em si, na qual se congregam diversas dimensões auto-implicadas em uma relação na qual uma não se faz sem a outra (GRAVE, 2010).

Era, portanto, claro no debate profissional dos anos 90 que o conjunto de transformações societárias, observadas nesse cenário, imprimiam ao Serviço Social uma série de novas demandas e exigências, por um lado; e, por outro, o amadurecimento próprio da profissão - expresso no projeto profissional que então se formalizava; a necessidade de construção de uma nova proposta de formação profissional - que garantisse os avanços experimentados pela profissão; bem como respondesse os desafios e exigências contemporâneas.

O desemprego, a perda crescente dos direitos sociais historicamente conquistados pelos trabalhadores, o trabalho precarizado, autonomizado; a desqualificação profissional; a diminuição das funções sociais do Estado; a crescente apropriação do fundo público a favor da reprodução do capital e o conseqüente desinvestimento nas políticas sociais públicas; a flexibilização do sistema de proteção social; a desregulamentação do mercado de trabalho; o incremento do papel intervencionista estatal em todos os níveis da vida social; e o arrefecimento dos movimentos sociais, são aspectos complexos de grande repercussão nas condições atuais de trabalho e de formação do assistente social.

Para dar conta dessa complexidade, a formação profissional precisa garantir o desenvolvimento de um conjunto de novas competências teórico-instrumentais e ético-políticas que, somadas ao acúmulo proporcionado pela maturidade acadêmico-profissional e político-organizativa da profissão, assegura, tanto inteligibilidade às transformações sociais que moldam a sociedade contemporânea quanto vinculação da ação profissional às necessidades e processos sociais que afirmam o ideário consubstanciado no Código de Ética Profissional. Assim, dados os limites do currículo de 1982, e as transformações, que atravessavam a divisão social e técnica do trabalho nos anos 1990, tornou-se premente a necessidade de uma revisão curricular. Assim, a assembleia geral das unidades de ensino realizada em 1993 deliberou pela construção de um novo projeto de formação profissional, o que, por conseguinte, significava criar oportunamente uma nova grade curricular mínima para os cursos de Serviço Social no Brasil (GRAVE, 2010).

Em 1993, era claro que deveria caber a então ABESS [Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social] a direção do processo de revisão curricular, que para efetivar-se

deveria dialogar criticamente com o currículo de 1982 [tal como ocorreu com a construção do Código de Ética de 1993 em relação ao de 1986], quer seja, manter e fortalecer seus avanços, de um lado; e de outro, superar suas lacunas e debilidades.

O debate de constituição das novas diretrizes curriculares apontou com maior profundidade e amadurecimento teórico temas já indicados preliminarmente em 1982, como “a centralidade da categoria trabalho” e a “questão social”, assim como suas lacunas e equívocos, dentre os quais podemos destacar: “a identificação entre militância política e exercício da profissão” e “o papel dos instrumentos operativos” (GRAVE, 2010).

Em síntese, as diretrizes curriculares de 1996 afirmavam acima de tudo uma nova maneira de se formar os profissionais de Serviço Social no Brasil, calcada obviamente em um conjunto de conteúdos, mas principalmente sobre uma determinada lógica curricular que primasse, não pela hierarquização dos saberes, ao contrário, pela sua configuração a partir da perspectiva de totalidade.

Assim, integrante do projeto profissional, a proposta de formação, materializada nas diretrizes curriculares, também compartilha de seus principais desafios como a necessidade de se efetivar e fortalecer mediante um contexto maior marcado pela crise do capital e seus principais desdobramentos – a contrarreforma do Estado; a flexibilização do mundo do trabalho.

Neste sentido, de acordo com Matos (2015), uma profissão só se afirma e se desenvolve se responder às demandas postas pelos diferentes segmentos da sociedade. Somos sabedores que o Serviço Social (IAMAMOTO, 1992) atua sobre interesses contraditórios e somente por um polo pode fortalecer o outro. Assim, desde a ruptura com o conservadorismo que caracterizou a emergência da profissão (o que não quer dizer que não exista o conservadorismo entre nós, na profissão), viemos construindo um projeto profissional em que a questão social — matéria que justifica o fazer profissional — é vista como produto e cria do modo de produção capitalista. Portanto, seus efeitos não podem ser enfrentados de forma moralizante e de responsabilidade individual. Seu enfrentamento deve se dar coletivamente. Por isso o compromisso do Código de Ética do (a) Assistente Social (CFESS, 2012) com a liberdade como valor ético central e a defesa da democracia e dos direitos humanos. Os princípios do Código afirmam ainda a importância de um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária. Logo, o Código de Ética nega valores corriqueiros da sociedade capitalista, como, por exemplo, o individualismo e a competitividade.

Conforme Netto (1999, p.95), os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus

objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas (entre estas, também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).

Do mesmo modo, a convivência de diversos projetos de profissão é compreensível, sobretudo considerando que o sujeito coletivo [no caso, a categoria profissional, que compreende os profissionais individualmente e as entidades profissionais] não é homogêneo, ao contrário, porta interesses e compromissos diferentes e até mesmo antagônicos.

Em síntese, tomar o Serviço Social como um resultado da história significa entendê-lo como um processo em constante construção e tensionamento. A renovação da ação profissional foi um desdobramento de sua condição histórica, e não simplesmente fruto de necessidades abstratas dos assistentes sociais - até porque estas também se inscrevem historicamente e refletem certo grau de amadurecimento da vida social. No entanto, constata-se que a categoria profissional não se posicionou monoliticamente diante desse processo, desdobrando-se em atitudes variadas frente à profissão. Para alguns, devia-se mudar estritamente para responder às demandas do mercado; assim, a renovação equivalia a uma resignificação técnica: dominar outros aportes teóricos que “melhor” respondessem às situações postas no cotidiano institucional, por exemplo - ainda que se corresse o risco de cair no ecletismo. Para outros, a dimensão histórica punha a necessidade de se reorientar a profissão do ponto de vista ético-político e teórico-metodológico. Devia-se, nesta linha, criar um novo projeto profissional vinculado às necessidades e demandas da classe trabalhadora (GRAVE, 2010).

E por fim, diante das tendências históricas, outros apenas enxergavam e continuam a enxergar a crise – “crise de identidade”, “crise profissional”, “o Serviço Social está em crise”. E diante da crise, alguns optam por ignorá-la, desistindo definitivamente da profissão prova de que em muitas situações as saídas individuais acabam prevalecendo como a falaciosa forma de enfrentamento de processos cuja causa é mais ampla e o tratamento lúcido deve ser necessariamente coletivo e político (Ibid., 2010).

Já no campo da organização política da categoria, os desafios também são inúmeros, dentre os quais se destaca a necessidade de afirmação do perfil profissional dominante para o enfrentamento das condições objetivas e subjetivas que perpassam o exercício da profissão.

Do ponto de vista objetivo, defender as condições de trabalho, capazes de garantir a qualidade dos serviços prestados à população usuária e a competência profissional, é prerrogativa que as entidades da categoria profissional, donde destacam-se as iniciativas do conjunto CFESS/CRESS através da publicação de resoluções e ações de fiscalização, têm aprofundado nos últimos anos. A luta pela garantia de espaços de trabalho condizentes com as particularidades do exercício da profissão [como, por exemplo, o sigilo profissional], bem como a apreciação imediata das denúncias de exercício ilegal da profissão, são atividades e atitudes cotidianamente presentes nas entidades federal e regionais.

5.2 O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador e o Serviço Social possuem alguns traços comuns, conforme sinaliza Freire (1998). Entre esses traços frisa-se que, eles desenvolvem, ao mesmo tempo, uma notável renovação a partir dos anos 1960, consolidada e indiscutível nos anos 1980, na América Latina. Nesse período, essas áreas iniciaram uma interlocução com as ciências sociais, adotando uma perspectiva crítica, sob influência do materialismo histórico, inserindo a análise de seus objetos na totalidade econômica, política e social. Ao mesmo tempo, sobretudo nos anos 1990, ambos também sofrem, no Brasil, os impactos negativos do processo de reestruturação produtiva e o neoliberalismo (OLIVAR, 2010).

Essa semelhança remete-se ainda há décadas anteriores de efervescência da luta de classes. O campo da Saúde do Trabalhador emerge com a entrada na cena política do movimento operário, no sentido de enfrentar as consequências da desigualdade crescente, provocada pelo capitalismo em ascensão, e também da classe trabalhadora que se descobre com necessidades comuns, iniciando o seu processo de *classe para si*.

O objeto central, desde então, tem sido o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura na vida do trabalhador e em suas condições de trabalho, cuja raiz é a produção social cada vez mais coletiva, com apropriação privada dos seus resultados por uma minoria dominante. Tais manifestações expressam-se, sobretudo na saúde do trabalhador, relacionadas com as condições de trabalho e de vida da maioria, resultante de uma remuneração insuficiente sequer para repor as energias do seu corpo e mente colocados a serviço da produção.

Neste sentido, resgatando a “centralidade atribuída à questão social na profissionalização do Serviço Social na sociedade brasileira, nos marcos da expansão urbana e da progressiva hegemonia do capital industrial e do capital que rende juros”, Iamamoto e

Carvalho, 1982, explicita a questão social como [...] as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo o seu reconhecimento como classes por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, além da caridade e da repressão.

Para os empregadores do assistente social, entretanto, o objeto tem sido o controle da força de trabalho, com o objetivo de minimizar os conflitos decorrentes das contradições da relação capital-trabalho e a reprodução física e social de um modo de ser trabalhador produtivo. Desse modo, o assistente social situa-se na tensão entre este objetivo e o de atender às necessidades e direitos do trabalhador, conquistados nas lutas coletivas.

Segundo Mendes; Wunsch (2011), a expansão da área da saúde do trabalhador pode caracterizar-se por meio de dupla dimensão: uma decorrente da nova ordem do capital sobre o trabalho; outra por conta do reconhecimento político da área, representado pela sua inserção, ainda que insuficiente, no conjunto das políticas públicas e intersetoriais, resultante da capacidade de organização de diferentes agentes políticos.

Dialogar sobre o Serviço Social e a Saúde do Trabalhador remete-se a premissa de que a intervenção profissional é condicionada por determinantes sócio históricos e institucionais e ao mesmo tempo, por repostas profissionais vinculadas aos projetos coletivos. Isto quer dizer que, hoje, face ao projeto societário delineado pelo capital, o Serviço Social é convocado a adequar-se ao novo cenário sob a hegemonia das finanças e seu fetiche (IAMAMOTO, 2007) e a exaurir-se em novos espaços sócio ocupacionais produto dessas transformações societárias e responder as demandas do mercado de trabalho, a assistencialização e o tratamento terapêutico.

Desta forma, a categoria desenvolve suas atividades em condições e relações de trabalho concretas e dinâmicas, tendo como respaldo a legislação profissional e os fundamentos construídos na formação e no aprimoramento permanente.

No processo da luta de classes na luta política por hegemonia na sociedade burguesa, sociedade fundada no modo de produção capitalista, podemos apreender, pelo menos, três dimensões indissociáveis: a luta social, a luta ideológica e a luta institucional. Os assistentes sociais, majoritariamente, operam no âmbito da luta institucional e da luta ideológica, o que repercute direta ou indiretamente na luta social. Em última instância, a correlação de forças nas diferentes dimensões da luta de classes é definida pela pressão das massas, o que impõe à luta ideológica e institucional tomar como critério a luta social anticapitalista, se o horizonte é a emancipação humana e não o acesso a direitos que as forças sociais anticapitalistas podem

contar com contribuições na construção de uma força social de massas onde, ao mesmo tempo, dialeticamente, nesse mesmo campo, somos chamados a operar em favor de interesses burgueses dominantes e, conseqüentemente, em favor do capital e do capitalismo, para, confundindo, embaraçando, favorecer o controle, a dominação, a necessária cooperação de classes, quando não, operando as necessárias concessões frente imposições de limites ao capital pelos trabalhadores. (VASCONCELOS, 2015).

O trabalho dos assistentes sociais, portanto, não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam, de fato. A inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam à intervenção sobre essas necessidades (ABEPSS, 1996). Em relação ao campo da saúde do trabalhador é tensionado entre as demandas coletivas dos usuários (seja nos serviços públicos de saúde, seja nos serviços assistenciais das empresas) e as demandas das classes proprietárias e exploradoras do capital financeiro (OLIVAR, 2010).

A não consideração desse processo de subordinação, aliada a uma frágil discussão, constituem uma das variáveis que interferem na tensão existente entre as exigências do mercado e a idealização dos profissionais acerca de suas ações profissionais (COSTA, 2000).

O Serviço Social²⁸ é uma profissão de caráter sócio-político, crítico e interventivo, que se utiliza de instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da "questão social", isto é, no conjunto de desigualdades que se originam do antagonismo entre a socialização da produção e a apropriação dos frutos do trabalho. Inserido nas mais diversas áreas, com papel de planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais, o assistente social efetiva sua intervenção nas relações entre os homens no cotidiano da vida social, por meio de uma ação global de cunho socioeducativo e de prestação de serviços.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais, quanto pelas instituições empregadoras.

²⁸ <http://cressrj.org.br/site/servico-social/#profissao>

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/1990 indica como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “*entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*” (LEI 8080/1990, Art. 3º). Nesta concepção, a questão social se expressa no contexto e nas condições sociais que impactam o processo saúde-doença e, fundamentalmente, o trabalho. Neste sentido, destaca-se a área de Saúde do trabalhador que vem discutindo e problematizando como os processos e a organização do trabalho podem interferir diretamente na saúde dos trabalhadores.

Nesse espaço contraditório, o assistente social necessita de permanente capacitação teórico metodológica, técnico-operacional e ético-política, para ocupar os espaços sociais, hoje disputados por todo tipo de profissional, sob a diretriz da polivalência, definindo seu pensar e seu agir, que podem expressar formas conservadoras/neoconservadoras ou crítico-dialética.

Evidencia-se, ao longo dos anos, pouca produção teórica sobre o exercício profissional do Serviço Social e a Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde, sobretudo na atualidade. Sinteticamente se têm importantes estudos acadêmicos e debates técnicos políticos alçados pelas entidades profissionais, contudo, reduzidos aos clássicos espaços sócio-ocupacionais, como empresas e / ou programas de saúde ocupacional e pouco enquanto política no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Dentre estes estudos destacam-se a vasta produção teórica e de pesquisa de Lúcia Freire, Monica de Jesus Cesar, Ana Elizabete Mota com “Feitiço da Ajuda” e “Fábrica de Consensos”, Ana Inês Simões Cardoso de Melo, entre outros autores.

Na bibliografia recente das ciências sociais e humanas, o mundo do trabalho é intensamente investigado por pesquisadores das mais diversas áreas do conhecimento. O Serviço Social com seus programas de pós-graduação, núcleos de pesquisas e, respectivamente, seus meios de publicitação de conhecimentos apresentam significativas investigações referentes à temática, a qual absorve expressiva relevância na produção teórica da área a partir de 1990.

A temática “trabalho” é necessária e está afirmada, no interior do Serviço Social, não simplesmente pela posição teórica e política dos assistentes sociais, mas, sobretudo pela concretude histórica em que vivemos e com a qual nos defrontamos, cotidianamente, abarrotada de relações sociais emergentes de uma sociabilidade em que o trabalho está submetido ao capital e orienta as formas de exploração da força de trabalho, resultando na produção contraditória e crescente de pobreza e riqueza.

Lara (2010) em pesquisa sobre as tendências de estudo sobre o mundo do trabalho no Serviço Social elencou alguns eixos temáticos presente no debate e estudo da profissão, tais como: 1) trabalho e política social 2) transformações do mundo do trabalho e reestruturação produtiva; 3) precarização do trabalho, informalidade e desemprego; 4) Serviço Social de empresa; 5) trabalho infantil; 6) trabalho, sindicalismo e lutas; 7) processo de trabalho e Serviço Social; 8) centralidade do trabalho; 9) trabalho feminino; 10) trabalho e qualidade de vida; 11) trabalho e subjetividade; 12) trabalho e ética; 13) trabalho e pessoa com deficiência.

Contudo, podemos citar importantes recentes pesquisas e publicações de Edvânia Ângela de Souza Lourenço, Raquel Santos Sant'Ana, Jussara Maria Rosa Mendes, Claudia Mazzei Nogueira, com destaque para os Seminários de Saúde do Trabalhador realizados em Franca-SP, que se encontra na sua nona edição.

O Seminário de Saúde do Trabalhador surgiu por iniciativa do Sindicato dos Sapateiros de Franca com o envolvimento ativo de duas Universidades Públicas, UNESP-Franca e USP- Ribeirão Preto e vem se consolidando como um evento de projeção nacional. No decorrer das suas edições este evento tem se ampliado. O último, "IX Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca" teve como tema central "Terceirização, Precarização e Agravos à Saúde dos Trabalhadores" e contou com a participação de professores internacionais como Michel Löwy - CNRS- França; Antonio Infranca-Italia/ Universidade de Buenos Aires; Patricia Laura Torriglia, UFSC, Santa Catarina e Raquel Varela- Universidade Nova Lisboa.

Dos Seminários publicaram-se textos que além de abordar o "Mundo do trabalho, reestruturação produtiva e sindicalismo"; "Acidentes, doenças e adoecimentos relacionados ao trabalho", "Questão Agrária, Questão Urbana e Saúde do Trabalhador", promoveram um debate acerca da Seguridade Social, da Saúde do Trabalhador, da implantação do CEREST, da atuação do Serviço Social na Seguridade Social e os desafios enfrentados pelas políticas sociais publicas na conjuntura atual.

A despeito do debate da Política de Saúde do Trabalhador, a rede inerente e o redimensionamento da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde requisita ao profissional de Serviço Social novas exigências e é fruto do trânsito, como afirma Netto (1992), da atuação profissional exclusivamente pautada na execução terminal das políticas sociais para uma atuação profissional competente na gestão da totalidade do processo da política social (MATOS, 2006).

As novas demandas colocadas - gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional que estão explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares, aprovadas pela ABEPSS (1996) são exemplos das novas

exigências de atuação do assistente social na área de Saúde do Trabalhador que surgiram com o processo de descentralização das políticas públicas sociais (OLIVAR, 2010).

O campo da Saúde do Trabalhador pela sua natureza multidimensional e seu caráter interdisciplinar, vem demarcando diferentes espaços sócio-ocupacionais para o Serviço Social. O profissional é requisitado, em diferentes serviços e programas, sejam eles: de atenção básica de saúde; em centros de referência em saúde do trabalhador, em hospitais gerais e de emergência e nos serviços referenciados; na área de reabilitação profissional previdenciária e / ou organizações privadas ou públicas; em serviços de saúde e segurança do trabalho vinculados a empresas e instituições, bem como na gestão de recursos humanos para o desenvolvimento de programas voltados a saúde do trabalhador; em sindicatos que desenvolvem programas de promoção à saúde; nos serviços de vigilância e educação em saúde; nas comissões de saúde do trabalhador; em trabalhos de assessoria e consultoria; em organizações de ensino e pesquisa em saúde (MENDES; WÜNSCH, 2008).

Surgem novos espaços ocupacionais e competências profissionais que convivem com os tradicionais, revelando significativas alterações no mercado de trabalho, nas demandas e nos conteúdos das ações dos assistentes sociais. O leque dos fenômenos objeto trabalhados e pesquisados no âmbito do Serviço Social se amplia, requerendo novas problematizações e aportes de conhecimentos que se refletem nas práticas profissionais, no ensino e nos campos de estágios curriculares.

Observamos, por exemplo, que mesmo espaços tradicionais como saúde, assistência social e previdência sofrem reveses e atualizam as demandas, a abrangência do seu público, as modalidades de intervenção e o conteúdo do trabalho dos assistentes sociais. Podemos destacar, na esfera da saúde a expansão dos planos e seguros privados, que passam a contratar profissionais, assim como as mudanças nos programas da área da saúde mental e das drogas, afora a expansão de serviços de emergência e pronto atendimento. Também são evidentes e têm impacto nas práticas e demandas a criação de programas eventuais de inserção e a terceirização da gestão por meio de diversos tipos de organizações (SOARES, 2010; 2012).

Embora sem constituir uma demanda emergente, em acordo com Mota (2015), vale acrescentar no rol dos espaços ocupacionais as mudanças ocorridas na relação entre o Serviço Social e os tradicionais “movimentos sociais” e com os sindicatos rurais e urbanos: menos executivas e mais no campo da assessoria e formulação político intelectual. Além disso, amplia-se o espaço de inserção do Serviço Social com os “novos movimentos”, por meio das suas organizações ou mediante programas de governo no campo da discriminação sexual, racial, mulheres, crianças, adolescentes, jovens e idosos.

No âmbito da intervenção macropolítica do Serviço Social no Brasil, Mota (2015) aponta ainda a criação do PRONERA, a formação política de quadros militantes (Escola Florestan Fernandes), a formação de quadros nos partidos políticos, nas direções do Andes, assim como as participações de profissionais na Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, na Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos, no Fórum da Reforma Urbana, além de diversos conselhos nacionais e do movimento LGBT. Nesses espaços, o apoio político institucional de entidades como CFESS/CRESS e ABEPSS responde pela organicidade do coletivo profissional com as lutas sociais gerais da sociedade brasileira.

Na esfera fora do Estado, de acordo com Matos (2015), também tem se intensificado a exploração da força de trabalho de assistentes sociais. Empresas que, a partir dos anos 1990, diminuíram ou fecharam os setores de Serviço Social, têm “reabsorvido” o trabalho de assistentes sociais por meio de duas estratégias: uma pela contratação de empresas de “consultoria” de Serviço Social, que, sem vínculo com o empregador, atendem aos (às) seus(suas) trabalhadores(as); outra por meio do atendimento via call center, em que os(as) trabalhadores(as) das empresas ligam para um número telefônico e são atendidos(as) e orientados(as) por um(a) profissional de Serviço Social que não conhecem, e este(a) também não conhece o cotidiano do local de trabalho de onde fala esse(a) trabalhador(a) (BOTÃO, 2015).

Consolida-se também o Serviço Social brasileiro como uma área de produção de conhecimentos no âmbito das ciências sociais, cujas temáticas pesquisadas e filiação ao campo marxista, particularmente ao da crítica da economia política, expõem o significado teórico-político dessas produções na construção de uma cultura política crítica, de esquerda, no Brasil. Igualmente, surge uma produção significativa no âmbito da formulação de políticas (SUAS, drogas, políticas de gênero, juventude, saúde mental, gestão social, urbana etc.). Esse quadro de expansão do mercado de trabalho e de ampliação das demandas ao Serviço Social, aqui minimamente descrito, evidencia as mediações que os processos sociopolíticos vêm operando na realidade brasileira. Revela tanto o espraiamento das manifestações da questão social, como a criação de práticas e mecanismos institucionais determinados pela atuação do Estado e da organização política das classes. Também é portador de exigências técnico-administrativas e políticas, como a descentralização e interiorização de algumas políticas sociais e, conseqüentemente, do Serviço Social (MOTA, 2015).

Historicamente, os assistentes sociais dedicaram-se à implementação de políticas públicas, localizando na linha de frente das relações entre população e instituição (IAMAMOTO, 2007). Embora ainda esse seja o perfil predominante, dada a ênfase no caráter

assistencial da rede de atendimento, não é mais o exclusivo, sendo abertas outras possibilidades.

Os assistentes sociais que se inserem na área temática da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde são chamados a atuar na esfera da gestão e planejamento, ampliando seu espaço ocupacional para atividades relacionadas ao controle social, à implantação e orientação de conselhos gestores, à capacitação de conselheiros e a assessoria às equipes de saúde nos unidades de urgência e emergência na sensibilização para a atenção aos acidentes de trabalho nas emergências públicas de saúde, somando-se as atividades tradicionais demandadas historicamente, como a assistência e a tão decantada em debate da Saúde coletiva, que é a questão do acolhimento individual ao trabalhador (Olivar, 2010).

Vasconcelos (2015) considera como uma involução a requisição de assistentes sociais na gestão e capacitação, pois percebe que vêm apartando-os da possibilidade de realizar seu potencial educativo e formador nos processos de mobilização e organização dos segmentos de trabalhadores, onde estão inseridos profissionalmente. Quanto mais afastados dos usuários, mais os assistentes estarão submetidos e submissos às requisições institucionais e aos interesses específicos de gestores e demais profissionais e menos com condições de dar sua contribuição em processos que favoreçam alianças entre os segmentos da classe trabalhadora.

Diante dessa dicotomia entre gestão e assistência, percebemos que a questão de fundo é exatamente qual o papel desempenhado pelos assistentes sociais na gestão e planejamento: meramente administrativa, burocrática e autoritária ou tende a caminhar para perspectiva do projeto ético político.

Podemos citar como exemplo a postura de um empregador da cidade do Rio de Janeiro, que normatizou a ação dos assistentes sociais reduzindo sua ação profissional à política de assistência social se colocando na contramão do projeto ético político e confrontando-se com a longa história de credenciamento da nossa profissão para lidar com as múltiplas expressões da questão social.

Como também podemos citar o pragmatismo da Subsecretaria de Proteção Especial da SMDS/ RJ, ao criar o “Plano Verão”, inserindo os assistentes sociais nas praias, com vias a fiscalização dos comportamentos, recolhimentos compulsórios, ferindo princípios e diretrizes do código de ética profissional, atendendo assim, ao clamor midiático e conservador destinado ao controle dos pobres e negros moradores da cidade, em consonância a proposta de criminalização implementada pela Política de Segurança do Estado do Rio de Janeiro.

Qual a perspectiva de um assistente social no planejamento e gestão da saúde em um território cuja política de governo tem o viés claro e transparente de privatização através do

espraiamento de OSs? Exemplos não faltam e evidencia a importância e urgência de debater sobre o papel do Serviço Social na gestão, assim como, na assistência. Um não anula o outro e ambos determinam a perspectiva do projeto profissional articulado com o projeto de cidade e, por assim dizer, de sociedade.

A questão do modelo assistencial é um dos pontos nevrálgicos do debate estrutural da área. Embora esse fosse o retrato da realidade na década de 1990, ainda hoje com o "reordenamento" do modelo, pela institucionalização da RENAST - Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, o problema não foi resolvido, conforme se verá em outro capítulo através do relato dos entrevistados.

O assistente social, potencialmente, tanto pode contribuir para reforçar a alienação - no avesso do seu discurso humanista tradicional - como também para elucidar e desencadear mediações em relação a situações e processos sociais, no sentido do seu entendimento mais amplo - no local de trabalho e na sociedade - e na direção do enfrentamento das contradições, expressas na realidade cotidiana, posição que Freire (2003) denomina "*avesso do avesso*".

A primeira, conforme ratifica a mesma autora, atende aos trabalhadores como objetos de assistência e orientação passiva para obter "benefícios" oficiais e da empresa como "liberalidade", no sentido de adaptação à desigualdade naturalizada, controle e harmonização dos conflitos. Tal postura se expressa hoje em falsos paradigmas consensuais tais como da "qualidade total", "responsabilidade social" e "ética social" das empresas. A segunda atende aos trabalhadores como sujeitos políticos de direitos, podendo estimulá-los a pensar criticamente a sua realidade, a partir das demandas por eles apresentadas e de suas relações com os diversos contextos da realidade, dentro e fora do local de trabalho, assim como alternativas de ação no seu interesse e de sua classe, utilizando e desenvolvendo projetos e meios coletivos, onde possam exercer o controle social sobre as diversas instâncias, desde a empresa, e suas políticas. Esta forma corresponde ao atual projeto ético político da categoria.

O Projeto Ético Político hegemônico junto à categoria profissional e consolidado na década de 1990, garantido inclusive nos aparatos jurídico-legais que o subsidia, como o Código de Ética Profissional de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão e as Diretrizes Curriculares, estão diametralmente em posição contrária ao projeto societário em vigência - o que obstaculiza o fortalecimento do projeto profissional em questão, e favorece, estimula a configuração de tantos outros. Daí o reconhecimento que não há um único projeto profissional, e que estes estão sempre em disputa, embora em determinado momento histórico um deles se configure hegemônico, isto é, capaz de conferir a categoria profissional uma determinada direção social e política (ORTIZ, 2007; NETTO, 2005).

Em outras palavras, de acordo com Freire (2003), pode-se conceber o trabalho no campo da Saúde do Trabalhador, como desmistificador da alienação junto aos profissionais da rede, e assim se inserir enquanto profissional, na medida de sua capacidade de fazer mediações com o coletivo de trabalhadores, sinalizando para a capacidade de intervenção sobre os processos determinantes dos problemas, buscar, enfim, o *avesso do avesso*. Ou na contramão e antagônico ao reclamado pelo projeto profissional atual inserir-se neste novo espaço sócio ocupacional enquanto um agente funcional a um Estado assistencialista, com uma intervenção imediatista frente às expressões da questão social, trabalhando com a individualização do acolhimento, disfarçado de atendimento social, psicológico e médico, mantendo a invisibilidade do processo produtivo que alija este trabalhador.

Para Matos (2013), não há dúvidas de que os assistentes sociais atuam sob o fogo cruzado. Impossível não saber, na prática, das configurações que o capitalismo inscreve na vida das pessoas. O “fogo cruzado” aqui não é trazido apenas como um termo popular, mas como expressão. Refere-se a existência de dois fogos, vindos de direções contrárias. Não é possível ficar no meio. É improvável ao profissional de Serviço Social ser o mediador de interesses, tanto do seu empregador como dos interesses dos usuários. Necessariamente, o profissional escolhe um desses polos e por meio do seu exercício profissional o fortalece.

Contudo, de acordo com o mesmo autor, a reação conservadora ao Serviço Social tem vindo com muita força pela área da saúde, sendo suas expressões: a proposta do Serviço Social clínico, com defesa da realização de atendimentos terapêuticos nos serviços de saúde; a defesa de um suposto saber específico do Serviço Social por especialidade clínica da medicina e a reatualização de uma crise de identidade da profissão quando, em nome da função profissional sanitária, os assistentes sociais não se identificam mais como tal. Todas essas expressões buscam se distanciar da função social da profissão Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho (BRAVO; MATOS, 2004). Isso tudo nos aponta que o Projeto Ético-Político está em disputa, seja na direção em que vai ser dada, seja para o seu combate.

Considerando que, através da apreensão do referencial teórico-metodológico, ético-político, investigativo e técnico operativo, o assistente social tem a exigência de moldar o trabalho profissional com vistas a um trabalho consciente, crítico, não subalterno, direcionado aos interesses e necessidades dos usuários e não subordinados aos rearranjos propostos pelo Estado neoliberal que vem ao longo dos anos descaracterizando a proposta original do SUS contido no projeto de Reforma Sanitária.

A partir de 1989, com a consolidação da reestruturação da produção e de sua gestão, decorrente do novo padrão da acumulação flexível de inspiração neoliberal, sob o desemprego

estrutural, e, em especial a privatização na saúde, a área sofreu redução do efetivo de assistentes sociais, terceirizações e novos desafios, destacando-se, conforme sinaliza Freire (2003): 1) Disputar os espaços de trabalho por sua competência, desde os tradicionais, como a administração de "benefícios", até os institucionais e comunitários, que envolvem pesquisas de necessidades e sua satisfação, em todas as instâncias, que se articulam; 2) inserir-se nesses espaços, buscando não cair nas armadilhas do neoconservadorismo consensual e da participação restrita sob o comando dos gerentes, no interesse predominante do capital; 3) articular-se com as instâncias societárias da sociedade civil, incluindo o movimento sindical.

Portanto, conforme colocado por Matos (2015), uma profissão se legitima a partir das respostas que consegue emitir para usuários (as) dos seus serviços e para seus(suas) contratantes. E estas — as respostas — podem ser maiores ou menores, dependendo da competência do coletivo profissional. No caso do Serviço Social, tal debate não pode ser realizado sem a clareza dos distintos interesses que envolvem o contratador do trabalho profissional e a população usuária dos seus serviços. Para uma reflexão sobre as atribuições privativas e competências profissionais, faz-se importante, portanto, uma reflexão a respeito do “chão” em que se dá o exercício profissional.

O “chão” do exercício profissional, para o qual queremos chamar a atenção, reafirma Matos (2015), é primeiramente aquele onde se dá todo o agir histórico: o cotidiano. A outra característica do “chão” que o autor ressalta é a forma como os direitos da classe trabalhadora vêm sendo tratados, tema fundamental para assistentes sociais, uma vez que atendem à classe trabalhadora ao mesmo tempo em que fazem parte dela. Se a vida cotidiana é insuprimível, certamente ganha contornos próprios diante da alienação na sociedade de classes. Essas mudanças do mundo do trabalho e da política (neoliberal) repercutem no cotidiano da classe trabalhadora, daí que não é possível analisar a questão da saúde do trabalhador fora do papel do Estado, tampouco do papel das forças sociais em jogo que legitimam ou não a atuação do Estado frente às contradições capital/trabalho.

Neste sentido, para Matos (2015) o Serviço Social, profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho sofre, portanto, com os revezes que atingem à classe trabalhadora em geral (IAMAMOTO, 2005). Além daqueles específicos à condição de trabalhador assalariado, existem os próprios da categoria como o aumento da demanda atendida com menos recursos e menos profissionais, o que tem repercutido na burocratização e rotinização das ações dos assistentes sociais. Porém, deve ser frisado que o compromisso com o Projeto Ético-Político possibilita a esses profissionais a compreensão dos problemas que chegam até os serviços para além da sua aparência imediata.

De acordo com Lourenço (2009) é na mediação da problemática singular com a realidade particular e universal (e vice-versa) daqueles elementos presentes na relação trabalho e saúde e também na política de saúde do trabalhador, que os assistentes sociais podem fazer a diferença qualitativa para a efetivação da referida Política. Acredita-se que o Serviço Social, enquanto membro das Equipes dos CEREST é uma profissão que se empenha na compreensão do fenômeno como resultante das relações de produção e busca construir alternativas de ação dentro dos serviços, inclusive na interlocução com os demais profissionais e, sobretudo, com os personagens representativos dos trabalhadores, o que pode reverberar em suporte de ação política capaz de qualificar as políticas públicas.

Do nosso ponto de vista, o conjunto dessas demandas exige o desenvolvimento de estudos e pesquisas, cujas sistematizações e análises subsidiem e instrumentalizem a formação e o exercício profissional (IAMAMOTO, 2007, p. 440).

Essa é uma condição ineliminável e que põe em relevo a necessidade de articular atividades técnicas com uma sólida formação teórica. Se não trabalharmos com a possibilidade da unidade, o projeto da esquerda do Serviço Social certamente se tornará residual. Por isso mesmo, a vanguarda intelectual da profissão tem um enorme papel e projeto a concretizar: fortalecer os espaços de pesquisa científica na academia e romper com o isolamento acadêmico, buscando construir articulações entre a universidade e os mais diversos segmentos da categoria profissional inseridos no mercado de trabalho, junto com as entidades da categoria (MOTA, 2015).

Neste sentido, os próximos capítulos que se seguem propõem-se esse esforço de sistematizar o trabalho do assistente social conforme a pesquisa realizada nos CERESTs e Programas de Saúde do Trabalhador da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro.

6 REDE NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

Neste sexto capítulo, apresentam-se os caminhos percorridos na investigação e os achados da pesquisa, que também serão abordados na sua continuidade no capítulo sétimo. Neste pretende expor a caracterização do espaço de investigação: Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e Programas de Saúde do Trabalhador da Região Metropolitana I e II e suas atribuições.

6.1 Caracterização da Pesquisa: objetivos e metodologia

A pesquisa teve como objetivo geral analisar o exercício profissional do assistente social na Rede Nacional de Saúde do Trabalhador da Região Metropolitana I e II do Estado do Rio de Janeiro.

E como objetivos específicos: Vislumbrar como se relacionam as atribuições e competências do assistente social na Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e apontar os avanços e desafios sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde;

Sobre a questão do tempo presente, salientamos o desafio posto no que se refere à história do tempo presente. O Sistema Único de Saúde e a da Saúde do Trabalhador no Brasil enquanto política pública é recente, ou seja, a sua história está profundamente imbricada nas transformações mais atuais.

Das lutas contra as ditaduras, das mobilizações e greves no final dos anos 1970 e início da década de 1980 ao processo de redemocratização. Da década de recessão econômica mundial ao colapso da União Soviética e do Bloco Soviético entre 1989 e 91, do avanço do neoliberalismo, com suas contrarreformas do Estado, ao longo dos anos 90, à conformação de lutas anticapitalistas e anti-imperialistas, que se apresentam sob novas formas de antagonismos sociais, novas formas de conflitos, que podem estar consubstanciados em alguns movimentos sociais contemporâneos. Esse seria um quadro muito geral, do conjunto de mudanças pelas quais o mundo passou nas últimas três décadas do século XX e que, certamente, ecoam na primeira década do século vigente. Saliente-se que essas transformações se deram num ritmo intenso e acelerado, característico do movimento histórico do capitalismo contemporâneo até então.

O conhecimento crítico, fundamentado no materialismo histórico dialético, traduz-se no desafio do pensamento humano ou da razão de apreender esse material contraditório e não

linear da história humana. Trata-se de um procedimento metodológico que pressupõe e permite relacionar contradições, singularidades, particularidades e universalidades numa mesma totalidade histórica, reconstruída no processo investigativo. O materialismo histórico e dialético implica assim, num sentido de análise da realidade concreta que parte da historicidade, das noções de passado, presente e futuro, de rupturas e continuidades (LOURENÇO, 2009).

Portanto, partir da perspectiva marxiana, da forma material e histórica de aproximação ao real e de compreensão da totalidade em lugar do fragmento, de esferas separadas ou orgânicas e funcionais da sociedade, significa indissociar o político do econômico, indissociar base de superestrutura, indissociar ser e consciência, e analisar essas questões a partir das possibilidades de movimento da história.

Para Marx só uma coisa importa: descobrir a lei dos fenômenos que ele pesquisa. Importa-lhe não apenas a lei que os rege, enquanto têm forma definida e os liga, relação observada em dado período histórico. O mais importante de tudo para ele, é a lei de sua transformação, de seu desenvolvimento, isto é, a sua transição de uma forma para outra, de uma ordem de relações para outra. Descoberta esta lei, investiga ele, em pormenor, os efeitos pelos quais ela se manifesta na vida social. Parece que um importante legado deixado pela teoria marxista em relação ao método de pesquisa é a busca incessante pela “lei dos fenômenos” da realidade estudada. Marx teria se preocupado mais em aplicar o método dialético e não teria oferecido uma definição precisa, mas afirma que a sua análise do sistema capitalista oferece elementos suficientes para os procedimentos metodológicos (LOURENÇO, 2009).

Ao destacar os comentários dos teóricos e críticos de suas obras, Marx (2006) sublinha que o seu método deve privilegiar a realidade e a sua conexão com o modo de produção e as relações sociais de trabalho decorrentes. A elevação da realidade ao plano do pensamento é a própria base dos fenômenos. A realidade se faz e se constitui pelas relações concretas definidas pelas formas de propriedade, pela divisão social do trabalho, pelo grau de desenvolvimento que a sociedade se encontra e esses são os determinantes das relações sociais. Portanto, a investigação científica deve partir da realidade concreta. *Para mim, ao contrário, o ideal não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ela interpretado* (MARX, 2006, p. 28).

Ao optar pelo materialismo histórico lembra-se que a história não se compõe de uma linearidade, ao contrário, são múltiplos acontecimentos conectados, interligados e, essencialmente dinâmicos, que fazem parte da história dos homens. Dessa forma, é de

extrema importância recorrer ao processo histórico para que se possa conhecer e qualificar o presente, desvendar alguns daqueles elementos que atravessam os séculos e acompanham a humanidade. Nesse sentido, não se trata de fazer uma narração dos acontecimentos, mas de compreendê-los a luz da sua historicidade, também não se trata de opor ou negar, simplesmente, mas de buscar a sua essência. Assim, pensar os acontecimentos sociais é um movimento necessário a compreensão da realidade de trabalho do ser social, o trabalhador, bem como os reflexos da realidade material de trabalho para a sua vida e para a organização das políticas públicas geridas pelo Estado, síntese das relações sociais estabelecidas (LOURENÇO, 2009).

Em Marx a abstração da realidade é uma condição para a construção do conhecimento para além da aparência, por isso que é preciso negar aparência inicial, ou seja, a forma fenomênica, o modo como as coisas se apresentam, pois só pela negação que se pode investigar. Trata-se da decomposição do todo, desconstruir a concreticidade posta para desvendar o que não está a mostra.

O objeto deste estudo, a política de saúde do trabalhador e o exercício profissional dos assistentes sociais na RENAST do Rio de Janeiro, evidencia um fenômeno concreto, um processo singular, mas não isolado. É antes um processo interligado com as contradições capital/trabalho. Está, assim, interligado aos movimentos de luta de classes e, por conseguinte, ao papel do Estado. Não se trata de reducionismo, de ora reduzir a universalidade ao singular ou vice-versa. Não é isso, é antes de tudo um processo de mediação, de busca de compreensão e de relação causal entre as “representações fixadas” na consciência acerca de determinada realidade e as condições em que essas representações foram construídas, ou seja, a realidade material reificada.

Desse modo, a análise proposta parte da mediação do contexto mais amplo da organização do trabalho, do desenvolvimento das políticas públicas, em especial da política de saúde do trabalhador com a realidade singular, CERESTs e PSTs da Região Metropolitana I e II do Estado do Rio de Janeiro, já que a totalidade se faz presente na singularidade. Entende-se que a universalidade está posta na organização da sociedade em geral, a particularidade se faz representada, por exemplo, pelas instituições e ideologias e essas estão imbricadas na caracterização das singularidades, ou seja, o singular não é algo isolado, separado e estagnado, mas é fruto do universal, o qual se manifesta por meio das várias particularidades que compõem o todo e a sua apreensão se dá por meio de sucessivas aproximações na busca do desvendamento da realidade aparente.

A dialética da totalidade entende a realidade como uma complexa estrutura que se movimenta em suas íntimas determinações, mas essa estrutura interna não se revela de imediato à superfície, antes se faz necessário um esforço cognitivo para se aproximar da essência do fenômeno. Assim, a perspectiva é a apreensão da política de saúde do trabalhador não como uma política pronta, acabada e imutável, mas sim como uma particularidade em conexão com o todo.

Importa-se ter a clareza que a saúde do trabalhador é a expressão concreta das relações sociais (FREIRE, 1998); expressão da luta de classes, da organização dos trabalhadores e que o processo de adoecimento o qual atinge o trabalhador da saúde é uma das expressões da questão social.

Dar conta das particularidades das múltiplas expressões da questão social é explicar os processos sociais que as produzem e reproduzem e como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas relações sociais quotidianas. É nesse campo que se dá o trabalho do assistente social, devendo apreender como a questão social em múltiplas expressões é experienciada pelos sujeitos em suas vidas quotidianas (IAMAMOTO, 1998). Daí advém a importância desse estudo.

A questão social não é individual/particular, é coletiva. Está inserida em um complexo de mediações que dificultam o seu total desvendamento, tendo em vista que, na análise da realidade social, conforme colocado por Marx (2012), não se pode utilizar nem microscópio nem reagentes químicos. A faculdade de abstrair deve substituir ambos.

Ressalta-se que, por não desvendar plenamente a questão social, acaba-se produzindo resultados imediatos ou emergenciais. Face o exposto, o pesquisador tem que ficar atento, ultrapassar o imediato, desvendar e possibilitar processos de mediações em relação às situações e aos processos sociais, no sentido de seu entendimento mais amplo, numa perspectiva de totalidade, na busca do enfrentamento das contradições expressas na realidade cotidiana.

Portanto, a mediação é uma das categorias mais importantes da teoria marxiana. Ela permite viabilizar a dinâmica da totalidade concreta através de passagens e conexões. O movimento dialético se realiza através dos processos de mediações que asseguram a apreensão da processualidade que os fatos empíricos não sinalizam (BRAVO, 1996).

A saúde do trabalhador, enquanto campo de investigação, aborda a relação saúde-trabalho a partir da análise do processo de trabalho em sua dimensão técnica e social, onde a saúde dos trabalhadores é uma consequência da relação complexa e dinâmica entre o trabalhador e sua atividade de trabalho. Trata-se de uma área de estudo/intervenção que

desafia a capacidade explicativa simples, exigindo uma teorização dialética e complexa. Logo, seu instrumental analítico é aplicado através de procedimentos que representam etapas sucessivas de aproximação a um problema ou conjunto de problemas (GOMEZ; THEDIM, 1997, p. 26).

A intenção para operacionalizar o estudo ora proposto é a abordagem qualitativa, cuja orientação apoia-se no materialismo histórico, para o qual, como já enfatizado, a realidade material e o trabalho são categorias fundamentais na compreensão do ser e realidade social. Sendo essa metodologia essencial para explicitar os significados a serem buscados na análise do exercício profissional do assistente social na RENAST do Estado do Rio de Janeiro.

A escolha pela abordagem qualitativa se deu em razão da necessidade em aprofundar o conhecimento do campo Saúde do Trabalhador, a institucionalização da política correspondente, sua gestão e relações sociais e políticas frente à mesma e como se insere o assistente social na condução dessa política. Por isso, buscou-se entrevistar aqueles que mantêm uma relação direta com a política de saúde do trabalhador nos espaços pesquisados, mais especificamente, os CERESTs- Estadual e Regional da Região metropolitana I e II. Desse modo, a investigação contemplou entrevistas (semiestruturadas) com profissionais de Serviço Social dos CERESTs e PSTs.

A pesquisa teve início em 2012, com a inserção no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (Doutorado), e término em outubro de 2016. É constituída de distintas etapas que são articuladas entre si.

Inicialmente foi realizado o levantamento bibliográfico da Política de Saúde do Trabalhador nas três esferas de governo (Nacional, Estadual e Municipal) – história e organização - na sua gênese até os dias atuais, bem como, o aprofundamento teórico sobre o trabalho dos assistentes sociais nos CERESTs (Estadual e Regionais) e PSTs das Regiões Metropolitanas I e II.

O levantamento bibliográfico foi feito em todo o processo do estudo: na elaboração do anteprojeto de pesquisa para apreciação na seleção do Doutorado; na reelaboração do projeto de pesquisa para a qualificação e na elaboração da tese, constituindo num processo exaustivo e denso de superação do que já está constituído em termos de pesquisa bibliográfica que durante estes quatro anos foram levantados tanto para a construção do projeto quanto para a dissertação.

Sendo objeto, a contribuição do Serviço Social na política de saúde do trabalhador está entremeadada durante toda discussão. Registra-se que poucos CERESTs contam com assistentes sociais no seu quadro funcional. Desse modo, procurou-se, na medida do possível, expressar a

visão do Serviço Social, uma vez que se acredita que os respectivos profissionais têm muito a contribuir com a Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde.

As entrevistas foram gravadas e depois de transcritas e analisadas. Os depoimentos foram revistos para eliminar os vícios de linguagem e se fez uso apenas das partes mais significativas das falas. As entrevistas foram realizadas no período de maio a setembro de 2016.

Além das entrevistas utilizou-se o estudo dos documentos dos CERESTs (legislações, Plano de Ação do Cerest Estadual e Cerests Regionais, Projeto do Serviço Social, etc.).

Entretanto, a própria pesquisa sofreu influência da crise política no Governo do Estado do Rio de Janeiro que culminou com a luta acirrada dos trabalhadores, através do legítimo instrumento de luta (greve) das distintas políticas que sofreram impacto com cortes, demissões, parcelamentos de salários. Isso ocorreu com a dificuldade de agenda das entrevistas com os assistentes sociais inseridos do CEREST Estadual, bem como, no parecer do Comitê de Ética da UERJ.

Ressalta-se a participação em Seminários, encontros, reuniões, conferências e fóruns, tais como: Seminário de Saúde do Trabalhador em Franca; 14ª e 15ª Conferência Nacional de Saúde; Conferências Estaduais e Municipais; Conferência de Saúde do Trabalhador; reuniões Ordinárias e Extraordinárias do conselho Estadual de Saúde, Do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro; Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde; Fórum Intersindical de Saúde, Trabalho e Direito, entre outras atividades acadêmicas e políticas.

Ressalta-se que, a pesquisa se fundamentou através de observação do espaço de estudo (CERESTs e PSTs) e entrevistas semiabertas (em anexo) com as (os) assistentes sociais inseridos na Rede Nacional de Saúde do Trabalhador da Região Metropolitana I e II do estado do Rio de Janeiro, isto é, assistentes sociais que exercem a profissão nos 06 CERESTs e PSTs – Programas de Saúde do Trabalhador. As entrevistas foram realizadas presencialmente após contato prévio.

O Projeto de Tese foi enviado à Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da UERJ, de acordo com orientação da CONEP - Comissão Nacional de ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, de forma on-line, através da Plataforma Brasil. No momento da entrevista os assistentes sociais foram devidamente esclarecidos e informados quanto ao conteúdo, objeto, objetivos e metodologia da pesquisa, entre outros, além da garantia de anonimato e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Em anexo), conforme as indicações da Resolução nº 196/ 1996, do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Quadro 5 – Número de Assistentes Sociais por CERESTs e PSTs.

Regiões	Municípios	Endereços	N de as. Sociais
Estado do Rio de Janeiro	CEREST Estadual	Rua México, 128 – Sala 417 – Castelo – Tel: 2333-3725	02
Município do Rio de Janeiro (Metropolitana I)	Rio de Janeiro – Centro PST's nas áreas programáticas - AP 2.1, 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3.	CESAT: Rua do Lavradio, 180- centro Tel. 2224-2971 989091657 NUSAT 1: Avenida Presidente Vargas,1997, sl:232 - Tel.: 3294-8498 NUSAT 2: (21) 2568-8175 / (21) 2567-3724 - Policlínica Helio Pellegrino - Rua do Matoso, 96 - 4º Andar - Praça da Bandeira – Rio de Janeiro -RJ - CEP 20270-133 Tel.:2568-8175/ 2567-3724 PST CAP 2.1: Hospital Municipal Rocha Maia – Rua General Severiano, 91 – Botafogo - Tel.: 2295-2295, ramal260	00 01 02
Duque de Caxias (metropolitana I)	Duque de Caxias, Magé, Queimados, São João do Meriti PST Duque de Caxias	Rua professor José de Souza Herdy, 389 – Sala 319 – 320 – 25 de Agosto – Duque de Caxias – Tel: 2672-2597	02 01
Nova Iguaçu (Metropolitana I)	Itaguaí, Seropédica, Japeri, Nova Iguaçu, Belford Roxo, Mesquita, Nilópolis	Avenida Bernardino de Melo, 1895 – Centro de Saúde Vasco Barcellos	01
Niterói (Metropolitana II)	Niterói e São Gonçalo	Avenida Ernani do Amaral Peixoto, 169 – 8 andar – Centro – Tel: 2717-7238 Cerestrj2@gmail.com	00
Maricá (Metropolitana II)	Tanguá, Rio Bonito, Itaboraí, Maricá e Silva Jardim.	Rua Roberto da Silveira, 46 – 3 Andar (Edifício Costa Azul) – Tel: 2637-8176 cerestmetro2@gmail.com	00
Campos dos Goytacazes (Norte)	Macaé, Conceição de Macabú, Carapebus, Quissamã, Campos dos Goytacazes, São Fidelis, São João da Barra, São Francisco de Itabapoana	Rua Professor Manhães Barreto, 113 – Centro – Campos dos Goytacazes Tel: (22) 2725-0353 cerest@sms.campos.rj.gov.br	02
Cabo Frio (Baixada Litorânea)	Squarema, Iguaba Grande, Araruama, São Pedro D'Aldeia, Arraial do Cabo. Armação de Búzios, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras	Rua Fagundes Varela, sn. – Bairro São Cristóvão – Cabo Frio Tel: (22) 2645-6548 (22) 2645-5586 cerestcabofrio@gmail.com	01

Angra dos Reis (Baía de Ilha Grande)	Angra dos Reis, Mangaratiba, Parati	Rua Almirante Machado Portela, 85, Loja 07-08, Balneário (Prédio da Secretaria de Saúde) Tel: (24) 3365-4213 cerest.big@angra.rj.gov.br	01
Volta Redonda (Médio Paraíba 1)	Volta Redonda, Barra do Piraí, Pinheiral, Piraí, Rio das Flores e Valença.	Avenida Dep. Geraldo Di Biase, 282 – Aterrado – Volta Redonda Tel: (24) 3339-9551 (24) 3339-9561 Crst.sms@epdvr.com.br	01
Resende (Médio Paraíba 2)	Itatiaia, Resende, Porto Real, Quatis, Barra Mansa, Rio Claro e Barra Mansa.	Tel (24) 3360-4596 cerestresende@yahoo.com.br pstraresende@yahoo.com.br	00
Itaperuna (Noroeste)	Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre-Sai	E-mail: Cerest.itaperuna@hotmail.com Cerest.noroeste.rj@hotmail.com	00
Nova Friburgo (Serrana I)	Cachoeira de Macacu, Bom Jardim, Duas Barras, Cordeiro, Macuco, Cantagalo, Trajano de Moraes, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto, Nova Friburgo.	Rua Augusto Cardoso, 62 – Centro – Nova Friburgo Tel: (22) 2523-1374 (22) 2523-1889 (22) 2543-6293	01
Petrópolis (Serrana II)	Carmo, Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro, Teresópolis, Petrópolis.	Tel: (24) 2246-9211 (24) 2246-9196 Cerestserrana2@petropolis.rj.gov.br	00
Três Rios (Centro Sul)	Areal, Comendador Levy Gasparian, Sapucaia, Paraíba do Sul, Paty Alferes, Miguel Pereira, Mendes, Paulo Frontin, Vassouras, Paracambi, Três Rios.	Avenida Zoelo Sola, 1913 – Três Rios Tel: 2255-3114 cerestcentrosul@hotmail.com	01

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, 2014.

Houve entraves relacionados ao tempo disponível dos assistentes. Inúmeras foram as tentativas de contatos e ajustes de tempo para as entrevistas, sem êxito. Optou-se, com isto, por iniciar as análises com o quantitativo de onze (05) assistentes sociais. Esse é um aspecto importante a destacar.

Outros motivos se refere a licença de saúde, como foi o caso de uma assistente social lotada no CEREST Estadual e outra no CEREST de Nova Iguaçu. Desse modo, esta pesquisa não pôde contar com a visão do assistente social do CEREST de Nova Iguaçu, sendo considerada uma perda inestimável, mas tentou-se entrevistar o maior número possível de pessoas envolvidas com a política de saúde do trabalhador.

É importante esclarecer que, apesar da pesquisa ter como espaço as Regiões Metropolitanas I e II, na Região Metropolitana II após vários contatos constatamos a ausência deste profissional no âmbito dos CERESTs e Programas de Saúde do Trabalhador. Entretanto, assim como no Estado deparamos no município Niterói, com profissionais de Serviço Social que se identificam como sanitaristas e como tal afirmam não exercer as atribuições e competências do profissional de Serviço Social.

Por fim, reforça-se, mais uma vez, que não se está discutindo o trabalho do assistente social e a Saúde do Trabalhador no plano ideal, mas antes parte-se do modo como está sendo construída a partir da realidade social e presente na singularidade da realidade do Rio de Janeiro. Enfim sublinha-se que: “Não há estrada real para a ciência, e só têm probabilidade de chegar a seus cimos luminosos aqueles que enfrentam a canseira para galgá-lo por veredas abruptas” (MARX, 2006, p. 31).

6.2 Espaço de Investigação: Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e Programas de Saúde do Trabalhador

Este estudo tem como cenário a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro que é composto pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e PST's – Programas de Saúde do Trabalhador.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização 2012-2013 - Secretaria de Estado de Saúde, o estado do Rio de Janeiro é composto por 92 municípios e está dividido em (09) nove regiões geográficas: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte, Serrana.

A Região Metropolitana está dividida em (02) duas regiões: Metropolitana I (Rio de Janeiro e Baixada Fluminense – subdividida em cinco microrregiões) e Metropolitana II (Niterói, Maricá, São Gonçalo, Itaboraí, Silva Jardim, Tanguá e Rio Bonito), e é nessa região (composta por 19 municípios) que está a maior concentração de contingente populacional – 11 milhões de habitantes – representando 76,5% da população total do estado (IBGE, 2012).

Quadro 6 – População do Estado do Rio de Janeiro.

Regiões	População
Metropolitana I	9.982.883
Metropolitana II	1.974.910
Baixada Litorânea	715.500
Norte	859.677
Noroeste	333.091
Serrana	922.396
Centro-sul	323.097
Médio Paraíba	865.769
Baía da Ilha Grande	254.042
Total	16.231.365

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - IBGE: Censo Demográfico 2010, resultados do universo, e Estimativas populacionais 2012.

As demais regiões do Estado do Rio de Janeiro são: Norte (nove municípios), Baía da Ilha Grande (três municípios), Baixada Litorânea (10 municípios), Noroeste (13 municípios), Centro-Sul (10 municípios), Serrana (14 municípios) e Médio Paraíba (12 municípios). Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Médio Paraíba juntas, possuem 9,3% da população do estado, Centro-Sul e Serrana 7,2% e, Norte e Noroeste 6,9%.

Em relação à Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador o Estado do Rio de Janeiro foi pactuado entre a Secretaria Estadual e Ministério da Saúde dezesseis (16) Cerests, um estadual e quinze Regionais, distribuídos a seguir:

Quadro 7 – CERESTs no Estado do Rio de Janeiro e Abrangência.

Região	Municípios
Estadual	01 Cresat
Metropolitana I (12 municípios)	<ul style="list-style-type: none"> • Rio de Janeiro (02 Cerests) Baixada Fluminense: • Duque de Caxias (01 Cerest) • Nova Iguaçu (01 Cerest)
Metropolitana II (07 municípios)	<ul style="list-style-type: none"> • Niterói (01 Cerest) • Marica (01 Cerest)
Baía da Ilha Grande (03 Municípios)	Angra dos Reis (01 Cerest)
Baixada Litorânea (10 Municípios)	Cabo Frio (01 Cerest)
Região Médio Paraíba I (06 Municípios)	Volta Redonda (01 Cerest)
Região Médio Paraíba II (07 Municípios)	Resende (01 Cerest)
Região Norte (9 Municípios)	Campos (01 Cerest)
Região Serrana (14 Municípios)	Nova Friburgo (01 Cerest)

	Petrópolis (01 Cerest)
Região Noroeste (13 Municípios)	Itaperuna (01 Cerest)
Região Centro-Sul (10 Municípios)	Três Rios (01 Cerest)

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2014

Alguns municípios têm PST's – Programas de Saúde do Trabalhador, como por exemplo, o município do Rio de Janeiro onde foram pactuados recentemente cinco (5) PST's nas Áreas Programáticas - AP 2.1, 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3.

Além de municípios que historicamente já apresentavam, no âmbito de suas Secretarias Municipais de Saúde, Programas de Saúde do Trabalhador, tais como, Duque de Caxias, Niterói e o próprio Município do Rio de Janeiro²⁹.

Em relação aos Recursos Humanos a Portaria RENAST Nº 2.728, de 11 de novembro de 2009 estabelece como equipe mínima para o CEREST Estadual 15 profissionais, tais como, cinco (05) profissionais de nível médio, sendo ao menos dois (02) auxiliares de enfermagem e dez (10) profissionais de nível superior, sendo ao menos dois (02) médicos (20 horas semanais de trabalho) e um (01) enfermeiro (40 horas semanais de trabalho). Para os CEREST Regionais estabelecem dez 10 profissionais de saúde, entre eles, quatro (04) profissionais de nível médio, sendo ao menos dois (02) auxiliares de enfermagem e seis (06) profissionais de nível universitário, sendo ao menos dois (02) médicos (20 horas semanais de trabalho) e 1 enfermeiro (40 horas semanais de trabalho).

A constituição da Equipe, o tratamento dado pelo governo em relação aos recursos humanos, configura-se em importantes elementos para a compreensão mais ampla da importância da política. Importa frisar que houve um período de formação, no qual alguns profissionais foram sendo convidados a fazer parte do CEREST, esvaziando a estrutura existente anteriormente, conforme relatou uma das entrevistadas: *“O Programa de Saúde do Trabalhador é bem antigo. Foi concebido antes de existir a política nacional. Do programa surgiu a equipe que iria compor o CEREST Regional. Quando foi criado o CEREST esvaziou o programa”*.

²⁹ As ações de saúde do trabalhador do município do Rio de Janeiro iniciam-se em 1993, quando é criada a Gerência de Saúde do Trabalhador vinculada a uma coordenação de programas especiais dentro da Superintendência de Saúde Coletiva, embora já tivesse uma sensibilidade para a questão. O Programa de Saúde do Trabalhador foi contemplado na estrutura da Secretaria Municipal, através de gerência própria, vinculada à Coordenação de Programas Especiais da Superintendência de Saúde Coletiva, instituído a partir da Lei nº 1888 de 17 de agosto de 1992, que reformulou a organização administrativa da SMS. Em 1996, cria-se um serviço de saúde do trabalhador denominado NUSAT – Núcleo de Saúde do Trabalhador. O NUSAT torna-se a grande referência na área, sendo o único serviço de saúde do trabalhador no município do Rio de Janeiro, com uma equipe interdisciplinar pequena, atendendo o município como um todo.

Quanto ao número de profissionais de Serviço Social houve uma regressão quantitativa, conforme alguns relatos. Em termos numéricos houve a sua diminuição, quando ocorreram transferências sem reposição e ou aposentadoria a partir de 2010.

Um fato curioso e que exemplifica este problema é a presença de um único profissional de Serviço Social acompanhando um CEREST do município do Rio de Janeiro e ao mesmo tempo coordenando o PST de uma área programática, sendo que este mesmo profissional por possuir matrícula no Estado também é assistente social no CEREST Estadual. O mesmo acontece com um profissional inserido no PST de Duque de Caxias e no PST de uma outra área programática.

É importante esclarecer que o município do Rio de Janeiro tem uma questão inerente a política de recursos humanos que interfere diretamente na organização dos serviços e na relação entre os diversos profissionais no Sistema Único de Saúde, que é o atrelamento de uma categoria profissional, neste caso os profissionais de Serviço Social, à “Gerência Técnica e Operacional” da Secretaria de Assistência Social através do Decreto nº 26154 de 26/12/2005 que dispõe sobre a remoção de ocupantes de cargo ou emprego de Assistente Social do Município do Rio de Janeiro de distintas secretarias para a SMAS.

Mesmo com abertura de concurso pela Secretaria de Saúde o profissional de Serviço Social não entra nesse processo de seleção. Em dezembro de 2005, foi publicado o Decreto nº. 26154, que concretizou uma séria mudança na forma de conduzir o trabalho profissional no âmbito municipal, tendo em vista que passou à SMAS a função de dimensionar a necessidade de alocação de assistentes sociais nas diversas outras áreas (art. 2), gerir tecnicamente todos os assistentes sociais da Prefeitura, definir as tarefas inerentes aos assistentes sociais nas diversas áreas e orientá-los na sua realização (Idem, art. 3). Isso significa que todos os assistentes sociais da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro passam a ser prioritariamente profissionais da assistência social, ainda que fisicamente lotados em outras Secretarias.

Resumidamente, conforme relato dos entrevistados as categorias de profissionais mais frequentes são: Médicos (8), Enfermeiros (7), Assistente sociais (7), Fonoaudiólogas (5), Psicólogos (3), Fisioterapeuta (3), Sanitaristas (2), Técnica de Enfermagem (2), Engenheiros de Segurança (2), Técnico de Segurança do Trabalho (1), Administrador (1), Nutricionista (1); Farmacêutico (1), Biólogo (2), Técnicos Administrativos (10).

Destaca-se a presença de engenheiros e biólogos nos CEREST regionais, situação não encontrada no CEREST estadual onde tem a presença de mais profissionais voltados para assistência apesar do caráter de suas ações não configurar. Essa diferença parece ter relação

com o perfil de execução de ações de vigilância de Saúde do Trabalhador estar mais presente nos CEREST regionais. Sobre as ações gerais dos CERESTs será relatado abaixo.

6.3 **Análise dos Projetos e Planos de /Atenção á Saúde dos CEREST**

De acordo com o material levantado nos CERESTs pesquisados e fornecidos pelos entrevistados, analisando, por exemplo, a Programação Anual de Saúde do CEREST Estadual do Rio de Janeiro para o ano de 2016, podemos observar a preocupação crescente em ratificar uma de suas atribuições principais, que em alguns Estados ainda não foi consolidada, que é contribuir para as ações de Vigilância em Saúde, com subsídios técnicos e operacionais para a vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária e a capacitação e incentivo ao espraio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador, que inclusive são constantemente colocadas entre as propostas das Conferências realizadas, conforme síntese abaixo:

Na Meta “Fortalecer as ações de vigilância para promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e outros agravos”, foram elencadas as seguintes ações.

- Implementar nos 2 CEREST da região Serrana, a Vigilância em Saúde dos Trabalhadores expostos a produtos químicos;
- Implantar o Núcleo de Referência em Toxicologia Regional - 1 Núcleo – Parceria: Instituições de pesquisas (UFF e UERJ) – Orçamento: 600.000,00;
- Realizar evento de capacitação para os técnicos municipais em Vigilância da População Exposta ao Agrotóxico - 4 eventos - Parcerias: CEREST Regionais e SMS – Orçamento: 350.000,00
- Apoiar 100% dos municípios para a implantação de ações de Vigilância em Saúde dos Trabalhadores
- Realizar evento de capacitação para os técnicos municipais e membros das Comissões Interinstitucionais em Saúde do Trabalhador (CIST) em Vigilância em Saúde do Trabalhador - Parceria: CEREST Regionais, SMS, ENSP e CES - 6 eventos.

A seguir relataremos as metas em Saúde do Trabalhador informadas na Programação Anual de Saúde de 2016 dos CERESTs Regionais pesquisados, mas antes, em relação ao Município do Rio de Janeiro, pela complexidade de sua rede de saúde, da área abrangente, populacional, econômica e social e importantes mudanças na estrutura da gestão em Saúde do Trabalhador traçaremos um breve caminho histórico a seguir.

6.3.1 CEREST do Rio de Janeiro – CESAT

O município do Rio tem um diferencial entre outros municípios que é a concepção da Lei Orgânica Municipal - LOM, ocorrida em 05 de abril de 1990, sendo contemporânea a Lei Orgânica de Saúde. A LOM antecede a lei Orgânica de Saúde – LOS - quanto à competência do SUS para as ações de Saúde do Trabalhador, no município do Rio de Janeiro. A lei municipal define inclusive o papel deste como organizador, como fiscalizador dos locais de trabalho, enfim, define a competência do município para o setor de Saúde do Trabalhador.

No entanto, há um hiato de tempo entre uma determinação legal e a incorporação desta na estrutura do setor saúde. As ações de saúde do trabalhador do município iniciam-se apenas em 1993, quando é criada a Gerência de Saúde do Trabalhador vinculada a uma coordenação de programas especiais dentro da Superintendência de Saúde Coletiva, embora já tivesse uma sensibilidade para a questão.

A Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro foi amplamente discutida e apreciada pela Câmara de Vereadores através do Projeto de Lei nº 47/ 97, de autoria do então vereador Paulo Pinheiro, que dispõe sobre normas e diretrizes para o desenvolvimento de ações educativas, assistenciais e de vigilância do Programa de Saúde do Trabalhador.

O projeto de Lei previa a criação de um Núcleo de Referência em Saúde do Trabalhador - NUSAT - para cada Área Programática - A. P. (artigo 11 - Lei 47/97) - sendo um total de dez núcleos, e a criação do Centro de Referência de Exposição ao Ruído nos locais de trabalho - CERER. Ressalta-se que tal Projeto de Lei foi arquivado em 03/01/2001, de acordo com o Diário da Câmara Municipal do Rio de Janeiro datado de 04/01/2001, página 13.

Neste período, o Programa de Saúde do Trabalhador estava contemplado na estrutura da Secretaria Municipal, através de gerência própria, vinculada à Coordenação de Programas Especiais da Superintendência de Saúde Coletiva, instituído a partir da Lei nº 1888 de 17 de agosto de 1992, que reformulou a organização administrativa da SMS.

Considerando o que determina o inciso XIV do artigo 360 da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro, de 05 de abril de 1990, as ações sanitárias de caráter ocupacional são de competência da Gerência de Programas de Saúde do Trabalhador, da Coordenação de Programas Especiais, da Superintendência de Saúde Coletiva; considerando a necessidade da integração da Epidemiologia à prática do Planejamento, Programação e Avaliação das ações gerenciais dos Serviços de Saúde. Resolve criar, de acordo com a Resolução nº SMS 446, de 03 de setembro de 1993, o Grupo de Trabalho para elaborar o

Regulamento que dispõe sobre as normas de proteção, promoção, preservação e recuperação da saúde do trabalhador no Município do Rio de Janeiro.

Tem-se todo um antecedente histórico da saúde do trabalhador bastante rico: as ações em saúde do trabalhador dentro do município, desenvolvidas na sua maioria pelas instituições, a FIOCRUZ (principalmente), a Secretaria Estadual de Saúde, a UERJ / Hospital Universitário Pedro Ernesto com a pneumologia. O Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador – CONSEST - coordenando essas instituições e esse trabalho no município. Portanto, tem-se uma série de ações sem que, necessariamente, o Programa de Saúde do Trabalhador do município estivesse ainda existindo.

Com a criação do programa, em 1993, começa todo um trabalho de sensibilização e identificação na rede de profissionais que têm interesse no tema. Portanto, o programa já nasce articulado com as instituições supracitadas.

Por ocasião da realização da III Conferência Municipal de Saúde, em 1995, foram aprovadas as seguintes propostas de modelo assistencial: a) Priorizar o programa de saúde do trabalhador, criando centros de referência em todas as Áreas de Planejamento, onde o trabalhador possa ser atendido de forma integral por equipe multidisciplinar; b) Desenvolver ações de vigilância sanitária nos locais de trabalho para detectar ambientes prejudiciais à saúde do trabalhador; c) Criar Comissões de Saúde do Trabalhador nos locais de trabalho dos servidores públicos, semelhantes às Comissões Internas de Prevenção (CIPA) do setor privado.

Em 1996, cria-se um serviço de saúde do trabalhador denominado NUSAT – Núcleo de Saúde do Trabalhador. O município do Rio de Janeiro organizou junto com os municípios de Niterói, Angra dos Reis, entre outros que depois começaram a participar, um curso de aperfeiçoamento que foi oferecido pela FIOCRUZ, onde a equipe de saúde do trabalhador que iria compor o NUSAT fez um trabalho de conclusão de curso³⁰ sendo diagnosticado questões no município sobre saúde do trabalhador, e delineado a estratégia de implantação do programa.

O NUSAT torna-se a grande referência na área, sendo o único serviço de saúde do trabalhador no município do Rio de Janeiro, com uma equipe interdisciplinar pequena, atendendo o município como um todo. Ressalta-se que após sua criação existia uma perspectiva de ter um núcleo por Área de Planejamento, no entanto, conseguiu-se que apenas um NUSAT começasse a funcionar, a partir de 1997, na área da A.P. 1, no Centro do Rio de

³⁰ FERRARI, Welton et al. **Saúde do Trabalhador no Processo de Municipalização**. Trabalho de conclusão do Curso de Aperfeiçoamento. CESTH / ENSP / Fiocruz. Rio de Janeiro, 1996.

Janeiro, atendendo todo o município, ainda de forma precária em termos de recursos humanos e equipamentos.

O NUSAT na sua primeira formação (Antes da RENAST) constituía uma equipe mínima multidisciplinar (médico do trabalho, assistente social e enfermeiros) promovendo entre outras ações: o atendimento multifuncional ao trabalhador com agravos relacionados ao trabalho, notificação dos acidentes e doenças do trabalho e emissão de CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho; elaboração de laudo médico sobre as doenças relacionadas ao trabalho; diagnóstico e tratamento dentro de sua capacidade resolutiva; apresentando como público alvo os trabalhadores (as) do município do Rio de Janeiro, referenciados pelos sindicatos, unidades de saúde, INSS e outras instituições, ou provenientes de demanda espontânea.

A estratégia inicial assemelha-se o que se tenta hoje implementar com a RENAST – Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, que é descentralizar as ações de saúde do trabalhador com a concepção de um centro de referência, no caso o NUSAT, sendo este um catalisador dessas ações, ou seja, de capacitação e sensibilização da rede, de sistematização dos dados que a rede produz com relação a saúde do trabalhador, melhorando a qualidade desses dados.

A assistência é um marco da criação da saúde no trabalhador no município do Rio, que é diferente de alguns programas onde se começou pela vigilância e depois se incorporou a assistência, ou nem se incorporou à assistência.

A partir de 2000, retoma-se as ações do programa na perspectiva da descentralização das ações da saúde do trabalhador, direcionando o trabalho através de duas linhas de ações:

1- Trabalhar com as unidades de saúde da rede do município do Rio de Janeiro; ter uma proximidade maior com as unidades de saúde, tentando discutir a interlocução com outros programas de saúde, dentro da própria Superintendência da Saúde Coletiva, que estava desenvolvendo na época uma interlocução com os outros programas e com as unidades de saúde.

2- Construir outros Núcleos de Saúde do Trabalhador nas Áreas Programáticas sendo aprovado no plano plurianual, a criação de cinco Núcleos de Saúde do Trabalhador.

Portanto, tem-se uma redução de dez que era a ideia inicial para a criação de cinco núcleos, no período de quatro anos, que é o período de vigência do plano plurianual.

Essas são as grandes dificuldades: dar conta do volume de unidades de saúde, de demandas e questões dentro do município que se cruzam e interferem na saúde do trabalhador, visto que, a saúde do trabalhador é reflexo da forma como que as atividades

produtivas se organizaram na cidade do Rio de Janeiro e como que a rede de saúde se organiza para dar conta dessa questão.

No ano de 2002, ocorre articulação com a rede de referência: NESC (Laboratório de Toxiologia da UFRJ), o NESA (Núcleo de Saúde do Trabalhador de Adolescentes), e o IPUB - Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Reconstrói-se uma relação com a secretaria de administração e com outras secretarias voltadas para a criação zonas técnicas de saúde do servidor. Tenta-se trabalhar na perspectiva da saúde do trabalhador do serviço público.

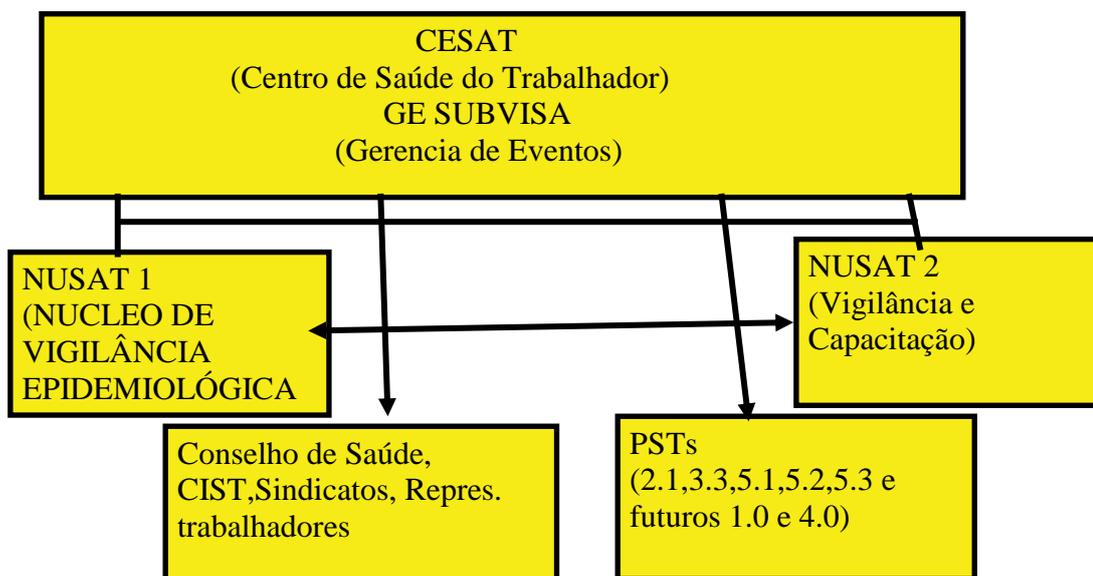
Retoma-se a participação em alguns projetos que estavam em andamento que é o caso da Comissão Estadual do Benzeno; a participação no fórum de municipalização da Secretaria Estadual de Saúde de todos os programas dentro dos municípios e no Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador. Realiza-se um curso na rede de capacitação geral com 92 profissionais, sendo capacitados na rede de saúde sobre LER/DORT. Tem-se a primeira capacitação para os hospitais de emergência, tentando trabalhar a atenção a saúde do trabalhador nas emergências, voltada com um olhar para a população vítima de acidente de trabalho.

No ano de 2003 o Programa de Saúde do Trabalhador se aproxima da comissão de saúde do trabalhador do Conselho Municipal de Saúde que na época fundia-se em duas comissões: uma que trabalha com os direitos humanos e outra com saúde do trabalhador.

Em 2002, com a criação da RENAST o município pelos antecedentes históricos na área de Saúde do Trabalhador foi habilitado automaticamente. Só que a RENAST criou uma discussão interna no Estado, na Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador que foi a discordância da forma como que a RENAST foi instituída pelo Ministério da Saúde. Essa discussão atrasou um pouco a habilitação do estado na RENAST, sendo o Estado do Rio um dos últimos a se habilitar, embora poderia ter sido um dos primeiros. Então acabou não participando da RENAST no ano de 2003, embora tivessem feito todo o procedimento, mas dependia de um Plano Estadual de Saúde do Trabalhador que estava em discussão e não foi encaminhado em 2003.

Em 2010 ocorre à entrada do Núcleo de Saúde do Trabalhador na Subsecretaria de Vigilância Sanitária que redirecionou suas ações, de um caráter mais assistencial para vigilância em Saúde do Trabalhador, e, em 2014 através do Decreto nº 39255 de 01/10/2014, D.O. Rio de 02/10/2014 passa por uma nova mudança: nova gestão e estrutura conforme a seguir:

Figura 1 – Estrutura do CESAT – Centro de Saúde do Trabalhador (CEREST Rio).



As Diretrizes resumidas do CESAT são:

- Coordenar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, no Âmbito do Município do Rio de Janeiro, suas estratégias e programas;
- Coordenar a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), no Âmbito, de acordo com a legislação em vigor;
- Atuar no fortalecimento do controle social em Saúde do Trabalhador, no Âmbito municipal e na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do Conselho Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (COMS-RJ);
- Estabelecer e monitorar os indicadores dos Sistemas de Informação em Saúde do SUS (SIS);
- Promover ações de vigilância, fiscalização e educação sanitária em Saúde do Trabalhador nas cadeias produtivas, nas atividades formais e informais e nos processos de degradação ambiental e de trabalho;
- Coordenar a produção e divulgação de informações em Saúde do Trabalhador;
- Promover a integração interinstitucional, em especial com o Ministério da Saúde do Trabalho e Emprego, Meio Ambiente, Ministério Público e da Previdência Social.

Para uma melhor visualização dos resultados obtidos, a Direção do Núcleo de Saúde do Trabalhador, atual Centro de Saúde do Trabalhador/CESAT, optou em manter a divisão de suas atividades em Grupos de Trabalho, seguindo o modelo anterior e a forma de apresentação descrita no Relatório Anual de Gestão (RAG) encaminhado anualmente para a

Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde. Os Grupos de Trabalho são: GT de Informação; Preceptorial; GT de Capacitação; GT de Vigilância; GT de Atenção Integral.

GT Informação - Responsável pelo desenvolvimento de folhetos e cartazes, criação do website e blog, pela elaboração de um banco de dados para atividades de vigilância e Comunicação de Acidentes de trabalho - CAT. Foram elaborados os Projetos: a) criação do núcleo de vigilância epidemiológica em Saúde do Trabalhador b) Saúde Vocal, c) Projeto FINAST (Implantação do fluxo de Informação das Notificações dos Agravos em Saúde do Trabalhador), d) Projeto de Mapeamento dos riscos dos ambientes de trabalho com base nos sistemas de notificação (SINAN/CAT) e Implantação do Sistema de informação SIA/SUS nos NUSATs.

Preceptorial: Recebem alunos de nível superior sob a forma de estágio e residência, objetivando apresentação dos conceitos de vigilância em saúde, CAT, SINAN, Acidente de Trabalho e pesquisa, com orientação e apresentação sobre a RENAST e a Construção do Campo da Saúde do Trabalhador, ações em Saúde do Trabalhador incluindo legislações, participação nas capacitações e elaboração destas dentro e fora do NUSAT, apresentação do rito administrativo e seus instrumentos referentes à Saúde do Trabalhador na Vigilância Sanitária, acompanhamento das ações de vigilância em ambientes e processos de trabalho, análise dos documentos produzidos nas ações de vigilância, inserção e análise dos dados contidos na FIOC – Ficha de Investigação Ocupacional.

GT Capacitação: Capacitação Interna e para a Rede Municipal – Qualificou/atualizou Profissionais do NUSAT em diversos assuntos como, SINAN, Saúde do trabalhador e Meio Ambiente, orientação e construção de proposta para a Saúde do Trabalhador nas APs. 1.0, 2.1 e 2.2. Formam Agentes Comunitários de Saúde com o Curso “Rio + 10: Saúde, Trabalho e Cidadania (Módulo para Agente Comunitário de Saúde)” com o objetivo de discutir as relações trabalho-saúde-doença, facilitando a compreensão sobre o papel dos agentes comunitários de saúde no cuidado ao cidadão carioca, com a intenção de tornarem multiplicadores do conhecimento adquirido.

GT de Vigilância: Atividades de trabalho visando à investigação de acidentes graves e fatais, ambiente, organização e processo de trabalho e criação de Procedimento Operacional Padrão das rotinas administrativas que envolvem a Vigilância em Saúde do Trabalhador/VISAT na SUBVISA. Total de Ordens de Serviço emitidas em 2015: 282 (duzentos e oitenta e duas), contam também com a participação de eventos em massa tais

como: Carnaval, Rock in Rio, Circuito Banco do Brasil e Réveillon, Eventos Testes 1ª e 2ª Ondas para as Olimpíadas Rio 2016.

GT Atenção Integral - Compreende as atividades de triagem, SPA (Serviço de Psicologia Aplicado), grupo de acolhimento, 1ª consulta, atendimento e informações por telefone e consultas subsequentes.

Resumidamente, as metas e projetos da Programação Anual em Saúde do Trabalhador do período de 2015/2016 são:

- 1 - Criação do Núcleo de Informação e Vigilância em Cânceres relacionados ao trabalho em parceria com o INCA; Organização e responsáveis: CESAT e NUSAT1
- 2 - Programa de Atenção e Suporte a Saúde do Agricultor Familiar no Município do Rio de Janeiro (Projeto PST 5.2).
- 3 - Formação, capacitação e maior aproximação com a Atenção Básica – (Projeto Porta de entrada) - Capacitação dos profissionais dos PSTs e, ainda, criação de 05 PSTs (O. S);
- 4 - Participação no Projeto de Ações de Vigilância Sanitária em Restaurantes de Hotéis (2016); Organização e responsáveis: CESAT e SEVISA
- 5 - Projeto Avaliações das Condições de Saúde dos Trabalhadores que manuseiam Resíduos do Setor Saúde e o Impacto do Descarte no ambiente em parceria com a FIOCRUZ;
- 6 - Projeto Escola Saudável: Avaliação de Saúde Vocal e Disfonia entre os Professores da Rede Municipal do Rio de Janeiro (SES, SMS) em parceria com a SME;
- 7 - Projeto Posto Legal (Benzeno) em parceria com a Fiocruz;
- 8 - Projeto Saúde Mental e Saúde do Trabalhador (Organizar Livro com Estudo de Casos do CEREST);
- 9 - Ampliar em 20% a notificação compulsória dos acidentes de trabalho graves e fatais e com crianças e adolescentes na Rede de Atenção à Saúde do SUS e na Rede Privada em 1 ano; Publicação do fluxo de notificação de casos de acidente de trabalho grave, fatal, criança e adolescente (2016); Criação de fluxo de informação de acidentes de trabalho notificados nos registros de atendimento pré-hospitalar (RAPH) dos bombeiros para o NUSAT 1;
- 10 - Projeto Itinerante em Saúde do Trabalhador para assistentes sociais (Capacitação);
- 11 - Projeto Rio +10 – Capacitação (educação permanente) dos ACS (Agentes Comunitários Saúde) em todas as CAPs.;
- 12 - Projeto Beleza e Saúde sem preconceito: Comunicação de risco na área de embelezamento e esteticismo dos cariocas;
- 13 - Curso de Formação para Membros dos Conselhos Distritais em áreas com PSTs implantados;

6.4 Programas de Saúde do Trabalhador – PST

Os Programas de Saúde do Trabalhador - PST fazem parte das ações estratégicas de ampliação, estruturação e descentralização da Política de Saúde do Trabalhador no Município do Rio de Janeiro.

De acordo com Projeto de Implantação no município do Rio de Janeiro, visa contribuir para a construção de um modelo assistencial que tenha como base a atuação no campo da Vigilância da Saúde. Assim, as ações de saúde devem pautar-se na identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e de trabalho, que, em última instância, determinam as formas de adoecer e morrer dos grupos populacionais. No processo de construção das práticas de Vigilância da Saúde, aspectos demográficos, culturais, políticos, socioeconômicos, epidemiológicos e sanitários devem ser buscados, visando à priorização de problemas de grupos populacionais inseridos em determinada realidade territorial. As ações devem girar em torno do eixo informação – decisão – ação. Portanto, aspectos relativos ao trabalho, presentes na vida dos indivíduos, famílias e conjunto da população, devem ser incorporados no processo.

Entre as funções podemos destacar: Atender aos trabalhadores acometidos de Acidentes de Trabalho/trajeto, doenças profissionais e do trabalho; Identificar a existência de correlação entre o adoecimento e a atividade desenvolvida pelo trabalhador; Notificar no SINAN NET os acidentes de trabalho, de trajeto (ocorrido no deslocamento casa/trabalho e trabalho/casa); Capacitar e sensibilizar os profissionais da rede, nas questões relacionadas à Saúde do Trabalhador, identificando uma possível correlação entre as queixas do usuário do SUS e sua Ocupação; Encaminhar, em casos mais específicos, ao CEREST; Realizar o planejamento e a hierarquização de suas ações, em seu território, a partir da identificação de problemas e prioridades; Atuar e orientar os serviços do SUS no desenvolvimento de protocolos de investigação e de pesquisa clínica e de intervenção; Informar a sociedade, aos trabalhadores, aos sindicatos sobre os riscos e possibilidades de danos à saúde nos ambientes e processos de trabalho; Capacitar os profissionais e as equipes de saúde para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho; Executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, em seu território; Definir a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do PST 2.1; Tornar público o desenvolvimento e os resultados das ações de vigilância em saúde do trabalhador, sobretudo as inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho e sobre os processos produtivos para garantir a transparência na condução dos processos administrativos no âmbito do direito sanitário. (PROJETO PST 2.1).

O PST 2.1 está sob a Coordenação do Centro de Saúde do Trabalhador (CESAT), que, por sua vez está na Vigilância Sanitária. As Atividades estão divididas nos eixos:

1 - Assistência - atendimento aos trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho (Típico no local do trabalho ou a serviço da empresa; de trajeto – de casa para o trabalho ou vice-versa). Ou são portadores de doenças profissionais ou de trabalho.

2 - Educação Permanente - além das capacitações que promovem nas Unidades de Saúde, na temática Saúde do Trabalhador, está em andamento o “Curso Rio + 10: Saúde, Trabalho e Cidadania”. Na perspectiva da Vigilância em Saúde. Capacitando os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

3 - Vigilância em Saúde do Trabalhador - Contam com a colaboração e apoio dos serviços de Epidemiologia das Unidades de Saúde e da Divisão de Vigilância em Saúde (DVS), para a execução de um trabalho conjunto, favorecendo a qualificação das Notificações compulsórias dos agravos relacionados ao trabalho.

Quadro 8 – Metas Programa de Saúde do Trabalhador 1.

METAS	AÇÕES
Realizar Assistência em Saúde do Trabalhador	<p>Atendimento de Demandas ao médico do trabalho, em consulta Multiprofissional, para estabelecimento de nexo de causalidade na relação Saúde X trabalho.</p> <p>Atendimento de demandas relacionadas ao Serviço Social referente às Situações de Acidentes de Trabalho e Agravos relacionados ao Trabalho.</p> <p>Trabalho Sistemático de Matriciamento em relação à Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pelo Médico do Trabalho do PST 2.1 junto a Rede Básica de Saúde do Território da AP 2.1.</p> <p>Identificar e Pactuar as Unidades de Referência para os Agravos Relacionados ao Trabalho de maior incidência de procura no PST 2.1.</p> <p>Estabelecer Fluxo entre as Unidades de saúde do Território e o PST 2.1, para os encaminhamentos dos trabalhadores acometidos de acidentes de trabalho e agravos relacionados ao trabalho.</p> <p>Estabelecer Fluxo de SINAN na AP 2.1</p>
Realizar Seminário sobre agravos relacionados ao trabalho	Organizar e executar 01 Seminários sobre a Atuação do Programa de Saúde do Trabalhador na CAP 2.1.

Fonte: Projeto PST 2.1.

- ✓ Capacitar os profissionais e as equipes de saúde para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho;

Quadro 9 – Metas Programa de Saúde do Trabalhador 2.

METAS	AÇÕES
Capacitar a Atenção Básica para a melhoria do acolhimento às demandas de Saúde do Trabalhador	Organizar oficinas com os profissionais da Atenção Básica nos Território. Implementar as “Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativas”, na AP. 2.1
Estruturar o atendimento ao acidente de trabalho e aos agravos relacionados ao trabalho nas Unidades de Média Complexidade	Capacitar os profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Urgência / Emergência, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Hospitais especializados (públicos e privados)) para o atendimento ao acidente de trabalho e aos agravos relacionados ao trabalho; Estabelecer a rede de Unidades Sentinelas da AP 2.1, para os Acidentes Graves e Fatais relacionados ao Trabalho e com Crianças e Adolescentes em situação de trabalho, capacitando esses profissionais, para notificação dos agravos pertinentes ao atendimento. Elaborar Material Informativo Contribuir na confecção de folders, cartilhas e cartazes.

Fonte: Projeto PST 2.1.

- ✓ Executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, em seu território;

Quadro 10 – Metas Programa de Saúde do Trabalhador 3.

METAS	AÇÕES
Elaborar ações intersetoriais de Promoção da Saúde	<p>Realizar ações de educação em saúde em parceria com os Sindicatos e demais Instituições, com grupos de trabalhadores de maior vulnerabilidade, com o objetivo de levá-los a compreender os riscos e intervir sobre eles.</p> <p>Desenvolver um Trabalho de Educação Permanente para o Controle Social da AP 2.1;</p> <p>Participar das Reuniões mensais do Conselho Distrital de Saúde da AP 2.1.</p> <p>Articular junto aos Equipamentos da política de Desenvolvimento Social do Território, Controle Social, Movimentos Sociais, Sindicatos, Conselho Tutelar, INSS, Ministério Público do Trabalho, Delegacias Regionais do Trabalho, Conselho Distrital de Saúde.</p>
Gerir o Programa de Saúde do Trabalhador AP. 2.1	<p>Coordenar e Executar as Ações de Promoção da Saúde, no que se refere a mudança do olhar e da escuta no atendimento dos profissionais de saúde ao usuário do SUS;</p> <p>Atuar como retaguarda técnica, pertinente ao Serviço Social e a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, no Território;</p> <p>Sensibilizar e Matriciar os profissionais de saúde, que atuam na AP.2.1</p> <p>Desenvolver um trabalho articulado com a ESF/NASF/DVS/Saúde Mental/Serviço Social e demais Unidades de Saúde da AP. 2.1, identificando, notificando e Acompanhando os casos de Acidentes de Trabalho e Agravos relacionados ao Trabalho e de Crianças e Adolescentes em situação de trabalho;</p> <p>Identificar e Potencializar a Rede de Proteção estabelecida no Território, no que se refere ao Trabalho Infantil;</p> <p>Qualificar os atendimentos dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde Mental, introduzindo a Categoria Trabalho, possibilitando a identificação, notificação, estabelecimento denexo causal e o acompanhamento as situações diretamente relacionadas ao processo de trabalho dos usuários;</p> <p>Articulação Técnica com a Coordenação do Programa de Saúde Mental da CAP 2.1;</p> <p>Articulação com Instituições de Ensino e pesquisa para o desenvolvimento da discussão acadêmica da temática Saúde Mental e Trabalho;</p> <p>Realizar um trabalho sistemático e permanente de matriciamento em relação à Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, junto aos Assistentes Sociais que atuam na Política de Saúde e na Rede de Proteção da AP. 2.1;</p> <p>Atendimento de Demandas relacionadas ao Serviço Social, referentes às Situações de Acidentes de Trabalho e Agravos relacionados ao trabalho, quando a Rede necessitar de suporte técnico específico;</p> <p>Produção do Cenário de Risco do Território;</p>

	Viabilização de acesso aos Serviços de Saúde e Atendimentos Técnicos Específicos da Área de Saúde do Trabalhador; Supervisão de Estágio em Serviço Social; Elaboração de Relatórios aos Órgãos competentes; Participação de congresso, fóruns, seminários, cursos específicos na Área de Saúde do Trabalhador.
--	---

Fonte: Projeto PST 2.1.

Em relação ao CEREST Regional de Duque de Caxias as ações planejadas para o ano de 2016 foram quase todas direcionadas para capacitação e assessoria – acompanhamento do controle social em Saúde do Trabalhador, tais como, Capacitação de profissionais da ESF – Estratégia de Saúde da Família quanto à identificação de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho; Capacitação dos servidores que atuam nas unidades sentinelas para ampliar o número de notificações, com ênfase nos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT); Capacitação em vigilância em Saúde do Trabalhador; Capacitação em investigação de acidente de trabalho; Capacitação em Saúde do Trabalhador para o Controle Social; Acompanhamento das reuniões do Conselho Gestor do CEREST; Acompanhamento da implementação da CIST nos municípios; Capacitação sobre Trabalho Escravo, Trabalho Rural e Trabalho Infantil.

No próximo capítulo continuaremos a apresentação da pesquisa através da análise das entrevistas realizadas com os cinco assistentes sociais distribuídos nos distintos CERESTs e Programa de Saúde do Trabalhador a Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro.

7 EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

O sétimo capítulo apresenta a análise das entrevistas. O estudo realizado junto aos assistentes sociais partiu da necessidade de uma investigação de fundo cujos resultados pudessem contribuir para a explicitação da qualidade e das possibilidades de relação entre o projeto profissional hegemônico na categoria dos assistentes sociais e o trabalho efetivamente realizado.

7.1 Breve Perfil dos Profissionais Entrevistados

Os traços principais do perfil dos cinco (05) profissionais entrevistados é a chave das possibilidades de descobrir e trilhar o caminho do fortalecimento da Saúde do Trabalhador na perspectiva marxista, descobrindo assim os percalços, os limites, os erros para superá-los.

O determinante da trajetória em relação a essa possibilidade (contudo, não único) é a qualidade da formação profissional. Muitos fizeram o curso de graduação já sob influência das Novas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) – 1996, elaborado segundo o atual projeto hegemônico da profissão no Brasil. A maioria são graduados e pós-graduados em entidades públicas de ensino, tais como UFRJ, UERJ, UFF e FIOCRUZ. Conforme relato abaixo:

Felizmente a minha formação foi um diferencial na minha profissão. Sou privilegiada. Nossa turma tinha que dar certo. Foi a segunda turma do curso noturno da UFRJ, então os professores investiram muito. Uma prova disso, 60% ou 70% dos meus colegas de turma estão empregados hoje. Então a minha turma tem um diferencial. Uma coisa que aprendi na UFRJ foi fazer análise de conjuntura e quando faço análise da conjuntura atual fico muito preocupada. Esta conjuntura atual me deixa muito preocupada (Assistente Social 04).

Soma-se isso o fato de muitos deles terem desenvolvido a visão crítica na militância política, no movimento estudantil, sindical, movimentos da categoria via Conjunto CFESS-CRESS e ABEPSS ou em Partidos de Esquerda. Outro fato importante é que todos foram admitidos nas instituições através de concurso público.

Neste sentido, podemos explicitar que a formação política advinda da trajetória e engajamento político é também uma das razões (não única) fundantes da qualidade profissional na Saúde do Trabalhador, assim como a qualidade da formação graduada e continuada.

Partimos primeiro das referências da matriz teórica. Temos a referência marxista que orienta todo nosso trabalho enquanto assistente social. Temos uma Influência muito grande em Gramsci por conta dessa vinculação da área da Saúde do Trabalhador com movimento social e com a própria história da Saúde do Trabalhador, isso é muito presente no âmbito das lutas, da luta de classe, ou seja, como criamos as estratégias para empreender as ações, então partimos para os autores do Serviço Social. (Assistente Social 03)

Contudo, no tempo presente, apesar dessa trajetória de engajamento político, apenas uma assistente social afirmou participar ativamente dos espaços políticos (Sindicato, Partido e Conselho profissional), duas entrevistadas, inclusive, informaram, no momento da entrevista, não ter filiação sindical. Outras duas são filiadas a sindicatos, seja por categoria, seja por ramo, mas afirmam não participar ativamente das ações políticas dos sindicatos.

A despeito da organização sindical dos assistentes sociais Vasconcelos (2015) explicita essa preocupação e afirma que mesmo diante da defesa do projeto profissional, observa-se uma pequena participação dos assistentes sociais em atividade político-sindical e nas atividades representativas da categoria como o conjunto CFESS / CRESS.

Neste sentido, no caso da Saúde do Trabalhador, as assistentes sociais estão atentas a centralidade da organização sindical e das demais formas de organização (político-partidária, movimentos sociais) no fortalecimento das lutas dos trabalhadores, tendo em vista os processos de enfrentamento, disputa e confronto com a burguesia e a todo momento, nos depoimentos, evidenciam esta centralidade e a importância de articulação aos movimentos sociais nas ações de vigilância e fortalecimento do controle social em Saúde do Trabalhador. Porém, como trabalhadoras (as assistentes sociais) que também são, não percebem essa importância prevalecendo uma dúvida em questão: será que não se veem enquanto trabalhadoras?

De uma forma geral, os assistentes sociais indicaram os seguintes autores (Ciências Sociais/ Ciência Política/ Economia, Saúde Pública, Saúde do Trabalhador, Serviço Social) como referência para o exercício profissional: Karl Marx, Antônio Gramsci, Ricardo Antunes, Giovanni Alves, Carlos Nelson Coutinho, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Francisco Antônio de Castro Lacaz, Carlos Minayo-Gómez, Jorge Mesquita Huet Machado, Elizabeth Costa Dias, René Mendes, Christophe Dejours, Emerson Merhy, Vicente de Paula Faleiros, Maria Inês Souza Bravo (citada por todos); Ana Maria de Vasconcelos, José Paulo Netto, Marilda Vilela Iamamoto (citada por todos), Elaine Beringh e Iolanda Guerra.

Em relação aos vínculos de trabalho das assistentes sociais, por enquanto, todas são servidores públicos estatutários. Em relação à equipe dos CERESTs não foram informados, em nenhuma delas, vínculos que podemos considerar como mais precários, destoando da queixa comum de rotatividade da equipe que aparecem nos encontros e discussões da

RENAST, contudo, foi citado a presença de trabalhadores de OSs em um Programa de Saúde do Trabalhador (PST 2.1).

O ingresso dessas profissionais nos CEREST é anterior a portaria 2.437/2005, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS, devido sua exigência de uma equipe mínima para implantação dos CEREST. Contudo, somente uma entrevistada informou data de ingresso no CEREST após a portaria.

Em resumo, a situação de vínculo das profissionais dos CEREST é, aparentemente, boa, considerando o cenário de privatização e terceirização presente no Estado do Rio e Municípios. No entanto, é importante ressaltar que todas as entrevistadas relataram a inserção nos CERESTs e PSTs através de transferência de outras secretarias (Como por exemplo, Secretaria Municipal de Assistência Social) e ou outras unidades de saúde (como por exemplo, Hospital de Emergência). Refletindo com isso certo “arranjo” da rede de saúde para suprir a ausência de concurso público que, no caso do Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, perduram quinze (15) anos.

Em relação à Carga horária, com exceção da assistente social em cargo de gestão, todos exercem a jornada de trabalho em cumprimento a Lei 12.317/2010 (Lei das 30 horas)³¹.

A despeito da carga horária e Recursos Humanos na área da saúde, é importante informar como um dos problemas das regiões onde as assistentes sociais estão lotadas, apesar de não ser objeto da presente pesquisa, conforme relato abaixo:

O município onde trabalho, de uma forma geral, tem uma característica ímpar, a maioria dos profissionais de saúde tem duplo vínculo e por se tratar de um segundo vínculo muito destes profissionais vem aqui somente para cumprir horário. Contudo, o perfil está mudando. Hoje tem um grande numero de terceirizados. O problema do registro dos assistentes sociais é enorme e o fazer profissional ainda não foi incorporado. Muitos assistentes sociais desempenham funções de agente de portaria e secretárias de médicos. (Assistente Social 3).

³¹ A Lei nº 12.317/2010 fixou a jornada especial de trabalho de 30 horas para os assistentes sociais, sem redução remuneratória. A norma, tratou especificamente do horário de trabalho da categoria ao alterar a Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão.

Muitos órgãos públicos (estaduais e municipais), e empresas implementaram a lei após a publicação no DOU. A exceção está no Governo Federal que até o presente momento não reconheceu. Ações em nível nacional foram realizadas pelo conjunto CFESS-CRESS a exemplo de reuniões com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e envio de ofícios aos diversos ministérios, colegiados de gestores, conselhos e fóruns de políticas públicas. MPOG, através de parecer da AGU sustenta que a jornada de trabalho dos assistentes sociais que exercem cargos de servidores públicos federais é de 40 horas semanais, sendo prevista para o funcionalismo em geral na Lei nº 8.112/1990 e que somente pode ser alterada por lei de iniciativa da Presidente da República, em atenção ao artigo 61, parágrafo 1º, II, alínea "c", da Constituição Federal.

Além disso, a AGU defende que o direito requerido pelo Conselho Regional não encontraria amparo na legislação de regência do serviço público, visto que os candidatos aprovados no concurso público passariam à condição de estatutários e, portanto, submetidos à jornada de 40 horas semanais.

Estas questões também foram citadas por outras duas entrevistadas como um dos empecilhos que afeta diretamente uma das frentes principais dos CERESTs, que é a capacitação dos profissionais de saúde das distintas unidades de saúde, em articulação a estratégia principal de se tornar um “polo irradiador da cultura da Saúde do Trabalhador no SUS”, devido alta rotatividade desses trabalhadores da saúde e o não envolvimento político institucional com as questões inerentes aos municípios.

7.2 **Concepção dos Assistentes Sociais com relação à Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**

De uma forma geral, os depoimentos das assistentes sociais destacam a importância de se ter uma política específica (Saúde do Trabalhador) no Sistema Único de Saúde. Parece consenso que ao ser assumida também como responsabilidade do SUS houve avanços, assim como, com a criação, incentivo e implantação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador. Municípios que antes ignorava a Saúde do Trabalhador passaram a pautar este debate, mesmo que incipiente ou não, conforme relato abaixo:

Não podemos deixar de perceber que houve um avanço na Saúde do Trabalhador. Se antes, aqui no Estado do Rio de Janeiro, tínhamos cinco municípios que conheciam e falavam em Saúde do Trabalhador, hoje temos mais que isso. Na Metropolitana I, todos os municípios de alguma maneira, seja de uma forma embrionária ou não, estão tendo que dar conta de fazer ações em Saúde do Trabalhador. Enquanto estratégia temos que aproveitar, mas não sou defensora da RENAST, sou defensora da Saúde do Trabalhador. Acredito que a mudança tem que vir de dentro. Isso é Gramsci! A mudança vem de dentro. Mas, como nós, profissionais de saúde, podemos fazer para que essa engrenagem funcionar? Temos que pensar! Não é melhor dos mundos, mas acho que conseguimos fazer. Fazemos a crítica e a política. (Assistente Social 03)

Como forma de difundir a questão da cultura da Saúde do Trabalhador é uma estratégia interessante, cabe agora perguntar se conseguiu cumprir esse papel. Eu acho mais ou menos. Observamos retrocessos, não conseguimos avançar muito de um modo geral na discussão da Saúde Ocupacional para Saúde do Trabalhador, os técnicos acabam reforçando mesmo. A proposta inicial foi correta e acho que temos que retomar o que foi pensada inicialmente. Estamos seguindo um caminho que não era o caminho inicial. (Assistente Social 05)

É consenso entre diversos autores (LACAZ, 2005; FADEL DE VASCONCELLOS, 2007) as disputas interministeriais como um dos fatores (não único) que brecam, de certa forma, o avanço da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Motivo também identificado entre as falas das assistentes sociais:

A Saúde do Trabalhador continua isolada no SUS, não conseguimos pelas divergências avançar no debate da intersectorialidade. Não avança por causa das vaidades de outras secretarias (Ministério do Trabalho e Previdência Social). (Assistente Social 04).

Percebe-se, neste sentido, a despeito dos avanços da Reforma Sanitária, do SUS e da Saúde do Trabalhador, continuam a esbarrar na falta de apoio político e institucional em âmbitos federal, estadual e municipal ou, quando muito, resistência de diversos sujeitos políticos. Posto que, *uma política integral e intersetorial de Saúde do Trabalhador está longe de ser uma prioridade no sistema capitalista* (FIRPO, 2013), *ao menos que se torne instrumento para extração de mais-valia*.

A indefinição da Política quanto o papel e ações dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador nas regiões, as atribuições, a formação e composição de pessoal foi citado como um elemento principal desta confusão de ações dos CERESTs, em especial, dessa dicotomia entre assistência e vigilância em Saúde do Trabalhador.

A política é correta, porém, pensando a operacionalização desta política e estabelecer uma rede que tem dificuldade de exercer seu papel é difícil. Ela não define onde fica a Saúde do Trabalhador. Está na assistência, está na vigilância sanitária, por que onde estiver vai ter um viés diferente, então o gestor faz o que quer dela. Existe uma deformação da Lei e acho que isto está articulado a própria perspectiva que alimenta essa política, como existe vários interesses em jogo então conciliar esses interesses traz esse viés e cria até um determinado momento essa esquizofrenia para rede, por outro lado esta é estratégia que a gente tem hoje, então a gente agarra a ela e faz Saúde do Trabalhador. (Assistente Social 03).

A RENAST foi concebida como uma rede de informação, vigilância, capacitação, assistência, investigação, pesquisa, controle social, comunicação e educação em saúde do trabalhador, cuja trajetória vem denotando impasses e obstáculos para a sua efetiva implementação.

Fazer saúde do trabalhador, de acordo com os princípios fundadores do Modelo Operário Italiano, que engloba a participação dos trabalhadores e a transformação das condições de trabalho e saúde, envolve a necessidade de diálogo entre órgãos governamentais e extragovernamentais, trabalhadores e suas representações, entendendo RENAST como algo não estanque, fixo, imóvel.

As exigências para implantação e efetivação da política de saúde do trabalhador ficam a cargo da gestão municipal e o CEREST acaba ficando a mercê da política municipal, ocultando o caráter regional.

A rede que não enreda, como disse Fadel. Acho que é um projeto lindo teoricamente, efetivamente não acho viável por que simplesmente não acredito na regionalização. É linda no papel, mas para a cultura e a lógica e educação política que existe em nosso país é quase impossível o que a gente faz aqui é coisa de Dom Quixote por que somos doidos, mas não é fácil não. Acreditar em uma regionalização em que o CEREST tem embaixo de seu guarda chuva 60 municípios em que o CEREST tem que atuar acompanhar é brincar de fazer, mas os CEREST que dizem fazer duvido que façam. É impossível fazer, não tem pernas para isso. Essa regionalização é uma falácia. (Assistente Social 04).

As assistentes sociais percebem como um projeto aparentemente utópico diante de uma realidade conjuntural bastante explícita de desmonte das políticas públicas, de redução de recursos sejam materiais, sejam humanos.

Outra questão colocada refere-se ao esvaziamento do Estado nas ações em Saúde do Trabalhador ou a indefinição e conflitos de papéis entre a instância estadual e a Regional.

A rede é bonita, foi estratégica a sua criação, mas a sua efetivação com a lógica política em nosso país não funciona. Acho que de certa forma houve uma perda de papel do estado, da instância estadual nessas ações e nessas questões tem situações que é o estado que tem que tocar que tem que ser protagonista e acaba não sendo e imputa isso para os CERESTs que atuam de forma regional, funções que Estado deveria estar à frente e os CERESTs deveriam ser o suporte, estar junto, mas não protagonista. Hoje em dia está acontecendo o contrario. Então qual o papel da instância estadual na Política de Saúde do Trabalhador? Por que até hoje é uma interrogação. (Assistente Social 05).

Dias, Hoefel; Silva (2005) em suas análises, no início de construção da RENAST, alertava as dificuldades a serem enfrentadas e que, hoje, catorze (14) anos depois não foram superadas: a) a lógica do modelo da RENAST, centrada na atuação regionalizada dos CERESTs, não corresponde à organização do SUS centrada na municipalização; b) a frágil articulação intrasetorial uma vez que a Saúde do Trabalhador ainda não foi efetivamente incorporada na Agenda de Saúde do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal; c) a confusão dos papéis das coordenações estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência; d) a falta de orientação clara quanto aos processos de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde.

Estas dificuldades foram citadas nas entrevistas. Contudo, apesar dos percalços, pode-se considerar que a estratégia da RENAST, para prover uma atenção diferenciada aos trabalhadores no SUS tem sido bem sucedida.

Estamos tentando cumprir a função do CEREST tal como víamos na Portaria 1679, isto é, enquanto suporte técnico. Estamos tentando dar conta da questão da regionalidade, cumprindo tal como foi pensando inicialmente. Fazendo supervisão técnica dos municípios com os programas tentamos definir de forma democrática o planejamento tanto com o controle social quanto os técnicos dos municípios. Tiramos algumas linhas conjuntas de ação comum como trabalho infantil, trabalho escravo, de fazer o levantamento do trabalho informal, trabalho rural, a questão do agrotóxico. Tentamos definir nossas ações de forma mais democrática e tentamos valorizar. Não fazemos diretamente vigilância. O programa solicita suporte quando fazem determinadas ações chamando o sindicato, tentando envolver os sindicatos A gente tenta cumprir dentro daquilo da metodologia do paradigma da saúde do trabalhador tal como está no SUS. (Assistente Social 02).

Outras questões citadas são a falta de interação entre município e Estado, a sobreposição de poderes, as particularidades municipais, as disputas político partidárias, que

deixa a Saúde do Trabalhador refém de um projeto político partidário claro de desmonte do Sistema Único de Saúde.

Foram criados 15 CEREST. O dinheiro chega, a verba vem, cai fundo a fundo, não atrasa, mas a gente não coloca a mão no dinheiro por que os secretários de saúde, que não são do Partido dos Trabalhadores (entrevista realizada antes do impeachment da presidente Dilma Rouseff), não entrega essa verba. Até hoje não colocamos a mão no dinheiro. Aliás, o Secretario de Estado de Saúde (Governo PMDB) até hoje não vi a cara dele e não sei quem é. (Assistente Social 05).

No município do Rio a impressão que tem é que tudo é um favor. Quando cheguei para trabalhar na Saúde do Trabalhador cheguei para o NUSAT II, instalado no Heitor Beltrão - Tijuca. A diretora do IOC, amiguinha do Soranz, queria que trocássemos de sala e passasse de cinco salas para de duas salas só. A Coordenadora nunca sentou com ela e começou a medir força e dizia: não vamos sair! O dinheiro é da RENAST não vamos sair! e quem perdeu foi a ST. A diretora só esperou o tempo de fazer uma obra no Hélio Pelegrino para enfiar a gente lá. Saímos com o rabinho entre as pernas. (Assistente Social 01).

Voltamos a Dias e Hoefel (2005) apesar das críticas e dos desencontros institucionais observados no processo de elaboração desse instrumento, em particular à ênfase nas ações assistenciais, a portaria foi apoiada pelos profissionais e técnicos dos CEREST e setores do movimento dos trabalhadores, que reconheceram na iniciativa uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador, no SUS (DIAS e HOEFEL, 2005, p. 821). Pela primeira vez, seria possível contar com um financiamento extra-teto das ações, vinculado à operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador, em nível estadual e municipal.

Neste sentido, o repasse financeiro, no início, de quatorze mil reais e, atualmente, trinta mil reais mensais do Ministério da Saúde para o município sede do CEREST foi considerado um atrativo significativo para a administração pública assumir tal Política. Porém verificou-se que como a verba é gerida pelo município sede, conforme convênio entre Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde, não há uma homogeneidade das ações nos municípios da região frente a relação trabalho e saúde, como demonstrado pelos depoimentos, deixa muito a desejar, ou seja, está muito aquém do previsto pelas normatizações do SUS.

Temos dificuldade ainda de acessar os recursos da RENAST. Estamos no âmbito da assistência, mas os recursos estão no bloco da media e alta complexidade e esse bloco consome todas as ações e hoje está dentro do teto. Então os recursos que seria da RENAST não necessariamente serão utilizados pela RENAST. Até 2013 os recursos eram depositados em uma conta específica. Era a conta RENAST. Então sabia o que tinha na conta, o que entrava e o que saía. Tinha até extrato bancário. A partir de 2013 o Ministério da Saúde acabou com tudo isso e o recurso passou ir direto para o bloco. Ainda chegava com uma rubrica e conseguia-se identificar. Hoje foi incorporado ao teto. Então, se o município recebe 3 milhões e mais trinta mil da RENAST, então passou receber 3 milhões e trinta. E o secretario de saúde, quando o nosso CEREST solicita recurso, diz que não vai usar o recurso da MAC por que, hoje, o CEREST custa para manter um RH que consome 60 mil reais, porém, recebe

somente 30 mil do Ministério da Saúde, então diz estar no prejuízo. Faz a lógica contábil. Na perspectiva dele não vale a pena ter CEREST por que atende 04 municípios. Nesta perspectiva não vale a pena ter CEREST por que fazemos ações de outros municípios. Ele pergunta: qual a contrapartida de outros municípios? O que foi pactuado com outros municípios? Digo, não foi pactuado, se o senhor quiser o senhor se dirige a CIB, então pactuamos. Se o recurso tivesse na vigilância com certeza teria dificuldade de usar mais seria mais fácil, mas isso Brasília não conseguiu resolver. (Assistente Social 03).

Como Política nos favorece. Porém sua execução financeira a cargo das Secretarias Municipais de Saúde (recebem a verba do Federal direta na MAC-Média e Alta Complexidade) nos impossibilita na execução. Dependemos sempre da vontade política do Secretário da Pasta. (Assistente Social 01)

O caráter assistencialista assumido pelos CERESTs que esbarra claramente nas diretrizes da RENAST, também foi citado. Como visto o modelo de Atenção à Saúde é mais amplo, à medida que envolve ações intersetoriais coordenadas.

Percebemos nos últimos anos retrocessos na condução das ações nos municípios. Tínhamos um grupo que trabalhava com suporte técnico e não assistência, porém, depois de um tempo outro grupo começou a fazer modificações da legislação e hoje vemos os CERESTs assumindo um papel mais assistencialista, voltando ao problema que enfrentávamos desde a criação que são as “comunidades isoladas do SUS”, que vem muito da experiência de São Paulo. As equipes técnicas de hoje poucos tem formação em Saúde do Trabalhador, trabalham em uma perspectiva tecnicista e reforça a questão da saúde ocupacional. Percebemos isso na última Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, ou seja, discurso dos técnicos muito afastados do trabalho junto aos trabalhadores do movimento sindical. (Assistente Social 02).

Contudo, quando perguntado se os CERESTs têm cumprido sua função em acordo com a PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, todos afirmaram que sim, seja nas ações de vigilância, de planejamento, de fortalecimento da participação social, de *formar para ação*, conforme relatado abaixo:

Nossas frentes são as ações de vigilância. Quando é convocado pelo programa sempre tem um grupo dos profissionais dos CEREST que vai junto. Tem as capacitações. Usamos o termo de formação, formar para ações. São várias capacitações que acontece, tem as capacitações para os profissionais de Serviço Social e tem sobre o trabalho infantil. Tem algumas que ficamos mais a frente. O Serviço Social está à frente do debate do trabalho infantil e do controle social. (Assistente Social 02).

Muitas vezes os Programas de Saúde Trabalhador solicitam algumas capacitações, tem a questão de acidentes de trabalho, tem a questão do SINAM, tem a supervisão técnica dos municípios que fazemos. A equipe é dividida por município, ficam dois ou três técnicos como referência para cada município. Acompanhamos como está a atuação do programa, se o que o foi planejado foi efetivado ou não, qual a dificuldade para cumprir.

Tem o acolhimento ao trabalhador. A gente também se envolve na parte de mobilização com os sindicatos. Na questão das conferências, nos encontros estamos sempre envolvidos no processo de construção na implementação das CIST também damos suporte mais direto. (Assistente Social 01).

A despeito da vigilância em Saúde do Trabalhador é importante ressaltar que as ações de vigilância em saúde ainda são recentes, sendo que o próprio SUS ainda não atingiu a sua maturidade. A saúde do trabalhador, incluindo as ações de vigilância segue esse processo, ainda em construção. Pelo lado das ações intersetoriais, de um modo geral, estas ainda não estão consolidadas nas políticas públicas, o que se verificou também nesta pesquisa.

As políticas públicas, historicamente, seguiram o viés de serviços isolados, criando-se “ilhas” responsáveis por determinada área. Na saúde do trabalhador, não é diferente, como se verifica nas ações de vigilância feitas ainda de modo restrito às poucas fiscalizações e como se fossem responsabilidades de um único serviço.

Das falas emergem as dificuldades enfrentadas pelos Centros de Referências, com forte relação à política de governo e a estagnação dos Conselhos. A falta de autonomia do serviço, a redução da Equipe e, sobretudo, a ausência de um Plano de Ação construído e pactuado regionalmente, se constituem sérios limites do processo de implantação do CEREST. Na realidade, formalmente existe um Plano, mas não há o envolvimento dos demais órgãos na sua construção e tampouco com a sua pactuação de compromissos de âmbito regional, bem como acompanhamento e avaliação das diretrizes e metas.

7.3 Concepção dos assistentes sociais com relação à Participação dos usuários na Saúde do Trabalhador

A participação é uma importante categoria de análise da política de saúde pública em geral e, em particular, da saúde do trabalhador. Ela é também uma ferramenta histórica da construção do SUS e importante mecanismo para o seu fortalecimento e das políticas dele decorrentes.

O festejado processo de “participação social” no Brasil está no centro do debate, e disputa desde a virada de 1980. Estima-se que entre 2003 e 2012, algo em torno de sete milhões de pessoas tenham participado de conferências (municipais, regionais, estaduais ou nacionais). Segundo a Secretaria Geral da Presidência da República, de 1941 a 2011 foram realizadas 127 conferências nacionais, das quais 86 ocorreram entre 2003 e 2012. (BRASIL, 2013, p. 2). Se considerarmos, além do campo da Saúde, outras áreas como Assistência Social, Meio Ambiente e Criança e Adolescente, chegamos à casa de 10 mil conselhos em todo o país e um número maior de conselheiros do que de vereadores em todo o território nacional. (AVRITZER, 2009).

Na esteira de um importante acúmulo de luta social desde fins dos anos 1970, os conselhos de Saúde mobilizam hoje algo em torno de 72 mil conselheiros em todo o Brasil (SCOREL, 2013). Da mesma forma, as Conferências de Saúde, em âmbitos municipal, estadual e nacional, têm sido responsáveis pela reunião de milhares de pessoas, a cada quatro anos.

O processo participativo que acompanha, nos tempos atuais, conferências e conselhos de saúde é fruto inegável da luta social dos anos 1970 e 1980. No entanto, conferências nacionais de Saúde estão previstas em lei desde 1937 e ocorrem no Brasil desde 1941. Destinavam-se, formalmente, ao intercâmbio de informações entre a esfera central e as esferas regionais de poder do Estado, como forma de orientar a execução de ações locais e a concessão de subvenções federais. “Não há qualquer menção a processos deliberativos”. (SCOREL; BLOCH, 2005). A 8ª CNS, de 1986, a única que é considerada parte efetiva do processo de Reforma Sanitária, foi a última a ocorrer antes da nova legislação, criada na sequência da Constituição de 1988.

Quanto aos conselhos, sua origem remete aos movimentos populares da área, presentes desde os anos 1960 através de conselhos populares de Saúde, conselhos comunitários e conselhos administrativos (LABRA, 2005).

Em número de 04 (quatro), realizadas em 1986, 1994, 2005 e 2014, as Conferências de Saúde do Trabalhador, para os que apostavam ou ainda apostam na transformação pela institucionalidade, configuram-se em espaços estratégicos de formulação de propostas e lócus do fazer político concebido, na acepção gramsciana, enquanto espaço contraditório e de conflitos, onde diferentes interesses estão em debate, contestação e disputa.

Contudo é importante destacar pautas que durante anos não avançam e sempre retornam, mesmo apesar das deliberações, tais como, o banimento do amianto (Banir de forma definitiva a utilização do amianto. Controlar e fiscalizar a utilização dos agrotóxicos, mercúrio, sílica e chumbo). Ou pautas que apontam o retrocesso no debate de anos.

Sabemos que o formato que vem se dando necessita de um debate amplo. Percebem-se em diversas Conferências a manipulação de políticas e políticos, com rebaixamento da participação popular tão somente à realização de eventos fechados e burocráticos com o propósito apenas de cumprir as formalidades previstas nas legislações do SUS.

Na 15 CNS por exemplo, em alguns municípios e estados observou-se a pouca ou quase nenhuma divulgação para a população, para trabalhadores e movimentos sociais, apostando no esvaziamento e em conferência apenas “para conselheiros”. Alguns municípios

as Organizações Sociais interferiram na escolha de delegados trabalhadores em unidades por elas gerenciadas.

Num momento onde o SUS como um todo está em risco, a visão pequena e isolada foi preponderante, com todo o processo preparado para legitimar a privatização; a implantação de saúde da família sem médicos e sem vínculo com os usuários; a focalização da porta de entrada para que a classe média não consiga se livrar de pagar planos privados de saúde; a falta de diálogo com os trabalhadores sobre seu processo de trabalho, com imposição de metas que os alienam, ao mesmo tempo com frequentes casos de assédio moral e perseguições àqueles que ousam questionar; de criminalização dos movimentos sociais que se manifestam contrários a desmandos da atual gestão; e o amortecimento, cooptação, constrangimento e a falta de respeito às deliberações das Conferências de Saúde.

De uma forma geral, as Conferências representaram os limites da composição dos Conselhos de saúde. Pouca representação das centrais Sindicais e sindicatos por ramo de produção e a prevalência dos sindicatos por categoria e conselhos profissionais, mas que não ultrapassa a grande presença dos técnicos dos CEREST's, em especial técnicos de segurança do trabalho. Daí advém muitas propostas sobre segurança do trabalho. Ressalta-se que a maior parte dos conselhos no Brasil, como exemplo, o CES do Rio de Janeiro, tem na composição representantes de associações de patologias, tais como, Associação dos Renais e Transplantados do Estado do Rio de Janeiro; Associação dos Falcêmicos e Talassêmicos do Rio de Janeiro; Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN e Associação dos Trabalhadores Portadores Benzol. do Sul Fluminense, que disputam com afinco o fundo público para suas devidas entidades.

Dantas (2014) coloca um elemento importante que responde em muitos casos a avalanche de retrocessos que vem caindo sob o SUS. A opção tática termina por reduzir o Estado ao seu aparelho, uma vez que o movimento organizado da classe só se completaria com a abertura de canais formais ou ocupação de postos na máquina. (DANTAS, 2014).

A primeira questão que emerge neste debate é: De quem é a pauta dos movimentos sociais hoje? É da classe trabalhadora ou de um governo que gerencia os interesses da burguesia? A segunda premissa: Que participação popular é essa? Há de fato uma participação popular na saúde? Ainda vivenciamos nas conferências de saúde *o fantasma da classe ausente?*

De uma forma geral percebe-se que a representação dos usuários tem sido constituída, em sua maioria, por participantes de movimentos populares urbanos (Federação de Associação de Moradores e associações independentes) e associações de Portadores de

Patologia. A presença dos Sindicatos não é tão significativa nos Conselhos, tanto na representação dos usuários quanto dos profissionais de saúde. Há uma dificuldade do movimento sindical pensar a cidade e as políticas públicas e uma fragilidade da articulação entre movimento popular, movimento sindical e partidário.

A participação foi objeto de discussão nas entrevistas e é caracterizada como uma ação central para os assistentes sociais entrevistados seja nos Conselhos de Saúde, nas CISTs - Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e nos Conselhos Gestores (nos municípios onde possuem).

No município a estratégia que utilizamos é a participação no conselho distrital. Quando criamos os programas de Saúde do Trabalhador nas áreas programáticas do Rio facilitamos e descentralizamos as ações de Saúde do Trabalhador para o território. Isto determina inclusive a Portaria. Quando entramos no território começamos a acompanhar o conselho distrital, capacitar os conselhos e fazer alianças, mas mesmo assim é uma coisa nova e estamos ainda engatinhando. Vou às reuniões como observadora por que o PST – Programa de Saúde do Trabalhador não está na legislação, nem está previsto na Lei 8080, nem na RENAST e nem na Política. Não tem legislação nenhuma que orienta o município criar. Se os secretários têm interesse e pode a gente orientar, mas tem que ser por decreto. Então somos fantasmas. Não posso representar, mas eu vou às reuniões. Fiz a uma apresentação para eles. Fui para oferecer o curso de Saúde do Trabalhador, então estão já movimento para isso. (Assistente Social 01).

Além dos Conselhos e Conferências, como instâncias de participação na área da Saúde do Trabalhador, podemos citar as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST). A CIST tem como objetivo assessorar os conselhos de saúde nas questões atinentes, pois não possui poder deliberativo ou resolutivo. Está previsto que as secretarias estaduais e municipais de saúde criem suas CIST e apresentem aos conselhos estaduais ou municipais os projetos e planos para a saúde do trabalhador para serem aprovados ou modificados. Mas a tarefa da CIST não termina com a aprovação das propostas. Sua função é também acompanhar a implantação dos projetos; garantir a implementação de ações consideradas prioritárias nos planos estaduais e municipais de saúde, assim como a alocação de recursos necessários para a sua efetivação; e promover a integração e a intersetorialidade entre os diversos órgãos, conselhos, fóruns e entidades que atuam na área de saúde do trabalhador.

Em relação aos Conselhos, os depoimentos apontam questões preocupantes quanto ao seu funcionamento, visto que os Conselhos não estariam conseguindo ter uma atuação mais incisiva no acompanhamento da política de saúde do trabalhador e dos seus gastos, considerando a incipiente representatividade, a ausência movimento sindical e ou a falta de envolvimento dos sindicatos.

Tivemos muita dificuldade para constituir as CISTs no município no primeiro momento. Foi quando tinha secretário executivo no conselho municipal que centralizava tudo e que atrapalhava tudo, por que o conselho não tinha sindicato, mas então foi difícil articular. O secretário reclamava dizendo que queríamos levar sindicatos para dentro do conselho e que estávamos querendo fazer revolução. Tivemos alguns problemas e tivemos que dar alguns recuos. Com a saída do secretário executivo conseguiram uma nova secretaria executiva. Porém, surge outro problema: a ausência de sindicato nos conselhos. Então ficaram duas pessoas que era movimento popular com uma discussão mais aprofundada das questões de Saúde do Trabalhador que estão aprendendo com o processo. (Assistente Social 02).

Ficaram de fazer o papel de coordenar só que não estavam fazendo. O conselho municipal não estava fazendo o papel dele de estar mobilizando, articulando, convocando. Fizemos vários trabalhos de mobilizações nos sindicatos, mas não conseguimos trazer muitos sindicatos para cá. Temos muita dificuldade de mobilizar sindicatos para participarem. Até conseguimos trazer alguns sindicatos, como por exemplo, Sindicato do Comércio, Sindicato dos Transportes, mas não conseguimos avançar muito nas discussões. Parece que estávamos sempre começando do zero em cada reunião. O máximo que conseguimos foi aprovar o regimento interno para ser referendado no CMS – Conselho Municipal de Saúde - foram feitas ações de vigilância, mas temos muita dificuldade. (Assistente Social 03).

Da mesma forma quem em outras instâncias de participação no setor saúde, nas CIST também os trabalhadores apresentam fragilidades que comprometem sua formação e que precisam ser assinalados.

Como consequência das profundas mudanças no mundo do trabalho, convivemos hoje com um baixo nível de mobilização das organizações de classe que repercute nas estruturas de controle social, onde a representação dos trabalhadores é pouco efetiva para garantir nos conselhos a inclusão e priorização de ações de atenção em saúde do trabalhador nos planos estaduais e municipais de saúde. Essa fragilidade se materializa também na articulação fraca ou até inexistente entre as diferentes instâncias do setor saúde e na pouca participação de outros setores sociais que poderiam contribuir muito para a efetivação de uma política integrada com universidades, secretarias de trabalho, de ambiente e de educação e com o INSS, em outros.

Não são poucos os limites que se colocam no dia-a-dia da efetividade prática do controle social ou dos conselhos municipais e gestores, além daqueles problemas mais gerais situados no contexto da falta de informação, preparação e condições para a participação e democracia. Há de se pensar também nas condições prático-efetivas da participação institucionalizada, via Conselhos.

Antes da CIST, da RENAST tinha o controle social que funcionava muito bem. Depois que entrou a RENAST, entrou a verba, desfizeram a Saúde do Trabalhador, se enrolaram. Os bam-bam-bans da época acabaram com o controle social e criaram essa Comissão Intersetorial que é um braço do Conselho Nacional de Saúde e não se aproveitou a paridade, não se aproveitou nada daquela época anterior. Todas as pessoas que estavam envolvidas debandaram por sentirem traídas. Foram embora e abandonaram o barco. Tivemos que dar andamento esse barco da maneira que

entendemos hoje o que é Saúde do Trabalhador e controle social. (Assistente Social 01).

CIST tem, mas agora o Conselho está em processo eleitoral, mas como é braço do conselho não está se reunindo. O mesmo aconteceu com o Estado. Tem CIST. Foi constituída, mas interrompeu devido às eleições no CES e nunca mais se reuniu. Hoje podemos dizer que não tem CIST no Estado. (Assistente Social 01).

No primeiro momento teve um estímulo maior, apesar de que teve a questão da verba. Se pegarmos por meio das portarias 1679 acho muito melhor que 2728 a 2437 era melhor que a 2728. No controle social a 2437 ela previa tanto a criação dos conselhos gestores quanto as CISTs ela apontava a separação numa perspectiva assistencial. (Assistente Social 02).

Sobre o Conselho Estadual de Saúde, tendo sido constituído em 1991, o CES/RJ foi efetivado legalmente em 1993. Segundo alguns estudos (LABRA, 2010; PARADA, 2001), há um processo tardio de instalação das atividades do Conselho que se configura devido às resistências iniciais da própria Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) à implantação tanto do CES/RJ quanto da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RJ). Ao contrário, portanto, do que se esperava – e a reboque da Lei 8.142, de 1990 –, o CES/RJ foi instituído tardiamente devido, principalmente, às complicações oriundas de falta de apoio e de comunicação do governo do estado e da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) na implantação desse colegiado participativo (DURÁN, 2013).

Em relação ao Conselho Estadual de Saúde é importante levantar algumas questões que explicam alguns pontos (não tudo) da não inserção da temática da saúde do trabalhador na agenda das reuniões, bem como, a construção efetiva da CIST, em especial quanto à composição dos Conselhos:

Pouca ou nenhuma representação dos movimentos sociais e populares: presença de sindicatos por categoria e conselhos profissionais e representantes de associações de patologias e pouca representação das Associações de Moradores. Percebe-se o recuo da radicalidade do conceito de participação popular. Fragmentação das demandas (e da luta), centradas na disputa por recursos do fundo público de saúde, no interior dos conselhos.

Verticalização e Centralização do debate: as pautas vêm sempre de cima para baixo; Pauta consensuada em Comissão Executiva, constituindo um conselho dentro do conselho, com peso maior que o próprio colegiado;

Fragmentação da representação dos usuários, traduzido nas diversas e variadas organizações de portadores de patologias, como um dos fatores que podem ajudar a explicar a burocratização dos conselhos e a pouca permeabilidade que apresentam às demandas populares com potencial de unidade e universalização.

A Constituição de 1988 consagra a participação da comunidade como forma de aproximação entre Estado e sociedade e, principalmente, como via de aprimorar as formas de controle social no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Mas, de outro lado, essa rica dinâmica da sociedade política fluminense foi atravessada, no nível da política, pela construção de uma máquina pública altamente burocratizada e que, no limite, colocaria inúmeras barreiras à legitimidade (ou ao reconhecimento) da ação de inúmeros sujeitos políticos como partícipes da arena decisória das políticas sociais.

Durán (2013) em sua pesquisa sobre os dilemas do controle social enfrentados por conselheiros estaduais de saúde do RJ elencou alguns dados importantes que elucidam alguns entraves atuais, dentre os quais as mais expressivas se referem (1) à falta de expressividade social das entidades presentes no Conselho, que (2) não representam a sociedade, tendo pouca independência política em relação à gestão (ou a SES/RJ)³². A distribuição dos conselheiros

³² **Instituições eleitas na Plenária de Eleições do CES/RJ Triênio 2014 / 2016:** **Gestores:** Secretaria de Estado de Saúde; Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro - COSEMS (COSEMS - SMS: Silva Jardim; COSEMS - SMS: Itatiaia; COSEMS - SMS: Itaboraá; COSEMS - SMS: Niterói); **Hospitais Filantrópicos:** Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro - FEMERJ; **Hospitais Privados (conveniados com SUS):** Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro - FEHERJ; **Representantes dos Profissionais da Área de Saúde:** Representantes de classe com maior representatividade na força de trabalho no SUS; Sindicato dos Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro - SINDPSI; Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro - SASERJ; Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Rio de Janeiro - SINDENFRJ; Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro - SINMED; Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde no Estado do Rio de Janeiro - SINTRASEF; Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do RJ - SINFERJ; Sindicatos dos Farmacêuticos do Estado do Rio de Janeiro - SINFAERJ; **Representantes dos Conselhos Profissionais com maior representatividade na força de trabalho no SUS:** Conselho Regional de Fonoaudiologia - 1ª região CREFONO; Conselho Regional de Biologia - CRBio-02; Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - (CREFITO); Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - (CREFITO); Conselho Regional de Psicologia - CRP - 5ª Região; Conselho Regional de Nutricionistas - CRN/4; Conselho Regional de Serviços Social - 7ª Região - CRESS; Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN -RJ; Associação dos Servidores da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro - ASSERVISA; **Representantes dos usuários:** Representantes das patologias de maior prevalência/incidência no território estadual, segundo critérios de vigilância epidemiológica: Associação dos Renais e Transplantados do Estado do Rio de Janeiro - ADRETERJ; Associação dos Renais e Transplantados do Estado do Rio de Janeiro - ADRETERJ; Associação de Movimentos dos Renais e Transplantados do Estado do RJ - AMORVIT; Associação dos Falcêmicos e Talassêmicos do Rio de Janeiro - AFARJ; Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN; Associação dos Trabalhadores Portadores Benzol. do Sul Fluminense - ATPBSF; Associação dos Trabalhadores Portadores Benzol. do Sul Fluminense - ATPBSF; **Representantes dos trabalhadores em atividade e aposentados, de setores outros, que não o da saúde:** Central Única dos Trabalhadores - CUT; Central dos Trabalhadores do Brasil - CTB; **Representantes dos usuários residentes no território estadual, ou das respectivas associações:** União de Negros Pela Igualdade - UNEGRO; Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro - FAMERJ; Movimento Nacional Dos Direitos Humanos - MNDH; Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro - FAFERJ; **Conselhos Municipais de Saúde, para fins de representação de cada uma das regiões de saúde no Estado:** **Região Metropolitana I:** Conselho Municipal de Saúde de Seropédica; Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; **Bahia da Ilha Grande:** Conselho Municipal de Saúde de Mangaratiba; **Baixada Litorânea:** Conselho Municipal de Saúde de Iguaba Grande, Conselho Municipal de Saúde de Araruama; **Centro-Sul:** Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia, Conselho Municipal de Saúde de Paty Alferes; **Noroeste:** Conselho Municipal de Saúde de Miracema; **Médio Paraíba:** Conselho Municipal de Saúde de Barra do Piraí; **Metropolitana II:**

por segmento representativo nas Reuniões do CES/RJ é espaçada, principalmente no que se refere à presença dos gestores da SES/ RJ. Esse fato é atribuído, na visão dos conselheiros de saúde, a uma atitude dos gestores de fazer tramitar no espaço deliberativo as matérias que interessam diretamente aos projetos políticos da gestão governamental (caso, por exemplo, das Organizações Sociais – OSs). Alguns conselheiros referem-se ao espaço deliberativo do CES/RJ como “uma [arena] de guerra; estratégias são utilizadas para tomar a palavras de conselheiros/opiniões indesejáveis; [a gestão faz] uso disso para desgastar as discussões.

Face a conjuntura de enxugamento das funções estatais, de contrarreforma do Estado e de agravamento da questão social, de pressão pela desregulamentação social e econômica, há uma inibição na consolidação da esfera pública ameaçando as possibilidades de radicalização da cidadania nas práticas sociais. Nesse contexto, com a afirmação da hegemonia neoliberal ocorre um deslocamento dos espaços de representação coletiva para ações de grupos de pressão e de lobbies, visando a pulverização da força dos movimentos sociais e ao seu enquadramento no âmbito da defesa de interesses corporativos, desqualificando-os e despolitizando-os.

Os movimentos sociais urbanos se constituem como sujeitos coletivos fundamentais no processo de luta pela democratização da sociedade e das relações sociais. Alguns se caracterizam por um perfil contestador e de enfrentamento com o instituído. Não são homogêneos e guardam entre si, profundas diferenças teóricas, políticas de táticas e estratégias. Alguns com a marca da luta classista ou institucional, outros da luta imediata e outros ainda marcados pela cooptação. Na batalha pela vida e contra o apartheid social imposto pelo capitalismo, organiza-se a luta por moradia, saneamento, emprego, cultura, segurança, educação, saúde etc. As dimensões da vida real, vão se materializando na disputa organizada de movimentos sociais urbanos, populares, comunitários, organizações não governamentais, partidos de esquerda, além do movimento sindical e estudantil.

Quando perguntado sobre articulações com os movimentos sociais, todos os assistentes sociais ratificaram articulações com sindicatos inerentes aos processos produtivos das regiões, mas apenas um assistente social informou articulação com outros movimentos sociais (organizações de moradores das cercanias da Baía de Guanabara, de pescadores, de catadores de lixo, de aterro e terrenos contaminados, etc) inerentes aos impactos

socioambientais e de saúde da comunidade em geral decorrentes destes mesmos processos produtivos, tais como, o Movimento dos Atingidos pela Indústria do Petróleo.

Temos sim articulações com movimentos sociais, mas são os sindicatos que queremos atingir. Historicamente mantemos uma articulação maior dos sindicatos - Sindipetro e o Sindquímica -, mas tem também o Sindicato do Comércio. Tem os sindicatos dos alfaiates e costureiras. Tem o Sindicato da Construção Civil. Em determinados momentos vários aproximaram e depois se afastaram, tais como, o Sindicato dos Transportes, dos Trabalhadores Rurais, dos Bancários, o SEPE e SINPRO (ambos da Educação). Tentamos, mas temos dificuldade, o que conseguimos são mais por conta da questão da REDUC devido vários problemas. É a parte petroquímica que conseguimos uma relação maior. (Assistente Social 02).

A desvinculação entre saúde do trabalhador/processos produtivos e as questões ambientais são preocupantes. Exemplos não faltam sobre os impactos socioambientais e de saúde decorrentes de instalação e operação de complexos industriais no Rio de Janeiro. Podemos citar a companhia siderúrgica TKCSA³³, localizada no bairro de Santa Cruz, Rio de Janeiro, junto à bacia hidrográfica da baía de Sepetiba; as indústrias do petróleo e petroquímica na Região Metropolitana (RMRJ), que envolve: investimentos em andamento ou já realizados como o Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (COMPERJ); Plano de Antecipação da Produção de Gás (PLANGAS); Ampliação da Refinaria Duque de Caxias (REDUC) Arco Metropolitano; Pólo Siderúrgico de Itaguaí/Sepetiba, etc; Complexo Industrial da Bayer em Belford Roxo, etc.

A reestruturação produtiva, enquanto expressão do avanço do capital mundializado sobre o campo, a cidade e as florestas, tem contribuído para o agravamento das injustiças e acirrado conflitos sociais e ambientais, impactando não só os diversos ecossistemas, mas também os modos de produzir e viver das comunidades urbanas, camponesas e tradicionais.

A relação entre siderurgia e saúde humana, principalmente a dos trabalhadores e a ambiental, vem sendo estudado no mundo há várias décadas. No Brasil, os estudos se intensificaram com o desenvolvimento da saúde coletiva, em especial da área da saúde dos trabalhadores. Na década de 1980, trabalhos pioneiros apontaram para a gravidade dos acidentes e para a epidemia de benzenismo em siderúrgicas como a COSIPA, em Cubatão/SP; e a CSN, em Volta Redonda/RJ.

Os segmentos organizados dos trabalhadores pleiteiam o ordenamento da cidade, a partir de suas necessidades de vida, ou seja, reivindicando as condições básicas da vida na cidade, como saúde, educação, transporte, habitação, emprego, lazer etc. O Estado, como

³³ Pouco mais de um mês após o início das operações da TKCSA - ThyssenKrupp Companhia Siderúrgica do Atlântico (TKCSA) em julho de 2010, localizada no bairro de Santa Cruz, começaram a circular na imprensa, as queixas dos moradores sobre a poluição atmosférica, um —pó brilhoso prateadol que estaria causando problemas de saúde.

“comitê executivo da burguesia”, como afirmaram Marx; Engels (2000), cumpre seu papel com dupla ação, por um lado incorporando algumas reivindicações dos trabalhadores e por outro mantendo o movimento repressivo sobre qualquer organização que questione o status quo. Como afirmou Gramsci (2001) trabalhando com a coerção e o consenso. Forja-se um Estado capaz de, ao mesmo tempo, hegemonizar os interesses da burguesia e também incorporar algumas demandas da classe trabalhadora, compondo um cenário social propício para o desenvolvimento capitalista. Pensemos então como se dá nos espaços institucionais.

A participação se efetiva por meio da classe trabalhadora em especial da saúde do trabalhador. Esse é um contraponto crucial. A classe trabalhadora se representada pode interferir neste processo, mas para isso deve manter o vínculo com seus representados, inclusive na construção da cultura participativa, caso contrário, prevalece o discurso hegemônico e clientelismo que evidencia em troca de favores e conquistas individuais e não coletivas tão presente nos conselhos.

Assim, se por um lado o Controle Social em Saúde do Trabalhador tem uma história que é anterior à existência do próprio SUS e deve, por isso, ser considerado no sentido de valorizar esta trajetória e especificidade; por outro, a realização de Conferências no formato em que vêm sendo realizadas e por temáticas específicas deve ser repensada, na medida em que a fragmentação de temas não contribui para a reflexão sobre os destinos do SUS num momento em que a focalização das políticas sociais ganha mais força. Diante desse dilema devemos caminhar para a realização das Conferências Nacionais de Saúde, nas quais as temáticas específicas sejam embutidas, na perspectiva de sua contribuição para a construção do SUS como o todo a ser cada vez mais aperfeiçoado e defendido, na medida em que se configura como a única política de Bem-Estar Social que logramos criar com nossas lutas, embates e que remontam ao Movimento da Reforma Sanitária (LACAZ, 2005).

Acredita-se que os partidos, sindicatos, associações ou outras entidades representativas dentro dos Conselhos podem apresentar e defender propostas diferenciadas do grupo dominante e agir realmente como “organizador da vontade coletiva” (GRAMSCI, 1966). Contudo, é fato que, as entidades sindicais hoje consomem a maior parte de suas energias na manutenção da sua estrutura, nas eleições sindicais e nas brigas internas. O desafio hoje é resgatar o trabalho de base. É resgatar o horizonte perdido na luta de classes.

7.4 **Concepção dos assistentes sociais sobre a categoria trabalho e a determinação social do processo saúde-doença**

Aqui, convém encaminhar a discussão a partir do entendimento da categoria trabalho, seguida do processo histórico da organização do trabalho no sistema capitalista. Trata-se de pensar a categoria trabalho na sua condição sócio-histórica, ou seja, em cada período histórico o trabalho assume contornos determinados pelas forças políticas, econômicas, científicas e culturais do período.

O modelo da “determinação social” coloca o trabalho como categoria central de análise e constrói explicações estruturais de fundamental importância para a compreensão do processo saúde-trabalho-doença em sua dimensão coletiva, social e histórica. Esta abordagem embasa a corrente denominada saúde do trabalhador, para a qual, nas sociedades capitalistas, a subjugação do trabalho ao processo de valorização do capital seria a chave para a compreensão da saúde e da doença dos grupos humanos, divididos em classes sociais (PIGNATI, 2013).

Os relatos traduzem a riqueza da categoria trabalho para vida humana, e por outro lado, a realidade material em que o trabalho é desenvolvido, os elementos presentes no dia-a-dia da classe trabalhadora, a complexidade do processo produtivo que produz agravos à saúde do trabalhador e a comunidade em geral.

Envolve muita coisa. Pensar a Saúde do Trabalhador é pensar a vida. Como organizamos a nossa vida. A forma como vivenciamos o nosso cotidiano por que o trabalho é essencial. Faz parte da nossa essência humana e move todo esse processo de pensar Saúde do Trabalhador. É pensar como se dá esse trabalho, como se dá na vida cotidiana, como que interfere no adocimento das pessoas, não só as pessoas, mas toda a comunidade, como esse processo produtivo vai interferindo no nosso modo de vida, no nosso cotidiano. Algo muito complexo envolve uma série de relações de áreas de conhecimento também. Às vezes o gestor diz que temos uma equipe muito grande, mas 12 profissionais para dar conta de mais de 12 mil habitantes, não dá. É uma complexidade. (Assistente Social 03).

Se por um lado, os entrevistados destacam que o trabalho é importante para a vida social e para a realização individual das pessoas. Por outro lado, apontam também que o excesso de trabalho, os baixos salários, a pressão, a organização do trabalho e, ainda, a falta de políticas públicas para o transporte, lazer e cultura, e seguridade social também influenciam, fortemente, a saúde dos trabalhadores.

É o bem-estar físico, mental, social, estrutural e emocional do trabalhador a partir das suas condições de trabalho, a partir do seu processo de trabalho e suas relações com o trabalho e os agravos que produz através do excesso de trabalho, baixos salários, pressão para intensificar a produção, etc. Não é só ver a questão da doença e trabalhar a prevenção. É trabalhar a vigilância e educação em saúde. (Assistente Social 04).

Os entrevistados têm a consciência que a busca pela saúde no trabalho demanda abordar à saúde não como uma política isolada, mas como uma política articulada às demais políticas.

Saúde do Trabalhador é transversal, precisamos articular com outras áreas, se temos que fazer vigilância no ambiente de trabalho temos que fazer contato com a secretaria de meio ambiente por que está afetando a comunidade é uma área transversal, atravessa tudo. (Assistente Social 05)

É uma área de conhecimento dentro da saúde pública que vai analisar, investigar e intervir sobre o processo de trabalho. Essa relação saúde doença é um paradigma que vai diferenciar, vai dar amplitude, vai identificar o trabalho como determinante social da saúde diferenciar das abordagens que tinha anteriormente da Medicina do trabalho saúde ocupacional. O processo de trabalho é algo multifacetado, necessita trabalhar com varias áreas do conhecimento de uma forma interdisciplinar para ter um olhar mais amplo para que realmente consiga dar conta da intervenção e discussão da área. (Assistente Social 02).

Saúde do Trabalhador nasce no espaço da Saúde Pública com a Reforma Sanitária. O objeto de estudo passa a ver o processo Saúde x Doença em sua Relação com os processos de trabalho. Os Trabalhadores passam a ter o Controle dos Processos de Trabalho. Já a Saúde Ocupacional está voltada para o controle dos Trabalhadores (Trabalhador é o objeto das intervenções); Introdução de outras categorias, para além do médico, mas ainda numa visão clínica; Introdução de conceitos como: nível de tolerância e de ato seguro e ato inseguro. A Saúde Ocupacional se manteve no campo do Trabalho, longe do campo da Saúde. (Assistente Social 01).

Lembramos que as novas configurações do desenvolvimento do capitalismo expõem os trabalhadores a novos e velhos problemas de saúde e exige que o CEREST se operacionalize por meio de uma Equipe com diversificação nas suas disciplinas e, sobretudo, coesão nas suas atribuições. Acredita-se que as ações devem seguir uma sistematização, priorizando responder as necessidades postas por esse campo quais sejam: interdisciplinaridade, intersetorialidade, incluindo não apenas os órgãos de ações correlatas de governo, mas, sobretudo, as Universidades e Sindicatos das categorias de trabalhadores, enfim que possa contemplar a dimensão social, política e educativa da saúde do trabalhador, conforme já discutido.

7.5 Os assistentes sociais e a conjuntura atual

A Política Nacional está perdida! Exclamou uma das entrevistadas. Nos depoimentos, é possível observar, seja nas entrelinhas ou explicitamente, a preocupação com a conjuntura atual e os caminhos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Os indícios de destruição da noção de “garantia de direitos” são eloquentes. De um lado, o máximo de dinheiro público para os patrões. De outro, o mínimo para o financiamento

das políticas sociais, sem as quais não se asseguram os direitos dos trabalhadores. *Qual direito você perdeu hoje?* Alerta uma página criada por militantes e pesquisadores de políticas pública. Possivelmente neste momento que escrevo, no momento da defesa de tese ou no momento da leitura de algum leitor interessado, estaremos perdendo direitos e mais direitos. Dessa preocupação premente dos entrevistados surge a esperança de que não foi perdido na Saúde do Trabalhador o poder de indignar-se (pelo menos para os militantes e trabalhadores ainda não se perdeu). Indignar-se hoje, é para poucos!

Quando converso com as pessoas que estão à frente da Política Nacional. Coloco e pondero sobre a conjuntura atual e o Governo Temer, percebo uma apatia. As pessoas não estão tão preocupadas, mas eu estou! Acho que a hoje a política nacional precisa se encontrar. Está muito perdida, sinto uma fragilidade de articulação enquanto Ministério da Saúde, enquanto articulação com a previdência e com o Ministério do Trabalho para que possamos executar. O termo é: a Política Nacional está perdida! (Assistente Social 04).

É consenso entre os entrevistados, que o Partido dos Trabalhadores, em especial no período do governo Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010), teve um papel importante na atenção a Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde, conforme um dos relatos.

Estou com muito medo, muito medo desse retrocesso. Acho com todos os problemas divulgados pela mídia, nunca antes na história desse país, parafraseando o companheiro, a gente teve um avanço tão grande nas questões de Saúde do Trabalhador do que no período do governo PT e isso está diretamente ameaçado inclusive a política, inclusive o nosso trabalho. (Assistente Social 04).

Fomos criados no estado em 2005 então pegamos o Partido dos Trabalhadores logo de cara. Neste sentido, não temos como comparar com o passado (FHC). Agora antes tínhamos uma equipe pequena que fazia vigilância de processo de trabalho meio caseira, não tinha essa característica de gestão da Saúde do Trabalhador que se tem hoje. Não se tinha RENAST. Na verdade, quem facilitou essa construção do CEREST estadual é o governo do PT. Tivemos um grande avanço e reconhecimento. Foram criados Centros Regionais de Saúde do Trabalhador, no Estado do Rio de Janeiro, hoje, são 16 (01 Estadual e 15 Regionais. no município do Rio são 02 CERESTs). Contudo, em relação a Verba da RENAST, nem no CEREST Estadual, e, nem no CEREST Município do Rio de Janeiro (ambos os governos PMDB), nunca colocamos a mão, nem sentimos seu cheiro. Em outros municípios do Estado do Rio de Janeiro, eles executam a verba. Hoje é uma incógnita. A diferença que a gente sente é muito pessoal. Depende de vontade política. Só que uma coisa é ter o governo do PT no nível central e outra coisa é está aqui sob a gestão do governo estadual, que é PMDB, que nunca deixou de receber verba e eles não daram a mínima para você por que eles querem essa verba em outro lugar, não aqui na Saúde do Trabalhador. (Assistente Social 01).

Contudo, as entrevistas ao mesmo tempo em que trazem inquietações sobre o momento atual e a importância do PT na condução da Política trazem também a consciência da perda de oportunidade perdida nestes 13 anos de governo do Partido dos Trabalhadores de fortalecer a Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde:

Com o Partido dos Trabalhadores tivemos alguns ganhos em termos de ganhos da organização do serviço da estruturação da RENAST, mas fica muito aquém do que imaginávamos dentro de governo que se caracterizava como partido que se coloca como dos trabalhadores. Deveria ter mais ações e uma responsabilização maior do poder público em relação à Saúde do Trabalhador. Não tivemos até hoje uma campanha nacional de Saúde do Trabalhador. Temos uma campanha voltada para segurança. Temos uma ambiguidade muito grande e contradições muito grande que acabam se materializando naquilo que o governo publica, por exemplo, a gente tem duas políticas PSST e PSTT. Essa visão que é contraditória por que temos uma política de Saúde do Trabalhador e ter uma de segurança que articule os 03 ministérios é contraditório. O que está colocada na constituição é que as ações de Saúde do Trabalhador são transversais. A única política temática setorial que está prevista na constituição é a Saúde do Trabalhador e a gente não consegue estatar, não consegue efetivar essa política. Tem a RENAST que tem dificuldade para se constituir enquanto rede. As políticas, as resoluções não atacam o problema. A questão da vigilância. Temos uma diretriz nacional para questão da vigilância não consegue criar uma resolução uma portaria que tenha um caráter mais decisório e tudo mais aberto muito amplo não define as ações. (Assistente Social 03).

Perdemos o bonde. Passou e perdemos. Temos 14 anos de RENAST, mas o manual da RENAST que deveria estar operacionando não foi aprovado até agora e acredito que não será com esse governo que está agora. O que temos hoje é uma perspectiva ainda muito assistencialista. Cada um faz o que quer. Um faz assistência, outro não faz, outro faz vigilância, outro não faz. (Assistente social 05).

Os que se indignam ou não, mas que não se deixam levar pela ausência de rumos da Política. Os que não buscam, através de seu trabalho cotidiano, atenuar o caráter explosivo da “questão social” reforçando a coesão através da “solidariedade”, que ameniza a revolta de quem tem seus direitos espoliados. É esse o papel da Saúde do Trabalhador? É esse o trabalho do Serviço Social?

7.6 Atribuições e competências dos assistentes sociais na Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador se apresenta como uma importante área de atuação do assistente social por meio de abordagens individuais ou coletivas, assim como na participação em pesquisas, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores compondo equipes multiprofissionais com perspectiva de trabalho interdisciplinar.

O Serviço Social tem muito a contribuir, pois este tem como objeto de sua prática as múltiplas expressões da questão social, sendo que a categoria trabalho é assumida na sua historicidade como “[...] eixo central do processo de reprodução da vida social, sendo tratado como práxis, o que implica o desenvolvimento da sociabilidade, da consciência, da universalidade e da capacidade de criar valores, escolhas e novas necessidades, e, como tal, desenvolver a liberdade” (ABEPSS, 1997, p. 64). Desse modo, trata-se de reconhecer que os assistentes sociais e também outros profissionais podem não ter a formação técnica embasada

nos riscos físicos, químicos, mecânicos e biológicos, mas têm o trabalho como categoria ontológica na sua formação.

Importantíssimo a participação do Serviço Social na equipe de Saúde do Trabalhador. Se pudesse indicar na política a obrigatoriedade de ter um assistente social, eu indicaria, por que a gente traz uma visão diferenciada pela nossa formação. A gente não traz a lógica da medicina do trabalho, da higiene do trabalho. A gente traz a lógica de uma discussão do processo saúde e trabalho com a lógica de uma perspectiva da centralidade do trabalhador. Possibilidade de dar uma contribuição, de mobilização, de empreender ações de formação, de construção de uma política. (Assistente Social 03).

De acordo com Matos (2015) trazer para o debate não apenas as atribuições privativas, mas as competências profissionais, coloca em cena não somente aquilo que, pela lei, é função exclusiva do Serviço Social, mas também aquilo que potencialmente podemos/devemos desenvolver no trabalho profissional. Afinal, na lei de regulamentação da profissão (Lei n. 8.662/1993), os artigos 4º e 5º tratam, respectivamente, das competências e atribuições privativas de profissionais do Serviço Social. Assim, as atribuições privativas são aquelas que se referem diretamente à profissão, como a atribuição privativa de coordenar cursos, bem como equipes de Serviço Social nas instituições públicas e privadas. E competências são aquelas ações que os (as) assistentes podem desenvolver, embora não lhes sejam exclusivas.

Tomando por parâmetro o documento do CFESS (2010), que subsidia a atuação dos assistentes sociais na saúde, compreendemos que a dimensão social e histórica do trabalho ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador, com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos.

A saúde do trabalhador enquanto campo de produção de conhecimento incorpora todos os grupos populacionais afetados pelos processos produtivos. Em sua dimensão interventiva envolve o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho, exigindo o desenvolvimento de ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde, de fiscalização do ambiente e condições de trabalho, defesa das condições ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas envolvendo diferentes atores em consonância com a Lei 8080/1990, art. 6º, parágrafo 3º.

Os parâmetros do Assistente Social na saúde é um instrumento fundamental para nosso trabalho por que ali descaracteriza essa visão tecnicista muito pragmática do que é ação do Serviço Social. Ainda temos um desafio muito grande com o formato que é característico da nossa prática profissional. Que tem que ter usuário. Que tem que ter atendimento. Enfrentamos algumas vezes o não reconhecimento do nosso trabalho, principalmente quando lidamos com controle social como espaço sócio ocupacional do assistente social. Até para ter um estagiário tivemos que fazer um esforço para demonstrar que é trabalho de um Assistente Social atuar na organização da classe trabalhadora. (Assistente Social 03).

Os assistentes sociais ratificaram que os profissionais de Serviço Social têm muito a contribuir com o trabalho na saúde, a partir dos ideais da Reforma Sanitária, como vem sendo defendido por Bravo (2006) e Vasconcelos (2003). Assim, o Serviço Social se destaca, segundo Lourenço (2009), na articulação com a população, trabalhadores, equipes de saúde e com os demais serviços na busca de fomentar o controle social, o trabalho interdisciplinar e garantir o direito à saúde, compreendendo-a de forma ampliada.

Essa atuação vai ao encontro do posicionamento do Conselho Federal de Serviço Social que nos Parâmetros para a atuação do Serviço Social na Saúde elege a mobilização, a participação e o controle social como um dos eixos fundantes do trabalho profissional na saúde que segundo o CFESS: Este eixo envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde (CFESS, 2010, p. 57).

Neste ponto cabe um parêntese. Os assistentes sociais elencaram entre as suas atribuições a assessoria e a capacitação como estratégia de contribuir na organização política dos trabalhadores nos seus espaços coletivos seja nos sindicatos, conselhos, ou nos espaços institucionais, o que é louvável claro, mas poucos informaram estarem organizados em sindicatos enquanto partícipe da classe trabalhadora.

Também cabe abrir um segundo parêntese que é o direcionamento político e institucional das ações dos atuais serviços de saúde do trabalhador.

Atuar na perspectiva da Saúde do Trabalhador pressupõe superar vícios institucionais dos serviços de saúde do trabalhador que subsumem e desvalorizam o saber do trabalhador, colocando em um patamar inferior e subalterno as ações de técnicos desses serviços. Assim como, pressupõe superar o processo de hierarquização, verticalização e burocratismo sindical enraizado nas instituições que se mantem através de uma concepção de representatividade passiva, conservadora e descomprometida com a formação política e a renovação de quadros.

Implica, portanto, o conhecimento dos processos de trabalho, por meio da utilização de uma metodologia participativa, por meio da qual se valoriza o saber do trabalhador buscando estratégias para a melhoria das condições de trabalho e saúde, tendo este trabalhador como protagonista dos processos de mudança. Conforme colocado por um dos assistentes sociais:

Garantir a centralidade e protagonismo do trabalhador. O grande desafio é esse enquanto Assistente Social, ou seja, é fazer que houvesse uma articulação com os trabalhadores. Temos uma preocupação muito grande com a questão da mobilização social, com os sindicatos, com a formação que seja uma formação política com outros profissionais também pensando essa dimensão educativa. Materializar, tornar isso efetivo, uma ação, pegar os princípios do projeto ético político e transformar em ação, não utópico, por que às vezes as pessoas olham o Código de Ética como algo não palpável que seja algo não realizável. (Assistente Social 03).

Ora, se todo individuo é parte e expressão do ser social, mas individualmente não carrega todas as possibilidades deste ser, não há qualquer possibilidade de individualmente ou como categoria profissional, ao fazermos historia, transformamos o mundo ao conscientizar pessoas e ou organizar massas. A transformação do mundo não é obra de uma mente brilhante, nem de um grupo iluminado. Na busca de transformar o mundo, não existe a possibilidade de conscientizar pessoas, poder que só pode resultar de disputa na luta social. Afinal, poder e consciência não se transferem, não se delegam nem se doam. Poder disputa-se e se mantem pela força ou pela associação coletiva e consciência se plasma na luta social consciente. Desse modo, uma organização social livre e emancipada só pode resultar de uma tarefa coletiva complexa e contraditória a ser empreendida por parte dos interessados numa organização socioeconômica sem classes, baseada na propriedade coletiva dos meios essenciais de produção, fundamento de uma sociedade de homens emancipados (VASCONCELOS, 2015).

Entende-se que a atenção à saúde dos trabalhadores vai além dos serviços assistenciais (relevantes e necessários, diga-se de passagem, porém insuficientes). Por isso a importância de cursos de formação para que seja possível transcender as ações assistenciais e tecer medidas mais amplas, de envolvimento e integração entre outros serviços e não apenas o de saúde. Assim, a efetividade prática do modelo de atenção à saúde depende de complexos processos sociais e políticos, que extrapolam a área da saúde, entre eles a formação de uma nova cultura, sobretudo, dos profissionais que vão atuar na área, para que possam exercer uma função unificadora da práxis da saúde pública com a demanda real vivenciada pela classe trabalhadora (LOURENÇO, 2014).

Então a implantação e efetivação da saúde do trabalhador depende de vontade política, formação, preparação e envolvimento dos técnicos que aí atuam, mas para isso é necessário também ter Recursos Humanos disponíveis, “intelectuais”. A existência de recursos humanos e “intelectuais orgânicos” contribui diretamente para que a referida Política seja implantada e efetivada nos moldes dos princípios e diretrizes que a constituiu, mas a ausência desses leva a sua não efetivação. Desse modo, entre os desafios do Centro de Referência estão a atuação regional, considerando as diferentes realidades dos municípios abrangidos, a demanda dos

serviços de saúde e o quadro de funcionários, mas, sobretudo, formar os “intelectuais orgânicos” para a saúde do trabalhador. Os depoimentos enfatizam e enaltecem este potencial.

Questões vivenciadas na atuação cotidiana nos dão uma dimensão bastante precisa do que nos aguarda caso não tenhamos formas criativas e efetivas de enfrentamento deste quadro. A incapacidade de articular a dimensão ético-política e teórico-metodológica com a intervenção profissional constitui-se, certamente, em uma das dificuldades crescentes para o exercício profissional qualificado.

Esse é um debate a ser feito, articular o trabalho do assistente social e a Saúde do Trabalhador e a impressão que se tem é que o Serviço Social ao longo dos anos foi abandonando. Tamanha a dificuldade de, hoje, se achar na bibliografia da área ou até mesmo em simples debates. Conforme já colocado em outro capítulo, sinteticamente se têm importantes estudos acadêmicos e debates técnicos políticos alçados pelas entidades profissionais, contudo, reduzidos aos clássicos espaços sócio-ocupacionais, como empresas e / ou programas de saúde ocupacional. O que também foi evidenciado, inclusive, por uma das entrevistadas da pesquisa:

O debate da Saúde do Trabalhador dentro do Serviço Social é muito precário, apesar do Serviço Social há muito tempo atuar nessa área. A gente não sistematiza, não apresenta o nosso trabalho e quando é apresentado é via empresas. O debate da Saúde do Trabalhador e Serviço Social dentro do SUS não tem muito material. Quase não tem texto. Livros nem pensar. A nossa referência é a Lucia Freire, mas dentro das empresas, os profissionais que estão no SUS têm produzido muito pouco. Falamos do trabalho dos CERESTs, controle social, mas da atuação do Serviço Social nos CERESTs não estamos produzindo. Vamos aos encontros falar dos CERESTs, mas não do trabalho do Serviço Social nos CERESTs. Estamos devendo essa discussão. Não está sendo feito e as pessoas tem muita duvida qual é o papel do Serviço Social nos CERESTs. Se conversar com cada profissional veremos linhas de como compreende, mas não tem linhas gerais. Muitas concepções equivocadas, em especial do controle social. Tem muitas diferenças da forma como atuam, da forma como encaminham. Entendemos que os CEREST não têm o papel de executar as ações e esse é papel dos programas, mas outros profissionais entendem de outra forma (Assistente Social 02).

Ainda sobre as requisições, conforme já colocado, historicamente, os assistentes sociais dedicaram-se à implementação de políticas públicas, localizando na linha de frente das relações entre população e instituição (IAMAMOTO, 2007). Embora ainda esse seja o perfil predominante, dada à ênfase no caráter assistencial da rede de atendimento, não é mais exclusivo, sendo abertas outras possibilidades como gestão, planejamento, assessoria conforme extraído de um relato abaixo:

A Política de Saúde do Trabalhador é em tema que tem muito a ver com a nossa formação e o Assistente Social pode e deve estar ocupando este espaço e contribuir de forma competente e técnica para isso. Nossa formação nos dá isso. Inserimos ora na execução ora na gestão e planejamento. Acho que o Serviço Social tem que perder esse medo. A gente não é só atendimento. A gente é planejamento! A gente é

gestão e a gente é também atendimento! Não só! Mas é também! E a academia tem que começar a entender isso e parar de condenar e criticar quem está na gestão por que também faz parte da divisão sócio-técnica do trabalho, como disse Marilda brilhantemente. Falam tanto disso na faculdade e na hora de por em pratica tem dificuldade e critica quem está na gestão. O recado que vou dar é esse: parem de perturbar a gente que está na gestão! (Assistente Social 04).

A despeito, das atribuições e competências do assistente Social, é cada vez maior o clamor dos profissionais que no cotidiano profissional, se deparam com requisições institucionais que não coadunam com as competências e atribuições do assistente social garantidos na Lei de Regulamentação da profissão. Diante da privatização dos serviços públicos que operam direitos sociais nas diferentes instâncias de poder do Estado – através de OS, Fundações – e do processo de assistencialização da profissão, torna-se cada vez mais indispensável o papel dos órgãos da categoria na fiscalização do exercício profissional. Uma fiscalização que, para além do exercício ilegal da profissão, exija da instituição que as requisições institucionais estejam sintonizadas com as competências e atribuições e que os gestores garantam condições institucionais para que o assistente social, no seu local de trabalho, possa realizar suas funções (VASCONCELOS, 2015). Isto foi relatado por um dos assistentes sociais entrevistados, apesar de não ser essa questão que vivem no cotidiano dos CERESTs:

Hoje infelizmente alguns profissionais acabam fazendo coisa que não é da competência do Serviço Social executar. Acho isso muito mais preocupante. Acho preocupante o que os assistentes sociais estão fazendo na assistência. Quando trabalhei em outras unidades de saúde, percebi coisa do arco da velha. De deixar qualquer cabelo em pé, tentei fazer alguma coisa dentro da possibilidade que a gente tinha. (Assistente Social 04).

A reestruturação da modalidade de prestação dos serviços de saúde com a introdução da terceirização dos contratos de trabalho na esfera das unidades públicas (privatização da política social), vem precarizando e flexibilizando as relações e condições de trabalho quando concomitantemente surgem novas requisições para o exercício profissional, as quais vão se distanciando da direção social da formação profissional (ABEPSS/1996), ou seja, do nosso projeto ético-político, como exemplo envolvimento no processo de regulação de vagas (procura vagas para transferência de pacientes para internação e realização de exames).

Esta realidade tende a produzir ainda relações de trabalho conflituosas, tensas ou mesmo de adaptação/acomodação do profissional, acentuando a subalternidade, tendendo a tirar a possibilidade de autonomia, ainda que relativa, do trabalhador de saúde. Autonomia esta necessária para a garantia da qualidade do trabalho, manifestando-se na relação entre os diferentes profissionais e na relação com o usuário.

Em um contexto de insegurança no trabalho (através de contratos temporários e/ou com expedientes parciais, condições e relações de trabalho precarizadas e pela fragilidade dos vínculos de trabalho), baixos salários, submissão às normas do mercado e metas quantitativas que, quando atingidas, denotam eficiência e competência na realização do trabalho. O cenário atual tem se agravado por meio do aumento do desemprego, corte dos gastos públicos, articulação ofensiva entre setor público e privado, transferindo complexos do Estado para iniciativa privada e instituindo processos ideopolíticos que têm reconfigurado a forma de pensar e agir dos sujeitos, através de sobrevalorização do ter em relação ao ser.

Um fato curioso que achamos importante citar refere à formação do profissional de Serviço Social. Curioso, muito mais pela forma como se dá:

Temos uma fabrica de Assistentes Sociais em série. Há uma universidade muito antiga da área que durante muito tempo formava somente Assistentes Sociais e foi pensada e planejada para atender as mulheres dos políticos locais, mulheres de vereadores, mulheres de prefeito é até eles mesmos eram alunos. Tínhamos que lidar com os pedidos de exigências dos campos de estagio para formar essa mão de obra e sempre muito combativa e estressada sofremos muito com essa questão. Tem problema muito serio aqui no município que é a formação profissional. (Assistente Social 04).

Marx, em “capítulo Inédito” de O Capital escreveu: (...) um mestre-escola é um trabalhador produtivo se ele não apenas trabalha as cabeças das crianças, mas extenua a si mesmo para enriquecer o empresário. O fato de que este último tenha investido seu capital numa fábrica de ensinar, em vez de numa fábrica de salsichas, não altera em nada na relação (...) Ser trabalhador produtivo não é, portanto, sorte, mas azar (1980: 106). Há alguns anos o debate sobre a formação profissional envolve parte significativa das atenções de assistentes sociais e estudantes de Serviço Social pelo Brasil. Tal preocupação se relaciona com aspectos que vão além do debate da própria profissão: trata-se de considerar o conjunto dos processos que envolvem a educação no país. Uma constatação é inevitável: o Serviço Social vem vivendo, nos últimos anos, um processo que lhe é relativamente novo: a proliferação de escolas e faculdades, em sua maioria particulares ou na modalidade de graduação à distância. Óbvio que aqui não entraremos e aprofundaremos este debate, mas é pujante trazer esta questão tal como foi explicitada por uma das assistentes sociais entrevistada.

O Serviço Social obteve importantes conquistas nas últimas décadas, sendo elas: a) mobilização coletiva da categoria para a superação das desigualdades e injustiças sociais; b) compromisso com a qualificação profissional e com qualidade dos serviços prestados; c) imagem profissional renovada, ligada aos direitos sociais e defesa dos trabalhadores; d) autorreconhecimento do (a) assistente social como trabalhador assalariado; e) promulgação da Lei de Regulamentação da profissão em 1993 e atuação nas diversas frentes de trabalho; f)

desenvolvimento de pesquisas ligadas às Ciências Sociais aplicadas, tornando a profissão uma referência nesse contexto; g) as diretrizes curriculares, mesmo com o impasse MEC e ABEPSS; h) a conquista das 30 horas semanais de trabalho; dentre outras. (FERRAREZ, 2016). Não podemos perder isso de vista e não perder é somar-se e organizar-se.

7.7 Percepção dos assistentes sociais sobre Interdisciplinaridade

A questão da interdisciplinaridade versus particularidade profissional, ponto comum na maioria dos entrevistados. Ela é enfrentada pela maioria no sentido da superação da dicotomia, porém valorizando o reconhecimento e fortalecimento do saber e instrumentos historicamente construídos pelo Serviço Social no trato das manifestações da questão social.

Interdisciplinaridade? Só acontece graças a Deus! Só acontece isso! (Assistente Social 04).

Estamos inseridos em uma equipe interdisciplinar. São poucas atividades que somente o Serviço Social realiza. Entramos com nosso olhar tentando entender esse processo de relações, ou seja, o trabalho dentro desse contexto das relações sociais no capitalismo. Vamos contribuindo com nosso arcabouço teórico tentando intervir. Tem coisas que acaba ficando mais com alguns profissionais de acordo com seu conhecimento específico, por exemplo, a saúde mental acaba ficando com a psicologia e o trabalho infantil com o Serviço Social. (Assistente Social 02).

A Política de Saúde do Trabalhador foi projetada para alcançar a perspectiva de uma política de Estado interdisciplinar e intersetorial, com vistas a romper com a visão\ação fragmentária e desconexa que, ao longo dos tempos, norteou o enfrentamento das questões trabalho/saúde/doença.

O Serviço Social, profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho também sofre com os revezes que atingem à classe trabalhadora em geral (IAMAMOTO, 2005). Além daqueles específicos à condição de trabalhador assalariado, existem os próprios da categoria como o aumento da demanda atendida com menos recursos e menos profissionais, o que tem repercutido na burocratização e rotinização das ações dos assistentes sociais. Porém, deve ser frisado que o compromisso com o Projeto Ético-Político possibilita a esses profissionais a compreensão dos problemas que chegam até os serviços para além da sua aparência imediata. É na mediação da problemática singular com a realidade particular e universal (e vice-versa) daqueles elementos presentes na relação trabalho e saúde e também na política de saúde do trabalhador, que os assistentes sociais podem fazer a diferença qualitativa para a efetivação da referida Política.

Lacaz (2007) destaca que a ação prático-teórica, do campo saúde do trabalhador, é inter(trasn)disciplinar e o objeto é o processo saúde e doença, o qual é amplo e complexo. Portanto, o saber limitado de uma disciplina é insuficiente para dar respostas à problemática trabalho e saúde, que, na realidade, expressa a multiplicidade de fatores que envolvem a contradição capital/trabalho.

Nesta perspectiva, a intervenção e atenção em Saúde do Trabalhador representam a concretização da interface dessas múltiplas influências recebidas da “Saúde Coletiva, da clínica, da epidemiologia aos quais agregam-se ferramentas do planejamento, política, economia etc.”, como destacou Lacaz (2007, p. 760). Então, trata-se de considerar os vários saberes daqueles que compõem as equipes de saúde e também daqueles que aí buscam resolver os seus problemas de saúde, os trabalhadores. Crê-se que é na interação das várias fontes de conhecimento que se alimentam e se constroem novos saberes. Acredita-se que a produção e sistematização desse conhecimento têm uma tripla dimensão: social, educativa e política, necessária a efetivação do CEREST (LOURENÇO, 2009).

Acredita-se que os assistentes sociais, que têm a sua intervenção teórico-prática voltada para a totalidade social, devem somar aos esforços dos demais profissionais que congregam a equipe e também dos usuários. O trabalho de Equipe articulado aos trabalhadores e demais serviços constituem-se em importante protagonista no confronto e rompimento daquelas práticas conservadoras e tradicionais, ainda existentes na Saúde do Trabalhador. É assim, que se acredita que o Serviço Social pode contribuir, não diria efetivar por esbarrar nas contradições inerentes ao sistema, mas referenciar a política de saúde do trabalhador, consubstanciando a sua ação com as da equipe e envolvendo os trabalhadores nesse processo.

É preciso ressaltar que se o Código de Ética do Assistente Social, no seu IX princípio, ressalta a necessária articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios do Código e *com a luta geral dos / as trabalhadores/as*. Há que considerar a necessidade de alianças, diante não só da prioridade dada os interesses e necessidades dos trabalhadores, mas visto que, tanto o impacto das ações profissionais tendo em vista os interesses e necessidades dos trabalhadores, quanto o reconhecimento do Serviço Social pela gestão e demais profissionais, se dá pelo que a equipe de Serviço Social realiza no seu conjunto e não pelo que desenvolve cada um de seus profissionais de forma isolada e fragmentada (VASCONCELOS, 2015).

Contudo, embora a Saúde do Trabalhador tenha um caráter eminentemente interdisciplinar, a prática revela uma enorme contradição entre o matiz que consubstancia o

novo campo de conhecimento e o que realmente se faz. Somam-se a esses limites aqueles relacionados a redução do papel do Estado, que reverbera em cortes de gastos com políticas públicas e que, portanto, em redução do quadro de funcionários e priorização de contratação de profissionais que mantem o viés assistencial, como se percebe em CERESTs de outras regiões do Brasil. Trata-se de uma contradição: os CEREST são pólos irradiadores de uma nova cultura de saúde e trabalho, mas a sua estrutura de operacionalização mantém-se no viés tradicional.

Lacaz (1996) problematiza quem seria os intelectuais que manteriam uma relação orgânica com o discurso da Saúde do Trabalhador. O autor destaca que o discurso orgânico é também uma prática que opera dando coerência, homogeneidade e consciência a um determinado grupo social. Assim, os “intelectuais” representam interesses, geralmente, hegemônicos na sociedade. Não se trata de afirmar que as categoriais profissionais de destaque para a operacionalização do CEREST sejam aquelas que representam a aliança com o capital, mas de inferir que a profunda renovação das ações de saúde do trabalhador não se faz apenas a partir das ciências biológicas e de engenharia. A ruptura com a tradicional atenção aos agravos à saúde necessita de operar com a vertente de ruptura no cotidiano dos serviços ainda presos às ações assistenciais.

Dessa maneira, destaca-se a radicalidade central da Saúde do Trabalhador: a necessidade de ações amplas, interdisciplinares, intersetoriais e de participação dos trabalhadores. Para que isso seja possível é necessário que se tenha uma Equipe e que enseje realmente o trabalho de “equipe”, o que está associado a realização de atividades consensuadas e compartilhadas entre os vários integrantes. Dessa forma, para atingir as proposições da saúde do trabalhador, não bastam só as ações de equipe de dentro do CEREST, mas é preciso interagir com outros órgãos e fazer “a política de fora para dentro” (LOURENÇO, 2014).

Não raro percorrendo os serviços de saúde do trabalhador (que na verdade são serviços de saúde ocupacional) das instituições públicas ou privadas, deparamos com placas em suas portas alertando aos trabalhadores de se tratar de uma equipe psicossocial.

Não pretendemos entrar na polêmica se estamos diante de um campo de conhecimento ou se estamos diante de uma área setorial da Saúde Pública, muito menos entrar no campo minado do debate de multi, inter e transdisciplinaridade, mas deixemos aqui então um questionamento: ao fortalecer a posição de que a Saúde do Trabalhador é um campo do conhecimento ou uma disciplina não estaríamos projetando a Saúde do Trabalhador a um

gueto, em uma comunidade isolada da Saúde Pública, em uma ilha do conhecimento restrita a técnicos e especialistas tal como se dá nos outros ministérios?

Em relação à intersectorialidade, os assistentes sociais informaram como articulações institucionais para dar conta desta perspectiva as seguintes instituições: Universidades e Institutos de pesquisa (UERJ, UFRJ, UNIGRANRIO, FIOCRUZ através do CESTH), Ministério Público do Trabalho, INSS (reabilitação), Secretaria de Assistência Social (Trabalho Infantil), Fórum Intersindical, FEPETI/RJ (Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil), Órgãos da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (Proteção/ PETI/CRAS/CREAS); CAP 2.1/ DVS/NASF, Conselho Municipal de Saúde, OAB e a FIRJAM. Nesta lista, destaca-se a ausência, seja por esquecimento ou pela lacuna de articulação mesmo, de órgãos e ou secretarias que realizam a vigilância ambiental.

Por fim, em um relato foi citado que o CEREST não faz vigilância por que esse é o papel do Programa de Saúde do Trabalhador. O Programa diz que foi esvaziado quando criado o CEREST, mas que faz vigilância com os Sindicatos. Contudo, nesta mesma fala foi ratificado o distanciamento dos sindicatos e tentativas de articulações frustradas. Fica a dúvida: é realizada realmente a vigilância em Saúde do Trabalhador? De que forma?

7.8 Análise dos assistentes sociais sobre a Privatização da Saúde

Apesar do processo de privatização das unidades de saúde que se espalhou ao longo dos anos ainda não atingiu os CERESTs, digo ainda, essa realidade está presente nos depoimentos dos assistentes sociais impactando as ações, em especial de capacitação dos trabalhadores que estão nessa rede (precarizados ou não).

O efeito imediato da terceirização de gestão através das Organizações Sociais é a alta rotatividade. O Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, há quinze anos não abre concurso público para o quadro de funcionários do Estado na Saúde (o último foi no ano de 2001). Ocorrendo, portanto, uma redução de Recursos Humanos com afastamentos e aposentadoria, além de interferir em um dos objetivos dos Cerests conforme abaixo:

O que preocupa bastante é a alta rotatividade dos trabalhadores da saúde. Podemos capacitar um grupo de trabalhadores no intuito de disseminar a cultura da Saúde do Trabalhador, em especial nas urgências e emergências, que estão sob gestão das OSs, mas esse mesmo grupo de trabalhadores pode ser demitido a qualquer momento, como ocorreu recentemente quando demitiram mais de 200 trabalhadores devido à crise do Estado. (Assistente Social 01).

Objeto de intensas disputas, foi a situação do funcionalismo público, pois com a implantação das OS, o Governo se esquivou e não priorizou a realização de concursos públicos e tampouco a valorização da carreira dos trabalhadores públicos, pelo contrário, acirrou ainda mais as suas condições de trabalho e contratuais, provocando profunda indignação dos servidores públicos por conta do sucateamento, precarização dos serviços e da diferença salarial em comparação com os profissionais contratados por OS sem transparência e sem concurso público. Para os trabalhadores das OS's as consequências foram imediatas: sobrecarga de trabalho mediante a imposição de metas absurdas e assédio moral, trazendo prejuízos físicos e psíquicos para os trabalhadores; enfraquecimento da atividade sindical (visto que os trabalhadores se veem imersos numa gama variada de contratos de trabalho e estão suscetíveis à demissão a qualquer momento, o que, obviamente, tende a enfraquecer a disposição de luta em defesa de salários e melhores condições de trabalho), inexistência de plano de cargos e salários que se restringe aos servidores concursados, os quais entram em um processo de extinção.

As expressões de conflitos de poder são observadas também nos Relatórios das Conferências de Saúde e nas constantes tentativas de ingerência e desrespeito do Executivo Estadual e também municipal em ambos Conselhos. Os movimentos sociais, fóruns, sindicatos e entidades de classe vêm reagindo e se inserindo no contexto das lutas em defesa da saúde. O período de gestão Cabral – Pezão, por exemplo, foi marcado por constantes manifestações e pressão dos movimentos sociais, com destaque para as lutas travadas nas ruas (principalmente no Dia Mundial da Saúde), quando usuários, trabalhadores e militantes da saúde saíram (e saem) às ruas para exigir uma Saúde Pública, Universal e de Qualidade, se posicionando radicalmente contra a privatização da saúde, materializada pela sistemática ampliação das OS. As ações de combate à privatização da saúde contaram com o protagonismo do Fórum de Saúde do Estado de Rio de Janeiro, na qual teve um papel incisivo da luta em defesa da saúde pública, inclusive contribuiu na elaboração do dossiê “Contra Fatos não há Argumentos que justificam as Organizações Sociais” que demonstra o aumento dos gastos públicos em saúde, sem melhoria com os serviços prestados, sendo esses contratos feitos sem transparência com vistas a privatização da Saúde, por meio das OS (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2012).

O modelo de assistência ofertado pelas OS, está baseado na contratualização da prestação de serviços à saúde entre o ente público e o prestador de serviço, o que, via de regra, incorre no risco da ameaça ao direito universal à saúde. Existe a possibilidade de a população ser prejudicada em relação ao acesso aos serviços de saúde a serem prestados pelas OSs, pela

tendência à crescente diminuição de oferta de serviços neste tipo gestão que tem como lógica o lucro. As Organizações Sociais trabalham com metas. Se houver uma demanda maior do que a meta estabelecida no contrato de gestão firmado, as necessidades da população serão negadas porque estarão fora das metas contratualizadas. Para as entidades privadas, os recursos financeiros estão acima das necessidades da população (CORREIA, 2011, p. 45).

Conforme relato abaixo:

No Programa de Saúde do Trabalhador (PST 2.1), o médico e o auxiliar administrativo são contratados pela Organização Social Viva Rio. No presente momento, após oito meses de implantação do PST 2.1, a Coordenação da Área Programática vem ameaçando fechar o referido espaço na CAP 2.1 com a justificativa de que o custo/benefício não está satisfazendo sua expectativa, pois o médico é contratado por rubrica NASF. A Produtividade do PST 2.1 (média e alta complexidade) é muito baixo, comparado aos atendimentos das Clínicas de Saúde da Família. (Assistente Social 01).

Estamos fazendo as capacitações e os eventos na área, mas os trabalhadores da saúde não estão sendo encaminhados. O Coordenador da Área Programática tem que encaminhar, mas não estão encaminhando. Culpam-nos. Dizem não ver o custo benefício de pagar quase seis mil reais ao médico, carga horária de 20 horas semanais, no Programa de Saúde do Trabalhador. Estes fazem dois atendimentos ao mês e temos que fazer matriciamento. Eu nunca soube que tinha que fazer isso. Nunca ninguém me explicou nada. Não entendo nada de NASF. Fui aprendendo metendo a cara. Resultado: estão dizendo que não estou fazendo nada por que só veem aquela sala como ambulatório. Querem numero. As OSs trabalham com produtividade. (Assistente Social 01).

Ademais, a contratualização de metas estabelecidas entre o ente público e prestador de serviço, apresentam falhas e fragilidades no controle dos contratos de gestão, sendo prejudicial a possibilidade de uma real avaliação da eficiência e da qualidade das ações desenvolvidas pelas prestadoras de serviços para a população. Nesse cenário, vem ocorrendo um brutal esvaziamento institucional do campo Saúde do Trabalhador.

A precária implantação da RENAST e da política de Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro é reflexo da sua não priorização na agenda pública e o resultado foi um profundo processo de desarticulação e fragmentação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS estadual, durante esses anos. Como se pode observar no fato de não ter sido usado integralmente os recursos repassados pela esfera federal para os municípios para fins da implantação e efetivação da ST. Isso agravado no cenário de disputa de fundo público e crise no Estado.

Uma das causas mais anunciadas para a crise que o estado do Rio de Janeiro vem enfrentando é a queda da receita do estado, e essa diminuição na arrecadação provém, em parte, dos royalties do petróleo. O estado do Rio de Janeiro, entre outras razões, com a justificativa da realização de grandes eventos como a Copa do Mundo de futebol e os Jogos

Olímpicos ampliou significativamente nos últimos anos suas isenções fiscais. Essa isenção se estende aos comitês organizadores, internacionais e nacionais, olímpicos e paraolímpicos, à mídia, aos fornecedores de bens e serviços e às empresas patrocinadoras dos Jogos.

No Rio de Janeiro, a situação tornou-se especialmente dramática com sistemáticos atrasos no pagamento de salários dos servidores públicos, e o conjunto da população sente na pele a decretada “calamidade financeira”, dada a falta de pagamento de fornecedores e repasse de recursos no conjunto das políticas sociais, o que gerou crise na saúde, na educação e greves de várias categorias e, claro, a Saúde do Trabalhador não está imune:

Esse ano não fizemos nenhum acompanhamento direto aos municípios por falta de carro. Todo mês fazemos duas ou mais visitas. Eu e o outro companheiro acompanhamos três CERESTs (Angra dos Reis, Volta Redonda e Resende). Não temos como ir de ônibus. Somos apoio técnico dos CEREST Regionais. Por exemplo, Angra não pode entrar no município de Mangaratiba ou de Parati para fazer vigilância, mas pode acompanhar o PST para fazer vigilância, mas se atinge politicamente alguma questão ou precisam de uma técnica mais especializada então entramos como complemento, como suporte caso seja solicitado. (Assistente Social 01).

O que chama atenção atualmente é a disputa em torno do modelo de atenção à saúde no SUS municipal hegemônico pelas OS, o que vem dificultando a implementação da política de Saúde do Trabalhador, como uma prática de Saúde Pública/Coletiva articuladora e nucleadora do cuidado aos trabalhadores na rede de atenção à saúde do SUS.

7.9 Algumas Reflexões a partir dos depoimentos dos assistentes sociais entrevistados

Como se pode observar nos depoimentos dos assistentes sociais e na trajetória do CEREST, há uma tensão entre o que a legislação e as normas propõem e o que de fato é desenvolvido e pode ser visualizado nos principais pontos destacados:

1. Equipe reduzida com ênfase no modelo médico-assistencial;
2. Falta de articulação intersetorial para estudos e pesquisas acerca de determinados agravos com os processos e organização do trabalho das várias categoriais profissionais;
3. Ausência de ações coesas entre o CEREST e a rede de serviços de saúde (UBS, PSF, PS, Ambulatórios de Especialidades, vigilâncias, entre outros) para a organização da assistência e intervenção que contribua para um efetivo sistema de referência e contra-referência e, sobretudo, para a notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores;

4. Segmentação entre assistência, intervenção, promoção, prevenção e vigilância. A incorporação do CEREST na Divisão de Vigilância em Saúde não significou integração entre este serviço e os demais que congregam aquela Divisão;
5. Da segmentação das ações emerge no grupo a sensação de que poderia estar atuando de outra forma. Nos depoimentos, é transmitida a mensagem da frustração em não atuar fora do espaço do CEREST e estar presente nos ambientes conhecendo, estudando e se preparando para realizar ações mais amplas;
6. As ações de vigilância nos ambientes de trabalho se realizadas, as informações não têm sido repassadas aos maiores interessados: aos Sindicatos, representantes dos trabalhadores e também a Equipe do CEREST, distanciando as possibilidades de envolvimento, planejamento, estudos e intervenções ampliadas, o que reforça o histórico poder de “fiscalização” incorporado por determinados setores e técnicos. Isso contribui, entre outros, para o enfraquecimento das poucas ações de vigilância em saúde do trabalhador feitas pelo SUS, refletindo no questionamento quanto à jurisprudência do setor saúde inspecionar ambientes de trabalho e reforça o poder exclusivo do setor trabalho nesta ação;
7. Ausência de dados mais amplos acerca dos agravos à saúde dos trabalhadores;
8. As atuais dificuldades confrontam-se com a proposição de uma política regional administrada por um município;
9. Nos municípios da região, as dificuldades destacadas incidem sobre a falta de capacitação técnica e, sobretudo, recursos humanos, além da falta de respaldo do Estado ou CEREST.

Em relação as posições ético-políticas de ação apresentam-se os pontos em comuns, a seguir, ilustrados nos depoimentos selecionados:

- 1) Um ponto importante e diferencial é atenção ao movimento sindical como importante sujeito político;
- 2) Um dos destaques é a ausência do mero discurso ideológico, assim como a ultrapassagem da própria capacitação política, que embora central e indispensável, não é suficiente nem um fim em si, precisando ser acompanhada de competência teórico-metodológica e técnico-operacional. Tal posição não significa ausência de ideologia. Pelo contrario, um dos traços desse grupo é a permanência da ideologia, base da motivação, paixão, força e prazer no trabalho realizado.
- 3) Também é valorizada a ocupação do espaço da gestão, conselho e assessoria que é incluída nos processos de vigilância em saúde do trabalhador.

4) Também ficou claro que a operacionalização da ruptura não é um processo linear, mas contraditório e permeado de continuidades, ou seja, o novo convive com o velho, o passado com o presente, seja na política, seja no exercício profissional.

Apesar da singularidade deste estudo, mais uma vez, reforça-se que não se descarta os efeitos da conjuntura atual de globalização neoliberal e financeirização da economia as quais repercutiram na fragilização política da organização classe trabalhadora. Deve ser dito ainda que quanto à investigação acerca de como anda o controle social encontrou-se mais indagações do que respostas. Contudo, acredita-se que há esperanças e possibilidades de resistência a partir da mobilização da classe trabalhadora, da sociedade em geral e de sua participação na construção de uma nova cultura e de contra-hegemonia necessárias a um Estado realmente democrático, voltado precipuamente aos interesses da classe trabalhadora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a incerteza do momento denominamos esta parte que se encerra como “considerações não finais”. A tese flerta com a incerteza. Tem seu fim em outubro de 2016, quando o governo anuncia uma série de ataques a classe trabalhadora, aos direitos sociais e o que vai a reboque, incluindo o trabalho dos assistentes sociais.

Esse “não saber” é um sinal fortíssimo dos tempos. Especialmente porque se inscreve em um movimento nacional de desmonte das estruturas garantidoras de direitos, gerando insegurança quanto ao futuro próximo em tempos de quebra das regras do jogo democrático por parte da direita reacionária³⁴.

Como afirmou Braz (2016), em um recente artigo, o que está em jogo é a construção de uma nova hegemonia. Mas não nos enganemos. Mesmo com todas as divergências no campo burguês há, entre suas diversas frações, uma unidade de ação entre elas. A democracia tem seus limites. Justamente porque é (e sempre será) democracia acompanhada por um adjetivo que lhe é inseparável: a democracia é democracia burguesa! Que por ser restrita ao âmbito da sociedade capitalista não propicia uma participação real da massa do povo na direção/gestão do Estado, porque se esgota nos seus limites formais. É uma das formas políticas dessa sociedade.

É tentando despertar para esses limites que a presente tese buscou dar conta ao dissecar o objeto, os objetivos e as hipóteses que, na disputa de ideias, podem parecer óbvias, ou projeções distanciadas, ou ainda, achados de uma pesquisa quando estamos diante de contradições, tendências e luta pela hegemonia entre ideias, projetos profissionais e de sociedade.

Como ensina Lênin (2015), a constatação de que o capitalismo precisa ser superado não basta. A luta de classes requer “análises concretas” que tenham uma utilidade prática para orientar a práxis revolucionária, sem o que as denúncias e as boas intenções caem no vazio. A realidade exige um cuidadoso estudo que redefina o conteúdo e a forma dos nexos concretos entre imperialismo, barbárie e métodos para superá-los. Esta premissa vale também para uma categoria profissional, que na sua história, optou por um projeto sintonizado com o processo de construção de uma sociedade de homens livres e emancipados, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero.

³⁴ Editorial Praxis n. 92, 2016.

Não raro, ouvimos a afirmação de que o nosso projeto profissional é utópico, que a Saúde do Trabalhador concebida no Brasil, de forte inspiração operária, também é utópica. *A área de Saúde do Trabalhador tem uma profunda e visceral ligação com o pensamento de Karl Marx, desde a sua concepção até o desfecho da realização de seus objetivos no campo da execução das políticas públicas em saúde* (FADEL DE VASCONCELOS, 2007). Não podemos perder essa direção!

O que está em jogo não é o Serviço Social (da mesma forma, o campo da Saúde do Trabalhador) que, como profissão, por um lado, está consolidado na sociedade capitalista e, por outro, não sobreviverá numa sociedade emancipada. O que está em jogo é o projeto de sociedade ao qual o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro está articulado. Assim sendo, o Serviço Social (novamente incluo a Saúde do Trabalhador) tem um projeto radical, anticapitalista, de longo alcance. Mas operamos numa situação histórica específica. Precisamos dar respostas às requisições institucionais e às demandas pontuais dos usuários. Assim, precisamos de um modo de transformar o presente, caminhando para o futuro (VASCONCELOS, 2015).

Dito isto, a partir do que foi discutido, é possível alinhar algumas considerações, sem a pretensão de avaliar conclusivamente.

Não há dúvida de que está em curso mundialmente uma importante crise do capital que ativa os limites mais absolutos e destrutivos do sistema capitalista. Esta nova fase da crise estrutural do capitalismo, iniciada em 2008, voltou a colocar no centro do debate político, econômico e teórico o papel central do Estado nas formações sociais capitalistas. E ao contrário do que prega o discurso neoliberal do *Estado Mínimo*, o que vemos é um Estado cada vez mais presente na dinâmica da reprodução do capital,

Pela perspectiva marxista, portanto, que considera a existência de classes antagônicas e inconciliáveis em essência, o Estado é necessariamente um *Estado de classe*. E como tal, precipuamente existe em função do conflito em benefício da manutenção do posto das classes dominantes.

A fase superior do imperialismo levou (leva) as contradições, os antagonismos, a irracionalidade e o caráter predatório do regime capitalista ao extremo. A expansão das forças produtivas contrasta com a permanência de imensos contingentes populacionais condenados à pobreza, marginalizados dos benefícios mais elementares da vida moderna. O aprofundamento exponencial do movimento de concentração e centralização do capital reforça o poderio econômico e político do capital financeiro e leva as taras do capitalismo monopolista ao paroxismo. O nível de progresso alcançado pela sociedade capitalista,

inimaginável há poucas décadas, veio acompanhado de uma crise de civilização sem precedente, descolando de maneira radical a produção de mercadorias das necessidades sociais, o domínio da natureza das condições mínimas de reprodução do meio ambiente.

Para os povos que fazem parte da periferia do sistema capitalista mundial, os novos tempos tornaram-se particularmente sombrios. As janelas de oportunidades que seriam abertas pela participação na ordem global revelaram-se verdadeiras armadilhas. A difusão desigual do progresso técnico acentuou as assimetrias na divisão internacional do trabalho e exacerbou as características predatórias do capital, revitalizando formas de superexploração do trabalho e de depredação do meio ambiente que se imaginavam superadas. Não é que o Estado tenha se enfraquecido. Quando é para defender e impulsionar os interesses do grande capital, o poder estatal se revela mais forte do que nunca. O que ficou definitivamente comprometido é o caráter público do Estado, sua atuação em função de interesses que, de alguma forma, contemplem as necessidades do conjunto da população.

É fato que essa lógica capitalista também permeia a dinâmica do sistema nacional de saúde, expressando-se na assistência e no funcionamento do complexo das indústrias da saúde: a farmacêutica, a de produtos biotecnológicos, a de equipamentos e instrumentos médico-hospitalares, consumando a transformação da saúde em mercadorias, como parte do modelo de desenvolvimento e esta mesma lógica capitalista de subordinação aos interesses do imperialismo e latifúndio está presente na degradação das condições de vida nas cidades.

O Estado, como “comitê executivo da burguesia”, como afirmaram Marx e Engels (1997), cumpre seu papel com dupla ação, por um lado incorporando algumas reivindicações dos trabalhadores e por outro mantendo o movimento repressivo sobre qualquer organização que questione o status quo. Como afirmou Gramsci (2001), trabalhando com a coerção e o consenso, forja-se um Estado capaz de, ao mesmo tempo, hegemonizar os interesses da burguesia e também incorporar algumas demandas da classe trabalhadora, compondo um cenário social propício para o desenvolvimento capitalista.

As reflexões a respeito do trabalho e da Saúde do Trabalhador nas condições do capitalismo contemporâneo joga luzes sobre o processo de expropriação do trabalho capitalista, em sua fase monopolista, a financeirização do capitalismo, as novas configurações do trabalho assalariado, além do acirramento entre capital e trabalhadores. É preciso estar atento, e, sem dúvida, o assistente social pela sua formação tem um papel central neste debate.

Neste estudo, objetivou-se analisar o trabalho dos assistentes sociais na Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro e a implantação da Política de Saúde do Trabalhador. Para tanto, foi discutido o complexo

quadro histórico das relações sociais de trabalho, a intervenção do Estado, a construção do campo Saúde do Trabalhador e sua vertente pragmática – política de saúde do trabalhador –, especificamente a sua implantação na realidade singular do Rio de Janeiro. A sua análise, ocorreu num esforço de articular a realidade singular com a universal, já reconhecendo os limites inerentes, mas como pesquisadora vendo-os como desafios a serem enfrentados.

A Política de Saúde do Trabalhador no SUS é uma resultante do processo de luta e disputa entre as classes sociais desencadeadas a partir da década de 1970, que como demonstrado consubstanciou no campo - Saúde do Trabalhador. Dessa maneira, esta Política é uma expressão daquele campo à medida que tem como orientação e sustentação as suas diretrizes, quais sejam: Interdisciplinaridade, participação dos trabalhadores e reconhecimento do seu saber, bem como análises da relação trabalho e saúde a partir das categorias organização e processos de trabalho e de estudos mais amplos.

Esta Política foi sendo incorporada gradativamente como uma política pública de saúde, especialmente com a promulgação da Constituição Federal, em 1988. Dessa forma, os princípios constitucionais do SUS calcados no atendimento universal, na descentralização e na democracia participativa se estendem à política de saúde do trabalhador. A Constituição de 1988, como demonstrado oferece parâmetros legais para efetivar a atenção à saúde dos trabalhadores e como tal impõe alterações no paradigma até então vigente, o qual privilegiava as ações a partir da assistência e não da atenção à saúde.

Portanto, neste estudo, tratou-se de pensar a política de saúde do trabalhador a partir dos marcos das políticas sociais públicas que, no contexto da sociedade capitalista, é uma maneira de preservar a “ordem” do sistema, mas é também resultado das reivindicações da classe trabalhadora na luta por melhores condições de vida e de trabalho.

Na esteira dos acontecimentos, verificou-se que em fins da década de 1980, houve avanços quanto à construção do campo Saúde do Trabalhador, mas a partir da década de 1990, paradoxalmente, as políticas públicas passaram a enfrentar dificuldades em decorrência da adoção da orientação política neoliberal pelo Estado, a qual se sustenta na redução dos investimentos e financiamentos das políticas públicas, num processo de transferência daquelas responsabilidades para a sociedade civil, sendo, entretanto, retomado o debate da Saúde do Trabalhador (mesmo que tímido) nos anos 2000, com a eleição do Partido dos Trabalhadores (PT) no Governo Federal.

Neste contexto há a “minimização” do Estado para as políticas sociais e do trabalho e a sua “maximização” na garantia de maiores liberdades de mercado, desregulamentando as relações sociais de trabalho e se afastando, enquanto “mediador civilizador” dos conflitos

inerentes as contradições capital/trabalho. Está claro o grave contexto em que a saúde do trabalhador se insere. Pelo lado do mundo do trabalho, como evidenciado ao longo deste estudo, avolumam-se a precariedade das relações sociais de trabalho e salarial e, ainda, as condições ambientais e de organização do trabalho que agridem à saúde.

Pelo lado da gestão da coisa pública, verifica-se a diminuição do papel do Estado nas políticas sociais e sua ampliação frente ao capital. Enfim, essas mudanças confluíram para a instauração de barreiras diversas que, na saúde do trabalhador, se resumem no mínimo em dois pontos básicos: o crescimento das condições e situações agressoras à saúde e as dificuldades para a operacionalização da saúde do trabalhador como política pública. Apreender a realidade de saúde e trabalho impõe à necessidade de compreender o movimento das contradições inerentes as transformações postas na sociedade contemporânea, em especial, a partir da contradição capital/trabalho e o papel do Estado.

Resgatando a primeira questão deste estudo é factível que com as mudanças do capitalismo mundial e brasileiro, muito das perspectivas da reforma sanitária foram pulverizadas frente à tarefa fundamental de consolidar e fazer avançar o SUS. Contudo, esse processo deve-se não somente à contraofensiva neoliberal, mas também e, sobretudo, à crise estratégica que atualmente atravessa a esquerda no Brasil, precisamente após a chegada ao governo de suas lideranças;

É fato que a vitória do PT, em 2002, expressava a esperança da maioria (mais de 50 milhões de votos) na constituição de um governo que desse mais atenção aos direitos sociais (e do trabalho) do que às exigências das instituições financeiras internacionais. Os trabalhadores estavam esgotados frente a diretriz ideológica da burguesia (neoliberalismo), que impôs, através do governo Cardoso, a contrarreforma das políticas sociais.

A condução econômico-política do governo do PT, apesar de conter alguns aspectos diferenciados do governo Cardoso, não realizou a ruptura esperada, dando continuidade ao ideário neoliberal. Ao mesmo tempo, seu projeto de reforma sindical mantém e aprofunda a estrutura sindical corporativa e atreladora ao Estado. Para isto, intensifica mecanismos eficientes de interferência nas organizações dos trabalhadores, buscando transformá-las em instrumentos de controle da classe, restringindo as lutas de resistência. Ocorre um processo de passivização dos trabalhadores, de domesticação da classe operária, como é objetivo dos neoliberais.

Contudo, é consenso entre as entrevistadas, que o Partido dos Trabalhadores, em especial no período do governo Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010), teve um papel importante na atenção a Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Todavia, as

entrevistas ao mesmo tempo em que trazem inquietações sobre o momento atual e a importância do PT na condução da Política trazem também a consciência da perda de oportunidade perdida nestes 13 anos de governo Partido dos Trabalhadores de fortalecer a Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde.

Aqui cabe abrir um parêntese para a segunda hipótese. A fragilidade institucional histórica; a indefinição institucional, manifesta nos três níveis de gestão do SUS; a dispersão e insuficiente articulação, em nível nacional, dos sindicatos e demais movimentos sociais; a cooptação e pacificação das centrais sindicais frente a degradação das condições de trabalho e perda de direitos da classe trabalhadora esvaziaram e vêm esvaziando a pauta política da Saúde do Trabalhador na agenda do SUS.

É patente, portanto, a exclusão da área de Saúde do Trabalhador (ST) do foco central das políticas de saúde, tornando-a espécie de área non grata especialmente dos gestores do SUS, seja pela explicitação de conflitos no campo político-econômico local, seja pela visão tradicionalista do acidente e doença de trabalho como questão de natureza contratual entre patrões e empregados. Além disso, a desvinculação entre saúde do trabalhador/processos produtivos e as questões ambientais são, também, muito evidentes. Mesmo com a consignação da ST, enquanto campo de intervenção, por parte do sistema de saúde, na Constituição Federal, posteriormente detalhada na Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1991), o SUS não assumiu efetivamente essas ações (FADEL DE VASCONCELOS, 2007).

De uma forma geral, os depoimentos das assistentes sociais destacam a importância de se ter uma política específica (Saúde do Trabalhador) no Sistema Único de Saúde. Parece consenso que ao ser assumida também como responsabilidade do SUS houve avanços, mas com algumas ressalvas. Como forma de difundir a questão da cultura da Saúde do Trabalhador foi e (é) uma estratégia importante, cabe agora perguntar se conseguiu cumprir esse papel. A Saúde do Trabalhador continua isolada do SUS, em guetos, em uma ilha, não se conseguiu, pelas divergências e disputas ministeriais, avançar no debate da intersetorialidade. A lógica do modelo da RENAST, centrada na atuação regionalizada dos CERESTs, não corresponde à organização do SUS centrada na municipalização. Portanto, é consenso entre as entrevistadas, as disputas interministeriais como um dos fatores (não único) que brecam, de certa forma, o avanço da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde.

Pode-se dizer que ainda não havia uma consonância prática desse novo campo no interior do SUS, quando houve a disseminação dos Centros de Referência, por isso, no Estado do Rio de Janeiro, as gestões municipais tiveram dúvidas em assumir esse modelo – RENAST – deparando-se com inúmeras questões ao estruturar o serviço como caráter regional: Equipe

interdisciplinar? Autonomia dos profissionais? Poder de fiscalização para a Equipe do CEREST fazer inspeções? etc. Então, a expansão acabou ocorrendo de modo parcial, sem um discurso ideológico que garantisse a saúde do trabalhador como parte do cotidiano dos serviços de saúde e que contemplasse a perspectiva regional, interdisciplinar, intersetorial e ainda de controle social.

Das falas emergem as dificuldades enfrentadas pelos Centros de Referências, com forte relação à política de governo e a estagnação dos Conselhos. A falta de autonomia do serviço, a redução da Equipe e, sobretudo, a ausência de um Plano de Ação construído e pactuado regionalmente, se constituem sérios limites do processo de implantação dos CERESTs. Na realidade, formalmente existe um Plano, mas não há o envolvimento dos demais órgãos na sua construção e tampouco com a sua pactuação de compromissos de âmbito regional, bem como acompanhamento e avaliação das diretrizes e metas.

Neste pacote podemos incluir também o processo de privatização das unidades de saúde em alguns municípios (Rio de Janeiro) e no Estado. Esta é a nossa terceira hipótese: O repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, através dos contratos de gestão e parcerias, mediante transferências de recursos públicos, e consequentemente, o aprofundamento da terceirização, a perda de direitos, vem impactando o exercício profissional do assistente social e a consolidação do Projeto Ético Político.

A despeito das atribuições e competências do assistente social, é cada vez maior o clamor dos profissionais que no cotidiano profissional, se deparam com requisições institucionais que não coadunam com as competências e atribuições do assistente social garantidos na Lei de Regulamentação da profissão. Diante da privatização dos serviços públicos que operam direitos sociais nas diferentes instâncias de poder do Estado – através de OS, Fundações.

Vejamos o processo de concessão de gestão das unidades de saúde para organizações sociais onde requisições institucionais que descaracterizavam totalmente as conquistas da inserção do Serviço Social na política de saúde vieram a tona tendo em vista que os profissionais se viam completamente desprotegidos de seus direitos como trabalhadores – o que potencializava as pressões institucionais para a realização de atividades que em nada se relacionavam com a profissão. O manuseio do sistema de regulação de vagas e preenchimento de documentação para transferência, comunicação de óbito, preenchimento de laudo médico, marcação de exames e consultas, solicitação de ambulância, dentre outras atividades que em nada se relacionam com o exercício profissional de assistentes sociais pululam no cotidiano.

Apesar desse processo de privatização das unidades de saúde que se espraiou ao longo dos anos no estado do Rio de Janeiro, esta realidade não se faz presente ainda nos CERESTs, contudo, se não atinge diretamente atinge indiretamente, impactando as ações, em especial de capacitação dos trabalhadores que estão nessa rede (precarizados ou não), considerando a alta rotatividade dos trabalhadores na rede de saúde.

Neste sentido, resgatando a última questão na qual enfatizamos que as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras (CFESS - Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, 2010). Neste sentido, se o nosso fazer profissional não estiver em plena sintonia com o projeto ético-político, podemos cair nas teias do conservadorismo e do tecnicismo, tão presentes na trajetória histórica da nossa profissão.

A saúde do trabalhador se apresenta como uma importante área de atuação do assistente social por meio de abordagens individuais ou coletivas, assim como na participação em pesquisas, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores compondo equipes multiprofissionais com perspectiva de trabalho interdisciplinar. Acredita-se que os assistentes sociais, os quais têm um papel no processo de produção e reprodução material e social da força de trabalho, têm muito a contribuir no campo saúde do trabalhador. Que sejam realizadas análises profundas sobre o papel do Estado, Sindicatos, empresas nessa questão.

É improvável ao profissional de Serviço Social ser o mediador de interesses, tanto do seu empregador como dos interesses dos usuários. Necessariamente, o profissional escolhe um desses polos e por meio do seu exercício profissional o fortalece (MATOS, 2015). Todavia, para o assistente social que exerce sua profissão em um serviço que se denomina de Saúde do Trabalhador, necessariamente tem um polo a ser escolhido (trabalhador enquanto sujeito central), caso contrário não é Saúde do Trabalhador.

A saúde do trabalhador, como campo de pesquisa, relaciona saúde/doença ao processo produtivo e se situa dentro da saúde coletiva. Esta, por sua vez, sendo um campo de conhecimento, estuda tal relação enquanto um processo social, que acontece de forma coletiva, diferentemente do que preconiza a medicina do trabalho e a saúde ocupacional – onde o adoecer é visto de forma individual e, quando muito, no segundo caso, organizacional, relativo à redução dos riscos ambientais internos ao local de trabalho.

Compreender a expressão saúde do trabalhador implica segundo Melo (1993), ter como pano de fundo o próprio entendimento de saúde coletiva, que se constituiu nas últimas décadas e que trouxe à discussão a categoria trabalho, na medida em que recorta a questão saúde numa leitura associada ao questionamento sobre em que condições de vida e de trabalho a sociedade brasileira viveu e vive o seu desenvolvimento. Ao procurar entender quais são as necessidades e problemas da sociedade, procura equacioná-los e enfrentá-los.

Concordamos com Fadel Vasconcellos (2007) quando afirma que a saúde pública não assumiu o campo da Saúde do Trabalhador, por incapacidade política e gerencial de lidar com o mundo da produção, historicamente vinculado aos setores estatais do trabalho (primordialmente), da previdência social, da indústria e comércio, da agricultura e, mais recentemente, do meio ambiente, entre os principais. Daí a incapacidade político-gerencial de impulsionar intervenções técnicas sobre o campo das relações produção/ambiente/saúde, em que, como vimos, está inserida indissociavelmente a Saúde do Trabalhador.

A reestruturação produtiva, enquanto expressão do avanço do capital mundializado sobre o campo, a cidade e as florestas, tem contribuído para o agravamento dos conflitos sociais e ambientais, impactando os modos de produzir e viver das comunidades urbanas, camponesas e tradicionais. Neste cenário, avança sobre territórios até então inexplorados para, com a ajuda indispensável do Estado, explorar bens naturais e o trabalho humano. É o que Harvey (2003) qualifica de acumulação por pilhagem, através de práticas predatórias e violentas. De um lado, os impactos da reestruturação produtiva sobre a classe trabalhadora: o desemprego estrutural, a precarização das relações e condições de trabalho, a flexibilização dos direitos trabalhistas e até o comprometimento dos laços de solidariedade de classe. De outro lado, a apropriação acelerada dos bens naturais, correspondendo à expropriação das comunidades; a degradação e a contaminação (RIGOTTO et al, 2013).

Nas últimas duas décadas, cada vez mais os campos da saúde do trabalhador e o ambiental vêm sendo chamados a dialogar entre si. Na compreensão de que o processo saúde/doença dos grupos humanos se determina nas relações sociedade-natureza, através do processo de trabalho, a partir de relações sociais e técnicas historicamente construídas (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O Estado vem demonstrando subordinação aos ditames do capital internacional ao incorporar no modelo de desenvolvimento a expansão das fronteiras e o acesso aos bens naturais para o cultivo de commodities, a empresarização da agricultura, o financiamento generoso dos grandes empreendimentos, bem como a provisão da infraestrutura necessária, a produção da tecnociência que embasa a modernização, as isenções fiscais aos agrotóxicos,

entre outros incentivos. Garante ainda a legitimação simbólica deste modelo, apresentado como superação do “atraso”, como “progresso” e como gerador de empregos, sem questionar a complexa teia de impactos sobre os trabalhadores e os territórios atingidos. *Agro é tech? Agro é pop? Agro é tudo? Não, Agro mata!*

Como parte da Política Nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora (Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012), os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) tem importante papel a desempenhar no envolvimento de toda a rede do SUS na atenção a estes grupos, superando as dificuldades já detectadas em diferentes estudos. Para além da incidência sobre a política pública de saúde do trabalhador, a resistência de movimentos sociais e populações atingidos por grandes empreendimentos a este modelo de desenvolvimento mostra-se como possibilidade de defesa da Saúde do Trabalhador.

A luta contra o agronegócio tem como propulsores a questão dos agrotóxicos e a defesa do acesso igualitário à água, para o que contribuiu o conhecimento das consequências dessa “modernização” agrícola. As manifestações de resistência dos movimentos e comunidades camponesas são visualizadas em ações diversas: promoção de seminários para o fortalecimento das sementes crioulas ou acerca dos impactos do agronegócio/agrotóxicos sobre a saúde, o trabalho e o meio ambiente; realização de atos públicos; discussão do perímetro irrigado/agronegócio/agrotóxicos nas comunidades atingidas; articulação em redes estaduais e nacionais, como a reunida na Campanha Nacional contra os Agrotóxicos e pela Vida. A Saúde do Trabalhador precisa se apropriar deste debate.

Perdeu-se o conceito de saúde do trabalhador quando se deixou de tê-lo como referencial não só da luta de classes, mas, principalmente como referencial da reforma sanitária, conforme a proposta original italiana. Tal posicionamento indica romper com uma concepção reducionista, assistencialista da política de saúde. Contudo, realizar a passagem da intenção para a ação requer um longo e árduo percurso, que envolve, além do gestor, trabalhadores da saúde e, sobretudo, movimentos sociais.

A hipótese central que norteou este estudo é que os assistentes sociais, pela formação, podem (e devem) ser sujeitos políticos importantes no fortalecimento da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde, podendo traçar estratégias que possam viabilizar a melhoria das condições de trabalho do processo produtivo de determinadas regiões em articulação com os movimentos sociais locais. Para atingir tal finalidade é fundamental o fortalecimento dos espaços coletivos e a criação de mecanismos de inserção desses trabalhadores na gestão das unidades de saúde. A luta pela democratização das relações de trabalho e socialização das informações tem que ser uma meta dos trabalhadores da saúde.

Contudo, o que se percebeu neste estudo é que a Saúde do Trabalhador continua em guetos ou envolta em uma ilha, presa em um conhecimento que poucos se apropriam. É preciso sair da zona do conforto dos serviços e ocupar territórios desconhecidos.

Claro, a participação dos trabalhadores foi colocada como central pelos assistentes sociais através dos Conselhos de Saúde, e muitos centralizam suas ações nas capacitações aos conselhos de saúde, mas os movimentos sociais estão presentes nestes espaços? Creio que não. Vários estudos (e aqui também é ratificado) enfatizam a ausência dos movimentos sociais urbanos e rurais nos conselhos. Podemos citar, como exemplo, o MTST, MST (os mais fortes em termos de organização), não estão.

Os trabalhadores, em todo o mundo, não estão aceitando pacificamente as ações de contrarreforma da burguesia. Desconstruindo outro mito, mostram que a história não acabou, ainda menos a luta de classes: resistem, combatem!

Hoje, quais mecanismos e instrumentos a classe trabalhadora poderá construir para o enfrentamento à situação vivida? Que sujeitos políticos se colocarão na condução do processo? Uma questão já se pode constatar: mesmo com a desmobilização, o medo do desemprego e o transformismo que modificou o posicionamento ídeo-político de variados setores da esquerda, de partidos e do movimento sindical, a greve continua no centro das ações dos trabalhadores, aumentando de intensidade, neste momento, em alguns países. Combinam-se com outras ações (como, por exemplo, as ocupações) e continuam tendo como sujeitos desses movimentos, os trabalhadores organizados.

Isso expressa a persistência da perspectiva combativa de setores da esquerda e dos trabalhadores organizados. Ao mesmo tempo, mostra que o impacto das derrotas sofridas pela esquerda na luta de classes não arrefeceu diversas organizações dos trabalhadores que, embora minoria, continuam buscando tornar-se sujeitos políticos coletivos voltados para a superação da ordem do capital. Mesmo considerando o processo de isolamento a que estão submetidos e a crise pela qual passa o movimento sindical e (partidário também), ainda hoje, isto é significativo.

Foi possível com este estudo perceber muitos limites no processo de implantação e efetivação da política de saúde do trabalhador no Rio de Janeiro, mas não se pode perder de vista que também existem avanços. Mas, há que considerar, todavia, que para alcançar essas intencionalidades é necessário que ocorram mudanças significativas na gestão do CEREST, do sistema de saúde como um todo, especificamente no que diz respeito a sua integração. Para finalizar muito se tem falado em saúde do trabalhador, mas efetivamente as ações ainda deixam muito a desejar. Pois, evidenciou-se um grande descompasso entre o que a legislação

propõe e o que é realizado pelos CERESTs.

Deve ser frisado que se faz necessária a realização de estudos que se proponham a diagnosticar e avaliar o processo de efetivação da política de saúde do trabalhador, bem como estudos setoriais acerca dos processos de trabalho e dos agravos que acometem os trabalhadores. Acredita-se que os assistentes sociais, os quais têm um papel no processo de produção e reprodução material e social da força de trabalho, têm muito a contribuir no campo saúde do trabalhador. Que sejam realizadas análises profundas sobre o papel do Estado, Sindicatos, empresas nessa questão. Quem sabe assim, não se construa as possibilidades reais para dar substância as ações do CEREST.

Portanto, nesta atual conjuntura, de acordo com Netto (2004), só nos resta, enquanto categoria profissional, preservar, contraventos e marés, a autonomia para conduzir e aprofundar as exigências do projeto ético-político.

Ou ainda como escreveu Gramsci (2016), do sonhar de olhos abertos e do fantasiar. Imagina-se que um fato tenha ocorrido e que o mecanismo da necessidade tenha sido invertido. A própria iniciativa se tornou livre. Tudo é fácil. Pode-se tudo aquilo que se quer e se quer toda uma série de coisas que não se possui presente. No fundo, é o presente invertido que se projeta no futuro. Tudo o que é reprimido se desencadeia. É preciso, ao contrário, dirigir violentamente a atenção para o presente assim como é, se se quer transformá-lo. Pessimismo da inteligência, otimismo da vontade.

*Um convite à subversão
Contra o vigente, desconstrução!
Sem nada que alivie, revide!
Nuvens nada sabem sobre fronteiras
Nosotros sí
Afrontemos!
(Jayme Perin Garcia)*

REFERENCIAS

ABEPSS. Proposta Básica para o projeto de Formação Profissional: novos subsídios para o debate. In: Serviço Social & Sociedade. S. P, Cortez, n. 50, 1996.

ALVERGA, Carlos Frederico Rubino Polari de. Teoria marxista do estado capitalista: uma comparação entre Gramsci e Poulantzas. Disponível em <http://jus.com.br/artigos/18964/teoria-marxista-do-estado-capitalista-uma-comparacao-entre-gramsci-e-poulantzas/3#ixzz3nnMgrZBI>

AMARAL, A. S. Qualificação dos trabalhadores e estratégia de hegemonia: o embate de projetos classistas. Tese de doutorado em Serviço Social. Rio de Janeiro, UFRJ, 2005.

ANTUNES, Ricardo. Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 7ª ed. Versão Ampliada – São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Os Sentidos do Trabalho – Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. A Corrosão do Trabalho e a Precarização Estrutural. In: Aveso do Trabalho III: Saúde do trabalhador e questões contemporâneas. Edvânia Ângela de Souza Lourenço; Vera Lucia Navarro (Orgs) – 1 ed. – São Paulo: Outras expressões, 2013;

_____. O que é sindicalismo. Col. Primeiros Passos, vol. 24. São Paulo, Abril Cultural, Brasiliense, 1985.

_____. A rebeldia do trabalho: o confronto operário no ABC paulista: as greves de 1978/80. São Paulo: Ensaio, Campinas (SP): Editora da UNI- CAMP, 1988.

_____. O Novo Sindicalismo. São Paulo, Ed. Brasil Urgente, 1991.

_____; DRUCK, Graça. A epidemia da terceirização. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III. São Paulo: Boitempo, 2015, p. 13-24.

_____; NOGUEIRA, Arnaldo. O Que São Comissões de Fábricas. Brasiliense, SP, 1981.

ARCARY, Valério. Um Reformismo quase sem Reformas: uma crítica marxista do governo lula em defesa da revolução brasileira. São Paulo: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2011.

AROUCA-TAMBELLINI, a. t. o trabalho e a doença. In: GUIMARÃES, r. (org.). Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 93-119.

AVRITZER, L. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: AVRITZER, L. (org.). Experiências nacionais de participação social. São Paulo: Cortêz, 2009;

_____. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. Opinião Pública, Campinas, v. 14, n. 1, p. 43-64, jun. 2008.

BADARÓ, Marcelo. O ponto a que chegamos: sobre a luta de classes na conjuntura do golpe de 2016. Disponível em: <http://blogjunho.com.br/o-ponto-a-que-chegamos-sobre-a-luta-de-classes-na-conjuntura-do-golpe-de-2016/> - 6 de setembro de 2016

BANCO MUNDIAL. Documento do Banco Interamericano de Desenvolvimento. Brasil: Documento de País. Julho de 2000.

_____. Salud: documento de política sectorial. Washington D.C., 1975.

_____. Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma. Washington D.C., 1987.

_____. Brasil: novo desafio à saúde do adulto. Washington, D.C., 1991 (série de estudos do Banco Mundial sobre países)

_____. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

_____. A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90. Washington, D.C., 1995 (Relatório n. 12655 – BR).

BARROCO, Maria Lúcia Silva. A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do Serviço Social. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 79, 2004.

_____. Ética e Serviço Social – Fundamentos Ontológicos. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Fundamentos éticos do Serviço Social. In: “Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais”. Versão eletrônica elaborada para o curso à distância - CFESS E ABEPSS CEAD/UNB, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo, Cortez, 2004.

_____. Política Social no contexto da crise capitalista. In: Serviço Social: direitos e competências profissionais – Brasília; CFESS / ABEPSS, 2009.

BERLINGUER, Giovanni. Análise Comparativa das Reformas Sanitárias – Itália / Brasil. Rio de Janeiro: NUPES, 1988.

_____. Medicina e Política. São Paulo: Cebes – Hucitec. 1978.

_____; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Cebes, 1988.

BIANCHI, Alvaro. Dossiê Gramsci e a Política. Croce, Gramsci e a “autonomia da política”. Revista de Sociologia e Política n° 29: 15-30 nov. 2007.

_____. O Laboratório de Gramsci: filosofia, história e política. São Paulo: Alameda, 2008.

_____; BRAGA, Ruy. A financeirização da burocracia sindical no Brasil. Rio de Janeiro, 2012;

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? In: Serviço Social & Sociedade n 79. São Paulo, Cortez, 2004.

_____. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: Serviço Social: direitos e competências profissionais – Brasília; CFESS / ABEPSS, 2009.

BRAGA, Ruy. A Política do Precariado: do populismo à hegemonia lulista. São Paulo: Boitempo, 2012;

_____. Sob a sombra do Precariado. In: Cidades Rebeldes – passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo. Boitempo: Carta Maior, 2013;

_____. A Pulsão Plebeia. Trabalho, precariedade e rebeliões sociais. São Paulo: Alameda, 2015.

BRAGA, José C. S.; PAULA, Sérgio G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo: Hucitec, 1986;

BRAVO, Maria Inês Souza. Saúde, Serviço Social e Capitalismo - Antecedentes históricos. In: Questão da Saúde e Serviço Social. As práticas profissionais e as lutas do setor. Capítulo I. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Serviço Social da PUC/SP. São Paulo, PUC, 1991.

_____. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas e práticas profissionais. São Paulo/ Rio de Janeiro: Cortez/ UFRJ, 1996.

_____. Desafios atuais no controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Serviço Social e Sociedade. São Paulo, ano 27, n. 88, p. 75-100, nov. 2006.

_____. Gestão democrática na Saúde: o potencial dos Conselhos. In: BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. P. (orgs). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2001

_____. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal – Bravo e Matos. In: Bravo, M.I.S; Pereira, P. A.P. Política social e democracia. São Paulo: Editora Cortez. RJ: UERJ, 2001. (p. 197-215).

_____. Breve histórico da Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro e as diversas crises vivenciadas no setor. (p. 13-20). In: Cadernos Metropolitanos n. 5. 5º Seminário de Gestão Participativa. Região Metropolitana I do Rio de Janeiro. Plano Regional – reorganização do SUS na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. Brasília – DF. 2007.

_____. Gestão democrática na Saúde: o potencial dos Conselhos. In: BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. P. (orgs). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2001

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate. In: Bravo, Maria Inês Souza et al. (org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; RJ: UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês et al. (orgs). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 1ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

_____; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A Saúde no governo Lula e Dilma: algumas reflexões. Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. 1ª Ed, p. 43-49 Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2011.

_____. Política de saúde no governo Lula. In: Bravo et al. (org). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 1ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007. Fonte:
http://www.adufRJ.com.br/site/arquivos//documento/documento/doc_148.pdf

_____; MATOS, Maurilio. Projeto Ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: Bravo, M. I. ET AL. (orgs). Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho Profissional. 2ª edição. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2007.

_____; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. In: Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

_____; LIMA, Joseane Barbosa de. O percurso do financiamento das Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro. In: A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza. – 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015;

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma do Estado para a cidadania – a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Editora 34; Brasília: ENAP, 1998.

BRAZ, Marcelo. O Governo Lula e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 78, 2004.

_____. O PAC e o Serviço Social: crescimento para quê e para quem? – Os setenta anos da profissão e os seus desafios conjunturais. In: Serviço Social & Sociedade. Cortez Editora, São Paulo, n. 91, 2007.

_____. Notas sobre o projeto ético-político do Serviço Social. In CRESS 7a. Região. Assistente social: ética e direitos. Rio de Janeiro: CRESS/7a. Região, 2005.

_____. Um golpe nas ilusões democráticas. Blog Boitempo, 2016.

BUONICORE, Augusto César. Torino Rossa: os Conselhos de Fábrica na Itália. In: revista Debate Sindical, nº 31, set-nov/1999.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990 – Brasília, 1991.

_____. Lei Orgânica da Saúde nº 8142 de 28 de dezembro de 1990 – Brasília, 1991.

_____. Portaria nº 1.679 - RENAST, DE 19 DE SETEMBRO DE 2002 Dispõe sobre a Estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. DOU nº 183 – Seção 1, Sexta-feira, 20 de setembro de 2002.

Portaria no 2.728 de 11 de novembro de 2009

_____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, 2012;

_____. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011 - Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília, 2011;

CALEFI, Fabíola. Por que a fusão entre Bayer e Monsanto prejudica os brasileiros. Disponível em <http://esquerdaonline.com.br/2016/09/22/por-que-a-fusao-entre-bayer-e-monsanto-prejudica-os-brasileiros/> - 22/09/2016;

CAVALCANTI, Cecília Paiva Neto Aspectos teórico-conceituais e históricos da construção do Campo da Saúde do Trabalhador. Curso de capacitação em promoção e vigilância em saúde do trabalhador (PASS-SIASS). Rio de Janeiro, UFRJ, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS (CFAS). Fiscalização do Exercício Profissional do Assistente Social, Relatório do I Encontro Nacional sobre a Fiscalização do Exercício Profissional. Brasília, 1990.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL- CFESS (Org.). Assistentes Sociais no Brasil – Elementos para o Estudo do Perfil Profissional. Brasília, 2005.

_____. Reflexões sobre atribuições privativas do (a) assistente social. In: Em Questão: Atribuições Privativas do (a) Assistente Social. Brasília, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS 7ª. Região). 4. ed. Assistente Social: Ética e Direitos: Coletânea de Leis e Resoluções, Rio de Janeiro, 2005.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. Lua Nova n.º 19. São Paulo, 1989, p.123-40.

COHN, Amélia & Elias, Paulo Eduardo M. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/UFRJ, 1996.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. 1ª Ed, p. 43-49 Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2011;

_____. Sociedade Civil e Controle Social: desafios para o Serviço Social. In: Bravo, Maria Inês Souza, Menezes, Juliana Souza Bravo. Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012;

_____. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 111-138.

COSTA, Maria Dalva H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos Assistentes Sociais. Serviço Social & Sociedade n° 62. São Paulo: Cortez, 2000;

COSTA, M. R. As Vítimas do Capital: os acidentados do trabalho. Rio de Janeiro: Achiamé, 1981;

COSTA, K.C.F. Análise da Trajetória do Controle Social em Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009;

COUTINHO, Carlos Nelson. Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. “Por que Gramsci?” In.: Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Intervenções: o marxismo na batalha das idéias. São Paulo: Cortez, 2006;

_____. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

COUTINHO, Carlos Nelson. Gramsci, LPM, SP, 1981.

_____. A Dualidade de Poderes. Ed. Brasiliense. São Paulo, 1985.

DANTAS, André Vianna. Do socialismo à democracia: dilemas da classe trabalhadora no Brasil recente e o lugar da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro, 2014. (Tese) - Escola de Serviço Social, UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DEMIER, F. As transformações do PT e os rumos da esquerda no Brasil. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2003.

_____. Das lutas operárias às reformas reacionárias: uma proposta de periodização da trajetória do Partido dos Trabalhadores. In: História e luta de classes, n.º 5, 2008.

DI MARIO, Marilane Carneiro; AMORIM, Mário Lopes. Contribuições de Asa Laurell para a compreensão da Saúde dos Trabalhadores. (Org.) Edvânia Angela de Souza Lourenço. Saúde do/a Trabalhador/a e Serviço Social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo (no prelo), 2016;

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implantar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, out./dez. 2005;

DIAS, Edmundo Fernandes. Reestruturação produtiva: forma atual da luta de classes. Revista Outubro. Edição 01, 1998.

DIEESE. Trabalho e Reestruturação Produtiva. São Paulo, 1994.

- DURÁN, Paulo Renato Flores. Dilemas da participação social nos Conselhos de Saúde: o papel político dos conselheiros no âmbito estadual do Rio de Janeiro. *Desigualdade & Diversidade – Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio* edição dupla, nº 12, jan/dez, 2013, pp. 61-90;
- DRAIBE, Sonia. Desenvolvimento de Políticas de Saúde nos Anos 80: o caso brasileiro. Campinas, NEPP/IPLAN (4), 1990;
- DRUCK, Graça. A terceirização no setor público e a proposta de liberalização da terceirização pelo PL 4330. In: Blog da Boitempo. Disponível em: Acesso em: 12, set. 2015;
- ENGELS, Friedrich, 1820-1895. A situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra. Tradução B. A. Schumann; supervisão, apresentação e notas José Paulo Netto – Edição revista - São Paulo: Boitempo, Mundo do Trabalho – Coleção Marx-Engels, 2010.
- ESCOREL, Sarah. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- _____. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 29(10), p. 1938-1940, out. 2013.
- _____; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). *Saúde e Democracia – história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005a. p. 83-120.
- FACCHINE, L. A. et al. Modelo operário e percepção de riscos ocupacionais. O uso exemplar de estudo descritivo. In: *Revista Saúde Pública*. São Paulo 25(5). p. 394-400, 1991.
- FADEL DE VASCONCELOS, Luiz Carlos. *Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma política de Estado*. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, 2007;
- _____. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. Fundacentro. São Paulo, 2013;
- _____; COSTA LEÃO, L.H. da. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): uma rede que não enreda. In: FADEL DE VASCONCELOS, L.C.; BARROS, M.H. (orgs). *Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011;
- _____; RIBEIRO, F.S.N. A Construção e a Institucionalização da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: FADEL DE VASCONCELOS, L.C.; BARROS, M.H. (orgs). *Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011;
- FERRARI, Welton et al. *Saúde do Trabalhador no Processo de Municipalização. Trabalho de conclusão do Curso de Aperfeiçoamento*. CESTH / ENSP / Fiocruz. Rio de Janeiro, 1996.
- FERRAREZ, Cynthia Santos. *Mercantilização da Educação Superior Brasileira e a Formação Profissional do Serviço Social*. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 16, n. 31, jan/jun. 2016;

FIRPO, Marcelo Porto. Saúde do Trabalhador e Modelo de Desenvolvimento: aprofundando as origens e as contradições dos entraves. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. Vol.38 • nº 128 jul/dez 2013;

FLEURY, Sonia. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: FLEURY, Sonia (org) Reforma Sanitária – em busca de uma teoria. ABRASCO / Cortez Editora. Rio de Janeiro, 1995.

_____. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: Anais da 8 Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

_____. Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. *Saúde em Debate*, p.44, 1994.

_____. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. 324p.

FLEURY, Sonia & MENDONÇA, Maria Helena. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: FLEURY, Sonia (org) Reforma Sanitária – em busca de uma teoria. ABRASCO/Cortez Editora. Rio de Janeiro, 1995;

_____. Saúde do Trabalhador e Serviço Social: Possibilidades pelo Averso do Averso. Tese de Doutorado em Serviço Social. PUC / São Paulo, 1997;

_____. O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador diante da Reestruturação Produtiva nas Empresas. In: MOTA, Ana E. (org.). A Nova Fábrica de Consensos. São Paulo: Cortez, 1998;

FREIRE, Lúcia M. B. O Serviço Social na Reestruturação Produtiva – espaços, programas e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2003;

_____. Movimentos Sociais e Controle Social em Saúde do Trabalhador: inflexões, dissensos e assessoria do Serviço Social. *Serv. Soc.*, N 102, 2010, p. 289-313;

FONTES, Virgínia. O Brasil e o Capital-imperialismo. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Editora UFRJ, 2010;

GAZE, Rosângela; LEÃO, Luiz Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. Os movimentos de luta dos trabalhadores pela saúde. In: Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel; Oliveira, Maria Helena Barros de (orgs.). Saúde, trabalho e direito - Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011;

GERSCHMAN, S. A democracia inconclusa - um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

GIANNOTTI, V. História das lutas dos trabalhadores no Brasil. Rio de Janeiro, Mauad X, 2007;

GOMEZ- MINAYO, C. & THEDIN-COSTA, S. M. F. A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: percursos e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. p. 21-32., 1997.

GRAMSCI, Antônio. "Os intelectuais. O princípio educativo". In.: Os Cadernos do cárcere. 3. ed. v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

_____. Cartas do Cárcere volume 2, 1931/1937 edição: Carlos Nelson

Coutinho. Luiz Sérgio Henriques (org. introdução e tradutor). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005;

_____. Cadernos do Cárcere, volume 3. Carlos Nelson Coutinho (editor e tradutor), Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira (co-eds). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016;

_____. Cadernos do Cárcere, volume 4. Carlos Nelson Coutinho (editor e tradutor), Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira (co-eds). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001;

_____. Americanismo e fordismo. In: GRAMSCI, Antônio. Maquiavel, a política e o Estado Moderno. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

_____. Concepção dialética da história. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966.

GRAMSCI, A. e BORDIGA, A. Conselhos de Fábricas, Brasiliense, SP, 1981;

GRANEMANN, Sara. Para uma interpretação marxista da 'previdência privada' - Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Doutor em Serviço Social, setembro de 2006;

_____. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. 1ª Ed, p. 43-49 Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2011.

_____. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: In: BRAVO, M. I. S. et al. (org). Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

GRANEMANN, Sara. Previdência social: da comuna de paris aos (falsos) privilégios dos trabalhadores. In: Avesso do Trabalho III: Saúde do trabalhador e questões contemporâneas. Edvânia Ângela de Souza Lourenço; Vera Lucia Navarro (Orgs) – 1 ed. – São Paulo: Outras expressões, 2013;

HARVEY, David. Condição pós-moderna. Edições Loyola, São Paulo, 11ª edição, 2002.

IAMAMOTO, Marilda V. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS. Atribuições privativas do (a) assistente social em questão. Brasília, CFESS, 2002.

_____. Serviço Social em Tempo de Capital Fetico: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social – Ensaio Crítico. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. A Questão Social no Capitalismo. *Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*. ABEPSS, v. 2, n. 3, p. 9-32, jan./jun. 2001;

IAMAMOTO, Marilda V. & CARVALHO, Raul de. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 7 ed. São Paulo: Cortez, 1990.

IASI, Mauro Luís. As metamorfoses da consciência de classe: o PT entre a negação e o consentimento. São Paulo. Expressão Popular, 2006;

_____. Lei de greve para o funcionalismo público: o ovo da serpente. 06 de setembro de 2012b. Disponível em: <http://boitempoeditorial.wordpress.com/category/colunas/mauro-iasi/>

_____. A Rebelião, a cidade e a consciência. In: Cidades Rebeldes – passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo. Boitempo: Carta Maior, 2013;

_____. A PEC 241 e o Estado. Disponível em <https://blogdaboitempo.com.br/2016/10/17/a-pec-241-e-o-estado/> - 17/10/2016

_____. O Usurpador e o Caminho da Usurpação. Disponível em <https://blogdaboitempo.com.br/2016/05/20/o-usurpador-e-o-caminho-da-usurpacao/> - 20/03/2016;

HOEVELER, Rejane Carolina. PEC 241: de volta à terapia de choque. Disponível em: <http://blogjunho.com.br/pec-241-de-volta-a-terapia-de-choque/> - 29 de agosto de 2016;

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde do estado do Rio de Janeiro: complexidades e paradoxos do controle social. In: UGÁ, M. A. de et al.(orgs.). A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 89-118;

_____. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (orgs.). Saúde e Democracia – história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos Trabalhadores: Cenário e Desafios. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: ENSP, v. 13, supl. 2, 1997.

_____. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. *Saúde e Sociedade*, 3:41-59. 1994.

_____. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 757-766, 2007.

_____. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. 414 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

_____. O campo saúde do trabalhador: epistemologia, desafios e lacunas. In: *Avesso do Trabalho III: Saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. Edvânia Ângela de Souza Lourenço; Vera Lucia Navarro (Orgs) – 1 ed. – São Paulo: Outras expressões, 2013;

_____. Saúde do trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: BRASIL. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, textos de apoio. Coletânea, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Emprego/Ministério da Previdência Social, n. 1, 2005.

_____.; MINAYO-GOMEZ, Carlos. Saúde do Trabalhador: novas - velhas questões. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 797-807, 2005.

LARA, Ricardo. *As tendências de estudo sobre o mundo do trabalho no serviço social*. UFGVM, MG, 2010.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *O Processo de Trabalho e Saúde – trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Editora Hucitec, 1989;

_____. “Medicina y capitalismo en México”, in: *Cuadernos Políticos*, n. 5, p. 6-16, 1975.

_____. “Saúde e trabalho: os enfoques teóricos”, in: NUNES, E. D. (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1985, p. 255-276.

LEHER, Roberto. Fórum Social Mundial: uma combinação de espaço de catálise de movimentos com uma consistente agenda anti-imperialista. *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 19, 2007.

LENIN, V. I. *Que Fazer? Problemas candentes do nosso movimento*. Tradução Marcelo Braz – 2 Ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2015;

_____. *Imperialismo, Estágio Superior do Capitalismo*. 1 ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2012;

_____. *O Estado e a Revolução*. 1 ed. – São Paulo: Expressão popular, 2007;

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. *Na Trilha da Saúde do Trabalhador: a experiência de Franca/SP*. Tese – Doutorado – Serviço Social – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP, 2009;

LÖWY, Michael. Conservadorismo e extrema-direita na Europa e no Brasil. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 124, p. 652-664, out./dez. 2015;

MACEDO, M.E.; MAIA, J.G.; MONTEIRO, M.G. *Sociedade em Movimento: trajetórias de participação social na Baixada Fluminense*. 1 ed. Rio de Janeiro: Imprima Express: UERJ, 2007;

MACHADO, Jorge Mesquita H. et al. 2º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2010-2011. *Acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011*. Ministério da Saúde, 2013.

MANDEL, E. *Da comuna a maio de 68: escritos políticos 1*. Lisboa, Antídoto, 1979.

_____. O Capitalismo Tardio. Col. Os economistas. São Paulo, Abril Cultural, 1982.

MARCONSIN, Cleier. Cerco aos direitos trabalhistas e crise do movimento sindical no Brasil contemporâneo. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro — RJ. [Sn], 2009.

MARX, Karl. Contribuição à Crítica da Economia Política. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003;

_____. O Capital: crítica da economia política livro I. 28 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

_____. O Dezoito Brumário de Louis Bonaparte. São Paulo: Centauro, 2006;

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. A ideologia alemã. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. O manifesto comunista. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

MATOS, Maurílio Castro de. O Debate do Serviço Social na Saúde na Década de 90. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo; Cortez, n. 74, 2003.

_____. Serviço Social e Saúde – reflexões para o exercício profissional. São Paulo, Cortez Editora, 2013.

_____. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 124, p. 678-698, out./dez. 2015;

_____. Assessoria e consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S. & MATOS, M. C. de. Assessoria, Consultoria & Serviço Social. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

MATTOS, M. B. Entregando as mãos para não perder os dedos: o sindicalismo brasileiro e o desemprego. In Revista Outubro, n 0 1. São Paulo, Instituto de Estudos Socialistas, 1998a, pp.53-64.

_____. Novos e Velhos Sindicalismos. Rio de Janeiro, Vício de Leitura, 1998b.

_____. Greves e repressão policial aos sindicatos no processo de formação da classe operária carioca (1850-1910). In MATTOS, M. B. (org.). Trabalhadores em greve, polícia em guarda: greves e repressão policial na formação da classe trabalhadora carioca. Rio de Janeiro, Bom Texto/FAPERJ, 2004, pp.9-58.

MEDEIROS, J. Ilusões Perdidas. In: Diário Liberdade, 12 de janeiro de 2011.

MELO, Daniela Tranches de. Movimentos Sociais e Institucionalização de políticas públicas de saúde no Brasil. 1 ed. Rio de Janeiro: MAUAD x: FAPERJ, 2015;

MENDES, E. V. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996;

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. Revista. Saúde Pública 25. São Paulo, 1991.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011;

_____. Formação em Saúde do Trabalhador. In: XI ENPESS - Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2008. São Luís. Anais eletrônicos. ABEPSS, São Luís, 2008.

MENEZES, Juliana Souza Bravo. O Conselho Nacional de Saúde na atualidade: reflexões sobre os limites e desafios. In: Bravo, Maria Inês Souza, Menezes, Juliana Souza Bravo. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012;

_____. Os Governos do Partido dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”. *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes*. – 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

MÉSZÁROS, István. *A Montanha que Devemos Conquistar: reflexões acerca do Estado*. 1 ed. – São Paulo: Boitempo, 2015;

MIOTO, R.C.T; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009;

MONTAÑO, Carlos. *O Serviço Social na América Latina e o Debate no Brasil*. In: *Revista em Pauta 22*. UERJ. Rio de Janeiro, 2009;

MOTA, Ana Elizabete. Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 120, p. 694-705, out./dez. 2014;

_____. Trabalho e trabalhadores do calçado. *A indústria calçadista de Franca: das origens artesanais à reestruturação produtiva*. São Paulo: Expressão Popular, 2006;

_____. *Seguridade Social brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes*. IN: MOTA, et. al. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. *A centralidade da Assistência Social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000*. IN: MOTA, Ana Elizabete (org.). *O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo. *Uma face contemporânea da barbárie*. Texto da comunicação de José Paulo Netto na seção temática “O agravamento da crise estrutural do capitalismo. O socialismo como alternativa à barbárie”. Rio de Janeiro, 2010;

_____. *A Conjuntura Brasileira: O Serviço Social posto à Prova*. *Revista Serviço Social & Sociedade 79*. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. *Transformações Societárias e Serviço Social – Notas para uma Análise Prospectiva da Profissão no Brasil*. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, v. 17, n. 50, p. 87-132, abr., 1996.

_____. Para a Crítica da Vida Cotidiana. In: NETTO, J. P. & FALCÃO, M. C. Cotidiano: conhecimento e crítica. São Paulo, Cortez, 1987.

_____. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. “O Movimento de Reconceituação 40 anos depois”. In: Serviço Social e Sociedade, nº 84. São Paulo: Cortez Ed. 2005;

_____. A construção do projeto ético-político do serviço social frente à crise contemporânea. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: CEAD/UNB, 1999. Módulo 1.

_____. Ditadura e Serviço Social – Uma Análise do Serviço Social no Brasil Pós-64. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. Notas sobre marxismo e Serviço Social, suas relações no Brasil e questão do seu ensino. Cadernos ABESS, São Paulo, n. 4, 1991.

_____. A construção do projeto ético-político do serviço social. in: Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional, 2007.

NETTO, José Paulo. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1992;

NOBRE, Leticia Coelho da Costa. A política do possível ou a política da utopia? Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Vol.38 • nº 128 jul/dez 2013;

NUNES, Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. Revista Ciênc. Saúde Coletiva;13(3):909-916, maio-jun. 2008.

ODDONE, I. et al. Ambiente de trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1986.

OLIVAR, S. M. P. o Campo Político da Saúde do Trabalhador e o Serviço Social. In: Serviço Social & Sociedade número 102, São Paulo, 2010;

OLIVEIRA, Carolina Alves de. Saúde, cidade e a lógica do capital: o município do Rio de Janeiro em questão. In: A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza. – 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015;

ORTIZ, Fátima da Silva Grave. O Serviço Social e sua Imagem: avanços e continuidades de um processo em construção. Tese de doutorado apresentada à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, Escola de Serviço Social, 2007.

_____. O Serviço Social no Brasil – os fundamentos de sua imagem social e da autoimagem de seus agentes. Rio de Janeiro: E-Papers, 2010;

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira - contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008b.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan. /abr. 2009.

PAIVA, Maria Julia de. A influência do pensamento de Antonio Gramsci no modelo operário italiano de saúde do trabalhador. Rio de Janeiro, ENSP-FIOCRUZ, Dissertação de Mestrado apresentada em março de 2012;

PAIVA, M. J de e Vasconcelos, L C F. Modelo Operário Italiano: o surgimento do campo da saúde do trabalhador. In: Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel; Oliveira, Maria Helena Barros de (orgs.). *Saúde, trabalho e direito - Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011;

PALMA, José João Lanceiro da. *Lutas Sociais e Construção do SUS: o movimento de saúde da zona leste da cidade de São Paulo e a conquista da participação popular na saúde*. Tese (doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, 2013;

PARADA, Roberto. A construção do sistema estadual de saúde: antecedentes e formas de inserção. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, 2001, p. 19-104;

PIGNATI, Wanderlei. O processo saúde-trabalho-doença, os sindicatos e os desafios para a vigilância em saúde do trabalhador. In: *Averso do Trabalho III: Saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. Edvânia Ângela de Souza Lourenço; Vera Lucia Navarro (Orgs) – 1 ed. – São Paulo: Outras expressões, 2013;

PINA, Herval. *De que adoecem e Morrem os Trabalhadores na Era dos Monopólios – 1980-2014*. São Paulo, 2014;

PINASSI, Maria Orlanda. *Movimentos Sociais de Massa e a Crise Estrutural do Capital*. In: *Averso do Trabalho III: Saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. Edvânia Ângela de Souza Lourenço; Vera Lucia Navarro (Orgs) – 1 ed. – São Paulo: Outras expressões, 2013;

PINASSI, Maria Orlanda; DUARTE, Felipe Augusto. *Expansão do capital e crise estrutural no Brasil. Reflexões sobre a reestruturação política e a crise social*. Disponível em <http://www.passapalavra.info/2016/05/108248> - 10/05/2016;

POULANTZAS, Nicos. *Poder Político e Classes Sociais*. São Paulo: Martins Fontes, 1977;

POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o poder, o socialismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

RECH, Lucas Trentin. *O capitalismo de Estado Burguês e o Imperialismo*. Disponível em Blogconvergencia.org – acessado em 23 de março de 2014;

POZZEBOM, Fabio Rodrigues. *O lobby e a força da indústria farmacêutica no Brasil*. Publicado 22/08/2016 13h15. Disponível pela Agência Brasil;

REZENDE, C. Modelos de gestão na saúde. In: BRAVO, M. I. S. et. al. (Org.) *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: Rede Sirius – ADUFRJ Ssind, 2008;

RIBEIRO, Herval Pina. *De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores na Era dos Monopólios 1980-2014*. São Paulo, 2014;

RIBEIRO, F.S.; LEÃO, L.H.C.; COUTINHO, S.R.A. Saúde do Trabalhador no Brasil nos Anos 1990 e 2000, do Período da Audácia ao Desbrío. In: Em Pauta. Rio de Janeiro. V. 11, 2013, p. 39-63;

RIBEIRO, H. P.; LACAZ, F. a. c. (org.). d e que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo: IMESP/DIESAT, 1984.

RIGOTTO, Raquel Maria et al. Saúde do Trabalhador e Questão Ambiental. In: O Averso do Trabalho III. Edvânia Ângela de Souza Lourenço; Vera Lucia Navarro (Orgs) – 1 ed. – São Paulo: Outras expressões, 2013;

RODRIGUEZ NETO, E. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 260p.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro, Campus, 1979;

SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./ abr. 2009.

SAKAMOTO, Leonardo. Quem quer aposentadoria aos 65 anos nunca cortou cana ou carregou cimento. Disponível em:
<http://blogdosakamoto.blogosfera.uol.com.br/2016/09/12/quem-quer-aposentadoria-aos-65-anos-nunca-cortou-cana-ou-carregou-cimento/> Acesso em: 12 de setembro de 2016.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde Mental e Trabalho. In: Cidadania e loucura - políticas de saúde mental no Brasil. S. A. Tundis & N. R. Costa (orgs.). Rio de Janeiro: Vozes. 2ª edição. p. 217-288, 1990.

SILIANSKY DE ANDREAZZI, Maria de Fátima. O Público e o Privado na Atenção à Saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: Bravo, Maria Inês Souza, Menezes, Juliana Souza Bravo. Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012;

_____. ANDREAZZI, Cecilia; CARUSO, Rafael. Zika e Microcefalia: entre o capital e a saúde pública. Disponível em anovademocracia.com.br. N 167, abril de 2016;

SILVA, Ionara Ferreira da. O Processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, abril de 2000;

SILVA, José Antônio Ribeiro de Oliveira. A Flexibilização da Jornada de Trabalho e seus Reflexos na Saúde do Trabalhador. In: Averso do Trabalho III: Saúde do trabalhador e questões contemporâneas. Edvânia Ângela de Souza Lourenço; Vera Lucia Navarro (Orgs) – 1 ed. – São Paulo: Outras expressões, 2013;

SIVIERI, L. H. Saúde no trabalho e mapeamento dos riscos. In: Saúde, meio-ambiente e condições de trabalho – conteúdo básico para uma ação. São Paulo: CUT/Fundacentro. p. 75-111., 1995;

SOPHIA, Daniela Carvalho. O CEBES e o Movimento de Reforma Sanitária: história, política e saúde pública (rio de janeiro, 1970-1980). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2012.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. Modelo Assistencial no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, M. I. S. et al. Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 2001;

SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). As Ideologias da contrarreforma e o Serviço Social. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010;

_____. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

STOTZ, Eduardo Navarro. Movimentos sociais e saúde: notas para uma discussão. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 264-268, abr./jun. 1994.

TAMBELLINI, A. T. O Trabalho e a Doença, in: GUIMARÃES, R. (org.). Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 93-119.

_____. “A política oficial de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil na área de saúde e trabalho: discurso e prática”, in: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (org.). Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, 1984.

_____; PORTO, M. F. S.; GALVÃO, L. A. C.; MACHADO, J. M. H. et al. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: análises e perspectivas. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 1986.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. A Fundação Estatal de Direito Privado na Saúde: um modelo de gestão democrática? In: Bravo, Maria Inês Souza, Menezes, Juliana Souza Bravo. Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

VAINER, Carlos. Quando a Cidade vai às Ruas. Cidades Rebeldes: Passe Livre e as Manifestações que Tomaram as Ruas do Brasil. 1 ed. São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013;

VASCONCELOS, Ana Maria de. A Prática do Serviço Social – Cotidiano, Formação e Alternativas na Área de Saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. A Questão do Método na Teoria Social. UERJ /FSS. Setembro de 1995;

_____. A/O Assistente Social na Luta de Classes – Projeto Profissional e Mediações Teórico-Práticas. 1 ed. – São Paulo: Cortez, 2015.

VASCONCELOS, Ana Maria. Relação teoria/ prática: o processo de assessoria/ consultoria e o Serviço Social. In: Serviço Social e Sociedade nº 56. São Paulo: Cortez, 1998 pp. 114-134.

VÉRAS, Roberto. Brasil em Obras, Peões em Luta, Sindicatos Surpreendidos. In: Revista Crítica de Ciências Sociais, 103, maio 2014: 111-136.

Apêndice 1 – Instrumental: Roteiro de Entrevista



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

Instrumento de Coleta de Dados (Entrevista – Assistentes Sociais dos CEREST e PST)

1 - Identificação da Instituição:

Município / Região: _____

Ano de Implantação do CEREST ou PST: _____

O CEREST tem Conselho Gestor: _____

O município tem CIST (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador): _____

Qual a formação profissional do Coordenador:

Profissionais existentes no CEREST e ou PST (quantidade e formação profissional):

Quantos assistentes sociais:

O número de assistentes sociais é o mesmo desde a implantação do CEREST:

Em caso de afastamento, especificar o tipo e o motivo:

2- Perfil Profissional:

Sexo () F () M

Idade: _____ anos

Tipo de vínculo: () Estatutário () Cooperativado () Terceirizado () Celetista

() Commissionado () Contratado

Data de ingresso no CEREST e ou PST:

Carga Horária Semanal:

É sindicalizado / tem inserção em sindicatos e/ou associações? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual?

Participa e/ou participou de conselhos de política e de direitos e ou gestor? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual?

Participa e / ou participou de órgãos da categoria? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual? _____

Participa e / ou participou de algum Partido Político (qual):

Pós-graduação: () especialização () Mestrado () Doutorado () Pós Doutorado

Nome da Pós Graduação e onde fez:

Quais autores da (Ciências Sociais/ Ciência Política/ Economia, Saúde Pública, Saúde do Trabalhador,) são referência para a sua prática:

Quais autores do Serviço Social são referência para a sua prática:

Caracterização do Trabalho Profissional:

O Serviço Social possui projeto profissional:

Em caso afirmativo elaborado por quem:

() pelo assistente social () Coordenação () Equipe multidisciplinar () pela equipe de Serviço Social

Qual o eixo central do projeto profissional?

O Serviço Social possui autonomia para definir o objeto, instrumentos de intervenção, metodologias: _____

Em caso negativo, por que:

O Serviço Social realiza ações que não são compatíveis com a profissão: () Sim () Não

Em caso afirmativo, citá-las:

Qual a percepção em relação à Saúde do Trabalhador a partir do Governo do Partido dos Trabalhadores?

Qual a compreensão sobre a RENAST e a PNSTT? É uma política correta?

O Cerest tem cumprido sua função em acordo com a PNSTT: () Sim () Não

Por que?

Qual compreensão sobre Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador?

Quais os objetivos do Serviço Social:

O Serviço Social estabelece articulações com movimentos sociais, sindicatos? () Sim () Não

Em caso positivo cite o nome das entidades:

Há articulações com instituições públicas e ou privadas? () Sim () Não

Se sim quais?

Acontece uma atuação interdisciplinar no Cerest / PST? () Sim () Não

Se sim de que forma acontece?

Considerando as diferentes atribuições da equipe técnica, quais são executadas, exclusivamente, pelo Serviço Social:

Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza () sim () não, por quê?

O espaço é compatível à reserva de sigilo: _____

Em caso negativo, que medidas foram tomadas para tentar solucionar o problema:

() Não foi tomada nenhuma providência () Comunicado verbal à Coordenação

- () Formalização escrita a Coordenação () Comunicação ao CRESS
() Outras iniciativas _____

Sugestão, comentário:

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr(a)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro**”. Este estudo tem objetivo de **analisar o exercício profissional do assistente social na Rede Nacional de Saúde do Trabalhador da Região Metropolitana I e II do Estado do Rio de Janeiro**.

A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas durante uma entrevista. Não haverá risco algum na sua participação. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, a não ser que seja expressamente autorizado por você. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram, a não ser, ainda, que você explicitamente assim o deseje. As pessoas, por acaso, referidas durante a entrevista também terão suas identidades mantidas em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. As entrevistas serão gravadas, e posteriormente, será realizada a transcrição das mesmas. As gravações serão destruídas após cinco anos do término da pesquisa

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail do pesquisador responsável pelo estudo, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Monica Simone Pereira Olivar, doutoranda em Serviço Social. Tel: 99981-8337; e-mail: simone.olivar@gmail.com

Instituição Responsável: Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Rua São Francisco Xavier, 524- 9º andar - Bloco D do Pavilhão João Lyra Filho, no campus Maracanã. Programa de Pós-graduação em Serviço Social - Doutorado em Serviço Social

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura do (a) Entrevistado (a): _____