

Sindicalismo e Saúde no Brasil: A Relação Sistema Único de Saúde (SUS) e os Planos Privados de Saúde na Assistência à Saúde dos Trabalhadores.

Por:
José Augusto Pina

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública
Sérgio Arouca para obtenção do título de mestre

Orientadores:
Hermano Albuquerque de Castro
Maria de Fátima Siliansky Andreazzi

Dezembro - 2005.

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

P645s Pina, José Augusto
Sindicalismo e saúde no Brasil: a relação Sistema Único de Saúde (SUS) e os planos privados de saúde na assistência à saúde dos trabalhadores. / José Augusto Pina. Rio de Janeiro: s.n., 2005.
138 p.

Orientador: Castro, Hermano Albuquerque de
Andreazzi, Maria de Fátima Siliansky
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1.Saúde ocupacional. 2.Cobertura de serviços privados de saúde. 3.SUS (BR). 4.Sindicatos. I.Título.

CDD - 20.ed. – 362.104258

“A Voz do Povo”

Meu samba é a voz do povo
Se alguém gostou
Eu posso cantar de novo
Eu fui pedir aumento ao patrão
Fui piorar minha situação
O meu nome foi pra lista
Na mesma hora
Dos que iam ser mandados embora
Eu sou a flô que o vento jogou no chão
Mas ficou um galho
Pra outra flô brotar
A minha flô o vento pode levar
Mas o meu perfume fica boiando no ar

João do Vale

"Aos que hesitam"

Você diz:

Nossa causa vai mal.

A escuridão aumenta. As forças diminuem.

Agora, depois que trabalhamos por tanto tempo

Estamos em situação pior que no início.

Mas o inimigo está aí, mais forte do que nunca.

Sua força parece ter crescido. Ficou com aparência de invencível.

Mas nós cometemos erros, não há como negar.

Nosso número se reduz. Nossas palavras de ordem

Estão em desordem. O inimigo

Distorceu muitas de nossas palavras

Até ficarem irreconhecíveis.

Daquilo que dissemos, o que é agora falso:

Tudo ou alguma coisa?

Com quem contamos ainda? Somos o que restou, lançados fora

Da corrente viva? Ficaremos para trás

Por ninguém compreendidos e a ninguém compreendendo?

Precisamos de sorte?

Isto você pergunta. Não espere

Nenhuma resposta senão a sua.

Bertold Brecht

Agradecimentos

A minha mãe, Minerva Abdala Pina, que sempre depositou em mim enorme confiança, carinho sem nunca faltar incentivos. A minha companheira Regina, que admiro e renovo meu amor, pelo permanente apoio, solidariedade e compreensão. A Laura e a Renata pela paciência e desprendimento com que se dispuseram ajudar.

Aos orientadores Hermano A. de Castro e Maria de Fátima A. Siliansky pela confiança e apoio, sempre solícitos e comprometidos com o trabalho científico e a defesa da saúde pública. Ao professor Eduardo Stotz pelas valiosas indicações críticas à pesquisa, sua interlocução ampliou minha satisfação, responsabilidade e estímulo para outros trabalhos.

Aos professores e a todos companheiros de trabalho do CESTEHE pelas importantes indicações de estudo, apoio e contribuição. A Kátia e a Blandina companheiras a quem agradeço e compartilho a escolha do tema. A Vanda pelo incentivo e sua colaboração. A Gioconda por sua permanente e carinhosa acolhida desde os primeiros dias no CESTEHE.

Aos companheiros do CeCAC - Centro Cultural Antonio Carlos Carvalho pela grande contribuição propiciada nos grupos de estudo e atividades, desafio coletivo em retomar o marxismo enquanto ciência, teoria e prática, fundamental para a compreensão e transformação da realidade.

Agradeço a Maria Vicência Pugliesi por compartilhar suas idéias e experiências. O aprendizado é enriquecido quando se desfruta da amizade de pessoas comprometidas com o desenvolvimento científico e a melhoria da saúde dos trabalhadores e do povo.

Aos profissionais do Centro de Documentação da Central Única dos Trabalhadores – CUT e do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC/SP, do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho – INST e do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – Diesat pelo apoio prestado no levantamento dos materiais.

Aos colegas de curso Cyro e Helena, cujos momentos estarão sempre presentes, nas aulas, estudos e nas conversas, momentos integrantes da formação. A Mariza Almeida por seu permanente incentivo. Aos funcionários da biblioteca da ENSP na pessoa de Marcos e Elizabete pela pronta atenção ao longo do curso.

Resumo

Esta dissertação discute o sindicalismo brasileiro em sua relação com o Sistema Único de Saúde - SUS e os planos e seguros privados de saúde a propósito da assistência à saúde dos trabalhadores, nos anos 1990. São ponderadas algumas teses na Saúde Coletiva a luz de estudos mais recentes sobre o sindicalismo oriundos das Ciências Sociais. Realizamos a análise de documentos e materiais sindicais, seus pleitos ao Estado (fóruns do SUS e da ANS) e as empresas, para o caso da Central Única dos Trabalhadores e do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC / SP. Observamos a necessidade dos estudos considerarem os pesos relativos que a ação sindical imprimiu a cada um dos aspectos da relação SUS e planos privados de saúde, inseridos mais amplamente nas lutas dos trabalhadores nas distintas conjunturas do país. A reivindicação sindical por melhoria dos planos privados de saúde, até o final da década de 1980, possuía uma dimensão mais reativa e não foi aspecto determinante da expansão da oferta de atenção médica supletiva. Nos anos 1990, a posição sindical tem sido marcada por contradições e ambigüidades em relação aos direitos sociais. Mantida a dimensão reativa, seu discurso tem contemplado composições variáveis entre a participação do público (Estatual e não estatual) e do privado, substituiu a centralidade do Estado pelo Contrato Coletivo de Trabalho como definidor de suas reivindicações trabalhistas e sociais. Em seu interior emergiu um setor interessado na gestão da previdência complementar e dos planos de saúde, além de disputar os *fundos públicos* para gerir e oferecer assistência aos trabalhadores e filiados sindicais. Conflitos entre trabalhadores do setor formal com as empresas em torno da assistência à saúde, acrescido da precarização do trabalho e do desemprego questionam permanentemente a aludida segurança a saúde dos planos coletivos, impele a representação sindical a pleitear a intervenção estatal, em meio à coexistência de modalidades distintas de ação sindical relativa ao papel do Estado na proteção social. Este estudo traz elementos que possibilita refletir sobre a complexidade dessa dinâmica e entende que a desigualdade da estrutura social brasileira impõe limites às coberturas assistenciais privadas e oferecem as circunstâncias que recriam novas possibilidades das organizações sindicais se colocarem mais ativamente na cena política a favor do sistema público de saúde. A depender da direção que assumirem as entidades sindicais estarão em maior ou menor condição para aglutinar os interesses de amplos segmentos dos trabalhadores e pressionar o Estado a ampliar e melhorar o sistema público de saúde. O percurso nesta direção é sinuoso, não compreende uma ação político sindical única e, muito provavelmente, terá de competir, enfrentar e superar posições antagônicas.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Seguros Privados de Saúde, Sistema Único de Saúde (SUS); Sindicalismo; Corporativismo.

Abstract

This dissertation discusses the Brazilian tradeunionism in its relationship with the Unified Health System (SUS) and the private health insurances, concerning health assistance to workers, in the 1990's. Some theses on Public Health brought to light by recent studies on unionism from the Social Sciences area are considered. For the case of the Unified Workers Central and the ABC/SP workers, union's documents and materials were analyzed, as well as its pleads to the State (SUS and ANS forums) and companies. We noted the necessity for the studies to consider the respective importance that the trade union policy has given to each aspect of its relation with SUS and the private health insurance as inserted in a larger picture of worker's struggles in given moments of the Brazilian history. The trade union claims for improvement on private health insurance system, until the end of the 1980's, had a more reactive dimension and this was not the main aspect of the supplementary medical assistance offer expansion. In the 1990's, trade union position was marked by contradictions and ambiguity concerning social rights. Maintaining the reactive dimension, the unionist discourse considered several compositions between public (State and Non-State) and private participation, substituting the centrality of the State by the Collective Work Contract as a guide for its labour and social claims. From this, it has emerged a group whose interests lay on the administration of complementary and health insurances, besides disputing the management of *public funds* in order to offer assistance to workers and union affiliates. Conflicts between formal workers and companies for health assistance, raised by work deterioration and unemployment puts in doubt the alluded security of collective health plans and also drift union's representation to plead State intervention, amongst distinct types of union's actions concerning State role in social protection. This study raises elements that make possible to think over the complexity of this dynamics and understands that the inequality of the Brazilian social structure imposes limits to private insurance, but also creates the circumstances that rebuild new possibilities for the trade union organizations to put themselves in a more active way in the political scene in favor of the public health system. Depending on the direction assumed by trade unions, they will have good or bad conditions to agglutinate interests of several worker's segments and pressure the State to extend and improve the public health system. The way in this direction is winding, it does not include a single union-political action and most likely will have to compete, to face and to surpass antagonist positions.

Key words: Worker health, Private Health Insurance, Unified Health System (SUS), Trade unionism, Corporativism.

Lista de Siglas e Abreviaturas

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
BM – Banco Mundial
CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho
CCT - Contrato Coletivo de Trabalho
CCTSMA – Comissão de Condições de Trabalho, Saúde e Meio Ambiente
CEDOC – Centro de Documentação
CGT - Confederação Geral dos Trabalhadores
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNI - Confederação Nacional da Indústria
CNM - Confederação Nacional dos Metalúrgicos
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNTSS - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
CONCLAT - Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras
CONCUT – Congresso Nacional da Central Única dos Trabalhadores
COSIPA – Companhia Siderúrgica Paulista
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CSE - Comitê Sindical de Empresa
CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CUT - Central Única dos Trabalhadores
DRU - Desvinculação das Receitas da União
DSTMA - Departamento de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente
EC – Emenda Constitucional
FEMCUT - Federação de Sindicatos de Metalúrgicos da Central Única Trabalhadores
FIESP - Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
FMI – Fundo Monetário Internacional
FS - Força Sindical
FUP - Federação Única dos Petroleiros
GEAP - Fundação de Seguridade Social
IAPI - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHL - Instituto Herbert Levy
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INST - Instituto Nacional de Saúde no Trabalho
IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados
IRPF - Imposto de Renda da Pessoa Física
IRPJ - Imposto de Renda da Pessoa Jurídica
LER – Lesões por Esforços Repetitivos
MOVA – Movimento de Alfabetização

MS – Ministério da Saúde
OLT – Organização por Local de Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
PCI - Partido Comunista Italiano
PCV – Pesquisa de Condições de Vida
PEC - Projeto de Emenda Constitucional
PIB – Produto Interno Bruto
PLR - Participação nos Lucros e Resultados
POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares
PST - Programas de Saúde do Trabalhador
PT – Partido dos Trabalhadores
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAMS - Sistema de Atenção Médica Supletiva
SDS - Social Democracia Sindical
SPE/MF - Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda
SUR - Sistema Único de Representação
SUS - Sistema Único de Saúde
TRT - Tribunal Regional do Trabalho

Lista de Quadros

Quadro 1

Convênio médico: comparação entre o reivindicado pelo Sindicato dos Metalúrgicos do ABC e o acordado na negociação coletiva centralizada dos Metalúrgicos da FEMCUT/SP

89

Quadro 2

Indicadores de serviços prestados e atividades oferecidas pelos sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais aos associados - Brasil – 2001

106

Quadro 3

Percentual de sindicatos de trabalhadores urbanos que prestam serviços médicos aos associados, segundo a Região - Brasil – 2001.

106

Sumário

| | |
|--|-----|
| Introdução | 12 |
| Considerações metodológicas | 26 |
| Capítulo I | |
| Sindicalismo e a assistência à saúde do trabalhador: a relação SUS e planos de saúde | 33 |
| 1.1 - Introdução | 33 |
| 1.2 - Saúde Coletiva: discutindo algumas teses explicativas | 34 |
| 1.3 - Demandas sindicais por bem-estar na relação com a empresa e o Estado | 40 |
| 1.4 - O SUS e os planos privados de saúde nas resoluções da CUT em tempos de política neoliberal | 44 |
| 1.5 - Considerações finais | 49 |
| Capítulo II | |
| A CUT e a relação público-privado na assistência à saúde | 51 |
| 2.1 – Sistema Único de Saúde | 51 |
| 2.1.1 - Financiamento do SUS | 56 |
| 2.1.2 - <i>Captação alternativa de recursos financeiros</i> | 61 |
| 2.1.2.1 - Ressarcimento ao SUS | 62 |
| 2.1.2.2 - Extinção da dedução de despesas médicas no imposto de renda | 63 |
| 2.1.3 - Gestão e controle social sobre os gastos e fundos de saúde | 66 |
| 2.2 - Planos e seguro privado de saúde | 68 |
| 2.2.1 – A CUT e a regulamentação do setor supletivo | 75 |
| Capítulo III | |
| Complementaridade na assistência à saúde | 81 |
| 3.1 - Contrato Coletivo de Trabalho e Saúde | 81 |
| 3.2 - Negociação coletiva dos metalúrgicos do ABC | 86 |
| 3.3 – Alguns aspectos sobre o convênio médico nas negociações dos metalúrgicos do ABC | 88 |
| 3.4 – E quanto aos serviços públicos de saúde? | 95 |
| Capítulo IV | |
| O corporativismo sindical e a difusão de novas modalidades de ação em relação ao papel do Estado na proteção social. | 100 |
| 4.1 – O sindicato como executor e gestor de serviços sociais: assistência como empreendimento social, uma possibilidade? | 105 |
| 4.2 - <i>Militância</i> ou <i>Voluntariado</i> ? | 112 |
| Considerações Finais | 115 |
| Referências bibliográficas | 123 |
| Anexo 1 - Principais documentos analisados, segundo título, autor, data e informações complementares | 135 |
| Anexo 2 - Registros encontrados através da busca por palavra-chave, título da matéria e data de sua veiculação na <i>Tribuna Metalúrgica</i> . | 137 |

Introdução

Este trabalho integra as inquietações em torno da problemática sindicalismo e saúde no Brasil, colocada pelas atividades profissionais em que estou inserido ¹. Não é sem intenção que apresento um enunciado com objetivos tão amplos. Isto se faz para chamar atenção de que o tema a ser tratado compreende um conjunto de problemas situados em um mesmo campo de atuação: a Saúde Coletiva / Saúde do Trabalhador, diríamos. E, apesar de que *históricamente los grandes cambios en el campo de la salud laboral se han dado a raíz de que los trabajadores organizados se la han planteado como un terreno reivindicativo y de lucha* ¹ (p. 5-6), as práticas do movimento sindical na defesa da saúde ainda têm recebido pouca atenção dos estudos no campo da Saúde Coletiva no Brasil, a despeito, inclusive, de esta incorporar o referencial das ciências sociais ², onde as pesquisas sobre sindicalismo possuem uma variada produção.

As práticas de classe e as ações organizadas dos trabalhadores fazem corpo e constituem requisito básico para o desenvolvimento do conhecimento e da prática acerca do processo saúde-doença-cuidado e, conseqüentemente, da constituição dos sistemas de atenção à saúde dos trabalhadores ^{3,4,5,6}. A emergência, evolução, transformações e as novas configurações dos modernos sistemas de proteção social em cada formação social concreta, aí incluído os sistemas de saúde, estão relacionadas, diretamente, às lutas políticas e sindicais da classe trabalhadora ^{7,II}.

Em sentido mais amplo, assumimos para os fins deste trabalho que a reprodução social da força de trabalho está determinada pelo processo de produção e reprodução ampliada do capital ⁸, sendo sua dinâmica determinante dos sistemas de proteção social e de saúde. É necessário frisar que numa formação social com predomínio das relações de produção capitalistas, a intervenção do cuidado médico e dos serviços de saúde que importa às classes dominantes assegurar e reproduzir (no decurso de sua dinâmica sob o peso das lutas políticas e sindicais dos trabalhadores) não tem por objetivo fornecer condições gerais de saúde ao trabalhador, mas sim a saúde necessária, a saúde

¹ Inquietação no sentido de ato de preocupar-se com o que está além dos seus conhecimentos; insatisfação intelectual, e Problemática como um conjunto de problemas da mesma natureza ou de um mesmo campo de atuação, ou concernentes a um mesmo objeto (Dicionário Eletrônico Houaiss de Língua Portuguesa. [CD-ROM]. Versão 1.0, Editora Objetiva: Dezembro de 2001).

^{II} Segundo Esping-Anderson ⁸, três fatores estariam implicados em relação ao desenvolvimento do welfare state nos países europeus: a natureza da mobilização da classe trabalhadora; as estruturas de coalizão política de classe; e o legado histórico da institucionalização do regime.

suficiente, um componente da força de trabalho a ser consumido no processo de trabalho / processo de produção ⁹. Importa ainda considerar que na reprodução social da força de trabalho estão implicados: o salário; suas habilidades; um mínimo de saúde, mas também, e simultaneamente, garantir a sujeição ideológica do trabalhador às relações de produção capitalista dominante. Em sua singularidade, desde os momentos iniciais do capitalismo no Brasil, se combinam baixos salários reais com benefícios sociais, sejam eles públicos ou privados, de forma segmentada e restrita entre a classe trabalhadora. Medidas que conjugam, conforme a conjuntura, uma maior ou menor repressão, cooptação, neutralização e cerceamento da organização política e sindical dos trabalhadores ^{10,11}.

Ciente disso, esta dissertação - como parte intrínseca da problemática mais ampla - investiga o sindicalismo brasileiro, em sua relação com o sistema de saúde, em particular, com o Sistema Único de Saúde - SUS e os planos e seguros privados de saúde ^{III}, no que se refere à prestação de serviços de assistência à saúde do trabalhador, a partir dos anos 1990, período de implementação das políticas neoliberais no Brasil.

No momento da implantação das políticas neoliberais no Brasil, já estava consolidado um mercado de planos e seguro privado de saúde, em especial os decorrentes do vínculo de trabalho, os planos de saúde coletivos. Também o processo de reforma do sistema de saúde e da assistência médica do Complexo Previdenciário já se havia avançado, com a emergência e institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, na Constituição Federal de 1988. Por sua vez, o sindicalismo brasileiro - em contraste com o quadro de refluxo na maioria dos países europeus – experimentou, na década anterior, enorme expansão e difusão por vários setores sociais. A explosão das reivindicações dos trabalhadores, reprimida durante a ditadura militar, agravada pela crise econômica do período, fez emergir intensas lutas protagonizadas pelos trabalhadores e suas organizações sindicais. Reivindicações trabalhistas e sociais dirigidas ao Estado e às empresas, entre as quais, a atenção à saúde e a prestação de

^{III} O sistema supletivo de saúde é constituído por um conjunto de modalidades institucionais: autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras de saúde. Guardadas suas particularidades - que para fins de nossa pesquisa não são necessárias explicitar -, todas realizam a prestação e/ou fazem a intermediação financeira da prestação de assistência à saúde tendo como referencial a análise de risco. Assim, por comodidade, utilizamos livremente (sem maior compromisso) os termos: planos e seguro privados de saúde, seguro privado de saúde, plano de saúde, seguro saúde, “convênio médico”, no sentido de representar a busca por assistência à saúde no sistema suplementar, distinta da busca por atenção à saúde no SUS. Caso seja necessária à utilização de algumas das modalidades institucionais para expressar um significado específico, faremos com a devida observação.

serviços médico-hospitalares, como um dos elementos de conflito que passou a cobrar a elaboração de um projeto político-sindical capaz de demarcar um campo próprio da classe trabalhadora nas lutas pelos direitos sociais.

A demanda sindical pela melhoria do convênio médico contratado pelas empresas, paralelamente, à defesa do direito à saúde no sistema público, como se verá mais adiante, levou alguns estudiosos da Saúde Coletiva a considerar esta questão como um paradoxo da ação sindical por direitos sociais ¹². Um paradoxo, real ou aparente, entre a tese, ou discurso em favor do público, que sustentam as lideranças sindicais nos fóruns de saúde e o que encaminham junto aos trabalhadores (liderados) nas negociações com as empresas. A organização sindical não seria capaz de apoiar *políticas fundadas numa solidariedade abrangente* ¹³ (p. 179), o que tem questionado a capacidade dos trabalhadores e suas organizações de se converterem em força social para sustentar a melhoria e ampliação do SUS. Além destas indagações, ronda sobre os trabalhadores do setor público e do setor privado, consumidores de planos e seguros privados de saúde, um certo espectro, e algumas vezes em tom acusatório, de que tais segmentos seriam *privilegiados* ou uma *elite* do país ^{14,IV}. Também, não tem sido raro se observar manifestação que - além de condenar os trabalhadores de melhor qualificação por terem *migrado* ou *optado* pelo sistema supletivo de saúde - responsabiliza as entidades sindicais dos trabalhadores por ajudar *a construir o projeto neoliberal de saúde* ¹⁵ (p. 57) ^V.

^{IV} Em relação aos servidores públicos que são consumidores de planos privados de saúde, o Conselho Nacional de Saúde – CNS apresentou *...indagações preocupantes sobre a inserção destes profissionais na construção do SUS* ¹⁴ (p. 79). O sindicalismo dos servidores público não será objeto desta dissertação. Mas, é importante pontuar que foi e continua no âmbito da Política de Estado a decisão em disponibilizar planos privados de assistência à saúde para os trabalhadores de empresas estatais e da administração pública. Segundo dados da PNAD Saúde de 1998 ¹⁶, em relação aos ramos de atividade, a administração pública é o ramo que possui a mais alta taxa de trabalhadores cobertos por planos de saúde, (49,6%), e representa cerca 10% do total dos titulares com planos de saúde. Essa expansão ocorreu a partir de meados dos anos 80, em que instituições governamentais optaram por implantar ou incrementar planos próprios de assistência à saúde, constituindo entidades de previdência fechada. Sindicatos de servidores públicos também contrataram planos de saúde atuando como intermediários entre seus associados e as operadoras. Mas a situação e as condições da assistência à saúde dos trabalhadores do setor público é bastante diferenciada. Não apenas entre servidores do nível Federal, Estadual e Municipal, mas diferenciação no interior de cada um deles. Por exemplo: existe uma enorme diferença entre os planos de saúde que cobrem os servidores públicos federais nos diversos órgãos da administração. Seja em relação ao modelo do contrato, a parcela coberta pelo servidor ou a qualidade do serviço, além de órgãos que não dispõem de cobertura de planos de saúde para seus servidores ou, mesmo, qualquer serviço próprio de assistência à saúde do trabalhador.

^V Para Mendes ¹⁵, as centrais sindicais e os grandes sindicatos de trabalhadores que incorporavam, no seu discurso oficial, a temática da reforma sanitária, na prática social cotidiana, curvaram-se à realidade tática por pressões das bases e, desse modo, ajudaram a construir o projeto neoliberal de saúde (p. 57).. Como

Não menos comum, inclusive entre os próprios sindicalistas, a argumentação: *a gente pedia plano, mas não queria* ¹⁷ (p. 111). Esta constatação revela a complexidade da questão ao apresentar uma dimensão encontrada no terreno da luta pela saúde que o sindicalismo é convocado a travar. Por um lado, ela pode entoar uma justificativa, uma certa passividade ante a complexidade. Por outro, revela os limites da chamada saúde suplementar que, como veremos, restringe a plena adesão dos trabalhadores e do sindicalismo a esta modalidade de assistência à saúde.

Os trabalhadores e suas organizações sindicais, a partir da / na luta pela saúde combateram inúmeras teses que os debilitam politicamente. Teses, ainda hegemônicas, como de seu suposto descaso para com sua saúde, a sua culpabilidade pelo acidente ou doença do trabalho traduzido como: *ato inseguro, vender a saúde* ^{18,19}. Vencidas muitas *batalhas*, mas ainda estando por longe de obter a vitória, se vêem diante da ofensiva sobre suas posições, ofensiva lançada pelas classes dominantes, a saber: a política neoliberal. Segundo Laurell ²⁰, a condição política para o êxito do projeto neoliberal *é a derrota ou, pelo menos, o enfraquecimento das classes trabalhadoras e de suas organizações reivindicativas e partidárias* (p. 164). Assim, não é fortuito que os questionamentos à capacidade dos trabalhadores e de suas entidades sindicais estejam vindo à tona com mais frequência nos últimos anos.

Mas, antes de prosseguir e explicitar melhor o que se entende por políticas neoliberais e outros termos, categoriais e conceitos necessários à compreensão e, também, explicitar a partir de que posição se desenrola este trabalho, assim como, o caminho percorrido, seria conveniente apresentar os principais problemas que nos interessam discutir. Sumariamente, são os seguintes: Como explicar a ação sindical que empreende um discurso a favor da atenção à saúde no SUS e negocia junto às empresas melhorias nos planos e seguros privados de saúde? Seria um paradoxo real ou apenas aparente? Qual concepção tem pautado a ação sindical em relação ao SUS e em relação aos planos e seguros privados de saúde? A concepção e a ação sindical poderia ter/estar acomodando um certo padrão de complementaridade entre a assistência à saúde no SUS e nos planos e seguros privados, dois aspectos de uma mesma unidade contraditória na relação público-privado em saúde? E qual a importância relativa que é atribuída a cada

será visto mais adiante, oferecer plano e seguro privado de saúde foi, primeiramente, uma decisão da empresa, impulsionada pelo Estado, através do seguro social.

um dos dois aspectos da unidade, qual sua tendência mais recente? Ela seria ou não passível de sofrer alteração?

Em sentido mais amplo, as condições histórico-concretas da economia mundial, no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, colocariam em curso um certo modelo de reprodução ampliada do capital - que viria alterar as formas de acumulação vigentes nas cinco décadas anteriores - o que tem implicado na acentuação do aprofundamento da subordinação da formação social brasileira (entre outras) ao capitalismo enquanto sistema universal ^{21, VI}. Subordinação, é bom que se diga, que se realiza nos limites das / pelas contradições internas da formação social brasileira. A *esquerda* entrara na emergente conjuntura do início da década de 1980, *sem qualquer consciência da profundidade da crise do Estado brasileiro* ²² (p. 166), seu entendimento era de que se *trataria apenas do esgotamento de uma forma de dominação política – ditadura militar –, o que colocaria nas mãos da democracia a possibilidade de resolução de todos os problemas pendentes no Brasil* ²² (p. 166). Será, portanto, dentro desses limites, ou seja, de uma alternativa democrática e em torno das concepções de bem estar social ^{23, VII} e suas variações, que, predominantemente, se desenvolveriam as práticas dos partidos políticos de esquerda e das organizações sindicais dos trabalhadores em defesa dos direitos sociais, inclusive, o direito à saúde dos trabalhadores. Sem superar tais limites – em torno das concepções de democracia e de bem estar social –, como será assinalado mais adiante, se produz uma inflexão nas posições políticas do setor hegemônico no sindicalismo brasileiro na conjuntura aberta na virada da década de 1980.

No que se refere ao sindicalismo, particularmente, ao sindicalismo dos metalúrgicos do ABC, principal baluarte político da Central Única dos Trabalhadores, é importante recuperar uma questão: no momento em que se rearticulava, meados dos anos 1970, e, irrompendo com intensa combatividade, no final desta década, este sindicalismo apresentava uma concepção corporativista da ação sindical. Corporativista não no sentido de um corporativismo estatal - que é o corporativismo típico da estrutura

^{VI} Segundo Lênin ²¹, o *capitalismo se transformou num sistema universal de opressão colonial e de asfixia financeira da imensa maioria da população do globo por um punhado de países ‘avançados’* (p. 11).

^{VII} Conforme Oliveira ²³, a Reforma Sanitária na Itália foi pensada, pelo Partido Comunista Italiano - PCI, no contexto do imediato pós-guerra de retorno a ordem liberal-democrática, como parte de um outro processo: a transição para o socialismo; enquanto, no Brasil ela, além de se desenvolver de dentro para fora, ou de cima para baixo, adquiriu um sentido muito mais restrito, um novo nome para rebatizar antigas proposições que apenas nos levará a repor a estratégia social-democrata de mera ‘ocupação’ e gestão ‘humanizada’ do Estado capitalista.

sindical de Estado predominante no Brasil -, mas sim de um corporativismo que designa a prática de um grupo ou de um segmento da classe trabalhadora que se fecha em torno de si mesmo, se insurge, se destaca do restante de sua classe, isolando-se ou a ela se contrapondo ^{24,25, VIII}.

Esse aspecto pode ser observado nas resoluções políticas dos três Congressos realizados pelo Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema, respectivamente, em 1974 ²⁶, 1976 ²⁷ e 1978 ²⁸. As principais idéias que orientavam a ação sindical emergente, aparecem no 1º Congresso do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema. O documento final do Congresso, a *Declaração de São Bernardo de 1974*, compara as taxas de crescimento do PIB nacional, da produção industrial Brasileira e da produção do setor automobilístico, no período de 1968-1973, com ampla vantagem para este último, para justificar e defender a idéia de uma ação política sindical diferenciada para os trabalhadores das empresas do *pólo moderno da economia*, as empresas automobilísticas. *A atual Política Salarial é uniforme para todas as regiões, todas as categorias e todos os trabalhadores, apesar da extrema heterogeneidade entre eles. (...) Não há dúvida que a produtividade das indústrias automobilísticas, de material elétrico, da mecânica, metalúrgica, e auto-peças, são maiores que os percentuais decretados pelo Ministério do Planejamento para efeito de política salarial* ²⁶ (p. 6). Apesar da proposta apresentada pelos sindicalistas sugerir a criação de *uma fórmula mais justa de distribuição de renda, ao menos entre os assalariados [pois o] reajustamento obtido segundo a fórmula legal, acarretaria para empregados em nível de gerência, executivos administradores, etc., aumentos efetivos muito mais do que os salários reajustados de vários operários* ²⁶ (p. 6 sic), ela é formulada com base em princípio que apresenta as especificidades do setor automotivo como critério principal e se sobrepõe a critérios mais gerais, uniforme para todas as regiões, todas as categorias e todos os trabalhadores. A política salarial trazia desvantagens para o conjunto da classe trabalhadora e não apenas para o segmento do *setor moderno da economia*. A saída concebida pelos sindicalistas que se reorganizam é pensada em torno da posição que ocupam no processo produtivo imediato deslocado da

^{VIII} O termo corporativismo está associado a particularismo, um certo modo de ação coletiva caracterizada pelo fechamento e insulamento de um grupo sobre si mesmo. Mas um insulamento não no sentido de designar a prática de um setor social qualquer que procura sobrepor seus interesses de setor contra um suposto interesse geral da sociedade

estrutura social brasileira, possibilitando seu insulamento em relação ao conjunto da classe trabalhadora.

O 2º Congresso ratifica as posições anteriores e conclama para um efetivo desenvolvimento prático de suas diretrizes e, neste sentido, estabelece uma série de pontos que deveriam ser objeto de negociação com as empresas ²⁷. O 3º Congresso do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema ²⁸ é realizado sob o impacto das primeiras greves de fábrica (maio de 1978) teve como único tema de discussão a Estrutura Sindical Brasileira, detalhando pontos incorporados à prática e a concepção do sindicalismo cutista ^{IX}.

É importante recuperar a concepção corporativista no momento da emergência deste sindicalismo, mas também necessário à compreensão de que ela e os efeitos que produz sobre a organização política e sindical dos trabalhadores podem variar conforme a conjuntura ^{24,29, X}. Assim, é a situação concreta da luta política de classe – luta política de classe e não apenas uma luta sindical (se retomará mais adiante) – que determina os lugares e posições que esta (ou outra) modalidade de ação sindical ocupa ou deixa de ocupar na consciência e organização da classe trabalhadora. A conjuntura dos anos 1990, sob condições históricas novas e distintas do momento de seu aparecimento político sindical, propiciou que esse corporativismo adquirisse maior difusão no sindicalismo brasileiro produzindo, como veremos, outros efeitos sobre a luta dos trabalhadores.

Nas resoluções políticas do II Congresso do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema ²⁷, realizado em 1976, ficou fixada uma série de pontos, uma pauta de reivindicações, que deveriam se tornar objeto de negociação com as empresas ^{XI}. Na pauta constaria o pleito pela extinção do regime de convênios, devendo

^{IX} O III Congresso do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo e Diadema realizou-se nos dias 6,7,8,14 e 15 de outubro de 1978, na cidade de Guarujá -SP. *As resoluções desse III Congresso, ainda atuais, vêm se mantendo como valores fundamentais, que se expressam na prática e na concepção sindical dos dirigentes que estiveram à frente da direção do Sindicato nestes mais de 20 anos* (www.abcdeluta.org.br, acessado em 05/12/2005, 23:55 h).

^X Utilizamos conjuntura no sentido atribuído por Poulantzas ²⁹ que, com base em Lenin, a situa no campo das práticas e da luta de classes, *...objecto (sic) da prática política e lugar privilegiado onde se reflete a individualidade histórica sempre singular de uma formação [social], é a situação concreta da luta política de classe* (p. 108).

^{XI} Uma pauta de reivindicações composta de diversos itens e subitens, entre os quais, os mais gerais são: Salariais (onde já se incluía a participação nos lucros); Horário de Trabalho; Férias e Descanso Semanal; Garantia do Emprego; Condições de Trabalho; Garantias Sindicais; e, 7) Outras reivindicações: supressão dos convênios médicos, atendimento médico no interior das empresas, creche, restaurante e fornecimento

a assistência médico-hospitalar ser assegurada pelo então Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. A proposta previa que até o momento que for mantido o regime de convênio, deveria a assistência médica ser assegurada aos empregados na própria empresa e aos dependentes em ambulatórios distribuídos nos diversos bairros da Região do ABC e na grande São Paulo ^{27, XII} .

As lideranças sindicais que se rearticulam preservam a defesa da assistência médica no âmbito do seguro social, apesar do convênio médico já fazer parte da realidade das relações de trabalho dos metalúrgicos do ABC. Além disso, a experiência com os convênios não estava isenta de problemas. O elevado desgaste das condições físicas e mentais a que estavam (e continuam) submetidos os operários: intensidade de trabalho, longas jornadas, sobrecarga de trabalho, ambiente de trabalho nocivo, acidentes e doenças do trabalho tornavam a assistência médica uma preocupação importante, mas muitas vezes, mesmo quando necessário, muitos operários não recorriam ao convênio médico devido às exigências da produção (jornadas de trabalho de 10 horas diárias). A assistência médica também assumia uma importância para os dependentes dos operários, e os seguidos aumentos na parcela dos custos transferidos pelas empresas aos trabalhadores geravam conflitos, como por exemplo, em 1975, quando a Ford pretendeu cobrar de todos seus trabalhadores o valor integral pelas consultas médicas feitas por eles e/ou por seus dependentes; dos 11.488 empregados em São Bernardo do Campo, 8.000 se recusaram a assinar o documento que a empresa tentou impor com este compromisso ³⁰ .

A contradição manifesta na instância do local de trabalho e, portanto, com que se depara a ação sindical expõe a convivência de distintos modelos de assistência à saúde para a classe operária e determinados segmentos dos trabalhadores. Um deles baseado no seguro social, que constituía para esta classe social, desde os anos 1920-30, o padrão de reparação de sua saúde. E outro, na organização de um modelo com base nas empresas médicas – grupo médico, medicina de grupo – que emerge e se desenvolve, a partir dos anos 1950, 60 e 70, com a instalação no país de grandes empresas industriais

de alimentação, uniformes, complementação de aposentadoria, reconhecimento de atestado médico, entre outros. Pauta que passaria, mais tarde, a constar dos acordos coletivos de inúmeras categorias ²⁷.

^{XII} Semelhante formulação consta da Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras – Conclat, realizada em 1981.

de capital estrangeiro, em particular, as montadoras da indústria automobilística ^{XIII}. A medicina de grupo se desenvolve apoiada e a partir do interior do seguro social, ou seja, da política estatal por meio da Previdência Social. Portanto, contradição entre dois modelos de assistência à saúde que não pode ser compreendida fora do desenvolvimento econômico capitalista no país e seus processos de luta. Também, modelos de assistência contraditórios - é bom frisar - não no sentido de que representem duas totalidades distintas uma da outra - o seguro social e o seguro privado -, duas totalidades distintas que se negariam uma a outra, mas que não dependeriam uma da outra, não formariam uma unidade, em que a negação de uma, se efetivada, deixaria existente a outra.

O mercado de atenção médica supletiva, nos anos 1960 e 1970, teve sua expansão impulsionada pela Previdência Social, através do convênio-empresa ^{11,31,32,33}, ^{XIV}. Tem-se um processo de crescente vinculação de forma direta da medicina previdenciária com os interesses do empresariado num momento de intensificação da industrialização, com grande impacto sobre as formas de consumo da força de trabalho pelo processo de produção. O convênio médico contribuía para a redução do absenteísmo e para fixar o trabalhador no processo de trabalho ¹¹, ao mesmo tempo em que cumpre funções político-ideológicas de identificação do trabalhador com a empresa ³⁴. Permitia um atendimento mais imediato ao trabalhador, compensando o congestionamento e as barreiras para o acesso aos serviços previdenciários e um controle maior sobre a força de trabalho ativa, pontos importantes para se compreender sua expansão ^{31,32, XV}.

^{XIII} Sabe-se que o surgimento dos planos e seguros-saúde privados no Brasil é anterior. Nos anos 1940, Instituições e empresas do setor público e privado organizaram esquemas de assistência médico-hospitalar para seus funcionários. Em 1944, é criada a Caixa de Assistência dos Funcionários – CASSII do Banco do Brasil, e, em 1945, a assistência patronal aos funcionários do antigo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários - IAPI – que mais tarde dará origem ao atual GEAP - Fundação de Seguridade Social.

^{XIV} Conforme Czapski ³³, o primeiro plano de pré-pagamento de assistência médica surgiu, em janeiro de 1956, na cidade de São Paulo, com a formação da Policlínica Central. O autor indica que *até 1965 não havia mais de 10 grupos operando planos de pré-pagamento em São Paulo. O grande desenvolvimento dos planos de pré-pagamento deu-se com a celebração dos primeiros convênios de assistência médica pelo então I.A.P.I., com empresas que possuíam assistência médica organizada. Estes convênios, posteriormente, foram institucionalizados pelo Decreto Lei 66 de 1966.* ³³ (p. 20).

^{XV} Oliveira e Teixeira ^{31,32} indicam que o interesse das empresas em ofertar serviços médicos a seus empregados está relacionado com a manutenção, recuperação e controle sobre a força de trabalho visando assegurar sua produtividade. A prestação de assistência médico-hospitalar ao trabalhador tem por funções: a) realizar a seleção de pessoal b) controlar o absenteísmo da força de trabalho em atividade, c) obter o retorno mais rápido do trabalhador a atividade produtiva e, d) política de pessoal voltada para concessão de “benefícios” para atrair e manter os trabalhadores na competição interempresarial por mão de obra qualificada e obter sua maior incorporação à empresa. Estes pontos não se alteram

Nos anos 1970, a expansão dos benefícios previdenciários a segmentos de trabalhadores, tais como: autônomos, trabalhadores domésticas e os trabalhadores rurais não foi acompanhada da ampliação da base do financiamento do sistema. No final desta década, se instaura a *crise da Previdência Social*, cuja resposta estatal foi intensificar as medidas racionalizadoras. Ao mesmo tempo, crescia a pressão social pela melhoria e ampliação dos direitos sociais com a reorganização dos movimentos populares e dos trabalhadores no processo de redemocratização do país.

Neste momento, o grande capital financeiro mostrara-se interessado em inserir-se no setor médico empresarial. Cordeiro ³⁴, ao estudar as empresas médicas, apontou para sua vinculação às agências financeiras de seguro privado e para penetração de empresas multinacionais de medicina de grupo. Seguindo esta diretriz, Andreazzi ³⁵ mostrou que a inserção do capital financeiro nos anos 80, numa conjuntura favorável à especulação, integrava um investimento na oferta de alternativas diferenciadas de proteção social (seguro de vida, planos de aposentadoria e pensões, seguro saúde). Para esta autora, o capital financeiro que se inseria na atenção à saúde estaria interessado no mercado do financiamento coletivo de atenção e não em ocupar apenas o mercado de prestação de serviços de saúde e, conseqüentemente, na simples disputa pela repartição dos recursos públicos a estes disponíveis. Andreazzi ³⁵ concluiria que, pela implicação, para o pequeno e médio capital prestador de serviços de saúde, no progressivo enfraquecimento de seu peso econômico e político e, ainda, na perda da capacidade de definir os preços perante as seguradoras. O que acarretaria a imposição de preços cartelizados para os usuários.

A orientação predominante para a relação público-privado no sistema de saúde no Brasil estava apoiada na concepção do movimento da chamada *Reforma Sanitária*. Este centrou o embate político contra os prestadores de serviços de saúde do setor privado contratados pela Previdência Social em favor dos prestadores de serviços de saúde estatais, em torno da formulação *estatização progressiva*, consagrada na 8ª Conferência Nacional de Saúde. O processo de luta social em torno de reforma do sistema de saúde e da assistência médica do complexo previdenciário desembocou na institucionalização do Sistema Único de Saúde - SUS e da Saúde do Trabalhador – ST

substantivamente quando a empresa estabelece contrato com uma empresa médica para prestação dos serviços de saúde a seus empregados, pelo contrário, criam-se interesses complementares entre a empresa e as empresas médicas.

e, simultaneamente, na continuidade da expansão dos planos e seguro privado de saúde, com a entrada do capital financeiro, consolidando o sistema privado supletivo de saúde. Isto, juntamente, com a chegada das políticas neoliberais.

Partimos do pressuposto mais geral de que SUS e planos e seguros privados de saúde conformam uma relação, uma unidade contraditória^{XVI}, e os pesos relativos que a prática sindical imprimiu a cada um desses aspectos da unidade dizem respeito à especificidade de cada período da conjuntura brasileira. Isto nos leva a considerar que a ação sindical não pode ser pensada como um paradoxo (no sentido de que a manutenção do discurso a favor do SUS excluiria o pleito pelo seguro privado, ou vice-versa). A desigualdade entre as classes sociais na formação econômico-social brasileira, agravada pelas políticas neoliberais, recusa uma oposição reducionista entre usuários do sistema supletivo de saúde versus usuários do SUS. Neste sentido, seria um equívoco recusar a possibilidade política dos trabalhadores de diferentes segmentos produtivos e suas organizações sindicais converterem-se em agentes ativos na defesa da melhoria do sistema público de saúde.

Prosseguindo, seria importante, uma vez que se abordará as práticas sindicais assinalar, sucintamente, algumas questões a respeito do sindicalismo. Nos últimos anos, ganhou força o argumento de que a grande e crescente segmentação e heterogeneidade econômica entre os trabalhadores colocaram dúvidas sobre sua condição para desenvolver uma ação política unificada e consciente por seus interesses de classe³⁶. No entanto, a classe trabalhadora sempre se caracterizou por segmentações e apresentou diferenciações internas de nível salarial, de qualificação, de condições de trabalho, de acordo com o ramo ou setor econômico, de direitos e benefícios sociais auferidos, de nacionalidade³⁷. Estas diferenciações sempre existiram ao longo da história de luta e organização da classe operária e das demais classes trabalhadoras e, apesar delas, não impossibilitaram a unidade política dos trabalhadores^{38, XVII}.

^{XVI} Segundo Laurell²⁰ *...el proceso de privatización no tiene por objeto privatizar todo el sector salud sino sólo las actividades que son rentables. Y, particularmente en las condiciones de América latina, la protección de la salud de los grupos mayoritarios de pobres con altos riesgos de enfermar no es negocio... el mantenimiento del sector público no significa que estamos ante dos sistemas independientes y paralelos, el público y el privado. Siguen articulados pero de una nueva manera, que implica mecanismos de autoreproducción de la miseria pública y de la abundancia privada al darse una transferencia sistemática de recursos hacia el sistema privado...* (p. 46).

^{XVII} Hobsbawm³⁸ relata diversos fatores de diferenciação presentes na classe operária e entre os trabalhadores no final do século XIX. Mas ele constata que isto não impediu a atuação unida destes

Seus efeitos em termos políticos e organizacionais não são uma reprodução mecânica da situação econômica, nem tampouco caminham autonomamente, eles dependem da conjuntura política e das posições que as classes sociais assumem na luta de classes, ...a *'solidariedade de classe'* depende de uma atuação política que procure preservar ou conquistar direitos sociais para o conjunto dos trabalhadores. Reformas gerais baseadas na redistribuição de recursos entre o capital e o trabalho – e não entre os trabalhadores com base em fundos sociais – estimulam a unidade e contribuem para superar a fragmentação imposta pelas formas do desenvolvimento atual do capitalista³⁹ (p. 31 sic)^{XVIII}.

O sindicalismo como uma modalidade da luta de classes, seu comportamento político na luta dos trabalhadores não pode ser entendido separadamente das demais relações de classes, dos conflitos políticos e sociais, da situação concreta em que as classes trabalhadoras estão inseridas e das posições políticas assumidas pelas direções sindicais, num período histórico determinado. Sobre isto Boito Jr.²⁴ nos diz que *o movimento sindical é parte de um todo (o conjunto das relações de classes) e é desse todo que se deve partir, e não do próprio movimento sindical, caso se queira conhecê-lo* (p. 204).

Não se poderia nos limites deste trabalho tecer comentários sobre a totalidade das relações de classes na formação social brasileira. Mas, se, no momento, isso não é possível, tal fato não nos autoriza a desconsiderar esta mesma totalidade para o entendimento de nossa discussão. Neste sentido, passamos a situar a política neoliberal no Brasil.

A política neoliberal no Brasil - em sentido amplo - empreendeu e empreende um acelerado processo de privatização, a desregulamentação e a especulação financeira, uma *contra-reforma*⁴⁰ do Estado; um aprofundamento das restrições do gasto social público, corte, restrição e flexibilização de direitos trabalhistas e sociais. Estas

trabalhadores na luta de classes. Ele assinala que *As classes operárias, portanto, não eram homogêneas, nem fáceis de unir num só grupo social coerente... E todavia eles estavam sendo unificados..* (p. 179)).^{XVIII} *Um exemplo disso foi a ocupação, em 1992, das dependências do Hospital Antonio Pedro pelos metalúrgicos de Niterói, em protesto contra o fechamento da emergência e a ameaça da criação de dupla porta de entrada para pacientes dos setores privado e público. O hospital, vinculado à Universidade Federal Fluminense, é uma instituição de referência terciária de toda a região litorânea do Estado do Rio de Janeiro* (p. 31).

características contemplam os interesses do imperialismo ^{41,XIX} e da burguesia brasileira, mas os contemplam de forma desigual. O capital financeiro nacional e internacional é a fração dominante das classes no poder e, conforme os distintos momentos, contempla mais ou menos os interesses das demais frações das classes dominantes. As políticas neoliberais têm promovido contradições (secundárias) no interior das classes dominantes (juros, abertura comercial, carga tributaria, política de câmbio). Mas a despeito disso, não se tem registrado a passagem de um setor da burguesia para a oposição sistemática a política neoliberal. O imperialismo e todas as frações da burguesia brasileira, de forma desigual, tiram proveito em grau maior ou menor, da redução dos custos salariais e dos direitos sociais, e permite que o conjunto da burguesia tenha acesso, democraticamente, à exploração sem freios dos trabalhadores ^{24, 42, XX}.

Queremos apontar que a incorporação da política neoliberal no Brasil demarca um processo histórico distinto no país e tem como marco político e econômico a vitória

^{XIX} Talvez por questões práticas de exposição, Boito Jr. ²⁴ menciona o termo imperialismo de maneira restrita às empresas estrangeiras e ao capital financeiro internacional. Contudo, o conceito de imperialismo nas formulações de Lênin ²¹ é bem mais abrangente, mesmo se levarmos em consideração, conforme o próprio Lênin reconheceu, que sua análise, naquele momento, enfatizara o aspecto econômico do imperialismo. Em sentido amplo, conforme apresentado por Santos ⁴¹ imperialismo denota a *fase do capitalismo resultante das tendências integrantes ao capital impulsionadas pela lei do valor e inerentes ao processo de reprodução ampliada do modo de produção capitalista, que resultam da propensão do capital à concentração / centralização industrial e financeira no mundo e em cada formação social, produz a tendência à constituição do modo de produção capitalista à escala mundial, num sistema mundial, corporificado em um pólo dominante e um pólo dominado e em relações econômicas, políticas e ideológicas designadas pelos conceitos de colonização e imperialismo*. Assim, é importante apreender que a dominação não se dá somente na esfera econômica, é, portanto, também política e ideológica. Daí porque o termo colonização: esta última forma de dominação faz com que a ideologia dominante em cada formação social dominada seja sobredeterminada pela dominação das relações econômicas, políticas e ideológicas imperialistas que ligam a classe dominante dos países dominados aos interesses das classes dominantes dos países dominantes. Sobredeterminada por uma construção ideológica que é dominante em escala mundial.

^{XX} Ruy Mauro Marini ⁴² procura identificar as especificidades das formações sociais latino-americanas entendidas de forma articulada com o sistema capitalista mundial, orientando-se a investigar quais as modalidades de realização da acumulação do capital e da exploração da força de trabalho no interior destas formações sociais. Para o autor, a condição de dependência da América Latina se fundamenta na superexploração sobre a força de trabalho. As classes dominantes dos países da América Latina procuram compensar a perda de parte da mais valia produzida internamente, estabelecendo determinadas relações na própria atividade produtiva. A compensação almejada será conquistada por meio de uma ampliação da mais-valia baseada em três procedimentos: O aumento da intensidade do trabalho, o prolongamento da jornada de trabalho e a remuneração da força de trabalho por valor inferior ao necessário à sua reprodução são três mecanismos que configuram a superexploração do trabalhador. Nega-se ao trabalhador a condição necessária para repor o desgaste de sua força de trabalho. Nos dois primeiros casos – aumento da intensidade do trabalho e prolongamento da jornada – porque o trabalhador é obrigado a despender um esforço maior do que teria que fazer normalmente, provocando um desgaste e esgotamento prematuro. No terceiro caso, porque não é pago ao trabalhador nem mesmo o valor necessário para repor sua força de trabalho. As três modalidades, que se dão de forma combinadas, caracterizam que o trabalhador é remunerado com valor abaixo do necessário para reproduzir sua força de trabalho..

de Fernando Collor na eleição presidencial de 1989. As transformações introduzidas pelas políticas neoliberais não apenas restringem os direitos trabalhistas e sociais da grande massa de trabalhadores, mas também pretenderam limitar, atacar e debilitar a luta sindical e a organização política dos trabalhadores e das classes dominadas. É no interior desse processo histórico que se produz uma inflexão - nos limites das concepções de democracia e de bem-estar social como assinalamos antes – nas posições políticas do setor hegemônico no sindicalismo brasileiro, não redutível à reestruturação produtiva nem tampouco compreendida como mera vontade política dos dirigentes sindicais.

Enquanto ideologia, o neoliberalismo, é contrário à intervenção e à legislação de proteção do trabalho. Já o sindicalismo representa um movimento reivindicativo coletivo dos trabalhadores. É em torno da idéia de que os trabalhadores conformam um coletivo (de classe, de corporação, de empresa, de setor) que se encontra as distintas ideologias sindicais. Portanto, a organização sindical, manifesta uma contradição com o neoliberalismo e o mercado, mas a natureza desta contradição no capitalismo, se antagônica ou não antagônica, dependerá da política e da ideologia sindical que ganhar a hegemonia na / pela luta dos trabalhadores.

Aliás, a organização sindical, ela própria, é uma expressão de resistência e do combate à exploração capitalista e, portanto, da contradição entre capital e trabalho. Não se trata de negar a existência das contradições, mas de identificar a natureza destas e, assim, as formas de luta para tratá-las, as distintas formas de luta para o tratamento dos diferentes tipos de contradição, conforme sua natureza ^{43,44}. Não se trata, portanto, de que os sindicatos não organizem a resistência a exploração capitalista e ao neoliberalismo, como uma de suas políticas. Longe disso: o que se discute é a concepção que orienta a prática político-sindical no tocante a assistência à saúde no sistema de saúde – SUS e planos privados de saúde – no período da implantação das políticas neoliberais.

Considerações metodológicas

Segundo uma formulação usual na Saúde Coletiva, a metodologia deve fornecer o caminho e o instrumental para a abordagem do objeto, compreendido pelo marco teórico e pelas técnicas de pesquisa⁴⁵. Este trabalho toma o marxismo como campo teórico de seu referencial. Como é sabido, existem diferentes concepções teóricas que o reivindicam. Seria, portanto, necessário delimitar bem os conceitos que se coloca para trabalhar. Optamos por fazê-lo no curso da dissertação, como já se pode perceber, para evitar o risco de aqui se alongar em demasia.

A abordagem metodológica envolveu uma revisão bibliográfica, onde são retomadas e ponderadas algumas teses na Saúde Coletiva, com a incorporação à análise de alguns estudos sobre o sindicalismo oriundos das Ciências Sociais. Também se procedeu à análise de documentos. Mas antes são apresentados alguns passos preliminares importantes para a pesquisa.

Para discutir o problema proposto – se pode ser (ou não) considerado um paradoxo a ação sindical que profere um discurso a favor da assistência à saúde no SUS e, junto às empresas, negocia melhorias nos planos e seguros privados de saúde – este trabalho tomou como referência o sindicalismo da Central Única dos Trabalhadores – CUT^{XXI}, compreendendo: a) as instâncias deliberativas e os níveis organizativos superior da central; b) as instâncias deliberativas das entidades sindicais de base filiadas à Central^{XXII}. Pretendemos, assim, contemplar a ação sindical da cúpula da central e as entidades sindicais que estão em contato mais próximos com os trabalhadores^{XXIII}.

Este procedimento se fazia necessário para, de um lado, abarcar as formulações e diretrizes gerais da Central e a representação em alguns fóruns nacionais de política pública, em especial da saúde (uma das *arenas* onde se veiculam as *teses publicistas*, o discurso a favor do SUS) e, por outro, identificar as formulações e a ação dos sindicatos

^{XXI} No próximo capítulo justifico porquê a opção pela Central Única dos Trabalhadores – CUT.

^{XXII} Os Congressos e Plenárias Nacionais e a Direção Nacional são instâncias deliberativas da CUT em âmbito nacional. A Central possui dois níveis organizativos: a organização vertical e horizontal. As Confederações e Federações Nacionais por ramo de atividade econômica e as entidades sindicais e as organizações sindicais de base são suas formas organizativas. A organização de nível horizontal conta com duas estruturas básicas: a CUT Nacional e a CUT Estadual (Estatutos da CUT, www.cut.org.br acessado em 07/dez de 2005).

^{XXIII} A análise se aterá no nível do sindicato. As lutas das organizações dos trabalhadores nos locais de trabalho não serão nosso objeto de análise, por mais que elas apareçam e tenham pontos de contato em comum, através da atuação dos sindicatos.

na representação dos interesses dos trabalhadores de sua base no que respeita a assistência à saúde (onde são encaminhadas as negociações por melhorias nos planos e seguros privados de saúde). Porém, nos dois níveis, da cúpula da central e do sindicato, seria necessário apreender as diretrizes e a concepção relativa à demanda de assistência à saúde no SUS e nos planos e seguros privados de saúde.

Em nível de cúpula da Central Única dos Trabalhadores – CUT, recorreremos aos documentos e materiais das instâncias deliberativas: Congressos, Plenárias Nacionais e Direção Nacional da CUT / Executiva Nacional da CUT, além dos níveis organizativos superior da central, em particular da organização vertical: Confederações e Federações Nacionais de Trabalhadores por ramo de atividade econômica. Partiu-se para estabelecer o(s) sindicato(s). Adotamos alguns critérios gerais para seleção: 1) uma trajetória contínua na luta pela assistência à saúde do trabalhador, 2) capacidade de organização política e sindical, 3) sindicato com relativa importância política na CUT. Optamos por uma única entidade, o Sindicato dos Metalúrgicos do ABC (até 1992, Sindicato dos Trabalhadores de São Bernardo do Campo e Diadema). Trata-se do principal sindicato da base da CUT, suas posições políticas repercutem no meio sindical e apresenta uma trajetória ativa na luta reivindicativa e política em sua categoria e no país. Para se ter uma idéia da influência que os metalúrgicos do ABC possuem para a CUT, à exceção de João Felício, (atual presidente da CUT, que já exercera o mandato entre 30/08/2000 a 2003) todos os demais presidentes da central saíram do sindicato dos metalúrgicos do ABC. Uma ressalva à escolha do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC seria a forte presença do mercado de planos e seguro privados de saúde intermediando a prestação de serviços médico-hospitalares para os trabalhadores representados pelo sindicato. Mas, esta também seria uma dificuldade para outros sindicatos de categorias que se aproximavam dos critérios definidos, tais como: bancários, petroleiros e químicos.

Em seguida, preparamos a ida ao campo para o levantamento dos documentos. Inicialmente, os materiais que nos interessavam seriam: resoluções das principais instâncias decisórias (Congressos, Conferência, Plenárias); materiais produzidos para a comunicação, informes, notícias e demais ações sindicais das entidades voltados para dirigentes, ativistas e trabalhadores: jornais, revistas, boletins, informativos; documentos específicos sobre a seguridade social / saúde / saúde dos trabalhadores, ou

voltado para algum evento específico como, por exemplo, Conferência Nacional de Saúde; a I e II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Estas são fontes diversas e todas relevantes, com seus pesos específicos, para o trabalho, pois possibilitam observar como as questões relativas à assistência à saúde dos trabalhadores aparecem e têm sido tratadas, no âmbito da CUT e do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, em sua relação com os trabalhadores, Estado, fóruns públicos, outros setores sociais. Em especial na relação da direção do sindicato com os trabalhadores de sua base. Também, os Acordos Coletivos firmados pelo Sindicato dos Metalúrgicos de ABC poderiam ser uma fonte documental importante. Todavia, não incluímos esses documentos pois grande parte das negociações esteve voltada para o âmbito da empresa ⁴⁶. Os acordos coletivos mais amplos são firmados por ramo de atividade econômica e negociados pela Federação dos Metalúrgicos da CUT do Estado de São Paulo. O conteúdo das cláusulas de convênio médico quase que se repetem ano a ano, conforme se pode constatar pelos estudos que trataram das negociações coletivas centralizadas dos metalúrgicos do ABC ^{47,48,XXIV}. Assim, a negociação do convênio médico está, cada vez mais, deslocada para o âmbito das negociações em nível de cada empresa. Dados e informações pertinentes foram obtidos pelo acompanhamento do jornal do Sindicato, *Tribuna Metalúrgica* e, quando necessário, dos estudos citados acima que trataram do tema.

A coleta do material ocorreu nas sedes das entidades. A visita foi precedida de contato com os responsáveis do Centro de Documentação da CUT – CEDOC/CUT e do Centro de Documentação do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, momento em que se indicou o tema da pesquisa e os tipos de documentos que procuramos. Estas medidas preliminares foram levadas em consideração, pois acolhemos a advertência de que, na busca por documentos, *o grande problema com arquivos é que eles nunca são organizados para responder a perguntas que queremos fazer, especialmente as perguntas que vocês, investigadores, mais tarde querem elaborar. Ao contrário, são organizados de acordo com os usos que os depositários querem fazer deles... As categorias que eles usaram são as que eles precisam para depois retirar, se necessário: por departamento, por área, por prédio, e sempre por ano e mês, raramente por assunto. Não serão as categorias ligadas aos conceitos que vocês usam. É um trabalho de detetive, vocês vão ter que indagar aonde podem estar as informações úteis para seu*

^{XXIV} Falaremos sobre este ponto no Capítulo I.

estudo ⁴⁹ (p. 129). E isto nos foi muito importante. Os profissionais do Centro de Documento da CUT e do Sindicato forneceram um panorama do acervo e dos materiais, o que e como iria (ou não) encontrar, bem como, da ausência ou dificuldade específica para consulta de alguns e de fontes sobre o tema (em particular no que respeita ao item *planos e seguros privados de saúde*).

Assim, com visita previamente preparada e agendada, compareci à sede da CUT e do Sindicato para o levantamento dos documentos ^{XXV}. Em ambos locais, foi feita uma primeira aproximação, leitura panorâmica dos documentos e realizada a seleção, sendo que uns xerocopiados e outros obtidos em seu formato impresso, pois havia exemplares disponíveis para o público em geral, o que foi um facilitador na coleta do material. Grande parte do que tínhamos previsto foi obtido, além de se agregar outros títulos, que emergiram, às vezes, aleatoriamente, mas instigados por agir como *catadores permanentes de materiais possivelmente pertinentes* ⁴⁹ (p. 131) ^{XXVI}.

Em relação ao Sindicato, o tipo de arquivamento de seu jornal *Tribuna Metalúrgica* não possibilita fotocópia. A seleção de textos deveria implicar na transcrição, no local, de suas informações. Para um jornal com quatro números semanais (de 3^a a 6^a feira), com um largo período a cobrir (a partir dos anos 1990), isso se tornou, no momento, inviável. Porém, foi possível viabilizar sua consulta e posterior análise, pois o jornal *Tribuna Metalúrgica*, a partir de 1999 até os dias de hoje, está disponível integralmente, na página do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC na internet (www.smabc.org.br). Além disso, o Sindicato também mantém uma página na internet reservada à memória dos metalúrgicos do ABC, com histórico, as principais greves, os congressos, depoimentos e outros registros (www.abcdeluta.org.br).

^{XXV} Além do grande tempo dispensado no Centro de Documentação das entidades, pude conversar com dirigentes sindicais e profissionais de outros departamentos. Na CUT, visitei o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho - INST/CUT, além do tratamento muito gentil e da agradável conversa com seus profissionais, pude colher inúmeros materiais e fui auxiliado a encontrar outros. Também pude perceber a preocupação em levar a sério as atividades em curso numa conjuntura complexa para a luta dos trabalhadores. No Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, visitei o Departamento de Saúde do Trabalhador e mantive conversa informal com seu diretor. Foi-me fornecido um panorama das atividades realizadas pelo departamento e do atendimento aos trabalhadores. Também no sindicato pude observar rapidamente a intensa dinâmica de sua imprensa na produção de um veículo com grande tradição e presença nos metalúrgicos e na Região do ABC.

^{XXVI} Uma grata surpresa foi ter encontrado quase todos os exemplares do jornal *Tribuna da Saúde*, veículo do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema, específico para as questões de saúde (ver quadro). Também desta entidade, encontrar alguns relatórios e atas do Departamento de Saúde do Trabalhador referente a final da década de 1980 e início dos anos 1990. Na CUT, a garimpagem maior deu-se na publicação *InformaCUT*, de periodicidade quinzenal, até os primeiros anos da década de 1990, passando para periodicidade mensal, em meados dessa década.

O material coletado, inclusive os endereços das entidades disponíveis na internet, possibilita cobrir os dois níveis da ação sindical que se investiga. Os principais documentos coletados e considerados neste trabalho, sua identificação; autoria; data/período; acompanhada de informações sobre a quem se destinam, contexto em que aconteceram constam do Anexo I.

Com base na orientação colocada pelos problemas da pesquisa buscamos uma aproximação do referencial metodológico apresentado por Spink ⁵⁰. Os documentos que foram coletados são considerados como documentos de domínio público e refletem práticas discursivas determinadas ⁴⁹. Neste sentido, os documentos que analisados são entendidos como às maneiras a partir das quais as entidades sindicais produzem sentidos e se posicionam em relações sociais específicas. Relações sociais contraditórias – que são, em última instância, relações sociais de classes - em que as práticas discursivas sindicais são produzidas na / pela relação dialógica que estão inseridas numa determinada conjuntura específica. E será sob esta perspectiva que se investiga o significado a ação sindical relativa ao SUS e aos planos e seguros privados de saúde na assistência à saúde do trabalhador.

Isto exigiu um enorme esforço para situar e analisar os documentos, suas práticas discursivas, nas condições concretas em que se produziam / processavam. Procuramos respeitar este procedimento e, em alguns casos, para fazê-lo foi necessário se estender e levantar outras informações, em jornais de grande circulação no país, que auxiliassem a situar o panorama do contexto ^{XXVII}.

Elegemos determinadas categorias expressas pelas práticas discursivas das entidades sindicais consideradas. Aqui também deveria se observar que as categorias *...são estratégias... delineadas para conversar, explicar, organizar e dar sentido ao mundo, [e] cujas especificidades estão vinculadas ao contexto que as produzem* ⁵¹ (p. 79). Assim, conseqüentemente, não apenas as práticas discursivas, mas também as categorias, expressas por essas práticas discursivas, emitidas pela CUT e pelo Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, deveriam respeitar a especificidade de sua produção.

As categorias selecionadas emergiram da tensão entre o que se tinha de referência e o processo de interpretação. Emergem, assim, as seguintes categorias de análise: relação público-privado na assistência à saúde; sistema único de saúde; planos e

^{XXVII} Em particular a *Folha de São Paulo*, em função da disponibilidade para consulta em seu acervo on line: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/arquivos>.

seguros privados de saúde; contrato coletivo de trabalho e saúde, assistencialismo e saúde. Esta última, não se havia previsto; ela aparece durante o processo de levantamento e interpretação dos documentos⁵².

O processo de análise que adotamos percorreu todo o processo da pesquisa e ocorreu, portanto, simultaneamente, ao levantamento das informações e da leitura bibliográfica. Apresentamos conjuntamente os resultados e sua discussão. Aqui seria conveniente esclarecer o que se está afirmando: primeiro, porque o recurso utilizado para a exposição desta dissertação poderia levar a confundi-lo com o processo de análise que foi empreendido; segundo, por existir uma certa defasagem, e isto gera uma tensão, uma relação contraditória entre levantamento das informações e sua análise; terceiro porque informações (dados) e análise, ambos interferem um no outro, se determinam reciprocamente (o que não significa que estejam em equilíbrio); quarto, porque a análise não se reduz às informações *coletadas no campo*, não se limita à análise das práticas discursivas, apesar de aqui essas assumirem o aspecto principal. Aqui podemos afirmar que, mesmo agora, no momento da redação deste trabalho, vimos a necessidade de levantar informações e portanto de analisá-las, continuamos a recorrer tanto a um quanto a outro aspecto. Contudo devemos reconhecer que é preciso por um ponto.

Algumas observações são importantes: primeiro, a análise parte de um corte histórico - a virada da década de 1980 e a implantação das políticas neoliberais no Brasil -, mas não seguimos uma cronologia dos anos 1990, apenas situamos as posições da CUT e do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC na conjuntura mais ampla deste período. Não nos preocupamos, portanto, em explicitar e distinguir, no curso do período estudado as variações ocorridas e que se fizeram na / pela implantação das políticas neoliberais pelos sucessivos governos do período. Apesar de recorrer a documentos produzidos até o presente ano, sua grande maioria é anterior ao início do mandato do atual governo federal do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, período que exigiria um detalhamento particular - em especial para o sindicalismo e o impacto produzido com a chegada ao poder do Partido dos Trabalhadores e as políticas até então assumidas - que nos limites deste trabalho não nos propomos realizar. Todavia, de forma mais geral, estão mantidas a tendência em torno dos problemas aqui estudados e, assim, a discussão

da ação do sindicalismo cutista, até aquele momento, constitui elemento importante para auxiliar o entendimento das questões que se passam na atualidade.

A segunda observação refere-se ao capítulo I desta dissertação. Sob o título: *Sindicalismo e a Assistência à Saúde do Trabalhador: a Relação SUS e Planos de Saúde*, o capítulo é a íntegra de um artigo elaborado em maio/junho deste ano, submetido à publicação, mas ainda nas mãos dos pareceristas. Optamos por mantê-lo em seu formato e texto original, acrescentando, em forma de nota de rodapé, alguns argumentos que em sua maioria foram encontrados após sua elaboração. Não porque seja necessário e sim para reforçar as idéias ali apresentadas (algumas sempre polêmicas). O material empírico do capítulo I utilizou apenas as Resoluções dos Congressos e Plenárias Nacionais da CUT. Por fim, os capítulos II, III e IV exploram o conjunto dos documentos, como se disse antes, apresentando, no mesmo momento, resultado e discussão assumindo um caráter exploratório, em especial, os dados abordados no capítulo IV.

Capítulo I

Sindicalismo e a assistência à saúde do trabalhador: a relação SUS e planos de saúde

1.1 - Introdução

Este trabalho visa trazer elementos para discutir as práticas do sindicalismo brasileiro relativas à configuração e ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Setor Supletivo de Saúde, no que se refere à atenção a saúde do trabalhador.

No Brasil, os trabalhadores têm protagonizado importantes lutas em defesa dos direitos sociais, entre os quais o direito à saúde. As resoluções políticas das principais centrais sindicais consagram a defesa do sistema público de saúde^{53,54}. Neste sentido, têm sustentado a representação dos trabalhadores nos conselhos e fóruns de gestão de políticas públicas de saúde e, mesmo, mais recentemente, junto à Câmara de Saúde Suplementar – CSS, instância da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para discussão da regulamentação do setor supletivo de saúde. Por outro lado, os principais sindicatos de trabalhadores incorporaram na agenda de negociação coletiva a demanda por melhoria da assistência médico-hospitalar através dos convênios médicos e planos e seguros privados de saúde contratado pelas empresas.

Este quadro tem acompanhado, nas últimas décadas, a prática do movimento sindical, período em que, tanto o sistema de proteção social, em particular o sistema de saúde, quanto o próprio sindicalismo sofreram significativas alterações, expressão mais abrangente das transformações na formação social brasileira. Nos anos mais recentes, parece cristalizado o questionamento da capacidade dos trabalhadores - pelo fato de serem consumidores de planos de saúde privados - e de suas organizações sindicais converterem-se em força social interessada em sustentar a melhoria e ampliação do SUS, apesar de considerados essenciais para seu fortalecimento⁵⁵.

Pretendemos debater com algumas teses explicativas sobre esta problemática no campo da Saúde Coletiva / Saúde do Trabalhador e agregar o referencial das Ciências Sociais e Humanas. A incorporação de alguns estudos sobre a trajetória recente do sindicalismo brasileiro desenvolvidos por autores da sociologia e da ciência política traz novas luzes sobre o problema.

Será apresentado de que forma esta questão tem sido considerada pelo sindicalismo, tomando como referência a Central Única dos Trabalhadores – CUT, a partir da análise documental, em especial, das resoluções de seus Congressos e Plenárias Nacionais no que se refere ao item política social / saúde. Nossa opção pela CUT se justifica pelo fato desta central sindical ter, em geral, frente às demais: 1) uma trajetória de lutas relativamente continua em relação à atenção a saúde do trabalhador, desde a sua fundação em 1983, 2) maior capacidade de organização e participação política e sindical, 3) hegemonia no sindicalismo brasileiro na representação política e orgânica dos trabalhadores.

Em todo país, segundo a Pesquisa Sindical realizada pelo IBGE ⁵⁶, encontravam-se registrados no Ministério do Trabalho e Emprego, até 31/12/2001, um total de 11.354 sindicatos de trabalhadores. Desse total, 4.304 (38%) estavam filiados a alguma central sindical no país. A CUT contava com 66% de todos os sindicatos filiados às centrais, a Força Sindical - FS com 19% e as demais centrais sindicais somadas com 15%. Dados da própria CUT apontam que a central conta com 3.261 entidades sindicais filiadas com um total de 7.422.589 associados e 21.972.960 trabalhadores em sua base de representação (<http://www.cut.org.br> acessado em 02/abril de 2005).

Nos limites deste artigo não serão exploradas as diferentes posições das correntes políticas-ideológicas existentes no movimento sindical brasileiro, nem mesmo aquelas presentes no interior da CUT. As resoluções dos Congressos e Plenárias Nacionais da CUT não encerram a totalidade deste debate no meio sindical, mas possibilitam revelar uma determinada consciência em relação à assistência a saúde do trabalhador, possuidora de um considerável peso político no sindicalismo brasileiro.

1.2 - Saúde Coletiva: discutindo algumas teses explicativas

A tese da universalização excludente, apresentada por Faveret e Oliveira ⁵⁷, apontou na insatisfação com os serviços públicos, numa conjuntura dos anos 1980 de contenção do gasto público, a razão para consolidar a expulsão do sistema público de saúde de segmentos sociais médios e de trabalhadores dos setores privado e público, mais dinâmicos da atividade produtiva. A expulsão do sistema público destes segmentos

de trabalhadores politicamente mais organizados teria enfraquecido ainda mais as reivindicações e a pressão social pela melhoria do setor estatal de saúde.

Seguindo o mesmo raciocínio, Mendes ⁵⁸ nos informa que, nos anos 1990, o mecanismo de racionamento, dando-se por uma queda da qualidade média do SUS, proporcionou a continuidade e a ampliação do processo de exclusão do sistema público para o setor supletivo de saúde, nomeado pelo autor como Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS), ter atingido parte da classe média baixa e dos trabalhadores de pequenas empresas.

Contudo, em sua maioria, os trabalhadores com cobertura extra-SUS continuam a depender do setor público para resolver problemas de alta e, conforme o caso, de média complexidade que não são totalmente e mesmo, em certas modalidades de planos de saúde, parcialmente cobertos pela atenção médica supletiva ^{58,59} entre outras ações de saúde como, por exemplo, a venda de medicamentos através da Farmácia Popular, onde cerca de 65% dos usuários são pacientes de convênios e particulares (Diário de São Paulo apud www.unidas.org.br em 07/out de 2004). O processo de inserção de tais setores sociais no sistema supletivo de saúde não tem significado sua total saída do sistema público e muito menos deveria, necessariamente, explicar e justificar o afastamento da participação sindical em uma efetiva mobilização pela melhoria do SUS.

Uma formulação que adquiriu destaque foi realizada por Costa ¹². O autor sustenta que a opção das organizações sindicais pelos planos e seguros privados de saúde está na *gênese da cultura associativa sindical brasileira* (p. 25). A presença de uma *cultura da diferenciação* (p. 25) entre os trabalhadores explicaria a grande mudança de oferta dos serviços médicos. Os valores e os anseios dos trabalhadores dos setores de ponta da economia por políticas diferenciadas de saúde implicaria na resistência destes à universalização. Além disso, a existência de competição entre as orientações ideológicas dos sindicatos (lideranças) e de sua base de trabalhadores (liderados) tem implicado a não conformidade entre as decisões em defesa do SUS assumidas pelas lideranças sindicais nas instâncias formais colegiadas e o conteúdo em prol de planos de saúde das negociações dos liderados junto a empresas e a setores produtivos particulares.

Para Vianna ¹³, não estaríamos diante de simples inconsistência entre representantes e representados, mas de um modelo de organização de interesses

semelhante ao americano. Modelo que fomenta o *lobbying* enquanto veículo de articulação dos interesses que tornam *impossíveis políticas fundadas numa solidariedade abrangente* ¹³ (p. 179). O paradoxo, considerado pela autora como aparente, entre a retórica *publicista* das centrais sindicais e a estratégia particularista dos sindicatos a ela vinculados ocorreria porque o contexto no qual os lobbies são operados não espelha com exatidão a matriz americana. No Brasil, são muitos milhões que não tem acesso a tais formas de ação reivindicativa e que não podem ser descartados do discurso das centrais sindicais ^{XXVIII}.

Devemos recordar que, nos anos 1970, sindicatos de trabalhadores apresentaram inúmeros questionamentos ao convênio-empresa. Estes eram denunciados pela falta de isenção na prática da assistência médica subordinada ao empregador, pela queda da qualidade do tratamento reduzido a prescrição de analgésicos e outros medicamentos, além de recusarem o tratamento de doenças que exigiam uma recuperação mais demorada, conforme apontado por importantes estudos da Saúde Coletiva no final da década de 1970 ^{11,31,32,34}.

Esta crítica foi incorporada pelo movimento sindical que se rearticulava na Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras – Conclat, realizada de 21 a 23 de agosto de 1981. Em suas resoluções, propunha a *extinção dos convênios médicos, concomitantemente com a criação de uma rede base e pública de previdência* ⁶⁰ (p. 34). Também a articulação sindical na saúde já se fazia presente através do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – Diesat. Nas discussões em torno da reforma da assistência médica da Previdência Social, o Diesat ⁶¹ alertara, já em 1982, para o fato de que as propostas reformistas para o setor saúde que atingiam o segmento de prestadores de serviço privado contratado poderiam caminhar no sentido de reforçar não o setor público, mas o segmento de seguro-saúde em expansão. Identificou, corretamente, que o processo de *racionalização de serviços com controle de gastos... contraria os interesses de parte do empresariado hospitalar, não... para fortalecer o setor público, mas para concentrar a propriedade privada do*

^{XXVIII} Por outro lado, com base em Galvão ²⁵, mais do que considerar o funcionamento e os arranjos construídos para regular a participação dos sindicatos, entre outros representantes sociais, nos conselhos, fóruns, câmaras setoriais.. como um certo *modo de representação de interesses*, formas de intermediação de interesses e de formulação de políticas públicas, eles devem ser avaliados na possibilidade de configurarem um determinado *modo de dominação* de classe (p. 61). O que não significa deixar de reconhecer sua constituição como espaço colocado pela/na luta dos trabalhadores, tendo em consideração seus limites.

setor, levando-a ao oligopólio e abrindo espaço para as multinacionais e o capital financeiro que penetra fortemente na área de seguro-saúde ⁶¹ (p. 12).

Contudo, esta posição não assumiria grande repercussão, predominando uma crítica genérica ao *favorecimento oficial à medicina privada e às empresas capitalistas que exploram hospitais, laboratórios, bancos de sangue, medicinas de grupo, seguradoras de saúde* ⁶² (p. 51).

O movimento de reforma sanitária, segundo Mendes ¹⁵, centraria o embate político-ideológico contra os prestadores de serviços de saúde do setor privado contratado pela Previdência Social em favor dos prestadores de serviços de saúde estatais, polarização consagrada na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Além disso, sua formulação acerca do financiamento necessário a uma universalização que preservasse os padrões de oferta alcançados pelos trabalhadores formais, à época, era dúbia. Se não negava a necessidade de recursos adicionais, priorizava a interpretação de que os recursos existentes eram mal empregados e se esvaíam pelos canais da corrupção. Uma das principais justificativas para se empregar, de forma universalizada, os recursos da Previdência Social era de que toda a sociedade contribuía indiretamente para ela e não apenas os trabalhadores e empresas contribuintes. O diagnóstico do Banco Mundial sobre a atenção à saúde no Brasil ⁶³ já apontava serem os trabalhadores formais *privilegiados* quando da utilização de recursos públicos que deveriam, em função da equidade, serem desviados para os chamados *pobres*. Cremos que a falta, portanto, de uma política clara de repulsa a esse tipo de política poderia ter dificultado um engajamento mais ativo do movimento sindical, em uma reforma sanitária que dispensasse as coberturas privadas adicionais para atenção à saúde, já presentes em diversas categorias de trabalhadores.

Não deve ser desconsiderado o fato de que muitos sindicatos de categorias profissionais dos segmentos médios e de trabalhadores qualificados participaram de importantes ações nos Programas de Saúde do Trabalhador – PST e nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST ^{64,65}, inclusive, com a experiência de gestão sindical ⁶⁶. Além da participação nas I e II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, respectivamente, em 1986 e 1994, esta última marcada por uma conjuntura significativamente distinta.

As lutas dos trabalhadores contribuíram para a instituição e o desenvolvimento dos PSTs e CRSTs. Por sua vez, estes têm possibilitado tornar público os dados referentes aos acidentes e diagnósticos de doenças do trabalho. Colaboram para que os trabalhadores organizados tenham elementos para subsidiar suas lutas em defesa do direito à saúde, à previdência social e por mudanças e melhoria nas condições de trabalho, em contraposição à ocultação dos danos à saúde dos trabalhadores pelas empresas, com a cumplicidade das empresas de medicina de grupo por elas contratadas¹⁸. Todavia, não ocorreu um massivo e qualitativo envolvimento de categorias expressivas de trabalhadores⁶⁷. As ações dos PSTs e dos CRSTs são marcadas pela descontinuidade⁶⁸, atendendo, a partir dos anos 1990, predominantemente, a população trabalhadora desempregada e/ou no mercado informal⁶⁴.

O movimento sindical, no período pós-Constituição vislumbrou, segundo Rodrigues⁶⁹, a possibilidade das classes trabalhadoras influírem mais decisivamente na esfera pública. Tem concentrado atenção especial aos fóruns setoriais de âmbito nacional, entre eles, os do setor saúde: o Conselho Nacional de Saúde - CNS, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST e, mais recentemente, na Câmara de Saúde Suplementar - CSS, mas se distanciado das ações mais próximas dos PSTs e dos CRSTs⁷⁰. A CUT⁷¹ reconheceria a dificuldade em socializar para o conjunto da Central as propostas e mobilizações nos fóruns de saúde de que participa.

A temática por nós apresentada tem merecido pouca atenção da área de Saúde do Trabalhador. Em trabalho de grande amplitude e de referência para a área Lacaz⁶⁴, de forma bem concisa, registra tal prática sindical como paradoxal e contraditória. Posteriormente, o autor⁷², sumariamente, assinalaria que o problema - um *nó* político-ideológico não desatado pelo sindicalismo - seria: a) a expressão da mudança de orientação em relação à assumida, no final dos anos 1970, ao passar de uma posição de confronto com o capital para uma ação que implique certa conciliação ou uma *cooperação conflitiva*, (p. 125) conceito utilizado por Rodrigues⁶⁹ para identificar o padrão de ação sindical a partir dos anos 1990; b) o resultado das transformações da formação sócio-cultural e dos hábitos de consumo das novas gerações de trabalhadores como, por exemplo: os da indústria automobilística; c) da falta de vínculos mais profundos dos sindicatos no interior das empresas, a incipiente organização nos locais de trabalho.

No entanto, podemos apontar que não seria a falta de organização dos trabalhadores nos locais de trabalho um indicativo relevante para explicar a prática sindical por melhorias em planos e seguros de saúde, ainda mais se consideramos o exemplo citado - os trabalhadores da indústria automobilística - onde, há mais de duas décadas, estes trabalhadores detentores de um elevado nível de organização no interior das empresas têm esta demanda incorporada em sua ação sindical.

Andreazzi ^{73,74}, ao discutir as relações entre oferta, demanda e necessidade em saúde sob a perspectiva marxista da reprodução social, nos informa que, para invocar a mudança de hábitos de consumo de serviços de saúde, se for este o caso, das novas gerações de trabalhadores como explicação da política sindical em relação à atenção médica a saúde do trabalhador, seria necessário analisar as distintas conjunturas das últimas décadas, tendo a compreensão de que há que existir uma oferta que se aproveite das representações indistintas dos trabalhadores sobre suas necessidades de saúde para criar necessidades sociais de consumos, hábitos, segundo os interesses dos ofertantes. Mas não somente. É preciso forjar a ação em direção a tal consumo, o que envolve processos coletivos em que as distintas classes e frações de classes sociais envolvidas, com os seus interesses materiais concretos e suas ideologias, disputam a consciência dos trabalhadores. O sindicalismo configura e expressa uma das formas dessa luta de classes.

Vimos que Costa ¹² condiciona a ação sindical por atenção à saúde pelas escolhas e preferências individuais dos trabalhadores. Mas tanto ele assim como Vianna ¹³, no que se refere à seguridade social no Brasil, privilegiam as articulações das organizações de interesses dos trabalhadores com os arranjos institucionais e as estruturas de decisão (acordos, mecanismos de concertação) do Estado. Nesta perspectiva, conceitualmente apoiada na abordagem institucionalista, o Estado é considerado um *ator*, despojado das formas de dominação fundadas nas relações sociais de produção, diante do qual o sindicalismo, um outro *ator*, se apresentaria para participar na formulação da política pública de saúde (entre outras). A evolução institucional do Estado e a organização sindical dos trabalhadores não são consideradas em relação à totalidade e a especificidade da estrutura social capitalista no Brasil em seu desenvolvimento histórico concreto, mas referidos a produção das políticas sociais, no limite, comparadas a modelos de proteção social e de cidadania próprio do Welfare

State ⁷⁵. Com base neste referencial, identificaram o processo de expansão do mercado de planos de saúde no país como decorrente das demandas sociais dos trabalhadores e de seus sindicatos que emergiram das negociações coletivas nos anos 1980.

1.3 - Demandas sindicais por bem-estar na relação com a empresa e o Estado

Tanto a formulação apoiada nos valores ou na cultura de diferenciação entre os trabalhadores, quanto a que considera a impossibilidade das organizações sindicais sustentarem políticas solidárias amplas apóiam-se, entre outras, numa evidência empírica. A partir dos anos 1980, se expandiu a pauta de reivindicações dos trabalhadores por serviços sociais e de bem-estar em negociação coletiva direta entre sindicato e empresa. Este fato foi entendido e invocado para afirmar que, já naquele momento, o movimento sindical – em relação à configuração da seguridade social, inclusive o sistema de saúde – deslocara o lugar do Estado na definição de direitos sociais e voltara-se para o local de trabalho e a empresa como espaço central para as conquistas sociais.

No entanto, a existência de tal pauta reivindicativa junto às empresas não necessariamente se configura um pleito sindical exclusivista do coletivo de trabalhadores diretamente interessado, capaz de representar seu afastamento das demandas dirigidas ao Estado. Isto depende da situação concreta e da conjuntura em que tais lutas se processam. Ao longo dos nos anos 1980, o sindicalismo assumiu uma ação voltada para a aglutinação de forças numa mesma categoria profissional ou entre categorias distintas, valendo-se da mobilização para chegar à negociação ⁴⁶. Diversas categorias de trabalhadores obtiveram conquistas sociais junto ao empresariado através de mobilizações, greves e negociações coletivas. As cláusulas conquistadas por uma categoria passavam a integrar a pauta geral de reivindicações do movimento sindical e algumas delas chegaram a ser estendidas a categorias de menor poder organizativo. Posteriormente, a luta dos trabalhadores assegurou a consagração de grande parte delas na Constituição Federal de 1988 e/ou na Legislação como direito de todos trabalhadores, como é o caso da estabilidade para o trabalhador acidentado. As demandas por bem-estar às empresas, naquele momento, parecem ter contribuído para

ampliar a pressão junto ao Estado no sentido de consagrar determinadas conquistas no rol de direitos sociais.

Já nos anos 1990, o quadro é outro e a tendência tem se dirigido em sentido contrário. As negociações coletivas têm se caracterizado por sua natureza particularista e descentralizada, reforçada pela iniciativa do governo federal em introduzir temas cuja negociação restringe-se ao âmbito das empresas, como a participação nos lucros e resultados e sobre flexibilização da jornada de trabalho, processo que se intensifica a partir da segunda metade da década de 1990. Em relação à ação sindical em saúde do trabalhador, passou a predominar uma estratégia atrelada à *pauta dirigida pelo aparelho de Estado, restringindo seu olhar a.. [negociações de] doenças específicas e a risco de acidente também muito particulares*⁶⁴ (p. 386).

O estímulo à ampliação dos benefícios está orientado por preocupações mais institucionais e para as virtudes do Contrato Coletivo de Trabalho, em negociações cada vez mais particularistas. Parcela considerável dos sindicatos da CUT assumiram a diversidade entre setores e empresas como critério determinante para a negociação⁶⁶. Manifesta-se, assim, um corporativismo não mais por referência ao Estado, mas um certo insulamento de grupo em torno de si mesmo, priorizando suas demandas salariais e sociais em negociação direta, setorial ou com a empresa, isolando-se ou se contrapondo não a um suposto interesse geral da sociedade, mas à luta reivindicativa e política mais ampla em torno de uma plataforma comum dos trabalhadores²⁴.

Em 1989, a pesquisa realizada pela firma de consultoria Montigny / Woerner junto ao segmento empresarial, citada por Mendes¹⁵, indicou que a pressão sindical advinda de reivindicação dos trabalhadores não possuía peso importante entre o rol de motivos apontados para justificar a adesão das empresas ao setor supletivo de saúde^{76,XXIX}. As principais razões figuravam no âmbito dos objetivos da política empresarial relacionadas às formas de controle sobre a reprodução da força de trabalho diretamente ocupada³² e as novas modalidades de sua utilização e gestão, na conjuntura aberta a partir dos anos 1980.

XXIX Checchia⁷⁶, ao analisar as Convenções Coletivas de três categorias de trabalhadores no Estado de São Paulo, em três distintos momentos históricos - estudou uma convenção coletiva de cada um dos sindicatos nas décadas de 1970, 1980 e 1990 - indica que a assistência médica hospitalar estaria mais relacionada a necessidades das empresas impostas pelo mercado de trabalho ou por necessidades gerenciais internas do que por reivindicações sindicais. *O benefício da assistência médica é um dos mais comum concedido pelas grandes e médias empresas* (p. 38). *No país, o gasto do benefício representa, para 70% das empresas que o concedem, mais de 5% da folha de pagamento* (p. 39-40).

Fernandes ⁷⁷ recusara a relação de causalidade entre as demandas sindicais por serviços sociais, entre elas a de atenção médico-hospitalar e a expansão da oferta destes serviços pelas empresas empregadoras. Este movimento somente se generalizou, enquanto uma forma particular de *proteção social*, por meio da política estatal que, respondendo às necessidades de determinados segmentos do empresariado, naturaliza-o e incorpora-o ao sistema de proteção social vigente.

As determinações do processo de expansão do mercado de planos e seguros de saúde nos remetem ao convênio-empresa, anos 1960 e 1970, com financiamento público, via seguro social, apoiado no interesse do empresariado em assegurar a produtividade do trabalho, num momento de intensificação da industrialização no país com grande impacto sobre a saúde dos trabalhadores. Na década de 1980, prossegue a expansão do sistema supletivo de saúde caracterizado, agora, segundo Médici ⁷⁸ por formas *autônomas* de financiamento da assistência médica em relação ao setor público - apesar de mantido mecanismo de renúncia fiscal aos usuários e empresas que contratam planos de saúde - apoiado na entrada do capital financeiro ³⁴.

Processo este que caminharia relacionado às transformações econômicas e produtivas, sociais e políticas num período de ascensão das lutas dos trabalhadores, inclusive, a luta pelo direito á saúde. O setor empresarial reforçaria a associação entre bem-estar dos trabalhadores e a idéia de competitividade. Conforme documento do Instituto Herbert Levy - IHL de 1993, citado por Vianna ¹³, o papel da empresa deve ser o de agente da transformação global, de dar respostas rápidas ao mercado e incorporar algumas funções que eram dever do Estado, tais como a Saúde e a Educação do seu corpo de funcionários, como partes integrantes e imprescindíveis ao processo de Educação para a Competitividade Empresarial.

Neste sentido, segundo Fernandes ⁷⁷, a negociação sindical se inclui como um dos aspectos a serem considerado pelas grandes corporações industriais, financeiras e de serviços. Estas introduziram novas tecnologias e processos de gestão flexíveis com novos requisitos em termos de habilidades e valores para a força de trabalho. Em particular, se constituiria um núcleo de novos operários e trabalhadores diretamente contratados que, conforme Alves ⁷⁹, apesar de sua redução numérica tendeu, nos anos 1990, a aumentar o seu tempo médio de permanência nas empresas, executando, com maior intensidade uma grande quantidade de operações. O que deve reforçar as relações

de complementaridade das empresas com o segmento de planos e seguros de saúde, visto as preocupações com a recomposição e preservação da força de trabalho ativa, a redução do absenteísmo, a fixação do trabalhador no processo de trabalho ¹¹ e as funções político-ideológicas de identificação do trabalhador com a empresa ³⁴.

O novo complexo de reestruturação produtiva recrudescer a superexploração da força de trabalho, característica estrutural do capitalismo no Brasil ^{42,79}. Este quadro pode ter acentuado a enorme diferenciação quanto ao acesso e aos padrões de qualidade dos serviços médico-hospitalares fornecido pelas empresas aos trabalhadores, seja de forma direta e/ou através do setor supletivo, aspecto já apontado pelos estudos na Saúde Coletiva do final dos anos 1970, anteriormente mencionados ^{11,31,32,34}.

Nesta direção, Santos ¹⁷ apresentou um panorama da extensa diversidade em que os serviços de saúde nas grandes empresas e na sua rede de contratadas são prestados e/ou financiados com ou sem co-participação dos próprios trabalhadores. Diferenciação que pode ser definida pela categoria profissional (qualificação, hierarquia funcional) ou pelo contrato de trabalho (vínculo direto, terceirizado, estagiário). O benefício do plano de saúde pode ser restrito aos funcionários da empresa ou, até, extensivo a esposas, dependentes e agregados. A rede credenciada pode ser composta desde os estabelecimentos considerados "top" de linha até o campo oposto. Da mesma forma que o padrão e a amplitude da cobertura do plano de saúde e sua gama de serviços pode variar de bem ampla até residual ^{17,76}.

Em outro trabalho, Santos ⁸⁰ nos indica que a realidade do dia-a-dia dos trabalhadores do mercado formal onde a insalubridade, a periculosidade e o tempo limite de afastamento para adoecidos ou acidentados determina um constante questionamento do estado de saúde do trabalhador e coloca em xeque *a idealização de que os trabalhadores sejam uma elite do país por... terem, na maior parte, plano ou seguro privado de assistência à saúde* ⁸⁰ (p. 32). Além disso, em grande parte, são os próprios trabalhadores que arcam, total ou parcialmente, com seus custos.

Como vimos, as demandas sindicais dos trabalhadores, inclusive por assistência à saúde, apresentadas ao empresariado nas negociações coletivas assumiram qualidades distintas nas diferentes conjunturas históricas. Apesar de constarem nos acordos coletivos, a forte expansão da oferta de atenção médica supletiva não pode ser atribuída à pressão sindical dos trabalhadores.

Uma outra questão levantada em relação à assistência à saúde do trabalhador se refere à desigualdade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde no próprio setor supletivo e entre os que adquirem um plano de saúde em decorrência do trabalho ^{81,XXX}. Ainda pouco estudado, se considerarmos que este setor não estaria isento das clivagens de classes sociais no país que pode estar sendo recrudescida pela repercussão do processo de reestruturação produtiva no sistema de saúde brasileiro. Este quadro nos conduziria a recusar a oposição reducionista entre usuários do sistema supletivo de saúde versus usuários do SUS, o que torna ainda mais complexa as análises sobre a participação sindical na luta pela atenção à saúde dos trabalhadores ^{82,XXXI}.

1.4 - O SUS e os planos privados de saúde nas resoluções da CUT em tempos de política neoliberal

Uma certa simplificação das contradições sociais ganhou amplitude no campo político-ideológico, a partir dos anos 1990, com a implementação das políticas econômicas e sociais restritivas de cunho neoliberal, no momento de implantação do SUS. Segundo Andreazzi ⁷⁴, adquiriu relevo - sob o discurso da universalização e da equidade nos termos do Banco Mundial - a argumentação de que a utilização do sistema público de saúde pelas categorias de maior renda *tira o lugar dos mais pobres* (p. 218).

Neste sentido, a documento *Gasto Social do Governo Central: 2001 e 2002*, elaborado pela Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda ⁸³ apontou como principal problema das políticas sociais no Brasil o *privilegio concedido pelo atual sistema... a grupos de renda mais alta... A possibilidade de ampliação dos recursos destinados aos brasileiros mais pobres e de fornecer uma verdadeira rede de*

^{XXX} Conforme estudo do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde de São Paulo ⁸¹, *a rede SUS tem tempo de espera maior para atendimento quando comparada à rede dos planos, mas, entre os beneficiários de planos, os de baixa renda esperam por atendimento, mais que o dobro do tempo dos de maior renda* (p. 213-214). E mais: *A análise da PCV mostrou que existe desigualdade no acesso e na utilização dos serviços de saúde entre os possuidores de planos privados, segundo os quintis de renda. Tal fato pode ser explicado pela estratificação existente entre os planos de distintos valores: aqueles cuja mensalidade é mais alta oferecem 'comodidades' de nível superior, menor tempo de espera* ⁸¹ (p. 234).

^{XXXI} Mesmo porque, ressalvadas algumas experiências dos PSTs e CRSTs, com participação sindical, inexistem garantias de que o setor público de saúde, de forma generalizada, incorpore a dimensão do processo de trabalho na determinação do processo saúde-doença dos trabalhadores. Conforme apontado por Stotz ⁸² *para o setor público atuar sobre essa dimensão seria necessário pensar tanto a desmercantilização dos serviços de atenção à saúde como retirar a saúde das leis do mercado* (p. 51).

proteção social, capaz de amparar a população mais vulnerável... depende... de reformas estruturais que reduzam os privilégios... ⁸³ (p. 3)

Este aspecto tem constituído um dos pontos centrais no discurso neoliberal que, segundo Boito Jr.^{24,84}, alcançou uma *hegemonia regressiva*. Para o autor, a despeito de cortes de direitos sociais e trabalhistas promovido pelas políticas neoliberais, as classes dominantes obtiveram uma hegemonia, ainda que de modo superficial, instável, precária, e com impacto desigual sobre os diferentes setores dos trabalhadores. Hegemonia, portanto, conquistada sem concessões econômicas e, ao contrário, retirando e restringindo direitos das classes dominadas. Neste sentido, seu caráter regressivo ^{xxxii}.

Para a caracterização deste fenômeno torna-se necessário à compreensão de que o modelo de desenvolvimento do populismo e o que se seguiu, o período desenvolvimentista durante a ditadura militar, geraram no Brasil contradições no interior das classes trabalhadoras da cidade e do campo, e não apenas entre ambas, no que se refere ao acesso restrito e segmentado aos direitos sociais. Estas contradições, ao longo do tempo, suscitaram nos trabalhadores preteridos pelos direitos sociais uma revolta difusa, vocalizada na cena política pela ideologia neoliberal e negligenciada pelo sindicalismo ^{24,xxxiii}.

^{xxxii} Uma observação importante: Boito Jr. retira a noção de hegemonia de Antonio Gramsci, contudo com *uma distinção* e incorporando *um elemento novo*. Vejamos: *Há alguns textos densos e breves de formulação conceitual de Gramsci sobre a hegemonia, reunidos principalmente na coletânea Maquiavel, a Política e o Estado Moderno, nos quais o conceito parece preso a uma problemática culturalista e historicista. O “grupo” hegemônico é aquele que logra difundir seus valores e idéias para o conjunto da sociedade, obtendo, desse modo, um “consenso” e transformando-se em “grupo dirigente”.*(...) *A visão de hegemonia que nos interessa mais é aquela que aparece nos textos de análise histórica de Gramsci, como aqueles reunidos no conhecido volume sobre o “risorgimento”. Nesses textos, a luta de idéias está estritamente vinculada às relações e à luta de classes numa sociedade e num período histórico determinado. A hegemonia solda alianças, demarca campos e isola ou neutraliza as forças intermediárias ou potencialmente inimigas. Não há espaço para a idéia de consenso... Numa palavra, a luta pela hegemonia é um aspecto da luta de classes num período determinado... Gramsci mantém, contudo, a idéia da classe ascendente como o pano de fundo da hegemonia. Com exceção desse último ponto... porque... o neoliberalismo pode ter implantado sua hegemonia a despeito de informar uma política que deteriora, em vez de elevar, o padrão de vida das grandes massas populares. Para caracterizarmos essa situação estamos utilizando a noção de hegemonia regressiva, uma hegemonia sem concessões econômicas aos grupos dominados e, por isso mesmo, uma hegemonia superficial, instável e precária.* ⁸⁴ (p. 10-11, grifos do autor)

^{xxxiii} As contradições no interior da classe trabalhadora e nas camadas populares podem ser consideradas por meio do que Mao Tse Tung ⁴⁴ chamou de contradições no seio do povo. Estas contradições entre os diversos segmentos da classe trabalhadora foram e continuam sendo exploradas pelas classes dominantes. Por exemplo: tem-se atribuído a condição de privilegiados aos trabalhadores usuários de planos e seguros privados de saúde em contraposição aos usuários SUS. A ação sindical não tem se preocupado o suficiente com esta questão, inclusive, em vários momentos tem até propiciado um terreno mais favorável ao discurso neoliberal. Apesar, de sua natureza não-antagônica, a contradição entre os diferentes

Mas, no caso do direito à saúde, é importante notar que a acomodação no SUS das camadas sociais de menor renda e sem inserção no mercado de trabalho formal, aventada pela tese da universalização excludente, tem encontrado enorme dificuldade para se efetivar concretamente. São estes segmentos que encontram as maiores dificuldades em relação aos serviços públicos de saúde ⁵⁹. Além disso, a insegurança tem sido um fator desencadeador de proteção à saúde através do setor suplementar entre indivíduos das camadas populares, inclusive o retorno daqueles que possuíam planos de saúde em decorrência do trabalho ^{85,86,XXXIV}.

Quando questionados, sindicalistas da CUT têm argumentado que, apesar de serem contrários, são obrigados a encaminhar a reivindicação por planos de saúde em suas categorias ¹⁷. No entanto, esta questão não pode ser simplificada. Ela pode revelar a complexidade que a defesa da atenção à saúde do trabalhador no SUS representa na presente conjuntura. Por um lado, a simples adesão (passiva) sindical à forma de intermediação do consumo de serviços de saúde, representada pelos trabalhadores por meio dos convênios e planos de saúde, pode manifestar um tipo de pragmatismo, aprofundando mais ainda o fosso existente com os demais segmentos da classe trabalhadora usuária exclusiva do SUS. Por outro lado, uma simples recusa pode subestimar as dificuldades de acesso e qualidade no SUS e o avanço ideológico alcançado pelo sistema supletivo junto aos trabalhadores. Não se converteria, portanto, em diretriz capaz de realizar uma aproximação com os segmentos de trabalhadores já contemplados, mesmo que parcialmente, pela cobertura dos planos de saúde, com objetivo de integrá-los na defesa da melhoria do SUS.

Além disso, as ações em relação à demanda por assistência à saúde dos trabalhadores no SUS e/ou no sistema supletivo não devem ser consideradas separadamente da conjuntura histórica e das demais políticas sindicais nela desenvolvida. Neste sentido, é importante considerar que o movimento sindical foi atingido de frente pela situação econômico-social / implantação da política neoliberal que não poupou nem mesmo os setores de melhor organização dos trabalhadores (metalúrgicos do ABC, bancários e petroleiros e servidores públicos). Os trabalhadores

segmentos da classe trabalhadora na luta pela assistência a saúde pode em determinadas condições históricas, e se não tratada devidamente, converter-se em uma contradição antagônica..

^{XXXIV} Oliveira, ao estudar o Convênio-empresa, apontou o aspecto da segurança também em relação aos planos coletivos *...no que se refere a garantias, o convênio neste contexto representa uma forma de segurança, uma preocupação a menos* ⁸⁵ (p. 83).

não se colocaram passivos e empreenderam resistências diferenciadas, como a greve dos petroleiros de 1995, as ocupações dos trabalhadores rurais sem terra e a constituição de movimentos sociais e de trabalhadores vitimados por acidentes e doenças do trabalho atuando, inclusive internacionalmente, como redes em contraposição aos grupos hegemônicos^{87,88}.

Todavia, a trajetória da CUT tem sido marcada por contradições e ambigüidades em relação às políticas neoliberais. Ao mesmo tempo que promovia manifestações contrárias à privatização das empresas estatais e à flexibilização dos direitos trabalhistas, assimilaria, em parte, propostas restritivas dos direitos dos trabalhadores, como no caso da reforma da previdência social e dos acordos para implantação de banco de horas, além da, já citada, característica corporativista das negociações coletivas pelos principais sindicatos da base da central⁸⁹. A CUT atuaria, crescentemente, não apenas propondo políticas públicas, mas também passou a executar serviços sociais preteridos pelo Estado (educação e qualificação profissional), e tem estimulado a formação de Cooperativas habitacionais, de Cooperativas de fundo de pensão complementares⁷¹.

No que se refere às políticas públicas de saúde e educação, o 5º Concut⁹⁰, realizado de 19 a 22 de maio de 1994, registrara como uma *política contraditória da Central na luta pelos direitos sociais* (p. 41) a prática dos sindicatos de sua base serem *obrigados a encaminhar no dia-a-dia acordos para seguro-saúde, planos de assistência médica e escolas privadas* (p. 41). Ao mesmo tempo, o 5º Concut afirmaria a necessidade de lutar pela garantia dos direitos sociais junto ao poder público como condição para que sejam viabilizados para *o conjunto dos trabalhadores, desde os representados pelos sindicatos mais organizados até os menos organizados, assim como para os trabalhadores da economia informal, os rurais e aqueles sem qualquer representação... não se fechando no corporativismo nem no economicismo*⁹⁰ (p. 41-42). No 6º Concut⁷¹, realizado em agosto de 1997, chegou-se a firmar *o compromisso de rever a tendência histórica dos sindicatos optarem por convênios médicos privados em processos negociais. Além do que, reconhecemos as limitações dos convênios e seguros saúde, particularmente nas ações de prevenção e intervenção no ambiente de trabalho* (p. 82).

Contudo, tanto na 9ª e 10ª Plenária Nacional^{91,92}, assim como, no 7º e 8º Congresso Nacional da CUT^{93,94}, posteriores a 1997, nenhum balanço foi apresentado a

respeito do compromisso em rever a prática sindical em prol dos convênios médicos, nem sequer constariam mais das resoluções da CUT as referências acerca da *política contraditória na luta pelos direitos sociais* ⁹⁰ (p. 41). Reitera-se, de forma genérica, o apoio ao SUS e aos princípios de universalização, equidade, integralidade, descentralização e controle social.

No 8^a Concut ⁹⁴, realizado em 2003, a formulação *continuar o debate junto ao governo federal sobre a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS* (p. 39) revela uma certa indefinição da Central acerca da atenção à saúde do trabalhador no SUS. Até então, a CUT ^{71,91,95} sustentava a defesa da existência na rede pública de saúde dos CRST e PSTs para o atendimento voltado aos trabalhadores como forma de fortalecer o SUS, inclusive *como um elemento questionador e como alternativas as Medicinas de Grupo* ⁹⁵ (p. 7).

Já em relação à discussão no Fórum de Saúde Suplementar da ANS, realizado também em 2003, a CUT por meio de seu representante na ANS, propôs *que se discuta o atendimento dos acidentados de trabalho, hoje excluídos do sistema* ⁹⁶ (p. 1). Demanda por atendimento ao trabalhador acidentado pelo setor supletivo, sem ser mencionado as restrições aos convênios e seguros-saúde anteriormente assinaladas ⁷¹, além do *seu caráter político-ideológico de controladora e recolocadora imediata do trabalhador na produção/serviço* ⁹⁵ (p. 7).

As resoluções dos Seminários, Congressos e Plenárias Nacionais da CUT, realizados a partir dos anos 1990, manifestam as oscilações na posição assumida pela central. Vimos que, em sentido mais amplo, a política da CUT incorporou a execução de projetos sociais, justificada pela possibilidade de organizar os segmentos de trabalhadores desempregados e precarizados. Segundo Zarpelon ⁹⁷, este *sindicalismo executor*, caso sobrevalorizado, apontaria para um aumento das ações de assistência social em detrimento da mobilização e da luta por direitos. Para os segmentos de trabalhadores qualificados e de melhor organização sindical que, há muito, encontram-se incorporados aos convênios médicos e planos de saúde das empresas, não foram encontradas políticas ou experiência concreta no sentido de mobilizá-los, mesmo que timidamente, em favor do SUS. Ao contrário, nos últimos anos amplia-se iniciativas, não em direção ao SUS, mas ao setor suplementar ^{96,98}.

1.5 - Considerações finais

Como foi apresentado, existem elementos suficientes para não considerar satisfatórias as interpretações presentes na Saúde Coletiva, discutidas no início deste artigo, acerca da política sindical relativa à configuração da assistência à saúde dos trabalhadores no SUS e no sistema supletivo de saúde. Alguns destes estudos tem responsabilizado, em diferentes graus e níveis, importantes segmentos de trabalhadores e suas organizações sindicais pela expansão da medicina suplementar e pela resistência ao SUS^{12,13}. Ao discutir esta afirmação, consideramos que estes trabalhos não se ocuparam e, por isto, não analisaram os pesos relativos que a ação sindical atribuiu a cada um dos aspectos, SUS e planos e seguros privados de saúde, com respeito à singularidade histórica dos distintos momentos da conjuntura brasileira. Além disso, não consideraram a prática sindical em defesa da assistência à saúde do trabalhador inserida de forma mais ampla no conjunto das atividades e lutas políticas e sociais dos trabalhadores e de suas organizações sindicais.

Neste sentido, na década de 1980, a despeito da existência de demandas múltiplas frente à assistência à saúde dos trabalhadores predominou uma ação sindical mais ativa na defesa do sistema público de saúde. Naquele contexto, a demanda por melhoria do plano privado de saúde negociada com as empresas assumia uma dimensão mais reativa. No entanto, a partir do início da década de 1990, a posição da Central Única dos Trabalhadores frente às políticas neoliberais tem sido marcada por contradições e ambigüidades em relação aos direitos sociais e, nos últimos anos, de ampliação dos vínculos ideológicos com os planos de saúde e a previdência complementar.

A existência de referenciais distintos presentes nas resoluções políticas da CUT, poderia ser uma maneira de acomodar as correntes políticas que a compõem. Além disso, é preciso notar que os sindicatos filiados a CUT possuem uma grande autonomia frente à direção da Central, o que faz com que muitos sindicatos não sigam as diretrizes aprovadas. Assim, a caracterização apontada, apesar de impor limites, não impossibilita que se desenvolvam intervenções e ações que contem com a participação dos trabalhadores e de suas organizações sindicais na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

Levantamos uma diversidade de aspectos e considerações que necessitam de maior aprofundamento. Entre os quais, perceber que a desigualdade entre as classes na estrutura social brasileira que se manifesta no sistema de saúde recusa a oposição reducionista entre usuários do sistema supletivo de saúde versus usuários do SUS. Neste sentido, apesar do quadro sindical atual, expresso pelas posições e práticas da CUT, seria um equívoco recusar a possibilidade política dos trabalhadores de diferentes segmentos produtivos e suas organizações sindicais converterem-se em agentes ativos na defesa da melhoria e expansão do sistema público de saúde.

Uma abordagem desta temática deveria ser inserida num esforço em retomar e incorporar os estudos sobre a reprodução social e a saúde, recuperando os aportes realizados pela Saúde Coletiva no final dos anos 1970. Porém, retornar não significa dizer que se deva estar no mesmo ponto que antes. Como diz a letra da música *Samba do Amor* de Paulinho da Viola *voltar quase sempre é partir para um outro lugar*.

Capítulo II

A CUT e a relação público-privado na assistência à saúde

Foi possível até aqui avançar na discussão do problema de nossa pesquisa e apresentar os limites das análises sobre o tema. Também mostrar que a coexistência da ação sindical pela assistência à saúde no SUS e nos planos privados de saúde deve ser pensada mais amplamente: tanto em relação à estrutura social e as políticas em curso no país, quanto para não restringir a análise em apenas alguns espaços de intervenção sindical, a saber: a normalização da política social pelo Estado e suas instâncias, e às negociações coletivas, por mais que ambas tenham sua importância e devam ser consideradas.

Uma das questões a levantar, para responder ao que foi colocado inicialmente, seria investigar o próprio discurso sindical acerca dos sentidos que atribui aos dois aspectos referidos na assistência à saúde, SUS e planos e seguros privados de saúde. Desconfia-se que se encontra no próprio discurso sindical, a orientação em torno da qual a prática sindical possa variar. Assim, a seguir será exposto como o discurso sindical, no âmbito das instâncias maiores da CUT, tem orientado os sindicalistas acerca da relação público-privado na assistência à saúde, compreendendo o SUS e os planos privados de saúde.

2.1 – Sistema Único de Saúde

A CUT, em 1991, entendia que *...lutar pelo SUS aprovado na Constituição é... efetivamente... um projeto de política de saúde que expressa o conjunto dos interesses do movimento sindical e popular... uma real democratização da 'coisa pública'..., não cai na medicalização dos problemas de saúde,... combatendo explicitamente a medicina do capital e propondo um efetivo controle sobre o produtor privado de serviços de saúde*⁹⁹ (p. 9)^{xxxv}. Na prática, o SUS, segundo a CUT, procura superar os problemas herdados dos governos militares: dispondo-se a combater a privatização do Estado; recuperando a capacidade de investimento do setor público em seus serviços;

^{xxxv} No entendimento da CUT, *medicina do capital* seria: *A organização de serviços de saúde específicos para os trabalhadores dos setores de ponta da economia, a medicina de grupo, com estreito relacionamento com as empresas mais importantes do setor industrial e de serviços, esta forma representou a constituição de uma "verdadeira medicina do capital"*⁹⁹ (p. 2).

descentralizando o planejamento e a execução das ações, apontando para a municipalização da saúde através de um processo intensamente democrático que combata o clientelismo político; é declaradamente aberto a participação dos trabalhadores organizados nas suas instâncias decisórias; busca a universalidade e a igualdade no interior de suas ações.

A formulação da CUT sugere a aceitação do SUS estabelecido na Constituição como horizonte a ser alcançado, ou seja, como *projeto de saúde*. Mas uma aceitação amparada por uma avaliação que, de um lado, atenua ou oculta seus limites e, por outro, superdimensiona seu alcance. Atenua os limites porque *...tanto a Constituição de 1988 quanto a Lei 8.080 não conseguem incluir dispositivos reguladores do setor privado... produtores de insumos,... do subsistema de atenção médica supletiva e... do subsistema de alta tecnologia* ¹⁵ (p. 48). Superdimensiona o alcance do SUS quando lhe concede atributos de, por si mesmo, enfrentar (e explicitamente) a medicina do capital e a privatização do Estado. E isto sendo enunciado no momento em que já iniciara uma nova conjuntura, o desenvolvimento das políticas neoliberais.

Feita esta ponderação, é importante reter que a compreensão da CUT, ou melhor, seu projeto de política de saúde era lutar pelo SUS aprovado na Constituição de 1988, lutar para pô-lo em prática, lutar por sua implementação.

As preocupações com a assistência à saúde, a partir dos anos 1990, estão voltadas, preferencialmente, para apresentar propostas que viabilizem o setor público de saúde, o SUS estatal – no âmbito do que seria a aplicação da *estratégia participacionista* ²⁴ do sindicalismo da CUT para a saúde. As referências ao setor privado e suas relações com o setor público aparecem, fundamentalmente, nas críticas dirigidas aos prestadores privados de serviços de saúde – clínicas e hospitais – e o peso relativo que possuem no SUS. Quase que esporadicamente, se menciona os planos e seguros privados de saúde, a *medicina do capital*, de forma geral para denunciar a exclusão do atendimento a determinadas patologias, propor o fim da renúncia fiscal e o ressarcimento do SUS, o que veremos com mais detalhes em outro ponto mais adiante.

A defesa da SUS era apresentada como uma das *lutas prioritárias... devem armar a CUT para uma ação mais ofensiva... uma luta que unifica o conjunto dos trabalhadores da cidade e do campo... desenvolver, nos próximos anos, um embate político com diversos setores que controlam e determinam as ações e os serviços de*

*saúde*⁹⁰ (p. 96). E quais setores, no entender da CUT, controlam e determinam as ações e os serviços de saúde? Contra quais setores se pretende travar um embate político na saúde?

A assistência pública à saúde, na avaliação da CUT, estaria *enfraquecida pela falta ou má utilização de recursos financeiros e por gerenciamento irregular e descomprometido*¹⁰⁰ (p. 5). Entendia que *a verba pública tem que ser investida nos serviços públicos, estatizando-se o setor privado necessário para o bom funcionamento do SUS*¹⁰¹ (p. 3) e não utilizada para *financiar clínicas e hospitais particulares, enriquecendo os que lucram com as doenças da população*¹⁰⁰ (p. 5). Tal como na década de 1980, a crítica continua centrada contra o setor privado prestador de serviços (lucrativo ou filantrópico) contratado ou conveniado ao SUS, mas agora com uma distinção: a idéia de um sistema único estatal de saúde, a *estatização imediata*^{62, XXXVI}, então apoiada pela CUT, cedeu lugar à estatização apenas do *setor privado necessário para o bom funcionamento do SUS.*¹⁰¹. O que aproxima a CUT da tese *estatização progressiva*^{102, XXXVII}, aprovada na VIII Conferência Nacional de Saúde, além de incorporar a idéia de que o *setor privado deve ser complementar*¹⁰³ (p. 2). É importante uma precisão. Mais do que estatizar o setor privado necessário, o que passou a ser enfatizado pela CUT é a necessidade da *verba pública... ser investida nos serviços públicos*¹⁰¹ (p. 3) e *servir para alavancar o setor público e não para financiar o setor privado*⁹⁰ (p. 96 sic). Esse é o sentido dado para o avanço do SUS e seu combate à privatização do Estado. Mas, o montante da verba pública também não propicia a decolagem.

A Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS, uma das mais importantes entidades filiadas a CUT, congrega federações e sindicatos de trabalhadores nos setores públicos da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social. Em novembro de 1998, a CNTSS/CUT publicou um *Caderno Temático* sobre o SUS. Seu objetivo era o de *oferecer dados e informações sobre os aspectos mais importantes e relevantes do SUS, subsidiando a CNTSS/CUT para os debates e intervenções junto aos*

^{XXXVI} No 3º Concut⁶², realizado em 1988, chegou-se a aprovar: *..a CUT desenvolverá uma campanha pela melhoria dos serviços públicos, incluindo a estatização imediata dos serviços básicos sob controle do capital privado, porque entendemos que esses serviços são um direito de todos e um elemento central para a melhoria das condições de vida da população trabalhadora.*

^{XXXVII} Para Paim¹⁰², *esta expressão indica que a discussão era muito menos sobre a questão do público e muito mais na perspectiva de reforçar o Estado na gestão, na sua responsabilidade com a saúde das pessoas* (p. 114).

movimentos (sic) sindical, sanitário e outros ¹⁰⁴ (p. 4). O documento, no Capítulo sobre *Recursos Financeiros do SUS*, inicia com críticas ao Relatório do Banco Mundial de 1993 ^{XXXVIII} que indicara, para países como o Brasil, países ‘em desenvolvimento’, algumas *diretrizes para a organização de uma política de saúde racionalizadora*: A análise do Banco Mundial, segundo a CNTSS/CUT, considerava que *...muitos tratamentos médicos apresentavam tão pouca eficácia em termos de custos que os governos não deveriam incluí-los no pacote clínico essencial, que os sistemas sanitários administrados pelos governos são grandes demais, por conseguinte, deveriam concentrar sua atenção para assegurar os serviços do pacote essencial e que haja corte de novos investimentos em hospitais públicos terciários* ¹⁰⁴ (p. 33-34).

Para a CNTSS/CUT, *a lógica racionalizadora, apregoada pelo Banco Mundial e seguida pelos seus discípulos aqui no Brasil, é sutil ao agir sobre o imaginário da população com o sedutor discurso da prioridade da atenção à saúde da população pobre. Acena assim com um modelo tecno-assistencial cujo objetivo é o de garantir a cesta básica da saúde, procedimentos básicos a toda a população, discriminando o acesso (geralmente pelo poder econômico) a ações de maior complexidade. Seguindo ainda a receita, vêm as propostas de contratar a gestão de equipamentos públicos de saúde com ‘agências executivas’ e ‘organizações sociais’* ¹⁰⁴ (p. 34)

É interessante perceber que, apesar da crítica, mais adiante, em um novo subitem do mesmo Capítulo, o texto da CNTSS/CUT apresenta argumentos que corroboram parte do diagnóstico apontado pelo Banco Mundial para países do porte do Brasil. Já no título *Recursos e Eficácia, o Contraditório do Brasil* (p. 38) se anuncia muito mais concordância com uma das principais avaliações do Banco Mundial sobre a saúde pública no Brasil, sua *pouca eficácia*, do que a contestação, até então entoada. Prosseguindo: para discutir a relação entre *recursos e eficácia* na assistência a saúde no Brasil, a CNTSS/CUT explicitava que *nem sempre os gastos com saúde significam eficácia, ou seja, resultados satisfatórios na assistência* (p. 38). E, em seguida, apresentou uma tabela com dados de gastos per capita em saúde, indicadores de níveis de saúde e de serviços de saúde do Brasil, Argentina, Colômbia, Chile, México, Uruguai e Venezuela, para indicar que o Brasil era o *segundo país do grupo, em relação ao gasto per capita com saúde, no entanto, apresenta os piores resultados quando se trata*

^{XXXVIII} Trata-se do Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 – Investindo em Saúde. do Banco Mundial.

dos indicadores de saúde (p. 38 sic). Segundo a CNTSS/CUT, isto se explica pelo fato de que *prevalece ainda a lógica de um modelo tecno-assistencial com base no hospital e no saber médico, embora o discurso oficial seja diferente* (p. 39).

Assim, a CNTSS/CUT compreende que no Brasil prevalece um modelo tecno-assistencial com base no hospital, embora o discurso oficial seja o de acenar com um modelo cujo objetivo seja garantir a cesta básica da saúde a toda a população, discriminando o acesso a ações de maior complexidade. Nestes termos, a crítica da CNTSS/CUT volta-se para uma suposta contradição entre o *discurso oficial que acena... com um modelo... cujo objetivo é o de garantir a cesta básica da saúde... a toda a população* e a prática dos governos de manter *...um modelo... com base no hospital...* em que os gastos com saúde não significam eficácia. Este discurso oficial, *diferente*, segundo a CNTSS/CUT, seria um artifício *sutil e sedutor*, já que na prática não alterou a lógica da assistência à saúde *com base no hospital*. E isto fica claro, quando o documento da CNTSS/CUT mais adiante aponta o problema da dependência do SUS do setor privado prestador de serviço, em especial, de atenção ambulatorial e hospitalar, que concentra os procedimentos de maior complexidade e, via de regra, de melhor remuneração que os procedimentos básicos. Esses últimos, predominantemente, executados diretamente pelo poder público. O chamado setor complementar de assistência à saúde (privado, filantrópico e lucrativo, além do setor universitário, público e privado) *fatura a maioria dos recursos da assistência à saúde no Brasil*. Como assinalamos para a CUT, o foco principal do problema do SUS, na relação público-privado, é centrado na polarização entre o setor público estatal x setor privado prestador de serviços contratado ou conveniado ao SUS.

Assim, tanto a CNTSS/CUT, quanto o *Banco Mundial e... seus discípulos aqui no Brasil (...), principalmente, o Ministério da Saúde* – nomeado pela CNTSS/CUT –, apesar da diferença de tom, se assemelham quanto ao diagnóstico da *pouca eficácia* dos gastos públicos com saúde no país e a necessidade de priorizar a atenção básica e reverter o modelo assistencial com base no hospital. Mas, para a CNTSS/CUT trata-se, apenas, de um discurso, *sutil e sedutor*, realizado pelos segundos – Banco Mundial e o governo brasileiro, através do MS. Estes, na prática, estariam interessados em favorecer a ampliação da prestação de serviços de saúde (de média e alta complexidade) do setor privado contratado ou conveniado ao SUS.

A relação público-privado na assistência à saúde – segundo a CNTSS/CUT - é centrada na polarização setor público estatal x setor privado prestador de serviços de saúde contratado ou conveniado, tendo raras referências ao setor supletivo de saúde^{XXXIX}. Isto apesar da CNTSS/CUT ter apontado que o Banco Mundial recomendara para países de renda média como o Brasil: suspender gradualmente os subsídios públicos para os setores mais abastados; ampliar a cobertura do seguro de saúde; dar opções de seguro aos consumidores e estimular métodos de pagamento que permitam controlar os custos. As propostas do BM vão na direção da contenção dos gastos do setor público estatal e na ampliação do seguro privado de saúde.

2.1.1 - Financiamento do SUS

A questão do financiamento tem sido, ao longo dos anos de implantação do SUS, um de seus pontos mais problemáticos. Ampliam-se as restrições ao gasto social público, entre eles os gastos com assistência à saúde, e mais especialmente com a atenção de média e alta complexidade. A política econômica e social neoliberal, iniciada com Fernando Collor, em curso no país, é o principal condicionante das dificuldades de financiamento, acesso e da perda de qualidade dos serviços públicos e do SUS. Estas dificuldades são intensificadas e não iniciadas pela política neoliberal, o que lhe confere nova dimensão e qualidade.

Em 2000, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional n.º 29 – EC 29, em substituição ao Projeto de Emenda Constitucional n.º 169/1993 - PEC 169/1993^{XL}. A CUT^{105,106} considerou esta medida como uma *conquista*, pois teria obtido a *vinculação de recursos das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) para o SUS*¹⁰⁵ (p. 2). A *conquista* da EC 29 teria sido o resultado da *luta de milhares de conselheiros*¹⁰⁵ (p. 2) em favor da PEC 169 e precisaria ser *cumprida e regulamentada... a fim de atender à demanda de recursos financeiros que viabilizem o sistema*¹⁰⁶ (p. 311). A CUT advertia que a medida poderia não se efetivar em razão de

^{XXXIX} Uma dessas raras vezes ocorreu quando a CNTSS¹⁰⁴ apresentou as razões para a falta de leitos para internação no SUS. Um dos três motivos indicados seria o *descrédito de hospitais do SUS, principalmente, os que se modernizaram, no último período, para adesão à modalidade de 'atenção médica supletiva' ou 'medicina de grupo'* (p. 26).

^{XL} Tramitavam no Congresso Nacional, além da PEC 169/1993, outras propostas de PEC sobre o mesmo objeto que foram reunidas na Emenda Aglutinativa Substitutiva e resultaram na EC 29/2000.

*variadas formas de desvio. A única forma de evitarmos isto será ampliarmos o controle social sobre os gastos e fundos de saúde*¹⁰⁵ (p. 2)^{XL1} .

Nos primeiros anos da década de 1990, os representantes da CUT nos fóruns da saúde reiteravam a proposta de se destinar para o financiamento da saúde pública algo em torno de 8 a 10% do PIB. Sustentava-se o repasse para a saúde de no mínimo 30% do orçamento da Seguridade Social, conforme previsto no Ato das disposições transitórias da Constituição Federal de 1988, além do percentual de 10% (ou 13%) das receitas dos orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios^{XLII} . Manifestava apoio à aprovação da PEC 169/1993 apresentada pelos deputados federais Waldir Pires e Eduardo Jorge cujo objetivo era prever recursos orçamentários da União, Estados e Municípios para a manutenção do Sistema Único de Saúde - SUS. A CUT afirmava que esse era o financiamento *necessário* para o SUS cumprir todas as suas obrigações.

A aprovação da EC 29 afastou o princípio do financiamento solidário da Seguridade Social e não definiu a obrigatoriedade do orçamento federal da saúde ser alcançado com base num determinado percentual de sua receita, duas idéias então contidas na PEC 169, apesar de estabelecer – no caso da União - seu crescimento a variações do PIB. Para os Estados e Municípios, definiu percentual mínimo de suas respectivas receitas fiscais para gastos em saúde^{XLIII} . A EC 29 não alterou, substancialmente, a lógica até então praticada. Estudos sobre o tema¹⁰⁷ demonstram que esta medida apenas sancionou o comprometimento já realizado por grande parte dos municípios e pelo governo federal, proporcionando uma pequena elevação da

^{XL1}conquistamos a vinculação de recursos das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) para o SUS, uma luta de milhares de conselheiros por cerca de cinco anos. Esta nova conquista poderá também se constituir em uma nova farsa, com variadas formas de desvio. A única forma de evitarmos isto será ampliarmos o controle social sobre os gastos e fundos de saúde, exercendo o verdadeiro caráter deliberativo e de controle sobre a execução que os conselhos possuem legalmente mas, com raras exceções, não são respeitados¹⁰⁵ (p. 2). E mais: Através do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 169 conquistamos a EC 29/00, que precisa ser cumprida e regulamentada urgentemente, incluindo aí as transferências fundo a fundo dos estados para os municípios, a fim de atender à demanda de recursos financeiros que viabilizem o sistema¹⁰⁶ (p. 311).

^{XLII} Na tese da CUT apresentada à 9ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, constava para os orçamentos da União, Estados e Municípios o percentual “de pelo menos 13%” (p. 3), enquanto as Teses da Central à 10ª e à 11ª CNS assinalavam o percentual de 10% .

^{XLIII} A EC 29/2000 fixara, apenas, que o crescimento anual do gasto federal nas ações e serviços de saúde, para os anos de 2001 até 2004, seria alcançado pela aplicação da variação do PIB sobre o orçamento do ano imediatamente anterior. Crescimento que ocorreu sobre uma base inicial reduzida: o orçamento de 2000, esse alcançado pelo efetivamente gasto em ações e serviços de saúde pela União no ano de 1999 acrescido do percentual de 5% (cinco por cento) A EC 29 também definiu percentual mínimo a ser gasto em saúde para Estados e Municípios. Estes deveriam, de forma crescente ampliar os percentuais de suas respectivas receitas com saúde, até atingir, em 2004, respectivamente, os percentuais de 12% e 15% .

participação dos Estados. Mantinha-se a tendência da queda relativa da participação do governo federal e de aumento dos Estados e Municípios no gasto público total em saúde^{107,XLIV}, sem alterar, substantivamente, a dimensão desse gasto. Além disso, e o mais importante, o governo federal alcançava um de seus objetivos: a desvinculação ou dissociação entre as contribuições sociais da seguridade e a saúde^{108,109,XLV}.

Interessante notar que a CUT, em agosto de 1999, antes da aprovação da EC 29, acompanhava suas discussões: *Já existe uma articulação/negociação dos partidos no Congresso Nacional, que devemos acompanhar, para aprovação de financiamento permanente para a saúde, mesmo que ainda não estejam nos moldes do que a PEC 169 original poderá proporcionar: um avanço na luta por recursos permanentes para a saúde*⁹¹ (p. 91 sic). A formulação tática da CUT, assim como seu programa, diferia da defendida nos anos 1980, em que não apenas falava em pressionar o governo, mas pressionar, inclusive os partidos de oposição à esquerda. Nas resoluções do 3º Concut, realizado em 1988, os sindicalistas eram orientados a *juntamente com outras entidades populares, devemos pressionar os partidos de oposição à esquerda do governo no sentido... de uma plataforma política democrática e popular que apresente pontos como estatização do sistema financeiro, reforma agrária ampla e sob controle dos trabalhadores, democratização dos meios de comunicação, não-pagamento da dívida externa, saúde e educação pública e gratuita, habitação e transporte a baixo custo*⁶² (p. 12).

Mais interessante ainda é perceber que o acompanhamento da *articulação/negociação* política e institucional, que a CUT desenvolvia sobre a mesma matéria, pouco tempo atrás, oferecera experiências que a central não julgou conveniente considerar. No início de 1997, proclamado como *Ano da Saúde*, os políticos neoliberais

^{XLIV} Conforme Marques e Mendes¹⁰⁷, *para se ter uma idéia, no período 1980-1990 o governo federal contribuía com 77,7% dos recursos gastos em saúde pública e os municípios com 9,5%... Em 1994, esses percentuais já haviam se alterado para 60,7% e 17,2%. Essa tendência, de queda da participação do governo federal e de aumento da esfera local, se manteve, apesar das oscilações, até o ano 2000* (p. 404).

^{XLV} Marques e Mendes¹⁰⁸, em artigo na Gazeta Mercantil, alertavam para o fato das ...receitas da Cofins e da CSLL deixam de ser, por força da PEC, da Seguridade Social e podem ser usados pelo governo federal a seu bel-prazer. Estaria, assim, atingido o objetivo perseguido pelo governo federal, isto é, a completa desvinculação das contribuições sociais da Seguridade (p. A 3). No mesmo sentido Hesio Cordeiro¹⁰⁹ assinalou, conforme alerta Sulamis Dain (2001), a EC 29 será um duro golpe no que restou da seguridade, se a regulamentação confirmar a dissociação entre as contribuições sociais e a saúde. Pouco se tem dito que, como está, não há qualquer especificação de fontes... Na década de 1990, as contribuições sociais cresceram mais que o PIB. No quadro de incertezas que se apresenta para 2002, há risco de a situação de desfinanciamento voltar a comprometer os recursos do orçamento da saúde.

badalaram ter a pretensão de dobrar o gasto público per capita em saúde, anunciaram concordar em vincular o gasto da saúde com a arrecadação e aderir com pequenas variações a idéia da PEC 169 ^{XLVI}. Políticos da oposição, antecipadamente, comemoraram a vitória, inclusive, o próprio autor da proposta, deputado Eduardo Jorge, chegou a declarar que a área econômica do governo Fernando Henrique *terminou capitulando* ^{XLVII}. No final de 1997, o governo Fernando Henrique Cardoso – com a crise no sudeste da Ásia e ameaça da fuga de capitais especulativos do país - lançou um pacote contendo 51 medidas com o objetivo de aumentar a arrecadação e cortar despesas do Estado ^{XLVIII}.

Não se pode deixar de apontar que o tema assumiu um certo destaque também em razão das pressões, atos e manifestações realizadas pela CUT e demais movimentos de defesa do SUS e a favor do financiamento da saúde e da PEC 169. Mas, naquele momento, a existência de determinado nível de mobilização nos remete à direção assumida, pois estavam presentes múltiplas dimensões e interesses que pressionavam o

^{XLVI} Daniela Falcão. *FHC vincula gasto com saúde à arrecadação*. Folha de São Paulo, 20 de março de 1997, editoria Cotidiano, p. 3; Daniela Falcão. *FHC quer obrigar Estado a gastar mais*. Folha de São Paulo, 21 de março de 1997, editoria Cotidiano, p. 1; *Objetivo é dobrar investimento até 98*. Folha de São Paulo, 21 de março de 1997, editoria Cotidiano, p. 3. Essa última matéria informava que o *Governo pretende gastar em saúde R\$ 191 por pessoa daqui a 2 anos; gasto total passaria de R\$ 31 bi*.

^{XLVII} Em entrevista concedida à Folha de São Paulo, publicada em 21 de março de 1997, o deputado Eduardo Jorge, perguntado se havia sido um avanço o governo apoiar uma emenda que implica aumento dos gastos federais com saúde, apesar da ressalva, irá declarar: *Não estou querendo jogar confete porque o gasto público per capita de R\$ 200 com saúde que o governo pretende atingir se a PEC for aprovada não é nada excepcional. Mas é um avanço. A área econômica viu que a nossa reivindicação era até modesta, se comparada aos gastos públicos de outros países, e terminou capitulando* (p. 2). Segundo Eduardo Jorge, a resistência à PEC 169 (até aquele momento tramitando cerca de quatro anos) e suas diretrizes não era praticada pelas classes dominantes e seus representantes que implementam as políticas neoliberais, e sim pela *área econômica* ou pela dificuldade de *qualquer economista*, inclusive os de *esquerda*, para desvencilharem-se dos fundamentos *teóricos* ortodoxos. Perguntado pela Folha de São Paulo por que a equipe econômica fez tanta oposição à emenda, responderia o parlamentar: *Porque, do ponto de vista teórico, é muito difícil para qualquer economista de direita, esquerda ou de centro aceitar a idéia de vincular o Orçamento. Mas a saúde está passando por um momento de crise excepcional, que justifica o apoio a essa alternativa não ortodoxa*. Conforme *'Proposta de gastos é até modesta'*. Folha de São Paulo, 21 de março de 1997, Editoria, Cotidiano, p. 2.

^{XLVIII} *O governo anunciou ontem um pacote de 51 medidas que... vão proporcionar um ganho fiscal de R\$ 18,57 bilhões. ...após o crash global... elas incluem um adicional de 10% sobre o Imposto de Renda devido pelas pessoas físicas, aumento no preço dos combustíveis, reajuste de tarifas públicas e elevação do IPI sobre carros e bebidas... O governo promete reduzir gastos com a manutenção da máquina administrativa, cortar investimentos e suspender o reajuste salarial do funcionalismo no ano que vem.... O presidente Fernando Henrique Cardoso disse que a classe média pagará "um certo preço"... O diretor-gerente do FMI, Michel Camdessus, disse que ficou comprovada a determinação do governo de salvar as conquistas do Real. Ver: Pacote tenta salvar Real*. Folha de São Paulo, 11 de novembro de 1997. O pacote editado pelo governo federal foi uma *prova da preocupação...*, para mostrar ao mercado internacional que o governo busca o controle dos gastos públicos, conforme *Governo não consegue equilibrar contas*. Folha de São Paulo, 20 de dezembro de 1997.

governo a tomar iniciativa para tratar do financiamento da saúde, e chegar até a EC 29, preservando os fundamentos da política neoliberal, por mais que doutrinariamente lhe fosse contrária.

Poderia citar entre estas múltiplas dimensões: a possível não renovação da CPMF; a pressão de prefeitos e parlamentares por garantias para assumir determinados programas do governo federal na área da saúde, o interesse do governo federal em fazer diminuir a sua participação relativa nos gastos com saúde e ampliar a de estados e municípios; a prioridade para o andamento das privatizações e, neste sentido, assegurar votações no Congresso (quebra do monopólio do petróleo, privatização da Vale do Rio Doce), pois, à época, os governos neoliberais diziam que a privatização das empresas estatais traria recursos para as áreas sociais. Buscava-se isolar os setores mais combativos do movimento sindical e popular, acenando e atraindo parcela do movimento e a oposição parlamentar para a mesa de negociações e, conseqüentemente, desviar as iniciativas voltadas para as mobilizações.

A concorrência e as contradições secundárias e não antagônicas entre representantes / frações das classes dominantes parece ter envolvido os dirigentes sindicais da CUT ^{XLIX}. Se a correlação de forças, naquele momento, não possibilitou alcançar um avanço maior, isto não autorizava a CUT a apresentar tal medida como uma *conquista*, da *vinculação de recursos das três esferas de governo* para o SUS e deixar de alertar para suas limitações: a não vinculação de parcela das contribuições sociais para Saúde, a ampliação crescente de superávit primário ^L. Tampouco deslocar o foco do problema para combater as variadas formas de desvio ou, muito menos, ao

^{XLIX} O editorial da Folha de São Paulo, de 03 de maio de 1998, pode ser elucidativo acerca dos contornos que a questão assumiu. Dizia o editorial: *O ministro José Serra vem defendendo alguma forma de vinculação de uma parcela do Orçamento às despesas com a saúde... Não é nova a idéia... teve o apoio do próprio Serra, e vinha sendo defendida basicamente pela esquerda, embora até o governo federal a tenha incluído em seu plano de metas para a saúde, em 1997 (...) vinculações como a do "fundão" da educação obriguem União, Estados e municípios a assumir as respectivas responsabilidades e promovem a distribuição mais equitativa (sic) das verbas. Parece, portanto, razoável, por ora pelo menos, criar algum mecanismo legal para garantir o financiamento da saúde... no entanto... uma lei de vinculação deveria prever a revisão das parcelas do Orçamento destinadas ao setor, dentro de um certo prazo... vinculadas ao cumprimento de metas, como as de redução de custos... No momento, a via constitucional parece o caminho mais fácil para garantir a vinculação... uma emenda do deputado Eduardo Jorge (PT)... a qual o ministro Serra pretende aproveitar, com reformulações. Seria mais desejável, porém, elaborar mecanismos legais mais flexíveis para garantir os recursos necessários para a saúde.* Editorial. *O Dinheiro da Saúde*. Folha de São Paulo, 03 de maio de 1998, Opinião, p. 2.

^L A CUT, cinco anos antes, na Tese à X Conferência Nacional de Saúde ¹⁰³, proclamava *assegurar que as verbas arrecadadas para a Seguridade Social não sejam desviadas para outros fins*. Agora, anuncia como “conquista” uma medida que legitimava a desobrigação da aplicação das receitas da Seguridade Social com a saúde.

cobrar o cumprimento e regulamentação da EC 29/00, proclamar que ela iria *atender à demanda de recursos financeiros que viabilizem o sistema* ¹⁰⁷ (p. 311).

2.1.2 - *Captação alternativa de recursos financeiros*

Ao acentuar, drasticamente, a restrição do gasto social público, a política neoliberal tem impelido os gestores de serviços públicos de saúde a constituir Fundação Privada para captação de recursos (seja por projetos, parcerias com a iniciativa privada), venda de serviços diretos, como exames de laboratórios e privatização de parte dos leitos hospitalares (dupla porta), transformar os Hospitais estatais em *Organizações Sociais*, terceirização de serviços de saúde, precarização das relações de trabalho. Os embates em torno desta questão contaram com a participação da CUT, em especial os sindicatos de servidores públicos da seguridade social vinculados à CNTSS/CUT, o que tornou um empecilho real à implantação mais intensa das políticas neoliberais na área da saúde ¹¹⁰.

Contudo, estas questões também provocaram outros efeitos. Em 1996, na tese apresentada à 10ª Conferência Nacional de Saúde ¹⁰³, a CUT pretendendo se contrapor a estas medidas, reforçou a idéia da necessidade do SUS contar com *outras fontes* de financiamento. No item central de sua tese, *Questões atuais do SUS sobre os quais a 10ª Conferência deve deliberar*, apresenta um subitem sobre *captação alternativa de recursos financeiros* para além do contido na PEC 169. A totalidade destas *propostas* está incorporada nas Resoluções da X Conferência Nacional de Saúde ¹¹¹, além de uma quantidade extensa de outras medidas, especificamente no Capítulo *Financiamento da Saúde*, subitem *Novas Fontes de Recursos para a Saúde* ¹¹¹. Não é um mero detalhe notar que, crescentemente, a linguagem utilizada pela CUT para apresentar suas propostas se assemelha àquela adotada pelos documentos e resoluções dos fóruns institucionais de saúde aqui aludidos.

Não julgo necessário comentar uma a uma as propostas para *captação alternativa de recursos financeiros* ^{LI}, e sim apenas tecer alguns comentários sobre dois

^{LI} Além das propostas que iremos comentar, a CUT manifestou apoio a outras medidas alternativas de financiamento para o SUS: aumento da arrecadação através do aumento na fiscalização e punição aos sonegadores; repassar ao SUS os recursos provenientes do Seguro Acidente do Trabalho para o desenvolvimento de programas de saúde do trabalhador; acelerar a aprovação da lei que propõe o imposto sobre grandes fortunas; assegurar que as verbas arrecadadas para a Seguridade Social não sejam

itens: o ressarcimento ao SUS (pois este item aparece com maior frequência nos documentos e intervenções da CUT) e a proposta de extinção da dedução de despesas médicas particulares do cálculo no imposto de renda. O que nos interessa não é necessariamente discutir o conteúdo de cada proposta, mas apontar que seu aparecimento, naquele contexto, abria espaço para reforçar a idéia de fontes de financiamento *alternativas* para o SUS em substituição à vinculação das receitas, principalmente, da União para Saúde e, assim, desviar o foco do problema: a política neoliberal que restringia e diminuía de forma relativa ou absoluta os gastos sociais a fim de ampliar a remuneração do capital financeiro que, a partir de 1997, iniciava a tendência para obtenção, de forma crescente, do superávit primário.

2.1.2.1 -Ressarcimento ao SUS

O ressarcimento ao SUS consta da legislação dos planos de saúde aprovada pelo Congresso Nacional, em 1998 ^{LII}. Como informa Scatema ¹¹², esta temática não é recente, já em 1975, a norma do extinto Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, previa a cobrança à empresa de medicina de grupo pelo atendimento a pacientes vinculado ao convênio empresa, sem que, à época, fosse viabilizada sua cobrança. A autora ¹¹² acrescenta que tiveram igual resultado as tentativas, nesta mesma direção, empreendidas por alguns Estados e Municípios, no final dos anos 1980 e início dos 1990. Em 1997, Fernando Henrique Cardoso compareceu à reunião do Conselho Nacional de Saúde ¹¹³ e defendeu a instituição do ressarcimento ao SUS como fonte de recursos mais estável para a saúde, afirmando que *...é preciso buscar outros mecanismos; é preciso levar adiante um projeto que já mandei para o Congresso, relativo ao ressarcimento que os seguros de saúde têm que fazer ao SUS, porque isso é importante, é preciso que, aí sim, se faça pressão junto ao Congresso para aprovação desse mecanismo* (linhas 196-199).

A CUT ao apontar a *alternativa* do ressarcimento ao SUS – juntamente com gestores públicos da saúde e intelectuais da reforma sanitária – cultivou uma certa expectativa em uma fonte adicional de recursos para o sistema público de saúde que não

desviadas para outros fins. Conforme: Tese da CUT à 10ª Conferência Nacional de Saúde, p. 4-5; Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social / CUT. A Defesa da Saúde em Nossas Mãos: a CUT na luta pela vida; e InformaCUT n.º 262. Saúde: preocupação central, p. 39.

^{LII} A Lei 9.656 de 1998, em seu art. 32, instituiu o ressarcimento ao SUS.

foi efetivada. A ANS, até a presente data, não conseguiu concretizar a cobrança, agravada pela contestação judicial das operadoras de planos de saúde ao ressarcimento ao SUS ^{114,115}. Em maio de 2003, o valor total cobrado pela ANS às operadoras a título de ressarcimento foi de R\$ 219,883 milhões e o valor pago foi de apenas R\$ 44,743 milhões ¹¹⁴. Diante destes dados, mesmo se todos os valores cobrados pela ANS fossem pagos, o peso relativo dos recursos provenientes do “ressarcimento” no financiamento público da saúde seria ainda muito pequeno.

2.1.2.2 - Extinção da dedução de despesas médicas no imposto de renda

No que diz respeito ao fim da dedução de despesas médicas particulares do cálculo no imposto de renda, apoiada pela CUT, é importante chamar atenção de que esta idéia também integra o discurso neoliberal sobre as políticas sociais no Brasil. O documento *Gasto Social do Governo Central: 2001 e 2002*, da Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda – SPE/MF ⁸³, mencionado anteriormente, critica a prática da renúncia fiscal associada à política de saúde resultante das despesas com serviços privados de saúde, ai incluídos os pagamentos com os planos e seguro de saúde, do cálculo do imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas. Em relação às pessoas físicas recorrem a renúncia fiscal com despesas de saúde um vasto contingente de trabalhadores de renda média baixa, que realizam pagamentos com planos e demais tipos de gastos privados em saúde.

É importante salientar que existem diversas modalidades de renúncia fiscal associada à política de saúde não referida pelo documento do Ministério da Fazenda, nem mencionada pela CUT ^{LIII}, como *financiamento indireto à assistência privada*, da qual se beneficiam empresas do mercado supletivo de saúde, a cuja informação, na verdade, se tem muito pouco acesso e sua magnitude é difícil se prever. Por outro lado, Scheffer e Bahia ¹¹⁶ fornecem dados de 2004 e 2005, disponibilizados pela Receita Federal, dos gastos tributários com a saúde, lançados no Imposto de Renda de Pessoas

^{LIII} Propomos ainda, a revisão do desconto em imposto de renda de atendimento médico em saúde. Não é correto “distribuir”, entre todos, as despesas com consultas particulares ou gastos pessoais em saúde. Exigir o funcionamento adequado do SUS é o caminho correto para superar essas questões.. Conforme: *Textos Remetidos à 9º Plenária da CUT*, aprovado pelo 6ª Concut ⁷¹, realizado de 13 a 17 de agosto de 1997.

Físicas – IRPF e do Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas – IRPJ onde podemos perceber que o montante do gastos no IRPF foi cerca de quatro vezes o declarado pelo IRPJ. As empresas escapam dos tributos por diversos mecanismos, o chamado *planejamento tributário*¹¹⁶. Se estendermos para o conjunto de atividades relativas ao *complexo da saúde*¹¹⁷, se ampliará a dimensão das modalidades de renúncia fiscal associadas à política de saúde que, em especial o Ministério da Fazenda, não traz ao debate.

Estariam os arautos das políticas neoliberais interessados em acabar com a renúncia fiscal proveniente dos gastos privados com assistência à saúde das pessoas físicas e jurídicas? Podemos assegurar que seus propósitos seriam destinar os recursos daí provenientes ao SUS, ou a outros serviços sociais? Não temos nenhum elemento que nos leve a pensar que isto se efetivaria. As indicações apontam em sentido contrário. As políticas neoliberais têm contido o gasto social público sob o argumento de empreender uma maior eficiência e eficácia na aplicação da verba pública, de que é possível *fazer mais com o mesmo e até com menos recursos*, em afirmar que recursos existem e o problema estaria em sua má aplicação e gestão, em justificar a focalização das ações sociais e das ações e serviços de saúde. Não apenas os argumentos, mas as medidas se concentram na limitação dos recursos destinados ao sistema público de proteção social. Mantidos os fundamentos da política econômica e social neoliberal e sem alteração na correlação de forças sociais de oposição a tal política, nenhuma garantia de que os recursos, por ventura, oriundos de um suposto cancelamento da renúncia fiscal com gastos privados de assistência à saúde, seriam direcionados à ampliação e melhoria do SUS e demais serviços públicos. Um exemplo foi a criação da CPMF: sob os argumentos de viabilizar os serviços públicos de saúde, a CPMF terminou sendo, inicialmente, usada pelo governo federal para diminuir a participação da Cofins e da CSLL no financiamento à saúde, que entre 1996 e 1999, caiu de 40,5% para 26,8% e de 21,1% para 12,9%, respectivamente¹⁰⁸. Posteriormente, parcela da arrecadação da CPMF compõe os recursos da Desvinculação das Receitas da União¹⁰⁸, em geral destinada à obtenção de superávit primário, recursos destinados ao pagamento de juros da dívida^{LIV}.

^{LIV} Conforme Marques e Mendes¹⁰⁸, a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira – CPMF, aprovada pelas Emendas Constitucionais nº 21/99, nº 31/00 e nº 37/02, teve sua receita vinculada e distribuída da seguinte forma:

Apesar de passar a integrar seu discurso, os governos neoliberais não têm priorizado a extinção da renúncia fiscal de pessoas físicas e jurídicas relativas às despesas privadas com assistência médico-hospitalar e odontológica como medida para ampliar a arrecadação tributária.

Por outro lado, também não se registrou nenhuma ação concreta da CUT junto a suas bases neste sentido. A nosso ver, com inteira razão, a central e, em especial o Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, têm chamado atenção para a excessiva *mordida do leão* nos rendimentos dos assalariados, decorrentes da contenção no reajustamento da tabela do Imposto de Renda Retido na Fonte das Pessoas Físicas. A CUT lançou campanha com atos, manifestações e marchas defendendo o reajuste da tabela do imposto de renda.

Entre o total de titulares de planos de saúde, a participação relativa dos que possuem rendimento até 10 (dez) salários mínimos é bastante expressiva ⁸¹ e, dentre estes, os que obtêm o plano de saúde através do trabalho (assalariados médios, operariado qualificado e de classe média baixa) ⁷³. Possivelmente, sobre esses recairia o maior peso caso – no atual contexto - fosse adotado a extinção da isenção fiscal com gastos privados da saúde. Acentuaria a tendência de ampliação sobre seu orçamento do peso relativo dos gastos privado com assistência à saúde, o que pode ser inferido pelo crescimento deste item no orçamento das famílias apontado pelo IBGE, através da Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003 ¹¹⁸, em especial, os gastos com os planos e seguros privados para as famílias de renda intermediária e baixa ¹¹⁹.

A defesa de tal proposta, possivelmente, contribuiria mais para afastar do que para atrair estes trabalhadores na luta pela defesa dos serviços públicos de saúde, pois sobre estes é lançado o estigma de *privilegiados*, além de recair sobre seus ombros a responsabilidade por parcela do financiamento que se anuncia destinar ao SUS. O que tem se verificado de forma recorrente no discurso neoliberal e produzido efeito negativo para a unidade dos trabalhadores na defesa dos serviços sociais públicos.

Assim, o sindicalismo tem aplicado o método *propositivo* para as políticas de saúde. Suas propostas, *alternativas*, para o financiamento do SUS desviaram o embate

21,1% ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza; 42,1% às ações do Ministério da Saúde; 21,0% ao pagamento de benefícios da previdência; e 15,8% de livre programação, aplicação da Desvinculação das Receitas da União – DRU.

central e indicam uma possibilidade para, em determinada conjuntura, serem, mesmo que temporariamente, assimiladas pelo discurso das classes dominantes.

2.1.3 - Gestão e controle social sobre os gastos e fundos de saúde

Além das propostas alternativas de recursos para o SUS, a CUT passou a enfatizar de forma crescente a preocupação com o controle e a gestão dos recursos. Já fizemos referência às diversas propostas da CUT que se voltam para a definição da melhoria do controle social sobre os gastos e fundos de saúde, para evitar a má utilização de recursos financeiros, o gerenciamento irregular e descomprometido, variadas formas de desvios com os recursos da saúde. Ressaltavam-se as proposições relacionadas ao controle sobre o repasse de verbas, o controle dos serviços prestados pelo setor privado conveniado, o controle sobre a execução dos recursos do SUS, o combate à corrupção. Este tema assumiu, crescentemente, ao longo do período, uma grande importância e uma predominância no discurso e atuação da CUT em relação à política de saúde.

Se analisarmos a tese da CUT apresentada à XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2001, rapidamente se constata a dimensão concedida à gestão e ao controle social na saúde, com destaque para a gestão e o controle social sobre o fundo público da saúde. *Para nós da CUT, a questão central para esta Conferência Nacional de Saúde é, sem dúvida, o debate e a definição de ações capazes de viabilizar um efetivo controle social na saúde associado às lutas por uma adequada política de financiamento estável e por uma política de recursos humanos que viabilize um atendimento de qualidade*¹⁰⁵ (p. 3). No que respeito à luta por uma *adequada política de financiamento*, já mencionamos as referências feitas pela CUT nesta tese em relação à conquista da EC 29. Nada mais além da advertência de que esta medida poderia não ser efetivada face às variadas formas de desvios praticadas pelos governos. Esta tese destinou um parágrafo para os recursos humanos para o SUS. Defendia a melhoria da remuneração e das condições de trabalho, a profissionalização, capacitação dos trabalhadores e seu comprometimento com os princípios do SUS. Afirmava ser fundamental a efetiva implantação nos três níveis de governo das Mesas de Negociação do SUS com participação dos gestores, prestadores e trabalhadores da saúde.

E, em seguida, o que ocupou a atenção da CUT, sua *questão central* – consumindo mais da metade do documento – foi apresentar *propostas sobre o controle social*, assinalando que estas foram aprovadas pela IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. São elas, resumidamente: a) Todos os repasses de verbas devem ser informados aos Conselhos de Saúde para que os conselheiros controlem e acompanhem sua execução, assim como todos os Fundos de Saúde; b) Obrigatoriedade de notificar os Conselhos de Saúde da realização de todas as compras, reformas e outros investimentos no âmbito do SUS; c) Cumprimento da lei que obriga a apresentação de relatórios trimestrais pela direção do SUS em cada nível de governo. Aplicação de penalidades para os gestores que não cumprirem com essa disposição^{LV}.

Toda uma série de medidas dirigidas a disciplinar a gestão, a modernizá-la. A gestão e o controle social sobre o fundo público da saúde tem na descentralização um de seus eixos. O executivo federal transferia os encargos dos serviços de saúde para estados e municípios, ao mesmo tempo, reduzia sua participação relativa no financiamento e ampliava seu poder de interferência e decisão sobre a definição da política de saúde e a atenção à saúde nos municípios e estados. Estudos^{107,120} indicam que essa tendência torna a participação da comunidade um princípio cada vez mais enfraquecido, esquecido em nome da *eficiência* do gasto em saúde.

Não é necessário discutir, nem se levanta objeções quanto ao mérito *em si* de cada proposta apresentada pela CUT. Aliás, para nós, o mérito de cada formulação somente pode ser considerado se observado a totalidade do discurso e a situação concreta em que ocorre. Enquanto ação setorial, a participação social – mesmo que ampliada - na gestão e controle sobre os fundos públicos da saúde é limitada à atuação sobre fundos e políticas de saúde previamente determinada pelas políticas neoliberais. Como assinalamos antes, a CUT, ao mesmo tempo, proclamava que os recursos financeiros aprovados pela EC 29 viabilizariam o sistema de saúde, somente ameaçado pelas variadas formas de desvios, desvios estes que seriam combatidos pela ampliação do controle social sobre os gastos e fundos de saúde.

^{LV} Prossegue a Tese da CUT à XI CNS: d) Estender para todos os municípios do país a capacitação dos Conselheiros de Saúde; e) Os gestores do SUS em todos os níveis devem ampliar as estratégias de consulta aos usuários; f) Autonomia política para os Conselhos de Saúde em relação ao poder executivo; g) Normalizar a dispensa de ponto para todo trabalhador com representação no Conselho de Saúde; h) Realizar um levantamento nacional sobre todos os Conselhos de Saúde

Nos termos e na conjuntura que estão colocados, além do peso relativo conferido, o discurso da CUT concilia e colabora para legitimar o discurso governamental que alude a democratização do Estado ou *a capilaridade entre o Estado e a sociedade*¹¹³ (linha 159), cujo propósito é deslocar o embate das questões que envolvem o financiamento público para os serviços sociais e à saúde, visto mais amplamente^{LVI}. Com variações que não são desprezíveis, mas que gravitam em torno de um mesmo eixo, o que a CUT reforça é um aperfeiçoamento, mais ou menos radical, da gestão e da aplicação do fundo público da saúde. Aperfeiçoamento que espera mitigar para parcelas da população e dos trabalhadores alguns efeitos da política neoliberal já que não a questiona mais amplamente.

2..2 – Planos e seguro privado de saúde

Como foi apresentado no capítulo anterior, a CUT chegou a reconhecer a coexistência, em sua prática, de uma política contraditória na luta pelos direitos sociais, mas não se registrou iniciativas no sentido de empreender uma avaliação mais consistente sobre o problema. Nos fóruns e instâncias superiores de decisão coletiva da CUT, as questões que tratam dos planos e seguros privados de saúde, sua relação com o SUS, das negociações coletivas que implicam a oferta de convênios médicos nas diversas categorias de trabalhadores, a definição de estratégias de ação perante os empregadores (contratantes dos planos coletivos), perante as operadoras e o Estado, raramente aparecem ou são mencionadas, muito menos analisadas mais detidamente. Isto apesar – como citamos – do compromisso firmado em rever a tendência dos sindicatos optarem por convênios médicos sob pena de se fecharem em uma prática corporativista.

Como vimos, o peso das discussões nas instâncias superiores do sindicalismo está voltado para formular propostas que viabilizem o SUS, centrando na polarização do

^{LVI} Fernando Henrique Cardoso, em fevereiro de 1997, no Conselho Nacional de Saúde¹¹³ defendera: *É preciso que haja uma destinação mais adequada desses recursos... Ou se cria um sistema com capilaridade, ou nós vamos, aqui, estiolar em discussões que vão ser sempre as mesmas, mais verbas no Orçamento. E essa verba não vai chegar a quem precisa, e sabe Deus por que descaminhos passarão essas verbas... (linhas 113-116)*. Prosseguindo: (...) *Na direção da compreensão mais clara do tamanho do desafio, e que nós não podemos, nós não diminuímos o nosso desafio, simplesmente numa gritaria sobre verbas, a qual vai existir. É necessário também que exista, mas não resolve as questões da saúde. Esse processo de reorganização do Estado e de fazer com que haja maior capilaridade entre o Estado e a sociedade é que é a questão central; também na área da saúde.* (linhas 154-159)

setor público estatal x setor privado prestador de serviços de saúde contratado ou conveniado. São poucas as referências ao setor supletivo de saúde, fato injustificado quando se percebe que a assistência médico-hospitalar intermediada pelo financiamento dos planos e seguro privado de saúde é item permanente da pauta negociada pelos principais sindicatos da base da central, além de não estar desarticulada da política econômica e social (e não apenas da política de saúde) que produzem efeitos sobre o SUS. Apesar disso, as formulações da CUT de que se dispõe nos fornecem boas indicações sobre sua política e ação sindical para assistência médica intermediada pelo setor supletivo.

O debate acerca das ações dos serviços de saúde não redutíveis à assistência médica, apesar de não ser original, era indicado, no início dos anos 1990, como um ponto importante para reflexão pelo movimento sindical. As considerações eram de que o trabalhador, na questão da saúde, não se porta diferentemente do resto da população, formada como consumidora de atos médicos. Entendia a oferta de cuidados médicos e exames de laboratórios realizados pela maior parte dos serviços privados de saúde como formadora dos trabalhadores como qualquer consumidor de outro produto. Abaixo transcrevo um trecho do texto ⁹⁹, de 1991 (de que já fiz referência em itens anteriores), mesmo que um tanto extenso, ele pode acrescentar informações relevantes para identificar as orientações políticas sindicais.

Como boa parte das experiências dos trabalhadores com os serviços públicos de saúde não são muito agradáveis... e como a maior parte dos serviços de saúde privados funcionam como uma “loja comercial”, os trabalhadores são formados como qualquer consumidor de produtos... são oferecidos cuidados médicos, exames de laboratórios, etc.... dentro de um sistema onde a vida do trabalhador é o que menos interessa. Porém, este “condicionamento” social age como cultura, e a maior parte dos trabalhadores troca a defesa efetiva de sua vida pelo fácil consumo de ações médicas, achando que isto vai lhe dar saúde.

Os pelegos exploram muito bem esta situação, através de suas posturas assistencialistas no interior do aparelho sindical, e não transformam a defesa da saúde do trabalhador em uma das plataformas de lutas mais radicais que o movimento sindical pode ter. Pois, a defesa da vida do trabalhador é necessariamente parte de um processo de luta que combata a exploração capitalista que está instalada no interior do processo produtivo brasileiro.

Necessariamente, esta luta tem que conquistar não só a cidadania para o trabalhador no interior da sociedade, mas essencialmente no interior das fábricas ⁹⁹ (p. 5).

No capítulo anterior chamamos a atenção para o fato do processo de produção-consumo de serviços privados de saúde envolver a mediação da representação dos trabalhadores sobre suas necessidades de saúde para criar necessidades sociais de consumos, hábitos segundo os interesses dos produtores e ofertantes. E indicamos que essa mediação ocorre em torno do embate das distintas classes e frações de classes, seus interesses materiais e suas ideologias, para disputar a consciência dos trabalhadores e das demais classes exploradas. Uma ressalva importante. O texto acima refere que *trabalhadores são formados como qualquer consumidor de produtos... são oferecidos cuidados médicos* ⁹⁹ (p. 5). No entanto, isto não é o mesmo que consumir planos e seguro privado de saúde, já que estes intermedeiam o financiamento da prestação de serviços privados de saúde. E por que este detalhe é importante? Não basta para as classes dominadas e seus dirigentes, por mais que isto não seja desprezível, reconhecerem a *exploração*, que ela é *capitalista*, que vivemos num *sistema onde a vida do trabalhador é o que menos interessa...*, não basta também – por mais que isto seja ainda mais importante – apontar para *...um processo de luta que combata a exploração capitalista...* É necessário bem mais. É preciso saber, reconhecer contra quem se deve combater.

Pois, prosseguindo e retomando, isto envolve processos coletivos de luta entre as distintas classes e frações de classes sociais, seus interesses materiais concretos e suas ideologias, sendo o sindicalismo uma expressão política das formas dessa luta de classes. Identificar corretamente os inimigos, seus métodos, práticas, formas de lutas, discursos, ideologias... Como se viu, a CUT (e não apenas a CUT) elegera os prestadores privados de serviços de saúde contratados do SUS como alvo. Os planos e seguro privado de saúde, o seguro saúde, o capital financeiro na saúde passava praticamente incólume no discurso da CUT.

E o sindicalismo cutista não deixou de reconhecer a necessidade da luta. *Necessariamente, esta luta tem que conquistar não só a cidadania para o trabalhador no interior da sociedade, mas essencialmente no interior das fábricas* ⁹⁹ (p. 5). A luta dos trabalhadores deve conquistar a cidadania na sociedade e a cidadania no interior da fábrica. São, portanto, duas diretrizes fundamentais que estão presentes em sentido mais amplo na prática sindical e são enunciadas ao se discutir a estratégia referente à relação saúde e trabalho ^{90, 95, 99}.

A primeira, a conquista da cidadania no interior da fábrica ^{LVII}, ou melhor, a conquista da cidadania no local de trabalho, a democratização das relações de trabalho seria alcançada pela luta sindical voltada para conquistar o direito à livre organização no local de trabalho, para estabelecer a negociação direta e permanente entre as partes sobre as condições de trabalho e saúde no local de trabalho ^{LVIII}. Não nos propomos nesta dissertação discutir as instâncias da base dos trabalhadores na luta sindical e os diversos aspectos em torno da organização no local de trabalho - OLT ^{LIX}, mais adiante, no próximo capítulo, trataremos do Contrato Coletivo de Trabalho.

Quanto à segunda diretriz, a cidadania na sociedade, ela seria – no que tange a saúde – alcançada pela ação institucional dirigida à defesa do SUS, a participação na luta pela recuperação e organização dos serviços públicos de saúde, com a inclusão da Saúde do Trabalhador (com base no PST e no CRST) no SUS.

Vamos então discutir o que na concepção sindical da CUT se entende pela conquista da cidadania na sociedade, a ação institucional dirigida à defesa do SUS. Em parte já foi apresentado no início deste capítulo. Mas agora cabe discutir as posições sindicais frente aos planos e seguro privados de saúde; em especial, as relações dos planos com o PST e CRST; a integração destes no SUS e na Saúde Pública e a respeito da regulação estatal do sistema suplementar de saúde.

^{LVII} Ao invés do termo *no interior das fábricas*, vamos utilizar o termo *local de trabalho* e, portanto, a expressão *organização no local de trabalho* - OLT, pois, além de identificar o sentido contido no texto, a luta pela cidadania no interior das fábricas, a OLT é o termo mais usualmente trabalhado pela CUT. A organização no local de trabalho pode assumir diversas formas: Comissão de Fábrica, Comitê Sindical de Empresa - CSE, Comissão de Saúde, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA autônoma, Sistema de Representação Sindical - SUR.

^{LVIII} Para a CUT ⁹⁵, a *organização dos trabalhadores no local de trabalho é o principal instrumento modificador das condições penosas, insalubres e perigosas nos locais de trabalho (...)* A construção da O.L.T. deve ser o centro de nossa ação em Saúde, Trabalho e Meio Ambiente..

^{LIX} Esta questão é bastante cara à luta sindical e à saúde do trabalhador, ela envolve diversas dimensões que nós não teríamos condições de tratar, como por exemplo, sua relação com as mudanças das formas de gestão e controle sobre a força de trabalho, a institucionalização das contradições e do conflito no interior das empresas, o deslocamento das negociações coletivas para a instância da empresa, a relação da OLT com a perspectiva de alteração na legislação e adoção do pluralismo sindical. Em relação a este último aspecto, Luiz Marinho, então presidente do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, em entrevista à Folha de São Paulo, comentando a decisão do Congresso dos Metalúrgicos do ABC de criar o que foi denominado Comitês Sindicais de Empresa – CSE argumenta que: *nós não queremos controlar as greves. A intenção é preparar o sindicato para enfrentar o momento da pluralidade sindical. Se você não tiver enraizamento na base, você não estará preparado para enfrentar um processo de pluralismo nem para participar de forma adequada do processo de reestruturação das empresas. Para os trabalhadores discutirem as condições de trabalho com consciência, mas sem perder a responsabilidade com a qualidade do produto, eles precisam aumentar sua participação. E se o trabalhador precisa participar, é necessário criar canais de participação. É uma necessidade para as relações entre empresas e trabalhadores a existência de representação sindical em cada local de trabalho* (p. 6) (Sergio Lírio. Greve será último recurso, diz Marinho. Folha de São Paulo, 01 de junho de 1997, Editoria: Dinheiro, p. 6.).

No mesmo sentido da diretriz apresentada, em 1991, pelo documento ⁹⁹ que citamos anteriormente, o Seminário de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente ⁹⁵, realizado em agosto de 1994, em seu Relatório apresenta no subitem *Saúde do Trabalhador na Rede Pública*, algumas indicações do que poderia ser uma orientação aos sindicatos para se avançar em relação à atenção à saúde do trabalhador no SUS.

A experiência dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST), e Centro de Referências, surgidos em 1984, deverão ser intensificados. É um elemento importante na discussão mais geral também de Saúde Pública. Os P.S.T ou C.R.S.T., com gerenciamento sindical e participação dos trabalhadores através da O.L.T. é um instrumento importante para conhecimento do estado de saúde dos trabalhadores e interferir concretamente nos locais geradores de acidentes e doenças do trabalho. Os P.S.T. ou C.R.S.T. através dos seus Conselhos Gestores devem ser um elemento questionador e funcionar como alternativa às Medicinas de Grupo, apesar de todos os trabalhadores organizados estarem submetidos a estes tipos de convênios.

Portanto, a exigência de P.S.T. ou C.R.S.T., também deve nos remeter à discussão das Políticas Gerais de Saúde Pública, pois é bom recordar que as Medicinas de Grupo com seu caráter político-ideológico de controladora e recolocadora imediata do trabalhador na produção/serviços, nos atendem enquanto estamos sadios e nos excluem quando adoentados permanentemente, desempregados ou aposentados ⁹⁵ (p. 7).

A edição, de novembro de 1994, do InformaCUT ¹²¹ divulgou a decisão da criação do Coletivo em Saúde, Trabalho e Meio Ambiente da CUT ^{LX} e as deliberações do Seminário de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente. À primeira vista, um pequeno resumo do Seminário, realizado um pouco antes, em agosto. Porém, no item *Rede Pública*, afirma:

A atuação em Programas e Centro de Referências em Saúde do Trabalhador deve ser intensificada. Eles são meios para conhecer o estado de saúde dos trabalhadores e interferir nos locais de trabalho. Podem funcionar como alternativa às medicinas de grupo, que excluem os trabalhadores adoentados permanentemente, os desempregados ou aposentados. A meta é o gerenciamento sindical ¹²¹ (p. 6) .

^{LX} O Coletivo Nacional em Saúde, Trabalho e Ambiente da CUT foi criado por decisão do 5º Congresso Nacional da CUT, realizado de 19 a 22 de maio de 1994.

Vejamos algumas importantes diferenças entre ambas. Em relação à Medicina de Grupo, a executiva da CUT, levanta apenas a restrição por estas empresas excluírem os trabalhadores adoentados permanentemente, os desempregados ou aposentados. Já no Relatório do Seminário, a Medicina de Grupo é claramente identificada por seu caráter político-ideológico de atender os trabalhadores sadios para controlá-lo e recolocá-lo de imediato na produção/serviços e, além disso, excluírem os trabalhadores adoentados permanentemente, os desempregados ou aposentados.

Quanto ao PST e o CRST, ambos enunciados se assemelham ao considerar que devem ser intensificados, tenham um gerenciamento sindical e que são instrumentos importantes para o conhecimento da saúde dos trabalhadores e intervenção nos locais de trabalho. Porém, há discrepâncias substanciais, e nada desprezíveis. A executiva da CUT omitia uma orientação indicada no Seminário, qual seja, que a exigência do PST e do CRST deveria remeter os sindicalistas à discussão das Políticas Gerais de Saúde Pública.

Mas a principal diferença – por onde se pode compreender a omissão da executiva da CUT – entre a decisão do Seminário e o que foi efetivamente relatado pela direção da central, se coloca nítida quando as duas orientações são vistas e comparadas em seu conjunto. O Seminário considerava que *Os P.S.T. ou C.R.S.T.... devem ser um elemento questionador e funcionar como alternativa às Medicinas de Grupo... pois... as Medicinas de Grupo com seu caráter político-ideológico de controladora e recolocadora imediata do trabalhador na produção/serviços, nos atendem enquanto estamos sadios e nos excluem quando adoentados permanentemente, desempregados ou aposentados.* Nota-se que pela decisão do Seminário, o PST e o CRST devem, não apenas, funcionar como alternativa, mas também assumir uma postura ativa, a condição de elemento questionador das Medicinas de Grupo e seu caráter político-ideológico que atendem os trabalhadores enquanto *sadios* para controlá-los e recolocá-los de imediato na produção/serviços. Por conseguinte, remeter os sindicalistas à discussão das Políticas Gerais de Saúde Pública. De forma diferente, a executiva da CUT concebe o PST e o CRST como a possibilidade de atendimento para os trabalhadores adoentados permanentemente, os desempregados ou aposentados recusados pelas Medicinas de Grupo.

Contudo, o PST e o CRST, assim como a rede SUS, enfrentam enormes dificuldades, inclusive para atender estes trabalhadores. As preocupações da CUT não são, e não eram na época, fortuitas e deslocadas da realidade concreta. Os trabalhadores acidentados e portadores de doenças do trabalho não apenas se deparavam e, como veremos, continuam a se deparar com a recusa do atendimento pelos planos privados de saúde, como também enfrentavam obstáculos nos serviços públicos, inclusive no PST e no CRST ^{122,123}. Em janeiro de 1991, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo suspendeu o pagamento da rede credenciada e dos convênios aos serviços de saúde prestados aos acidentados do trabalho. No mesmo ano, o Relatório da reunião da Comissão de Condições de Trabalho, Saúde e Meio Ambiente - CCTSMA ¹²⁴ do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo, sobre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, apontava *o problema do C. R. é de recursos humanos, o consórcio com as 03 prefeituras ainda não foi realizado. As Prefeituras de Diadema e Santo André não estão investindo nada, quem ainda 'banca' o C. R. é a Prefeitura de S. B. [São Bernardo]. Eles estão com o trabalho sobrecarregado, por isso não estão atendendo aos trabalhadores demitidos e há a possibilidade de não atenderem mais aos acidentados do trabalho. Estamos aguardando uma reunião com Dr. Mauricio, Prefeito de São Bernardo, para colocar o problema, e para ajudar-nos a pressionar as outras prefeituras a participarem, para conseguirmos cumprir a proposta do C. R.* ¹²⁴ (p. 2).

Neste sentido, a política estatal impõe fortes restrições para efetivar a ação institucional da CUT de valorizar as experiências junto aos serviços públicos de saúde *que mostrem para o conjunto dos trabalhadores o engodo da medicina privada, articular-se com o movimento popular para criar projetos que se vinculem aos interesses públicos, criar experiências que juntem ação sindical e serviços de saúde* ⁹⁹ (p. 12). Limites não superados pelas administrações municipais, vitoriosas nas eleições de 1988, que passaram a organizar e gerenciar ações em saúde do trabalhador ¹²⁵.

As diferenças acima expostas podem expressar diferentes concepções das correntes sindicais no interior da CUT, mas não nos propomos aqui investigá-las. Apesar disso, é importante ter em conta as disputas internas no sindicalismo da CUT para compreender que sua convivência e, portanto, a manutenção de uma unidade no âmbito da Central pode produzir certas contradições nos diversos espaços de formulações e práticas sindicais.

2.2.1 – A CUT e a regulamentação do setor supletivo.

Em meados da década de 1990, se intensifica na imprensa o surgimento de matérias afirmando que, em função da decadência dos serviços públicos de saúde, a população era obrigada a usar o sistema privado. Em relação às operadoras de planos e seguros privados de saúde, eram apontados uma série de problemas e irregularidades: alto valor dos prêmios e dos reajustes; poucas garantias; exclusão do atendimento a inúmeras patologias e a procedimentos de maior complexidade; existência de armadilhas contratuais ¹²⁶. O governo federal apresentou projeto de lei para regulamentação dos planos. Veremos algumas indicações da orientação da CUT sobre esta questão. Em 1996, na 10ª Conferência Nacional de Saúde, a CUT incluiu os *Convênios Médicos/Seguros Saúde* como uma das *questões atuais do SUS*. Defendeu que os planos e seguros privados de saúde fossem regulados pelo Estado, subordinados ao SUS e controlados pelos Conselhos de Saúde. Segundo a CUT, era *inaceitável a displicência e a impunidade com que esses órgãos [planos de saúde] agem* ¹⁰³ (p. 4), *...só atendem o que dá lucro* ¹⁰⁰ (p. 9) e a assistência à saúde deve assegurar atendimento a todas as doenças relacionadas no Código Internacional de Doenças.

Em outubro de 1997, a primeira lei aprovada pelo Câmara dos Deputados mantinha a regulamentação do mercado de planos vinculado ao Ministério da Fazenda e as operadoras estavam desobrigadas da cobertura de serviços de alta complexidade e de algumas patologias (AIDS, câncer), continuando a maior parte do custo com estas doenças a recaírem sobre o SUS, o que mereceu críticas de sindicalistas da CUT ^{LXI}. Tem-se um longo trâmite legislativo sobre o qual não é necessário aqui se estender – e que se desdobra em sucessivas Medidas Provisórias após a Lei n.º 9.656, de 03 de junho 1998 que regula os planos e seguros privados de saúde e a Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – em que os pontos acima questionados pela CUT são tratados e em parte contemplados. A intervenção sindical ganhará mais contornos por ocasião do Fórum de Saúde Suplementar organizado pela ANS.

^{LXI} Angelo D'Agostini Junior. *O SUS no país do real*. Folha de São Paulo, 11 de novembro de 1997, Caderno Cotidiano, p. 2. Angelo D'Agostini Junior era então presidente do Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde no Estado de São Paulo - Sindsaúde/SP.

Antes, é importante considerar que a regulamentação, sob os auspícios da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, não alcança alguns aspectos importantes dos planos coletivos empresariais – que estão vinculados à maioria dos trabalhadores organizados com representação sindical -, em especial, no que tange ao reajuste dos prêmios. Esses planos são precisamente o principal eixo de sustentação e organização do mercado suplementar de saúde, o que lhes confere um forte poder de definição dos padrões de coberturas e preços para as demais modalidades de contratação, conforme constatado pela Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados ¹²⁷. A ANS tem argumentado a favor da não intervenção governamental nos preços dos planos coletivos. Sustenta que os contratos e negociações estabelecidos entre empresas (empregadores e assistência suplementar) tendem a um maior equilíbrio entre as partes envolvidas ¹²⁷. Contudo, a regulamentação, a despeito do impacto nos custos com assistência à saúde, tem sido alegada pelas empresas para ameaçar e até promover restrições no *benefícios*-plano de saúde de seus empregados ^{LXII}, em particular, aumentar o valor da mensalidade paga total ou parcialmente pelo trabalhador ¹²⁸. Além disso, outros problemas permanecem, tais como: cobertura para atendimento de doenças, descredenciamento ou insuficiência da rede credenciada pelo plano, exclusão de trabalhadores aposentados, demitidos, acidentados e com doença do trabalho. A este respeito falaremos um pouco mais no capítulo seguinte.

Estes itens fazem parte das reivindicações defendidas pela representação da CUT nos espaços de discussão acerca da regulamentação dos planos de saúde ^{LXIII}. No Fórum de Saúde Suplementar, realizado em 2003, por exemplo, o representante da CUT defendeu que a ANS enfrente os problemas encontrados pelos usuários com as operadoras de planos: os altos reajustes nas mensalidades o que leva muitos usuários a deixar os planos; dificuldades e recusa de acesso para alguns serviços em particular os

^{LXII} *Vem aí a mãe de todas as brigas na área da saúde... Em setembro, entra em vigor a lei que regulamenta o sistema de saúde privado (...). Já há casos de empresas amedrontadas que ameaçam cortar os planos de saúde de seus empregados se tiverem que pagar um só real a mais. Uma grande indústria paulista, que paga em torno de R\$ 25 por trabalhador, ameaça abandonar os planos de cobertura geral, limitando-se a bancar internações hospitalares.* Elio Gaspari. *Vem aí a grande briga da saúde*. Folha de São Paulo, 26 de julho de 1998. Editoria: Brasil p. 14.

^{LXIII} A CUT está representada na Câmara Técnica de Saúde Suplementar da ANS (www.ans.gov.br).

de alta tecnologia; a cobertura integral a todas as doenças; a necessidade de discutir o atendimento aos trabalhadores acidentados e com doenças do trabalho^{96,98}.

É importante chamar atenção que, ressalvada a questão do reajuste dos prêmios dos planos, os demais itens - acesso a serviços de alta tecnologia, atenção e cobertura integral, atendimento aos trabalhadores acidentados e com doenças do trabalho – além de não serem específicos ao segmento dos usuários de planos - já vinham sendo defendidos pela CUT nos fóruns de política de saúde para serem resolvidos pelo SUS. Contudo, o que é pleiteado pela representação sindical dos trabalhadores no Fórum Nacional de Saúde Suplementar expressa e contempla boa parte dos conflitos a que dirigentes dos sindicatos e a organização dos trabalhadores no local de trabalho são convocados pelos trabalhadores na base da categoria a negociar com as empresas. Nesse sentido, também não se pode falar em paradoxo. A CUT defendeu no Fórum de Saúde Suplementar questões já levadas nos espaços mais amplos de política de saúde que manifestam tensões na base dos trabalhadores. Nem mesmo se pode afirmar que a pauta apresentada esteja limitada a pleitos específicos à categoria profissional que a representação sindical da CUT integra.

Além disso, no Fórum, a CUT sustentou outras propostas para condução e formulação de política para o setor suplementar de saúde, entre elas: a) ser regulado pelo Ministério da Saúde através da ANS; b) estar integrado e subordinado ao SUS; c) reformulações no processo de regulação, sendo este e a ANS subordinados à política global de assistência à saúde vinculada ao MS; d) mudança do modelo assistencial para centralidade na prevenção e promoção da saúde; e) recusar o financiamento público para as empresas do sistema suplementar de saúde; f) necessidade de diretrizes, previamente acordadas entre os profissionais de saúde, ANS e operadoras de plano de saúde e do controle social; g) a necessidade da regulação para que haja existência de competição entre as operadoras de planos de saúde, e *não a competição autofágica e antiética, com oferecimento de planos menores e de baixa qualidade*⁹⁸ (p. 52)^{LXIV}.

^{LXIV} Conforme a apresentação de José Erivalder, representante da CUT, no *Fórum de Saúde Suplementar – 1ª etapa* Painel 3 – Financiamento do Setor e a Regulação dos Preços e Reajustes, 26 de junho de 2003⁹⁸. Também em artigo publicado na Folha de São Paulo o representante da CUT sustenta que: *A crise do sistema não deve ser vista apenas como uma questão gerencial e de mercado. Há raízes profundas no modelo assistencial adotado no país. A nova realidade obriga a uma revisão dos conceitos consagrados, na perspectiva de que o atual sistema, baseado na atenção hospitalar e médica, passe a integrar um modelo que dê ênfase à prevenção e à promoção da saúde. É preciso transformar as agências em instituições subordinadas às políticas de saúde do Ministério da Saúde, integradas ao SUS e, sobretudo,*

Considerando que a proposição do item “f” se aproxima e estaria compreendida no que seria um controle social para o setor suplementar, com exceção do último item (g), os demais de alguma forma já constavam do discurso da CUT ^{100,101,103}.

A representação da CUT no Fórum considerou mais relevante *o debate... voltado para a discussão de um sistema de saúde nacional para o País que integre os vários segmentos existentes hoje no modelo de saúde do Brasil* ⁹⁸ (p. 51). A elaboração de uma série de diretrizes – apresentadas em síntese acima - para *...trabalhar em uma outra perspectiva... uma busca de um entendimento entre todos os atores... para buscar um equilíbrio do sistema. E... ter a dimensão de que alguns atores já cederam bastante... já vêm cedendo há muito tempo e esse ponto de equilíbrio não poderia complicar mais ainda a vida de usuários, inclusive de médicos... que trabalham com plano de saúde... a saída... seria o novo processo de regulação que passaria pela mudança do modelo assistencial... uma política global da assistência à saúde deste País, vinculado ao Ministério da Saúde... que... efetivamente, desse todas as diretrizes para construir um sistema público e privado eficiente* ⁹⁸ (p. 61).

Parece-nos uma pretensão grande demais se deslocada de transformações sociais mais amplas e da correspondente mobilização dos trabalhadores. O modelo de assistência à saúde e os processos de produção-consumo de serviços de saúde, os sistemas de saúde que daí se conformam, sua natureza pública ou privada e as diversas combinações entre ambas são constituídos – e por esta razão devem ser discutidos - em sua determinação recíproca pela estrutura social do país, seu desenvolvimento e os processos de reprodução social e de luta de classes. Apesar do debate não estar situado neste nível de discussão, ele não pode ser desconsiderado, sob pena de se atribuir autonomia à política e aos sistemas de saúde, ou de se aceitar um tipo específico de vínculo entre sistema produtivo e saúde. Ou ainda mais, pelo perigo da representação dos trabalhadores ser *arrastada* ou gravitar ao sabor das contradições entre as frações do capital que competem pelo mercado. No caso da regulação dos planos, seria necessário um estudo mais aprofundado – que foge aos limites deste trabalho - para saber as raízes e a dinâmica atual dos processos de acumulação de capital - e falamos de capital financeiro - que se processa neste segmento e as verdadeiras razões que levaram à intervenção estatal.

controladas pela sociedade. (José Erivalder Guimarães de Oliveira. A CPI dos Planos de Saúde. Folha de São Paulo, 30 de julho de 2003, p. A-3).

Scheffer e Bahia ¹¹⁶ apontam dois movimentos como importantes para regulação do setor suplementar da saúde: primeiro a entrada no setor de duas grandes seguradoras, direta ou indiretamente, vinculadas ao capital estrangeiro, que na disputa pela clientela denunciaram as regras autoreguladoras consideradas lesivas à livre concorrência, e o segundo, as demandas de consumidores, médicos e secretarias de saúde. O peso do processo de regulação tem se concentrado em estabelecer as regras de competição entre as empresas. A legislação aprovada já estabeleceu a abertura do mercado ao capital estrangeiro, as regras para o funcionamento das operadoras, a esfera de responsabilidade governamental para o reajuste de preços, a proibição da prática da *unimilitância* ^{116,129}.

Se o movimento sindical pleiteia a intervenção estatal na / pela luta de classes para obter conquistas por direitos sociais, mesmo que parciais, o faz pois permite colocar o conflito de interesses entre as classes sociais no âmbito mais geral da política e trazer para a cena pública as questões fundamentais da estrutura econômica e social do país. Uma posição de classes no movimento sindical não se orientaria por uma suposta crença na pretensão de que o Estado consiga promover qualquer *entendimento entre todos os atores* para buscar um *equilíbrio* do sistema de saúde e no mercado de planos e seguro privado de saúde (ou outro mercado qualquer). Além disso, a experiência nacional e internacional nos indica que uma mudança do modelo assistencial e a integração do sistema público e privado que produza melhorias e benefícios para a maioria da população não seriam alcançadas sem a devida ampliação das forças e alianças entre as classes dominadas capaz de vencer as resistências e impor mudanças às classes dominantes ^{7,73}.

Apesar das variações, a crítica da CUT tende a se situar nos aspectos das relações contratuais dos planos – contratos entre operadoras e usuários e entre operadoras e profissionais de saúde -, sem apreender sua natureza. Nestes termos, a assistência à saúde intermediada pelos planos e seguro privado pode mais facilmente ser conduzida para um problema de *direito do consumidor*, consumidores que buscam um serviço privado de qualidade e no momento de consumir os serviços contratados, momento que necessitam exercê-lo, com razão não querem ser surpreendidos, e, logo, nos serviços de saúde. Com isto - uma observação importante -, não se afirma aqui que o sindicalismo não deva criticar, denunciar e pleitear a melhoria dos contratos dos

planos e que - para isto – recorra, inclusive, ao direito do consumidor. Aliás, um problema seria pouco fazer neste sentido.

O que estamos enfatizando é a necessidade da luta dos trabalhadores pelo direito à saúde ultrapassar esta dimensão, e não se restringir a ela. E aqui não se trata de uma ultrapassagem meramente no plano teórico geral, uma ultrapassagem que conduza e lance o sindicalismo para muito além da realidade concreta dos trabalhadores (não se trata de se colocar muito à frente dos próprios trabalhadores). Trata-se de alcançar uma formulação teórica concreta, que tenha em conta a análise concreta das contradições da estrutura social e das relações de classes no país e, em particular, dos interesses das diversas frações da burguesia na área da saúde e esta mesma formulação apontar orientações para uma prática também concreta. Um campo ainda em aberto na luta política e sindical dos trabalhadores no Brasil. Mesmo porque - como veremos a seguir - o item plano de saúde negociado pelos sindicatos diretamente com os empregadores, em vários momentos, apresentou diversos problemas, ampliados nos anos mais recentes. Seria, portanto, merecedor de um melhor tratamento nas resoluções e nos documentos das instâncias superiores do sindicalismo.

Capítulo III

Complementaridade na assistência à saúde

3.1 - Contrato Coletivo de Trabalho e Saúde

Apontamos anteriormente que, frente à conjuntura neoliberal no Brasil a CUT, na virada da década de 1980, alterou sua posição política. No caso das negociações coletivas, adotou uma ação que reforçou a descentralização corporativa, difundindo-se negociações por subgrupo econômico e por empresa^{LXV}, favorecendo a ampliação da fragmentação política e do particularismo na classe operária e entre os trabalhadores. Abordaremos agora a relação entre esta modalidade de ação sindical com a luta por direitos sociais, em especial a luta pelo direito a assistência à saúde, apresentando algumas características das negociações sindicais no que diz respeito a cláusulas sobre assistência médico-hospitalar / convênio médico.

Foi na conjuntura de ascensão do neoliberalismo no Brasil que ganhou fôlego no movimento sindical e na CUT a estratégia que privilegia o Contrato Coletivo de Trabalho – CCT. A defesa do Contrato Coletivo de Trabalho era acompanhada da valorização da *livre negociação* entre empresários e trabalhadores, considerado pela CUT um avanço nas relações capital e trabalho. Desde sua formação, o sindicalismo em torno dessa Central aglutinava-se na crítica dirigida contra a tutela do Estado na relação capital/trabalho; as limitações legais para a organização no local de trabalho; o autoritarismo das empresas que impedem a participação e interferência dos trabalhadores no processo produtivo. Pretende-se a superação do *modelo corporativo* e sua substituição por um *modelo democrático das relações de trabalho*, a criação de mecanismos legais para negociação direta e permanente entre sindicato de trabalhadores e empresas. Esta idéia é reunida em torno da proposta de Contrato Coletivo de Trabalho.

Apesar da proposta do Contrato Coletivo de Trabalho - CCT não ser nova na CUT, foi somente a partir do final da década de 1980 que a Central passou a propagar, sistematizar e implementar mais amplamente o CCT integrado à estratégia política que

^{LXV} É importante lembrar, como já ressaltamos antes, que durante os dois governos de Fernando Henrique Cardoso foram adotadas algumas medidas relativas às relações de trabalho transferindo para o âmbito das empresas as negociações, como por exemplo, a participação nos lucros e/ou resultados e sobre flexibilização da jornada de trabalho.

emergiu em torno do *sindicalismo propositivo*. Conforme Boito Jr. ²⁴, o objetivo da corrente hegemônica na CUT - a Articulação sindical – ao apresentar e aprovar, no 4º Concut ¹³⁰, em 1991, a proposta do CCT não era apenas ampliar as garantias políticas e institucionais do processo de negociação, processo que é próprio da prática sindical, mas encontrar uma proposta de contrato de trabalho que estivesse associada à importância concedida à participação do sindicalismo cutista na apresentação de propostas na perspectiva de influenciar a definição da política governamental.

Jair Meneguelli, então presidente da CUT, falando em 1991, revela uma concepção de ação sindical onde apresenta o CCT em contraposição à luta por inclusão de direitos sociais na legislação, e faz uma revisão da participação da CUT na mobilização para incorporação de garantias trabalhistas e sociais na Constituição de 1988. Segundo Jair Meneguelli apud Boito Jr. ²⁴, *a partir do Contrato Coletivo de Trabalho haverá ou será necessária a mudança na própria Constituição brasileira. Faremos as leis, nós faremos a ‘Constituição’ que regerá o capital e o trabalho, ou seja, não se deveria ter discutido redução da jornada de trabalho na Constituição. Deveria se discutir, sim, entre as partes, entre o capital e o trabalho. A única Constituição detalhista que existe no mundo é a nossa. Não queremos mais que o Congresso nos diga como temos que contratar, queremos discutir – nós, trabalhadores, com os empregadores – como queremos fazer o contrato* (p. 150).

A CUT, ao defender o CCT, abria espaço para o discurso neoliberal e suas políticas de flexibilização dos direitos sociais e trabalhistas, recusa da legislação protetora do trabalho e a apologia da negociação *livre* e direta entre trabalhadores e empresários. A visão contratualista se confrontava com a luta sindical unificada dos trabalhadores por direitos sociais ²⁴. A Central, diante deste quadro, buscou ressaltar que sua proposta de substituição do modelo corporativo por um modelo democrático das relações de trabalho contempla a necessidade de preservar na legislação determinadas garantias mínimas para os trabalhadores. A necessidade de proteção legal era ainda mais nítida nas questões de saúde, trabalho e meio ambiente.

O Instituto Nacional de Saúde no Trabalho – INST da CUT desdobrou a adoção do CCT ou Contratação Coletiva de Trabalho para as questões relativas à saúde, trabalho e meio ambiente, encarado como a possibilidade de ampliação do rol de objetos sob negociação, um *salto de qualidade no sentido de enriquecer os atuais acordos*

*coletivos que no referente à questão se limitam a referendar direitos já garantido em lei*¹³¹ (p. 1). Paralelamente, sindicalistas vinculados ao tema da saúde e trabalho apresentavam ressalvas a favor de garantias mínimas legais pelo Estado para os trabalhadores sendo *complementada* no Contrato Coletivo de Trabalho. Remigio Todeshini, então presidente do Sindicato dos Trabalhadores Químicos, Petroquímicos e similares do ABC e Secretário de Finanças da CUT, um dos dirigentes mais destacados ligado à área de saúde, trabalho e ambiente, assinalava que *sem a Legislação de sustento nesta matéria, haveria uma desigualdade flagrante entre patrões e empregados. O poder empresarial é absoluto no local de trabalho, e deve ser contestado com princípios e direitos básicos que garantam a democracia nas relações entre Capital e Trabalho*¹³² (p. 2).

O próprio documento elaborado pelo INST, Saúde e Trabalho no Contrato Coletivo de Trabalho¹³¹ (p. 1) também observou que *não podemos ignorar que um país de dimensões continentais como o Brasil apresenta diferenças enormes no grau de organização de seus trabalhadores e de consciência sanitária por parte dos empregadores. Saúde no trabalho enquanto direito inerente ao status de cidadão não pode no todo ser objeto de contratação sob pena de jogar grandes contingentes de trabalhadores à mercê de empregadores inescrupulosos e em condições bárbaras de trabalho. Não se pode admitir que a pretexto da adoção do CCT haja ampla desregulamentação da legislação de proteção a saúde no trabalho contida na C.L.T. .*

Percebe-se a preocupação em assegurar garantias mínimas aos trabalhadores, visto que estes possuem *...diferenças enormes no grau de organização..* e a saúde no trabalho é um *...direito inerente ao status de cidadão*. As preocupações do Inst/CUT também são justificadas pelo que considera *...diferenças... de consciência sanitária por parte dos empregadores* e, assim, a saúde no trabalho não pode *no todo ser objeto de contratação sob pena de jogar grandes contingentes de trabalhadores à mercê de empregadores inescrupulosos*.

A necessidade da manutenção de uma legislação protetora do trabalho, suas *garantias mínimas*, não está colocada pela / para ação sindical na perspectiva de unificar os trabalhadores para impor às classes dominantes no Estado a conquista de direitos sociais, como parte integrante do processo de luta de classes. Em seu lugar, a relação capital x trabalho aparece como uma contradição desprovida de antagonismos

irreconciliáveis e é substituída por uma visão contratual – não mais um contrato individual de trabalho e sim uma contratação coletiva elementar à ideologia sindical. A concepção contratualista não nega a contradição entre capital e trabalho, ela dissimula sua natureza: reveste a contradição entre classes antagônicas e irreconciliáveis em conflitos de interesses entre distintos grupos de trabalhadores e empresários. E se reivindica garantias mínimas de proteção legal para o trabalho é para compensar, em favor deste, determinados desníveis - diferenças no grau de organização dos trabalhadores, diferenças de consciência sanitária entre os empregadores, *empregadores inescrupulosos* - por acreditar que pode equilibrar as forças entre trabalho e capital.

A concepção da CUT em torno do CCT reforçaria a tendência à fragmentação e a descentralização corporativa das negociações coletivas, o deslocamento das negociações para os níveis inferiores da organização sindical: negociações por empresa ou por grupo de empresas, apesar da proposta contemplar uma dimensão centralizada em caráter nacional da negociação, o contrato coletivo nacionalmente articulado ¹³⁰ .

O contrato coletivo nacionalmente articulado prevê negociações coletivas em todos os níveis. Ele visa estabelecer uma base mínima geral, de caráter nacional, que não suplanta as negociações específicas, mas com ela se articula para nos demais níveis, regional e da empresa, adaptar-se às diferentes realidades específicas. Jair Meneguelli apud Boito Jr. ²⁴, em 1991, em relação ao funcionamento do CCT, afirmou: *Nós faríamos, a nível da central, um contrato mínimo que estabelecesse regras mínimas, para que após isso os sindicatos, a partir do poderio econômico de cada setor, de sua capacidade de organização e mobilização dos trabalhadores, fizessem as suas contratações além daquilo que foi estabelecido como patamar a nível nacional* (p. 153).

A direção aponta a capacidade de organização e mobilização dos trabalhadores em cada setor / empresa - *a partir do poderio econômico de cada setor* – como condição para obtenção de conquistas trabalhistas e sociais. Ou seja, mesmo falando em Contrato Coletivo Nacional nacionalmente articulado, a CUT confere prioridade para ampliação de direitos e conquistas de benefícios em instâncias inferiores de negociação, diferente do que seria mobilizar e unificar os trabalhadores para que estes aglutinem uma ampla força solidária em que a maior capacidade de organização de uns contribua para fortalecer e ampliar o poderio do conjunto dos trabalhadores, seja este conjunto

constituído nos limites da categoria, do ramo ou setor econômico, ou mais amplamente por diferentes categorias, ramos e setores.

Na revisão constitucional de 1993, a CUT posicionou-se contra a idéia de eliminação imediata dos direitos sociais e da legislação trabalhista contidos na Constituição e na CLT. Mais tarde, em 2001/2002, o presidente Fernando Henrique Cardoso enviou e tentou aprovar Projeto de Lei ao Congresso Nacional com base no princípio, *o negociado prevalecer sobre o legislado*. Esta proposta contou com o apoio da Força Sindical. A CUT, uma vez mais, manifestou-se e mobilizou-se para combater o projeto ^{LXVI}.

Contudo, a CUT não alterou o fundamento de sua concepção. Apresentou uma solução intermediária, em que defendeu a existência de um determinado período de transição entre a implantação do contrato coletivo de trabalho e a supressão dos direitos previstos na legislação. Assim, a CUT acena com a possibilidade de, no longo prazo, abrir mão da necessidade da legislação conter os direitos sociais e trabalhistas ²⁴. Com isto, a CUT alerta seus sindicatos para incluírem na pauta de reivindicações a ser negociada temas tratados na legislação ^{133,LXVII}, entre outros como: saúde, convênio médico e hospitalar, educação, creche, aposentadoria complementar, pensões, jornada de trabalho deveriam ser negociados setor a setor, entre sindicatos e empresas, ou grupo de empresas.

Estas idéias estão presentes na atualidade. Ao apresentar propostas para uma possível Reforma Trabalhista - cujo encaminhamento, para os sindicalistas da CUT, viria na seqüência da aprovação da Reforma Sindical em tramitação atualmente no Congresso Nacional, o 4º Congresso do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC ¹³⁴,

^{LXVI} Em março de 2002, dias antes da votação do projeto no Senado – que acabou sendo suspensa – a Força Sindical – FS e o Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo - SMSP organizaram uma assembléia geral da categoria para aprovar os artigos da CLT que seriam "flexibilizados". Os metalúrgicos aprovaram, na ocasião, alteração no pagamento do 13º salário, na licença paternidade, férias, e horário de almoço. Desta feita, a principal base da Força Sindical começava a cumprir um dos objetivos de seu livro-programa: substituir a CLT. O SMSP assinou, dias depois, a Convenção Coletiva que instituiu tais mudanças. Este acordo foi suspenso pelo Tribunal Regional do Trabalho (2ª Região). Ver: Justiça anula acordo que permitia flexibilização da CLT. *Folha de São Paulo*, 19 de abril de 2002.

^{LXVII} Siqueira ¹³³ interrogou sindicalistas sobre as razões para a grande quantidade de cláusulas nos acordos coletivos que reproduzem a legislação, estes argumentaram: 1) caso a lei for alterada para pior ou revogada nós a mantemos no acordo; 2) a postura patronal nas negociações, ano a ano, visa rebaixar as cláusulas dos acordos anteriores, não concordam com sua renovação automática; e, 3) os acordos e convenções coletivas estão mais próximos das partes, empregados e empregadores, do que a lei trabalhista e previdenciária, principalmente em relação às pequenas e médias empresas em que não se conhece a legislação. A divulgação e o acesso aos trabalhadores do acordo coletivo possibilita um instrumento de cobrança da lei.

realizado em 2003, afirma que *...deveremos, assim, definir quais os direitos sociais elencados no art. 7º da CF, e aqueles assegurados na CLT, ou em legislação ordinária, serão revestidos de total proteção e quais os que serão passíveis de negociação nesse novo cenário de contratação coletiva* ¹³⁴ (p. 20).

No contexto dos anos 1990 - expansão do desemprego, desindexação dos salariais e de desregulamentação das relações de trabalhistas e sociais - a proposta de Contrato Coletivo de Trabalho da CUT como resposta às políticas neoliberais reforçou o insulamento corporativo entre os trabalhadores, deslocou a perspectiva da luta coletiva e unificada por direitos sociais do plano mais geral da política, entendida como um campo de luta entre classes sociais que opõe os trabalhadores e as classes dominadas às classes dominantes e sua representação no Estado, para circunscrever o conflito na esfera de cada setor econômico e do local de trabalho, no âmbito de cada categoria ou de cada empresa. Luta limitada pois acompanha a fragmentação econômica da classe trabalhadora pelos diferentes coletivos de trabalhadores de cada setor ou empresa, não contra as classes dominantes, mas contra um grupo de capitalistas ou contra um capitalista. As negociações coletivas de acordo com a força e a capacidade de pressão de cada setor / empresa.

3.2 - Negociação coletiva dos metalúrgicos do ABC

A negociação coletiva centralizada dos metalúrgicos do ABC acontece em conjunto com os demais trabalhadores metalúrgicos do estado de São Paulo, cujos sindicatos são filiados à CUT vinculados à Federação de Sindicatos de Metalúrgicos da CUT-SP – FEM/CUT. É a FEM/CUT que conduz as negociações com os grupos empresariais da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo - FIESP e os respectivos ramos de produção. A pauta de reivindicações negociada é bastante ampla: remuneração, estabilidade no emprego, jornada de trabalho, saúde e segurança no trabalho, benefícios, representação sindical e das comissões de trabalhadores nas empresas, entre outras. Carvalho Neto ⁴⁷ fornece um amplo detalhamento das cláusulas das convenções coletivas dos metalúrgicos do ABC e sua evolução entre 1992-1999. Iremos apenas pontuar algumas questões para entrar no item que nos interessa: a cláusula sobre convênio médico.

Apesar da inclusão de algumas cláusulas originais ^{LXVIII}, as negociações no período transcorreram com a ofensiva empresarial visando restringir uma série de garantias. Os dirigentes sindicais reconhecem que uma das principais investidas deu-se para retirar as cláusulas sociais, em particular a que assegura a estabilidade no emprego até a aposentadoria a todos os trabalhadores portadores de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho dos trabalhadores ^{LXIX}. Segundo a avaliação do 3º Congresso da FEM/CUT, realizado em julho de 2001, além das dificuldades relativas à desmobilização das bases, desemprego, fechamento de fábricas, dois desafios se apresentaram no último período: o primeiro foi a chamada guerra fiscal entre os estados e o segundo desafio foi *a dura investida que os patrões e todos grupos fizeram contra a cláusula que garante aos trabalhadores acidentados e portadores de doenças do trabalho, estabilidade até a aposentadoria. (...) Também foi mais difícil porque os patrões já em 99 fizeram um acordo com a Força Sindical retirando a cláusula.. (...) Com tudo isso, os metalúrgicos cutistas do estado de São Paulo, ainda mantêm na sua convenção coletiva esta cláusula* ¹³⁵ (p. 5).

A manutenção da cláusula da estabilidade foi confirmada pela decisão do Tribunal Superior do Trabalho (TST) no final de 2004. Esta conquista vem sendo questionada pelo empresariado, há cerca de dez anos, em seguidas campanhas salariais e, de forma mais intensa, desde 1999 ^{LXX}. Segundo o Sindicato dos Metalúrgicos do

^{LXVIII} Sem diminuir a forte tendência regressiva do período, algumas conquistas foram alcançadas. Em 1997, os metalúrgicos das indústrias de autopeças, de forjarias e de parafusos do Estado conquistaram a estabilidade no emprego para os trabalhadores portadores do vírus HIV e aos que já tenham manifestado sintomas de Aids. Posteriormente conquistada por trabalhadores de outras categorias,

^{LXIX} *Todos nós, que temos acompanhado as discussões dos acordos coletivos dos últimos anos, sabemos das dificuldades crescentes de manter as cláusulas sociais, em especial aquela da garantia de emprego ao trabalhador acidentado ou portador de seqüela de doença ocupacional. Aquilo que parecia um capricho deste ou daquele negociador, no entanto, vai se delineando como parte de um projeto patronal que visa acabar com essas cláusulas, desonerando a empresa de obrigações sociais e morais e criando um ambiente propício para a demissão de milhares de companheiros. (3º Congresso: Organização dos trabalhadores na fábrica e na sociedade. Federação dos Sindicatos de Metalúrgicos da CUT/SP- Louveira, 29, 30 de junho e 01 de julho de 2001, p. 7)*

^{LXX} *O grupo patronal de autopeças já colocou as cartas na mesa. Não quer renovar a cláusula da garantia de emprego ao trabalhador seqüelado por acidente no trabalho ou doença profissional. Temos certeza de que esse é só um ensaio. Se passar no grupo das autopeças, os outros grupos também vão entrar com a mesma proposta. O argumento dos patrões: redução de custos e maior competitividade no mercado. Por trás dessa argumentação estamos assistindo a um bem orquestrado movimento de enfraquecimento da luta dos trabalhadores e a retirada de uma série de benefícios conquistados com muita luta (...) E aí como ficam esses milhares de companheiros que pagaram com a própria saúde o descaso das empresas com as questões da segurança? E como ficarão os trabalhadores que ainda têm saúde, mas estão trabalhando em ritmo acelerado, sem pausas, em postos de trabalho ruins e com muita pressão por produtividade e qualidade? Perderão o emprego, se um acidente ou doença o incapacitarem para sua função? Portanto, comece a por suas barbas de molho. Sem luta, vamos perder a cláusula de*

ABC, a investida das empresas, inclusive das grandes, contra os direitos históricos conquistados pelos trabalhadores tem se constituído numa *verdadeira campanha para esconder as doenças do trabalho* ^{LXXI}. O não reconhecimento das doenças e acidentes do trabalho e, por conseguinte, a não emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT é praticada como forma de burlar a estabilidade do trabalhador prevista na convenção coletiva, *...o número de doenças relacionadas ao trabalho registrado pelas quatro maiores empresas da nossa base não chegou a 10 no último ano [1999]* ^{LXXII}.

É importante destacar que a luta pela manutenção da cláusula de estabilidade garantiu que, nos últimos cinco anos, 231 metalúrgicos portadores de doenças profissionais fossem reintegrados ao trabalho nas empresas metalúrgicas do ABC, após serem demitidos arbitrariamente, mediante ação judicial impetrada pelo sindicato ^{LXXIII}. Mas a ofensiva das empresas para demitir os trabalhadores acidentados e com doença do trabalho ocorre por inteiro. Ela se estende a assistência à saúde com permanente restrição e exclusão ao atendimento médico hospitalar para estes trabalhadores.

3.3 – Alguns aspectos sobre o convênio médico nas negociações dos metalúrgicos do ABC

A cláusula referente ao convênio médico compõe o corpo das chamadas cláusulas permanentes ^{LXXIV} da pauta de reivindicações do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC. O quadro 1 apresenta a comparação entre o que tem sido apresentado na pauta de reivindicação e o efetivamente acordado nas convenções coletivas dos metalúrgicos, a respeito da prestação de serviços de assistência médica hospitalar.

garantia de emprego e junto com ela milhares de companheiros. Sem ela, vamos perder uma das poucas armas que nos protegem contra o descaso das empresas com a saúde e segurança e contra a marginalização do desemprego.. (Garantia ao trabalhador acidentado?. Tribuna Metalúrgica de 25/08/1999).

^{LXXI} Empresas escondem doenças profissionais. Tribuna Metalúrgica de 30/11/1999.

^{LXXII} Para empresas, doente não tem vez. Tribuna Metalúrgica n.º 1076 de 25/02/2000.

^{LXXIII} Raquel Camargo. Estabilidade fica mantida na convenção. Tribuna Metalúrgica n.º 1939 de 26/01/2005

^{LXXIV} Para o Sindicato dos Metalúrgicos do ABC são *cláusulas de natureza permanente, assim entendidas as que vêm continuamente sendo renovadas sem qualquer alteração e que, dessa forma, já se incorporaram ao patrimônio jurídico do trabalhador metalúrgico. Após terem permanecido no corpo de cláusulas temporárias pelo prazo de 3 anos, sem modificação, essas cláusulas passaram a integrar o corpo permanente deste instrumento.* Sindicato dos Metalúrgicos do ABC. Índice do Contrato Coletivo de Trabalho, p. 6.

Quadro 1
Convênio médico: comparação entre o reivindicado pelo Sindicato dos Metalúrgicos do ABC e o acordado na negociação coletiva centralizada dos Metalúrgicos da FEMCUT/SP

| Conteúdo da cláusula “convênio médico” | |
|---|---|
| Pauta de Reivindicação* | Convenção Coletiva de Trabalho |
| <p>As empresas deverão estabelecer convênios de assistência médica preferencialmente com serviços que se proponham dar atenção integral à saúde, com programas de promoção, prevenção e recuperação da saúde do trabalhador e sua família. Este modelo deverá ser pesquisado no mercado podendo ter a contribuição do sindicato profissional da categoria.</p> <p>Os empregados das empresas que possuam convênio de assistência médica encaminharão ao setor competente as reclamações atinentes àqueles serviços, colaborando para sua eficiência.</p> <p>Neste mesmo sentido, as empresas encaminharão ao respectivo sindicato representativo da categoria profissional o material orientativo das facilidades oferecidas pelo(s) convênio (s) quando editado.</p> <p>As empresas acima citadas proporcionarão aos seus ex-empregados, afastados definitivamente por aposentadoria, facilidades para sua continuidade no plano de assistência médica, desde que assumam o custo de sua participação no convênio.</p> <p>Aos empregados afastados do serviço por acidente do trabalho e de doença profissional será assegurado a continuidade do convênio médico enquanto persistir o afastamento</p> | <p>Não contemplado</p> <p>As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar pela sua inclusão ou não no convênio existente.</p> <p>As empresas encaminharão ao respectivo sindicato representativo da categoria profissional o material orientativo das facilidades oferecidas pelo(s) convênio(s), quando editado.</p> <p>As empresas citadas acima proporcionarão aos seus ex-empregados, afastados definitivamente por aposentadoria, facilidades para sua continuidade no plano de assistência médica, desde que os mesmos assumam o custo de sua participação no convênio.</p> <p>Não contemplado</p> <p>ATENDIMENTO MÉDICO DE CONVÊNIO. As empresas não exigirão prévia requisição de guia para encaminhamento do empregado ao convênio médico, quando este necessitar de atendimento de urgência (Acordo - Grupo XIX e III – Metalúrgicos ABC 2001)</p> |

* Estamos utilizando a Pauta de Reivindicação do período 2000 / 2001

O teor da reivindicação sindical não contemplada na Convenção Coletiva de Trabalho expõe os limites da alternativa de assistência suplementar à saúde. No que se refere ao não atendimento dos trabalhadores afastados por doença e acidentes de trabalho, será indicado logo a seguir. Em relação à recusa da reivindicação por convênios de assistência médica com atenção integral à saúde, informa duas questões. Se por um lado, expõe e questiona os convênios e planos de saúde oferecidos pelas empresas e sua condição para oferecer uma atenção integral à saúde dos trabalhadores, por outro, expõe os limites da concepção sindical acerca do modelo assistencial, pois alude acreditar na possibilidade de se buscar no mercado uma atenção integral à saúde com promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A cláusula de convênio médico constante da Convenção Coletiva de Trabalho, exposto no quadro acima, integra a negociação centralizada dos metalúrgicos de São Paulo, através da FEM/CUT. A cláusula acordada é bem genérica, o que facilita as empresas manterem a extensa diversidade e as diferenciações na oferta de assistência à saúde entre os trabalhadores, conforme apontado no primeiro capítulo. A política de benefícios das empresas possui inúmeras variações (por porte da empresa, por atividade produtiva, estratégia de gestão e controle da força de trabalho). Também aqui o sindicato, de modo geral, tem acompanhado a fragmentação econômica das empresas como critério para as lutas salariais e garantias sociais. Um acompanhamento mais amplo deveria tomar este ponto em consideração para futuras pesquisas. Iremos agora somente pontuar algumas questões levantadas através da pesquisa no jornal do sindicato, Tribuna Metalúrgica, onde aparece a reivindicação do convênio médico. Os dados foram obtidos através de levantamento na página do sindicato na internet, onde a Tribuna está disponível e pode ser consultada. Utilizamos uma série de palavras-chaves com suas possíveis combinações, conforme pode ser visto no Anexo II.

Foi possível perceber duas distinções: a reivindicação pela implantação do convênio médico e a reivindicação por sua melhoria (ou manutenção) nas empresas que já o instituem. Sua implantação é reivindicada pelos trabalhadores das empresas, em sua maioria, de médio e pequeno porte que ainda não oferecem o benefício. É comum o pleito pelo convênio médico ocorrer por ocasião do encaminhamento de outras reivindicações (Participação nos Lucros e Resultados - PLR, reposição salarial). Mais recentemente, três casos se destacam entre os trabalhadores que não recebiam o

benefício do plano de saúde: o primeiro, a incorporação da reivindicação do convênio médico para os trabalhadores de empresas terceirizadas contratadas pelas montadoras, as chamadas *terceiras*, inclusive para trabalhadores que não possuem o enquadramento sindical como metalúrgicos. Estes trabalhadores, de forma geral, não contam com representação sindical, mas é comum sua mobilização receber o apoio e contar com a intermediação da comissão de fábrica dos metalúrgicos da montadora na negociação com a empresa prestadora de serviço. O acordo coletivo firmado com as montadoras permite aos trabalhadores fiscalizarem as relações de trabalho nas empresas terceirizadas. Vejamos um exemplo, extraído do jornal do sindicato: *...os trabalhadores na Magno, empresa que presta serviço na Mercedes, conseguiram negociar acordo que garante a reposição das perdas e aumento real... Com ajuda da representação dos trabalhadores na montadora... também conquistaram convênio médico e auxílio alimentação... agora, os trabalhadores na Magno vão escolher um sindicato para serem representados e encaminhar as reivindicações (...) 'talvez seja o sindicato da construção civil, mas essa decisão será deles, informava Edilson Ferreira da Silva da Comissão de Fábrica da Mercedes*^{LXXV}.

O apoio da comissão de fábrica dos trabalhadores efetivos da montadora tem sido um fator importante para obtenção de melhorias entre os trabalhadores das *terceiras*, o que contribui para a solidariedade de classe. A superação da fragmentação trabalhadores diretamente contratados e terceirizados é ainda um desafio à organização dos trabalhadores e tem entrado na pauta de muitos sindicatos e federações. A Federação Única dos Petroleiros - FUP, por exemplo, redefiniu o conceito de trabalhador petroleiro; estendeu o significado de petroleiro a todos os trabalhadores em atividade em uma planta petrolífera de modo a incorporar os terceirizados e disputar a representação sindical dos trabalhadores de diferentes formas de vínculo^{136,LXXVI}. A manifestação do dirigente da comissão de fábrica da Mercedes pode indicar que ainda não haja uma orientação mais ativa por parte do sindicato dos metalúrgicos do ABC

LXXV Terceira na Mercedes: Mobilização garante conquistas. Tribuna Metalúrgica de 06 de maio de 2003.

LXXVI Conforme apresentado por Araújo¹³⁶, o conceito de trabalhador petroleiro foi reformulado, não se refere mais apenas aos empregados da Petrobrás, mas a todos trabalhadores em atividade em uma planta petrolífera, tentativa do movimento sindical petroleiro responder ao avanço da terceirização. Além disso, as mudanças advindas com a quebra do monopólio fizeram com que os Sindipetros tenham que desenvolver sua atuação, não mais apenas entre os trabalhadores próprios da Petrobrás, mas também entre os de outras empresas mãe e os trabalhadores terceirizados de ambas. Apesar disso, existem distintas estratégias adotadas pelos sindicatos de petroleiros para operacionalizar esta proposta.

para incorporar os trabalhadores das *terceiras* como metalúrgicos e disputar sua representação sindical. O sindicato tem investido no sentido de fiscalizar e intervir nas relações de trabalho e nos contratos das empresas terceirizadas ^{LXXVII}.

O segundo caso refere-se ao fato da inserção do plano de saúde na pauta dos metalúrgicos que constituíram, com assessoria do sindicato, Cooperativas de Trabalhadores e assumem a gestão de empresas em crise ou em estado falimentar ^{LXXVIII}. O interessante aqui é a possibilidade de estar ocorrendo e sendo reproduzida, para formas de organização produtiva de autogestão dos trabalhadores com participação sindical, a adoção de modelo de assistência à saúde suplementar, o que mereceria investigação específica sobre esse processo.

O terceiro: em algumas empresas os trabalhadores em atividade, contratados sob a modalidade de *estagiários*, passaram a postular e conquistaram a extensão do benefício *convênio médico*, pleito negociado pela Comissão de Fabrica e pelo Comitê Sindical da Empresa – CSE. Este fato – apesar de não ser uma novidade na política de recursos humanos das empresas, em particular das grandes empresas - apontou para inclusão deste item na pauta de reivindicação específica dos estagiários das demais empresas. Nas palavras do coordenador da Juventude Metalúrgica: *é uma conquista importante e queremos estendê-la a toda a categoria [estagiários] (...) Afinal os salários dos estagiários são modestos e não cobrem os gastos com saúde, que é um dever do Estado cobrir* ^{LXXIX}.

Antes de prosseguir, um parêntese propiciado pelo fato acima. Encontramos na Tribuna Metalúrgica alguns artigos do Departamento de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente do Sindicato - com uma coluna semanal no jornal, em que apresentam um aspecto das mudanças operadas no perfil dos trabalhadores metalúrgicos do ABC nos últimos anos. É cada vez maior o número de trabalhadores jovens na indústria que estão cursando a universidade ou a pós-graduação na perspectiva, na maioria das vezes não

^{LXXVII} Em outro caso: *O Sistema Único de Representação (SUR) na Ford inaugurou a nova cláusula... que permite os trabalhadores fiscalizarem as relações de trabalho nas empresas prestadoras de serviços... conseguiu a contratação formal (com carteira assinada) de 17 motoristas... Eles dirigiam caminhões de outras pessoas contratados pela transportadora TNT. O outro acordo foi com a Truffer, empresa com 21 companheiros que recolhe sucata. A partir de outubro eles terão seguro de vida e, em novembro, passarão a contar com plano médico.*(Ford: *Terceiras submetidas à nova cláusula*. Tribuna Metalúrgica n.º 1896 de 24/09/2004).

^{LXXVIII} *Uniwidia: Cooperativa comemora quatro anos*, Tribuna Metalúrgica n.º 1717 de 26/09/2003 e Luiz Marinho. *Sem trabalho não há justiça*, Tribuna Metalúrgica n.º de 04/02/2000.

^{LXXIX} *Rolls-Royce: Estagiários conseguem convênio médico*. Tribuna Metalúrgica n.º 1692 de 12/08/2003.

realizada, de que a formação abra as portas para outra atividade profissional. Em artigo intitulado *Juventude e Saúde*, o Departamento de Saúde do Trabalhador do sindicato dos metalúrgicos do ABC alertava: *o diploma talvez não seja, como no passado, a garantia de emprego e sucesso profissional. A juventude operária está submetida a longas jornadas de trabalho e de estudo, num ambiente social, político e ideológico em que são motivados para uma intensa competição individual, ao passo, que a realidade do trabalho não deixa espaço para a criatividade e o crescimento. As repercussões na saúde são grandes: cansaço, sofrimento psíquico, fadiga, depressão, obesidade, dependência química, violência e mortes prematuras são coisas que cada vez mais se combinam com juventude metalúrgica*^{LXXX}.

Retomando. Nas empresas que já dispõem de plano de saúde a seus empregados, a mobilização empreendida pelos trabalhadores está voltada para a busca de sua melhoria ou, o que tem sido mais freqüente, para resolver problemas, tais como, descredenciamento da rede, dificuldades e demora no atendimento de consultas, redução do valor da mensalidade do convênio^{LXXXI}.

A desigualdade da oferta de assistência à saúde através dos planos de saúde nas empresas assume diversas dimensões. Por exemplo, a Ford, grande empresa automobilística, oferecia para os trabalhadores na ativa um plano de saúde por uma operadora, enquanto para agregados e aposentados destinava um plano de outra operadora. A existência de diferentes operadoras, cada uma com regras próprias e rede credenciada diversa entre si, gerou descontentamento entre os usuários. Os trabalhadores, através do Sistema Único de Representação - SUR, reivindicaram a necessidade de uma mesma empresa operar o plano de saúde para todos: trabalhadores ativos, agregados e aposentados, o que foi atendido pela empresa. A desigualdade, no entanto, não foi superada, pois apesar de todos os participantes do plano (funcionários

^{LXXX} Departamento de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente. *Juventude e Saúde*. Tribuna n.º 2045 de 11/08/2005.

^{LXXXI} *Descredenciamento de serviços e até um mês de espera para conseguir consulta são problemas que os companheiros na Mahle Metal Leve enfrentam com a Medial. O convênio foi apresentado pela fábrica para resolver problemas de custo. Os trabalhadores exigiram então que o Sindicato negociasse uma abrangência maior na rede para o ABC, pois o que estava proposto não os atendia. Depois de muita negociação e pressão para quebrar a resistência da Medial, o problema foi solucionado e a rede montada. Conforme: Metal Leve: Medial Saúde provoca insatisfação. Tribuna Metalúrgica n.º 1859 de 21/07/2004. Ver também: Metal Leve: Queixas da Medial serão encaminhadas. Tribuna Metalúrgica de 4/08/2004.*

da ativa, agregados e aposentados) passarem a dispor da rede credenciada da mesma operadora, o acesso a ela ocorre de acordo com a modalidade de *opção* do plano^{LXXXII}.

Aparecem casos de empresas que suspendem o convênio médico dos trabalhadores afastados da produção por doenças ou seqüelas decorrentes de acidentes no trabalho. Os empregadores alegam que o atendimento para estes trabalhadores deva ser prestado pela rede pública de saúde, já que estão afastados pelo INSS. Registra-se a mobilização dos trabalhadores contra a suspensão do convênio. Somente em uma empresa, 48 trabalhadores foram excluídos do plano em função de estarem afastados por doenças ou acidentes no trabalho, a maioria com Lesões por Esforços Repetitivos - LER^{LXXXIII}. As LER atinge amplas categorias de trabalhadores, metalúrgicos, bancários, químicos, processamento de dados, comerciários, entre outras. Sua abrangência, agravada pela condição de precarização entre os trabalhadores terceirizados, nos termos de Sato¹³⁷, questiona os sindicatos sobre sua *política em saúde do trabalhador, inquirindo-as especialmente no que se refere à manutenção ou superação de estratégias corporativas* (p. 148). Por outro lado, esta questão expõe com bastante nitidez os limites das coberturas assistenciais privadas para os trabalhadores e questiona a aludida noção de segurança da proteção à saúde dos planos coletivos^{85,85}.

Os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais são uma realidade bastante freqüente entre os metalúrgicos. Mutilação, incapacidade, morte fazem parte do cotidiano dos trabalhadores da indústria no Brasil, ainda com enormes lacunas pelos estudos na área da Saúde Coletiva^{138,LXXXIV} e, apesar de sua maior capacidade de organização, os metalúrgicos do ABC não estão fora deste cenário. O jornal do Sindicato fornece elementos substanciais para desconsiderar os argumentos de que estes trabalhadores sejam “privilegiados”. *Dois acidentes vitimaram mais de 20 companheiros em duas importantes empresas de São Bernardo nesta semana e mostram a fragilidade da segurança no trabalho nas fábricas brasileiras (...) Jovem perde o antebraço: Com 18 anos de idade e poucos meses de trabalho, a amputação do braço*

^{LXXXII} Convênio médico na Ford: Mesma empresa para todos.. Tribuna Metalúrgica de 27/05/2003.

^{LXXXIII} Conforme Tribuna Metalúrgica n.º 1862 de 27 de julho de 2004..

^{LXXXIV} Freitas et al.¹³⁸, ao estudarem os acidentes de trabalho em plataforma de petróleo da bacia de Campos, Rio de Janeiro, Brasil, assinalam que *embora seja comum considerar que o trabalho industrial foi e está sendo bastante estudado, levantamento realizado por nós nas revistas Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública e Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, no período de 1980 ao primeiro semestre de 1999, constatou que de 148 artigos referentes ao tema "acidentes", 71 (48%) tratavam de acidentes de trabalho e destes 17 (11,5%) eram específicos sobre acidentes em indústrias...* (p. 118).

direito marcará para sempre a vida de um companheiro ^{LXXXV}. E mais: *Quatro trabalhadores na Metal Leve que foram intoxicados... continuam hospitalizados, enquanto os outros estão em casa se recuperando. (...) O acidente foi tão grave que a nuvem [tóxica] atingiu dois trabalhadores na Mercedes-Benz, que faz divisa com a Metal Leve* ^{LXXXVI}.

3.4 – E quanto aos serviços públicos de saúde?

No início dos anos 1990, o Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema abraçou algumas iniciativas de participação mais ativa em defesa da saúde pública. Neste período, o sindicato vivia mudanças internas com a extinção da assistência médica odontológica a seus associados, como veremos logo adiante. O 6º Congresso ¹³⁹, realizado em 1991, no que respeito à saúde, aprovou uma série de importantes decisões, entre as quais reativar a Comissão de Saúde do Sindicato e a criação de um boletim mensal do Departamento de Saúde do Trabalhador ^{LXXXVII}.

A Tribuna da Saúde – nome do *boletim* acima referido - abordou em suas páginas temas relacionados às condições de trabalho, saúde e meio ambiente. Editada de agosto de 1991, seu número inicial, a março de 1993, teve um total de 15 edições. No acervo do Centro de Documentação do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC

^{LXXXV} Departamento de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente, *Uma semana, 20 feridos*. Tribuna Metalúrgica n.º 1850 de 01/07/2004.

^{LXXXVI} Ver também: *Acidente: Trabalhadora perde falanges*. Tribuna Metalúrgica n.º 1846 de 24/06/2004; *Arteb: Acidente arranca falange de dedo*. Tribuna Metalúrgica n.º de 28/10/2003; *Injecta: Acidente esmaga mão e antebraço*. Tribuna Metalúrgica n.º 1727 de 15/10/2003; *Mahle Metal Leve: Uma fábrica de acidentes..* Tribuna Metalúrgica n.º 1710 de 12/09/2003; *Mahle Metal Leve: Novo acidente envolve prensista*. Tribuna Metalúrgica n.º 1709 de 11/09/2003; *Acidente: Trabalhador tem mão mutilada na IGP*. Tribuna Metalúrgica de 14/05/2003; Departamento de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente. *Substâncias Químicas Tóxicas Presentes no Trabalho: Perigo Diário*. Tribuna Metalúrgica de 11/08/2000; *Metal Leve: Trabalhadores continuam hospitalizados..*Tribuna Metalúrgica n.º 1850 de 01/07/2004.

^{LXXXVII} Outras decisões aprovadas foram: Propor ao Movimento Sindical da região a criação de uma Comissão de Saúde Intersindical Ampliada em defesa de um Sistema Público de Saúde, democrático e de boa qualidade; Realizar Campanha de Saúde, com o mesmo peso político que a campanha salarial (sem prejuízo desta), elaborada e organizada pela Comissão de Saúde; Lutar pela transformação das CIPAs em Comissões Sobre Condições de Trabalho e Saúde com seus eleitos, na sua totalidade, pelos trabalhadores; Lutar para que as reivindicações sobre Condições de Trabalho e Saúde constem de Acordos, Convenções e Contratos Coletivos; Investir na formação de quadros capazes de atuar na área de Saúde e Condições de Trabalho. Além disso estimular e orientar o trabalho integrado entre CiPAs e Comissões de Fábrica; Promover encontros entre os Cípeiros da categoria; Ações para conscientizar os trabalhadores de que a luta por saúde também é uma luta com componente econômico. Resoluções item Saúde do 6º Congresso do Sindicato dos Metalúrgicos do São Bernardo do Campo e Diadema, fase final 1, 2 e 3 de março de 1991. www.abcdeluta.org.br.

conseguimos levantar 13 edições, não encontrando os exemplares da Tribuna da Saúde de números 1 e 14.

Seus números iniciais eram avaliados e debatidos em reunião da Comissão de Condições de Trabalho Saúde e Meio Ambiente – CCTSMA do Sindicato, criada também por decisão do 6º Congresso, e levantavam comentários tanto sobre a qualidade das matérias, quanto de sua repercussão dentro das empresas. Em relação à edição da Tribuna da Saúde n.º 03 de outubro de 1991, a CCTSMA, predominantemente, ressaltou a grande repercussão entre os trabalhadores da notícia sobre as LER, a distribuição da Tribuna da Saúde feita por entidades nos bairros da Região e a boa repercussão obtida na 1ª Conferência de Saúde de São Bernardo do Campo^{LXXXVIII}.

Dois aspectos que se destacam nas edições, além da presença constante de artigos a respeito das condições de trabalho das empresas metalúrgicas e suas implicações na saúde dos trabalhadores, são matérias sobre a questão ambiental e sobre a situação dos serviços públicos de saúde. Sobre este último, era: primeiro, denunciado o *sucateamento* dos hospitais públicos, a suspensão do atendimento pelos hospitais conveniados do então INAMPS, a falta de leitos hospitalares em São Paulo e na Região do ABC^{LXXXIX}; segundo, saudado a decisão da IX Conferência Nacional de Saúde para resgatar o SUS, conforme as *propostas originais*^{XC} da VIII Conferência Nacional de Saúde; terceiro, que os desvios em sua implantação deixava o SUS, segundo a Tribuna da Saúde, como um alvo fácil de vários setores na sociedade entre eles *do governo, porque consome grandes quantidades de recursos, que acabam perdidos na monstruosa estrutura administrativa e chegam em quantidades mínimas onde realmente se faz necessário. Diante desse caos, o governo aproveita-se para fazer valer sua proposta de privatização, que nada mais é do que manter a saúde da população administrada pelas*

^{LXXXVIII} Relatório da Reunião da CCTSMA do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo, realizada em 31 de outubro de 1991. A matéria sobre as LER citada é: *Esse ritmo não dá samba... dá L.E.R.* Tribuna da Saúde, n.º 3, outubro de 1991, p. 2.

^{LXXXIX} O jornal Tribuna da Saúde denunciava: *O descaso do Estado para com a saúde pública desativa mais de três mil leitos em São Paulo. São Bernardo, com quase 700.000 habitantes, conta com apenas 116 leitos públicos, ou menos ainda. A O.M.S. (Organização Mundial da Saúde) afirma que são necessários quatro leitos para cada mil habitantes. Roubaram da população de São Bernardo 2.100 leitos. É necessário que o movimento sindical participe ativamente desta luta que é de todos.* Tribuna da Saúde. *Descaso com a Saúde da População.* p. 2..

^{XC} Tribuna da Saúde. *Privatizar Não.* Ano 1, n.º.11, setembro de 1992, p. 3..

classes dominantes, premiando, com altos lucros, os empresários que continuariam a explorar mercantilmente clínicas, convênios e hospitais^{XCI}.

Um outro elemento era a defesa da participação popular na gestão dos serviços de saúde. *Só através da participação popular que poderemos formular políticas adequadas às nossas necessidades e fiscalizar a implementação das mesmas. A Gestão popular dos serviços de saúde é uma conquista nossa, já assegurada em Lei*^{XCII}. Assim, o Sindicato em 1991-1992, apoiava o movimento pela saúde em São Bernardo do Campo estimulava a formação de Comissões de Saúde nos bairros no sentido para debater os problemas de saúde e encaminhar as reivindicações a Secretaria Municipal de Saúde. Para o Sindicato, as comissões de saúde nos bairros seriam um importante mecanismo de fiscalização e participação dos trabalhadores na luta pela saúde^{XCIII}.

Também aparece nas páginas da Tribuna da Saúde uma crítica às empresas de Medicina de Grupo que, no final de 1991, afirmava: *Hoje o que vemos é a entrada de grandes grupos multinacionais de medicina de grupo, que passaram a dominar o mercado, incentivadas pelo governo que cada vez mais deixa sucatear o sistema público de hospitais e de serviços médicos, abrindo caminho à privatização total da saúde tentando fazer com que a população acredite estar sendo melhor atendida e deixe de lutar por um SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE BOA QUALIDADE..*^{XCIV}. Não se encontra outra matéria com tal crítica dirigida à Medicina de Grupo. O editorial de sua última edição (março de 1993) apresentou o que passaria a ser mais importante nas atividades do Departamento de Saúde do Trabalhador do Sindicato. O editorial anuncia o acordo da Câmara Setorial da Indústria Automobilística e avalia que este *abre uma perspectiva inédita para o movimento sindical brasileiro.. nesse sentido, é fundamental que passemos a discutir... a nossa intervenção no chão da fábrica*^{XCIV}. O Departamento de Saúde do Trabalhador passaria a enfatizar a formação e a qualificação dos sindicalistas para as negociações nas empresas - na perspectiva da democratização das relações de trabalho – visando intervir nos processos produtivos para eliminar ou

^{XCI} Idem.

^{XCII} Tribuna da Saúde. *Saúde e Participação Popular*. Ano 1, n.º12, Outubro de 1992, p. 3..

^{XCIII} *Estas e outras experiências, não só na região como no país, têm demonstrado que a LUTA POR SAÚDE interessa diretamente à classe trabalhadora e por isso deve ser assumida pelos trabalhadores e pelo movimento sindical*. Tribuna da Saúde. *População e Trabalhadores na Luta por Saúde*. Ano 1, n.º.4, novembro de 1991.

^{XCIV} Tribuna da Saúde. *As Aparências Enganam*. Ano 1, n.º 3, outubro de 1991, p. 3.

^{XCIV} Tribuna da Saúde. *Editorial*. n.º 15, março de 1993.

diminuir os impactos na saúde dos trabalhadores pelas condições de trabalho e/ou resultantes das mudanças organizacionais em curso ^{XCVI} .

É certo que estas atividades já estavam presentes antes e já detinham um relativo destaque. O que ocorre é sua intensificação, mas ela acontece em prejuízo de outras atividades: aquelas voltadas para a defesa da melhoria dos serviços públicos de saúde e do SUS. Apesar de não dispormos das informações dos jornais do Sindicato no período compreendido entre 1993 e 1998 ^{XCVII} é possível extrapolar, com base nas resoluções dos 1º e 2º Congressos dos Metalúrgicos do ABC, realizados em fins de 1993 e em 1996/1997, respectivamente, para considerar que essa tendência fora confirmada. Os serviços públicos de saúde e o SUS não estão contemplados nas decisões dos dois Congressos, além de simples referência genérica ^{XCVIII} .

Mas não teríamos como levantar nesta dissertação as possíveis razões para o fato dos serviços públicos de saúde, durante o período de circulação da Tribuna da Saúde ter recebido um destaque maior na imprensa sindical. Uma possibilidade estaria relacionada ao fato de que, naquela ocasião, a Prefeitura de São Bernardo do Campo - e outras no estado de São Paulo – estar sob a administração do Partido dos Trabalhadores - PT, quando, segundo Lacaz ¹²⁵ se levantou *...a possibilidade concreta de que tais municípios assumam a questão da saúde e sua municipalização bem como da saúde dos trabalhadores através da programação de saúde pública, mediante os PSTs... muitos... municípios passaram a gerenciar serviços de saúde dos trabalhadores... criando os chamados Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CRSTs), tentando aprofundar as experiências existentes no que se refere à gestão e à participação sindical... (p. 12).. Porém, ...de certa forma foram frustrantes as administrações municipais no que toca à superação das deficiências do setor saúde* ¹²⁵ (p. 12).

Nesta linha de raciocínio, a preocupação do sindicato relativa à saúde pública no período seria meramente circunscrita àqueles fatores conjunturais. Acrescenta-se entre eles, como se mencionou, as mudanças internas com a extinção pelo sindicato da assistência médica odontológica a seus associados.

^{XCVI} Sindicato dos Metalúrgicos do ABC. 1º Congresso dos Metalúrgicos do ABC: Resoluções. 1993, p. 30.

^{XCVII} A Tribuna da Saúde deixara de circular em março de 1993 e, como já mencionamos no início desta dissertação, não foi possível viabilizar para este período a consulta no jornal Tribuna Metalúrgica.

^{XCVIII} Cita-se apenas a decisão de *Lutar pela defesa do Sistema Público de Saúde*. Sindicato dos Metalúrgicos do ABC. 1º Congresso dos Metalúrgicos do ABC: Resoluções. 1993, p. 30.

As resoluções dos Congressos dos Metalúrgicos do ABC, realizados em 1999 e 2003, mantêm a tendência de quase omissão em relação à assistência à saúde no SUS. O mesmo foi constatado em consulta ao Jornal Sindicato, Tribuna Metalúrgica. Os assuntos relativos ao Sistema Único de Saúde e/ou a Saúde Pública que aparecem na Tribuna são, em sua maioria, matérias informativas e não de atividades ou ações sindicais, acerca de alguns temas, tais como: dependência química; tabagismo; hepatite C; drogas.

Em relação à criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST ^{XCIX} pelo Ministério da Saúde, a Comissão de Saúde, Condições de Trabalho e Meio Ambiente do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, em outubro de 2002, levantou críticas à medida. Os motivos seriam a desarticulação entre os diversos órgãos públicos responsáveis pelas ações em saúde do trabalhador. *A falta de coordenação política faz com que os programas e as ações em saúde do trabalhador não saiam do papel desde a promulgação da Constituição, em 1988. E, assim, avaliava que ...o RENAST... com uma verba enorme... promete ser mais dinheiro jogado fora. Decidido de cima para baixo e sobrepondo funções, vai apenas agregar inoperância ao sistema já existente* ^C.

No momento, é pequeno o peso que o sindicato dispensa a assistência à saúde no SUS. Todavia, os problemas em relação à cobertura assistencial privada estão a exigir uma outra perspectiva. Ao percorrer os Cadernos de Teses ao 4º Congresso dos Metalúrgicos do ABC ¹³⁴, em especial as propostas enviadas pelos ativistas sindicais na base da categoria, logo se percebe um grande volume que tem por preocupação os acidente ou doença relacionada ao trabalho. Já vimos o crescimento dos conflitos pela recusa de assistência para estes trabalhadores pelos planos e seguro privados.

Mas uma outra modalidade de ação sindical seria revelada pela pesquisa que veremos em seguida.

^{XCIX} Ministério da Saúde - Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002 - DOU nº 183 – Seção 1, Sexta-feira, 20 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências.

^C Comissão de Saúde, Condições de Trabalho e Meio Ambiente. *Saúde do Trabalhador e Prevenção*. Tribuna Metalúrgica de 31/10/2002.

Capítulo IV

O corporativismo sindical e a difusão de novas modalidades de ação em relação ao papel do Estado na proteção social.

Já mencionamos a intenção da CUT de influir propositivamente na formulação das políticas públicas, orientação intensificada, ao longo da década de 1990, considerada como a *possibilidade de interferir nos rumos do país... em avanços na ocupação de espaços institucionais como, por exemplo, nos diversos conselhos de controle sobre os fundos e as políticas públicas* ⁹⁰ (p. 27). Segundo a CUT, os trabalhadores não deveriam apenas combater a implantação do projeto neoliberal, mas também apresentar alternativas que passam pelas diretrizes da agenda de reformas estruturais da CUT, composta por três eixos de intervenção política, a saber: a reestruturação produtiva; o papel do Estado; e uma política de retomada do crescimento com distribuição de renda e geração de emprego ^{90,CI}. Vamos destacar o que a CUT entendia por *papel do Estado*, e mais especificamente, o que é entendido por *papel do Estado em relação às políticas sociais* e perceber a introdução de novas modalidades de ação sindical informada pelo discurso da Central. Mas antes, só para situar brevemente os outros dois pontos, basta citar que a reestruturação produtiva, assim como a *globalização*, era considerada pela CUT como um fato dado e irreversível, segundo a central *...a globalização econômica obriga o movimento sindical a conviver com as conseqüências da reestruturação produtiva, destacando-se o desemprego estrutural. Neste sentido, a formulação de políticas públicas e a exigência para que o Estado as assumam deve se constituir enquanto uma prática cotidiana no movimento sindical* ¹⁴⁰ (p. 21). Quanto ao outro ponto da agenda – a retomada do crescimento com distribuição de renda e geração de emprego –, a CUT o relaciona com outras propostas como a Política

^{CI} Nos últimos anos, a ampliação da democracia no plano institucional passou e passa pelo avanço das conquistas dos trabalhadores na sociedade através da sua própria mobilização. (...) a CUT tem ampliado sua... possibilidade de interferir nos rumos do país. Isso se traduz em avanços na ocupação de espaços institucionais como, por exemplo, nos diversos conselhos de controle sobre os fundos e as políticas públicas hoje existentes. Mas, a cada avanço na institucionalidade, aumenta a pressão da institucionalidade tanto sobre como na própria CUT (...) a estratégia da CUT na ação institucional, da qual os trabalhadores não podem se omitir, precisa estar subordinada à estratégia geral da Central. Hoje é cada vez mais vital que os trabalhadores não só combatam a implantação do projeto neoliberal como também formulem suas diretrizes alternativas... a partir da agenda de reformas estruturais que... remetem, no plano geral, a três campos de intervenção política: reestruturação produtiva; papel do Estado; e uma política de retomada do crescimento com distribuição de renda, riqueza e que seja ao mesmo tempo geradora de empregos. (Resoluções do 5º Concut ⁹⁰, Subitem: Estratégia sic).

Industrial, Reforma Tributária e políticas sociais. Em relação a esta última, tocaremos adiante ao falar sobre a visão da central acerca do papel do Estado.

Para explicitar o entendimento da CUT por *Estado, responsabilidade do Estado em relação à sociedade, papel do Estado em relação às políticas sociais*, recorreremos a alguns trechos das resoluções do 6º Concut ⁷¹, especialmente do capítulo *Estratégia*, subitem *Propostas para uma política de cidadania*. A escolha do 6º Congresso permite explicitar melhor a questão porque representa a evolução das posições já contidas, mas não claramente apresentadas, na estratégia da CUT aprovada no 4º e 5º Congresso. Além disso, pelo fato do 6º Congresso da CUT ter sido realizado em agosto de 1997, no momento em que as políticas neoliberais ganharam consistência em sua implementação sob o comando de Fernando Henrique Cardoso e produzem efeitos econômicos e sociais, mas também político e ideológico - de intensa disputa em torno da reestruturação do Estado, da Reforma Administrativa, além da continuidade do processo de privatizações.

Primeiramente, a CUT considera que a *responsabilidade do Estado em relação à sociedade deve ser compreendida enquanto um duplo papel: realizar ações com o objetivo de reduzir ao máximo os efeitos econômicos e sociais negativos decorrentes de conjunturas recessivas, e planejar e regular os fatores produtivos. Com a sua minimização, o Estado perde a capacidade de assumir suas responsabilidades em relação à sociedade* ⁷¹ (p. 42-43 sic). Assim, o Estado deve realizar ações para diminuir os efeitos econômicos e sociais negativos sobre os trabalhadores – e o movimento sindical – pois estes são obrigados a conviver com o desemprego estrutural, consequência da reestruturação produtiva e da globalização. E como já se tem conhecimento destas consequências - e de sua inevitabilidade -, de seus efeitos negativos, o desemprego, o Estado deve se antecipar para *planejar e regular os fatores produtivos*. Não vamos nos deter em comentar a visão da CUT sobre *Estado* e sua suposta responsabilidade perante a *sociedade* ^{CII}; as preocupações da Central estão voltadas para reduzir os efeitos negativos provocado nos trabalhadores pelas políticas econômicas e sociais neoliberais, e não para organizar os trabalhadores para enfrentar e derrotar tal política. Além disso, os efeitos negativos não atingem apenas os

^{CII} Se o Estado é responsável perante a “sociedade”, ele é apresentado e alçado à condição de “autoridade”, autoridade que se coloca “acima” da “sociedade”, acima, portanto, dos diferentes interesses de classes antagônicas e em luta nesta “sociedade”.

trabalhadores e sim, segundo a CUT, a sociedade, portanto, inclui as classes dominantes, ou pelo menos, algumas de suas frações, entre os atingidos pelos efeitos econômicos e sociais negativos da política neoliberal.

Chamamos atenção para o exposto acima pelas implicações à prática sindical. A CUT havia se aproximado da grande burguesia industrial brasileira, e lançou, em setembro de 1995, um manifesto conjunto com a Confederação Nacional da Indústria – CNI, acolhendo os reclames da burguesia industrial contra a abertura comercial exagerada e abrupta, contra a alta dos juros, a excessiva carga tributária. Nesse manifesto, CUT e CNI, sustentaram que *a estabilidade monetária é uma necessidade e um desejo de toda a sociedade, porque é um pré-requisito para o desenvolvimento econômico sustentado e socialmente justo... [e] ...a realização de uma Reforma Tributária ampla e abrangente que, entre outros objetivos, permita a elevação da competitividade da economia, que viabilize a oferta pública de serviços básicos como saúde e educação, o combate a sonegação e a melhoria da distribuição de renda*¹⁴¹ (p. 18).

A chamada *estabilidade monetária* é um verdadeiro apanágio das políticas de matiz neoliberal. A *estabilidade* aqui no sentido do capital financeiro internacional e nacional assegurar o ambiente favorável para garantir sua remuneração, predominantemente especulativa, pelos pagamentos com os serviços das dívidas externa e interna. Por outro lado, para os trabalhadores e os setores populares, ela (a estabilidade monetária) representa o oposto, ou seja, a instabilidade: o desemprego, a redução dos salários e dos ganhos auferidos com o trabalho, a precariedade dos serviços sociais públicos atingidos pela redução (relativa ou absoluta) dos gastos sociais do Estado brasileiro. A instabilidade para as classes dominadas é a estabilidade para a continuidade da exploração a que estão submetidas pelas classes dominantes, duas faces do mesmo processo. Da mesma forma, a *elevação da competitividade da economia* é perseguida pelas classes dominantes, por meio da redução dos custos salariais e dos direitos sociais. Redução de salários, desregulamentação e flexibilização das relações de trabalho, recurso à terceirização praticada das grandes às pequenas, que permite, democraticamente, ao conjunto das classes dominantes - entre ela a burguesia industrial - acesso à exploração sem freios dos trabalhadores²⁴.

É certo que as políticas neoliberais têm contemplado os interesses do imperialismo e das classes dominantes brasileiras e também é correto que os tem contemplando de forma desigual. O setor industrial da burguesia brasileira reclama das altas taxas de juros, da abertura comercial indiscriminada, da elevação da carga tributária, mas não combate a desindexação salarial, a desregulamentação das relações de trabalho, o corte de direitos sociais, a contenção dos gastos sociais do Estado. Mais que isto, não só não os combate, como inclusive os tem aplaudido, e buscado compensar suas pretensas desvantagens por meio da superexploração sobre a força de trabalho ^{24, 42,79,142}, o que questiona certas alianças então assumidas pela CUT ^{24, 142}.

Retomando nossa discussão e avançando acerca do papel do Estado em relação às políticas sociais. Considerava a CUT nas resoluções do 6º Concut ⁷¹: *Quanto ao papel do Estado em relação às políticas sociais, é importante notar que a realidade hoje existente impõe a sua redefinição. Acostumamos a enxergar o Estado como o único agente responsável pela definição e execução dessas políticas. Na perspectiva de um embate mais ideológico, Estado e mercado sempre surgiram como únicas alternativas de viabilização do bem-estar social. No entanto, a dinâmica atual tem-nos mostrado que outros atores sociais podem e devem contribuir nas definições, implementações, controle e eficácia das políticas públicas* (p. 43 sic). Ou seja, a CUT sustenta que outros atores sociais podem participar das políticas públicas para viabilizar o bem-estar social. E entende que estes outros atores sociais devam participar não apenas na definição, controle e eficácia das políticas públicas, mas também na sua implementação. Ora, mas não era justamente isto – transferir as políticas públicas de bem-estar para outros atores sociais - que a implementação da política neoliberal estava desenvolvendo no Brasil? Não eram nesta direção as propostas de transformação de órgãos da administração estatal em organizações sociais? Não estava a política neoliberal, justamente, e na área da saúde há tantos exemplos, transferindo para ONGs e o chamado Terceiro Setor, a execução de uma série de serviços sociais? E as classes dominantes, através da política neoliberal – que debilitava ainda mais os serviços sociais públicos - não implementam tais medidas travando um *embate mais ideológico* com as posições das classes dominadas? Não estaria o sindicalismo e a CUT, ao defenderem *outros atores sociais* para viabilizar *o bem-estar social*, cedendo posições e desarmando as classes dominadas

no *embate mais ideológico* na defesa dos direitos sociais? Não seria a conciliação com o neoliberalismo?

Antes de prosseguir, seria bom um esclarecimento. Não se afirma que a CUT aderiu ao neoliberalismo, como alguns estudos demonstraram para o caso da Força Sindical ¹⁴³. Nos referimos à cúpula da Força Sindical, pois há variações e distinções importantes em relação aos sindicatos filiados a central, inclusive na luta em defesa da saúde dos trabalhadores com relevante participação na denúncia dos acidentes e doenças do trabalho ¹⁴⁴. O que se apresenta, no caso da CUT, é um discurso que estabelece pontos de contato com a política neoliberal, que induz a uma prática sindical hesitante, o que nos permite falar, em termos mais gerais, de uma política de conciliação com o neoliberalismo. Falamos em termos gerais porque há situações concretas em que o sindicalismo cutista não reproduziu no todo, ou em parte, as orientações acima enunciadas. E isto pode ser visto pelo combate à terceirização, a introdução de cooperativas de trabalho, a crítica à flexibilização dos vínculos empregatícios nos serviços de saúde, a defesa de concursos públicos ^{CIII}.

E quem seria estes outros atores sociais? O 6º Concut nomeou como *outros atores sociais* as próprias entidades sindicais e a parceria com ONGs ^{140,CIV}. A Central atuaria não apenas propondo políticas públicas, mas executando serviços sociais preteridos pelo Estado, com destaque para área de educação e formação profissional. Emergia um setor sindical empenhado na execução e gestão de projetos sociais recorrendo à disputa pelos fundos públicos, além de estimular a formação de Cooperativas de Seguros Cíveis, Cooperativas de fundo de pensão complementares sob argumentação de investir os recursos daí provenientes em experiências cooperativas e de autogestão para geração de emprego e renda no combate à precarização do trabalho

^{CIII} Na Tese da CUT à 10ª Conferência Nacional de Saúde ¹⁰³, sustenta-se que *O Estado tem como obrigação essa sociedade, promover a Saúde. Não há como, em uma situação como a brasileira, pensarmos em um estado mínimo. O Estado não tem que ser nem mínimo nem máximo, mas sim adequado ao tamanho necessário para promover a reforma agrária, para garantir a renda mínima a cada habitante, para assegurar trabalho e direitos sociais a todos. Consideramos que os direitos começam pela Saúde, condição essencial para se ter acesso às outras necessidades básicas.* Ainda com base neste documento, se critica abertamente a terceirização, as cooperativas e a flexibilização dos vínculos nos serviços de saúde, é feita também a defesa do concurso público para os agentes comunitários de saúde. Contudo, esse destaque e ênfase não aparecem na Tese da CUT à XI Conferência Nacional de Saúde ¹⁰⁵, apenas cita, retrospectivamente, o combate às modalidades de Organizações Sociais e o PAS.

^{CIV} Justificava a parceria com as ONGs pelo fato de serem constituídas, em sua maioria, por pessoas bastante qualificadas nas diversas áreas em que atuam. Informa CUT. *As políticas sociais da CUT*. n.º 263, novembro de 1996, p. 21..

⁷¹. Este sindicalismo explora os interstícios deixados pelo Estado para oferecer assistência aos trabalhadores e filiados sindicais, sua valorização apontaria para um aumento das ações de assistência social em detrimento da mobilização e da luta por direitos ⁹⁷.

Assim, no âmbito da CUT estariam convivendo três modalidades distintas de ação sindical relativa à proteção social do Estado, a saber: a) pressionar o Estado para manter e ampliar os direitos sociais; b) participar institucionalmente na formulação de políticas públicas; e) disputar o fundo público para gerir e executar serviços sociais.

4. 1 - O sindicato como executor e gestor de serviços sociais: assistência como empreendimento social, uma possibilidade?

A prestação de serviços assistenciais pelos sindicatos de trabalhadores não é novidade na prática sindical, acompanha a história do sindicalismo brasileiro, passando por diferentes conjunturas, incorporada por diversas categorias de trabalhadores na cidade e no campo e, portanto, assumiu, e continua a assumir, distintos significados políticos. Uma idéia do peso que a assistência médica representa na atividade assistencial dos sindicatos pode ser fornecida pela Pesquisa Sindical 2001 do IBGE ⁵⁶. A pesquisa levantou dados sobre os principais serviços oferecidos pelo sindicato de trabalhadores, sejam serviços próprios, e / ou por terceiros através de convênios / acordos firmados com a intermediação do sindicato. Em relação aos sindicatos de trabalhadores urbanos, em todo país, os serviços e convênios médicos e os convênios odontológicos ocupam, respectivamente, o segundo e terceiro lugares, somente atrás dos serviços jurídicos.

Quadro 2
Indicadores de serviços prestados e atividades oferecidas pelos sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais aos associados - Brasil - 2001

| Indicadores de serviços prestados e atividades oferecidas | Sindicato de Trabalhadores urbanos | Sindicato de Trabalhadores rurais |
|---|--|--|
| Percentual de sindicatos que oferecem algum tipo de serviço ou atividades | 52 % | 24 % |
| Principal serviço prestado ou atividades oferecidas | Jurídico (77%) | Jurídico (52%) |
| Segundo serviço prestado ou atividades oferecidas | Convênio médico (45%) | Educação e formação sindical (31%) |
| Terceiro serviço prestado ou atividades oferecidas | Convênios odontológicos (42%) | Convênios médicos, e serviços odontológicos (24% de cada) |
| Quarto serviço prestado ou atividades oferecidas | Educação e formação sindical; e esportivas, culturais e sociais (39% de cada) | Esportivas, culturais e sociais (22%) |

Fonte: IBGE - Pesquisa Sindical 2001.

É na região Sudeste que se concentra o maior número de sindicatos de trabalhadores que prestam serviços médicos e odontológicos, especialmente entre os sindicatos urbanos. O quadro apresenta o percentual de sindicatos urbanos que prestam serviços médicos aos associados, segundo a Região, Brasil - 2001

Quadro 3
Percentual de sindicatos de trabalhadores urbanos que prestam serviços médicos aos associados, segundo a Região - Brasil - 2001

| Grande Região | Percentual de sindicatos de trabalhadores urbanos que oferecem serviços médicos |
|----------------------|--|
| Norte | 31 % |
| Nordeste | 22 % |
| Sudeste | 47 % |
| Sul | 44 % |
| Centro-Oeste | 40 % |

Fonte: IBGE - Pesquisa Sindical - 2001. (Elaboração própria)

No final dos anos 1970, a reorganização das entidades e das lutas sindicais dos trabalhadores foi acompanhada de uma crítica ao *assistencialismo* sindical. Este foi identificado, pela CUT, como elemento fundamental e princípio básico da prática do sindicalismo que emergiu com a estrutura sindical de Estado pós-1930. Seu objetivo seria, segundo a CUT, desviar a ação sindical das lutas combativas dos trabalhadores ^{145,146,CV}.

Derivada desta compreensão, o sindicalismo cutista sustentava a necessidade de ruptura com a antiga estrutura sindical, e apontava para que seus sindicatos desenvolvessem ações com objetivo de acabar com a prestação de serviços assistenciais, em especial, a assistência médica e odontológica. No plano para implantação da sustentação financeira da nova estrutura sindical proposta pela CUT em seu 2º Congresso ¹⁴⁶, realizado em 1986, orientava os sindicatos para trabalhar *pelo fim gradual do assistencialismo exigindo que o Estado assumira este papel garantindo-se a saúde e assistência médica sob o controle dos trabalhadores* ¹⁴⁶ (p. 90).

Assim, no final da década de 1980, a crítica às práticas assistencialistas nos sindicatos, onde a assistência médica tem papel de destaque, persistia e reascendia, com alguns sindicatos importantes da base da CUT vivendo esse conflito, como podemos extrair dos estudos de Warth ¹⁴⁷ e de Repullo Junior ¹⁴⁸. Em seu trabalho sobre o assistencialismo médico no Sindicato dos Metalúrgicos do Rio de Janeiro, Warth ¹⁴⁷ apontou que estaria ocorrendo uma *acomodação burocrática* (p. 44) do sindicalismo cutista em relação à manutenção do assistencialismo médico, ao mesmo tempo, registrava o fortalecimento dessa prática por correntes sindicais conservadoras ^{CVI}. A noção de *acomodação burocrática* nos termos colocados - manutenção do assistencialismo médico nos sindicatos da CUT - não dá conta da complexidade da questão. Superar o assistencialismo médico, como veremos, ultrapassa a extinção da

^{CV} O 1º Concut considera que *a velha estrutura sindical tem como princípios básicos: (...) o assistencialismo (para desviar a ação sindical)* ¹⁴⁵(p. 29), Aprovou desenvolver *campanha de formação e orientação para os sindicatos rurais, visando integrá-los na luta pela reforma agrária e ao estabelecimento de um sindicalismo combativo e sem assistencialismo* ¹⁴⁵ (p. 24). O 2º Concut apontava e criticava o então *assistencialismo como elemento fundamental da prática sindical* ¹⁴⁶(p. 71)..

^{CVI} Warth ¹⁴⁷ cita que na categoria metalúrgica do Rio de Janeiro *no início do ano de 1991, os trabalhadores da Standar Eletrônica travaram uma acirrada discussão para decidir a adesão à medicina de grupo... colocando em confronto a Comissão de Fábrica, composta principalmente por técnicos e operários especializados (engenheiros, torneiros) favoráveis à adesão e bases operárias contrárias à adesão, iradas com o desconto dos salários e o duvidoso benefício num setor de grande rotatividade* (p. 39).

prestação de serviços médicos pelo sindicato, a supressão dos serviços pode ocorrer mas as atividades assistenciais persistir, sofrer modificações, outras modalidades serem difundidas e acarretar, inclusive, o reforço das práticas assistenciais. Por outro lado, também não está excluída a possibilidade do atendimento médico pelo sindicato não ser identificada como assistencialismo. Quando integrado as lutas em defesa da saúde pode apoiar a organização coletiva dos trabalhadores, como nos informa as experiências do Sindicato dos Metalúrgicos da Baixada Santista – SP que com o auxílio das atividades de assistência médica aos trabalhadores desencadeou, no início dos anos 1980, a luta contra a leucopenia na Companhia Siderúrgica Paulista - COSIPA, movimento que adquiriu dimensão nacional e unificou vários sindicatos e trabalhadores¹⁸.

A questão do assistencialismo e do assistencialismo médico em particular, nesse período, também mobilizou o Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo, atual Sindicato dos Metalúrgicos do ABC. O Relatório do Departamento Médico-odontológico do Sindicato¹⁴⁹, em agosto de 1989, apontava que a atividade do departamento se caracterizava por uma *prática rotineira, paternalista, distanciada da prática do sindicato enquanto organização da categoria* (p. 1). Constava ainda que, apesar dos avanços e conquistas históricas, a *prática de prestação de serviços de saúde continua atrasada, sem nenhum conteúdo de conscientização do trabalhador com relação ao papel do sindicato, com relação aos seus direitos à saúde, assistência médica, etc.*¹⁴⁹ (p. 1) O 5º Congresso do Sindicato, realizado entre 28 de agosto e 04 de outubro de 1987, já havia apontado para o *enfrentamento do assistencialismo interno*.

Contudo, a assistência médica e odontológica prestada pelo ambulatório do sindicato possuía uma importância para parcela considerável dos metalúrgicos da Região do ABCD, associados do sindicato. Pesquisa, realizada em 1986, com trabalhadores de 17 maiores empresas da base da categoria que freqüentavam o ambulatório, indagou sobre o motivo que levava à sindicalização; 38% dos trabalhadores que responderam à pergunta afirmaram ser pela assistência médico-odontológica.

O referido Relatório forneceu outros elementos relativos à assistência médica aos trabalhadores: a política de saúde, naquele momento, passava por uma série de mudanças, na Região do ABC, registrava-se uma diminuição dos hospitais que prestavam serviços ao INAMPS, acarretando dificuldade de acesso e aumento do tempo

de espera para atendimento em consultas de diversas especialidades, além da prática de cobrança por fora por alguns hospitais contratados pelo antigo INAMPS, o aumento do desemprego entre os metalúrgicos, fatores que, em seu conjunto, contribuíam para sobrecarregar o atendimento do ambulatório médico-odontológico do sindicato ¹⁴⁹ .

O Departamento Médico-Odontológico do Sindicato argumentou a favor da reorientação de suas atividades, em consonância com as diretrizes políticas da CUT, de se buscar formas alternativas visando à extinção do departamento assistencial. Tendência que seria confirmada pelo 6º Congresso do Sindicato, realizado em 1991: *O nosso Sindicato já deu passos importantes para acabar com o assistencialismo, isso pode ser constatado tanto pela devolução do Imposto Sindical, prática adotada desde 1988, como através do processo de reorganização interna, que reduziu o depto. médico-odontológico e eliminou o laboratório.. É necessário continuar o debate em torno do verdadeiro papel do Sindicato, visando a extinção dos departamentos que representam uma concepção contrária à concepção cutista de sindicalismo combativo. Isso deve ser feito através de amplo debate de esclarecimento dos trabalhadores por intermédio de suas organizações de base (Comissões de Fábrica, CIPAS, etc). Em princípio, fica definido que tal extinção deverá ocorrer até o final de 1991, com flexibilidade e realização de assembléia da categoria caso esse prazo se revele insuficiente* ¹³⁹ .

O antigo Departamento Médico-odontológico foi substituído pelo atual Departamento de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente – DSTMA, um departamento de assessoria do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC nas áreas de Saúde Ocupacional, condições de trabalho, ergonomia e meio ambiente. O atendimento médico se restringe, especificamente, à atividade pericial na área de doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho, identificação diagnóstica, estabelecimento de nexos ocupacionais e laudos periciais.

Contudo, o período subsequente à extinção da assistência médico-odontológica pelo sindicato marcou um novo impulso de modalidades assistenciais dos mais diversos tipos, inclusive assistência à saúde, expressão de mudanças políticas no sindicalismo. A questão não pode ser redutível a tautologia: assistência médica prestada pelo sindicato = assistencialismo sindical, da mesma forma considerar que a negação da sentença apresentada à esquerda implica necessariamente a negativa da sentença colocada à

direita. Ou seja, o encerramento da prestação de assistência médica pelo sindicato não necessariamente implica a ruptura com o assistencialismo, inclusive, o assistencialismo médico.

Luiz Marinho, em junho de 1997, então presidente do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, considerava: *o sindicalismo vive agora seu pior momento... [e] ...vai passar por mudanças radicais. No caso dos metalúrgicos, acho que a tendência é diminuir ainda mais os postos de trabalho. Com isso, o sindicato se enfraquece. O desafio hoje é encontrar formas para equilibrar financeiramente os sindicatos e ampliar a área de atuação, representar a demanda dos desempregados, dos autônomos e dos subempregados*^{CVII} (p. 6). Mas as mudanças políticas no sindicalismo, *mudanças radicais*, já estavam em curso e tendendo à direção contrária à da combatividade. O que se radicalizava era, por um lado, a negociação corporativa por empresa e, de outro, as práticas de um sindicalismo executor e gestor de projetos sociais, as ações de assistência social em contraposição à luta por direitos sociais, práticas sindicais nomeada por Luiz Marinho como *sindicato cidadão*, pois, enfim, descobre-se que o sindicalismo deve *participar não só da vida das pessoas da categoria, mas de toda a sociedade*^{CVIII} (p. 6).

Neste período, o Sindicato dos Metalúrgicos do ABC organizou e executa serviços e empreendimentos sociais nas áreas de: habitação; educação (alfabetização para jovens e adultos, pré-vestibular para trabalhadores de baixa renda); assistência a crianças em situação de rua; qualificação profissional e intermediação de trabalho, participando na Central de Trabalho e Renda da CUT, criada para intermediar mão-de-obra, oferecer treinamento profissional, cursos de reciclagem e de cooperativismo a desempregados; micro-crédito com sociedade no Banco do Povo de Santo André. Estas ações são valorizadas pelo sindicato pois demonstra seu *compromisso com a sociedade, selando o que já se chamou de sindicato cidadão*. Para mobilizar os metalúrgicos a comparecerem à votação para renovação da diretoria, em recente processo eleitoral

^{CVII} Sergio Lírio. *Greve será último recurso, diz Marinho*. Folha de São Paulo, 01 de junho de 1997, Editoria: Dinheiro, p. 6.

^{CVIII} *Assim como muda a forma de enfrentamento, muda a forma de atuação, radicalizar no processo democrático dentro das empresas. Desde o final da década de 80, você tem a visão do sindicato cidadão, no sentido de participar não só da vida das pessoas da categoria, mas de toda a sociedade. Como é o caso do movimento de alfabetização, das crianças e adolescentes de rua, da questão da terra... Assim, como agora, a campanha de arrecadação, em solidariedade aos irmãos nordestinos. E também na vida política do país.* (Entrevista de Luiz Marinho ao jornal do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC. *Tribuna acompanhou a evolução do Sindicato*. Tribuna Metalúrgica Especial Trinta Anos de História. www.abcdeluta.org.br).

vivido pelo Sindicato em 2005, foram apresentados dez motivos, um deles chama atenção. Com o título *Cidadania*, o sindicato apresenta como uma de suas virtudes *olhar para os companheiros além do local de trabalho incentivando o MOVA, convênios médicos / Senai / educacionais / lazer / serviços, clube de campo e muito mais*^{CIX}.

Na mesma entrevista concedida à Folha de São Paulo, que citamos acima, Luiz Marinho informa que a decisão do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, em seu 2º Congresso, realizado em 1997, de criar os comitês de fábrica, atual Comitê Sindical de Empresa – CSE, tem por base a preparação do sindicato para uma provável competição entre as Centrais sindicais e sindicatos pela adesão dos trabalhadores, em razão da perspectiva de implantação da pluralidade sindical no país^{CX}. A reformulação da estrutura sindical no país - onde estão previstos a pluralidade sindical e o fim do imposto sindical - ao longo deste período, tem mobilizado as diversas centrais sindicais. Uma de suas prováveis implicações, apontada tanto por importantes dirigentes da CUT, da Força Sindical e da Social Democracia Sindical, seria a tendência dos sindicatos passarem a oferecer uma variedade de serviços sociais como forma de atrair trabalhadores e associados. Há algumas variações entre as centrais. Os dirigentes da Força Sindical e da Social Democracia Sindical defendem abertamente que os sindicatos devam desenvolver empreendimentos sociais e a cobrança pela prestação destes serviços como fonte de recursos para as entidades sindicais. Para o presidente da Confederação Nacional dos Metalúrgicos – CNM, importante dirigente da CUT, em que

^{CIX} Os demais motivos apresentados pelo sindicato são: a luta em defesa do Emprego; do Salário; as Comissões temáticas; a Tradição e história; Direitos; Organização sindical; Economia solidária; Tradição e história; Regionalidade: Continuar ao lado de iniciativas para o fortalecimento econômico e social do ABC, como Câmara Regional, Agência de Desenvolvimento, Universidade do ABC e outras; e a Luta nacional em que destaca: Combate à guerra fiscal, à reestruturação selvagem e às novas formas de dominação. Defesa do Contrato Coletivo de Trabalho Nacional.. Conforme: *10 motivos para votar nas eleições do Sindicato*. Tribuna Metalúrgica n.º 2002, 24 de maio de 2005.

^{CX} Perguntado pela Folha de São Paulo se os comitês não iriam sufocar as comissões de fábrica, das quais também participam empregados não sindicalizados e que, teoricamente, são mais democráticas, Luiz Marinho, responderia que *a idéia não é acabar com as comissões. Caso a pluralidade sindical seja aprovada, eu quero ter o direito de chegar na porta de uma fábrica e discutir com os metalúrgicos se eles querem se filiar ao sindicato do ABC. Da mesma forma eu tenho que prever que o Paulinho (do Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo, filiado à Força Sindical) poderia chegar na Volks e ver a parcela de trabalhadores que querem se filiar ao seu sindicato. Portanto, nós poderemos ter dois sindicatos em uma mesma unidade disputando filiados. Então você tem que ter um organismo independente que represente o conjunto dos trabalhadores (sindicalizados ou não), que é a comissão de fábrica. Comitês e comissões poderão conviver no mesmo espaço e é bom que isso aconteça.* (Sergio Lírio. *Greve será último recurso, diz Marinho*. Folha de São Paulo, 01 de junho de 1997, Editoria: Dinheiro, p. 6.).

pese a ressalva de que a participação em *negócios descaracteriza a luta sindical*^{CXI} (p. 4), defende que a obrigação do sindicato seria *'atrair o trabalhador com propostas e oferecer serviços sociais gratuitos'*^{CXII} (p. 4). Assim, a diferença entre as centrais sindicais não se situa admitir ou recusar a prestação de serviços sociais pelos sindicatos – mesmo porque, neste momento, sua execução já era uma realidade concreta, não era apenas defendida e sim praticada por todas as centrais. Os serviços sociais gratuitos, defendidos pelo dirigente da CUT, em sua maioria, resultariam da transferência de recursos do Estado, do fundo público, repassados para execução dos serviços pelos sindicatos. O 2º Congresso do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC¹⁵⁰ aprovou desenvolver ações para disputar os *fundos públicos*, captação de recursos públicos, além de outras fontes financiadoras de projetos sociais. Também como vimos antes, a CUT passou a advogar para si e seus sindicatos a formação e gestão de Cooperativas de Seguros Cívicos, Cooperativas de fundo de pensão complementares argumentando que os recursos daí provenientes seriam aplicados na geração de emprego e renda⁷¹. Constam também no rol de serviços a serem desenvolvidos pelos sindicatos: planos de saúde próprios, seguro por morte ou invalidez, gestão de fundos de previdência privada, e a presença ou ausência destes e outros serviços, sua menor ou melhor qualidade, bem como a variação de seu preço, passam a compor o horizonte dos sindicalistas para melhor atrair os trabalhadores perante a possibilidade da deflagração de uma competição entre as entidades sindicais.

4.2 – Militância ou Voluntariado?

Vejamos um outro aspecto incorporado pela prática sindical que fornece mais elementos para o entendimento do que seja *participar não só da vida das pessoas da categoria, mas de toda a sociedade*. Entre as diversas modalidades de prestação de serviços sociais públicos em substituição ao Estado, chamou a atenção à participação em projetos no campo denominado de *voluntariado*, denominação incorporada pelo sindicato. Os metalúrgicos são mobilizados pelo sindicato do ABC para realizarem

^{CXI} Os dirigentes das centrais sindicais referidos são: Paulo Pereira da Silva, presidente da Força Sindical; José Ibrahim secretário geral da Social Democracia Sindical – SDS e Heiguiberto Guiba, presidente da Confederação Nacional dos Metalúrgicos – CNM/CUT. (Mauro Teixeira. *Sindicatos mudam perfil para sobreviver*. Folha de São Paulo, 17 de outubro de 1999, Cadernos Dinheiro, p. 4)..

^{CXII} Idem.

serviços de manutenção e recuperação dos equipamentos da rede de Hospitais Públicos e das Unidades Básicas de Saúde nos Municípios da Região do ABCD. Um dos argumentos do sindicato para o que chamou de *mãozinha pra melhorar saúde* é a integração com a comunidade local ^{CXIII}.

Em 2003, na Cidade de Diadema, Região do grande ABC, durante a administração do prefeito José de Filippi Júnior do Partido dos Trabalhadores – PT, foi firmada uma parceria entre trabalhadores, Prefeitura e empresários. As empresas forneciam o material necessário para a recuperação dos equipamentos: camas hospitalares, armários, escadas, pedestais, janelas etc... e os metalúrgicos *voluntários* realizavam os serviços nos finais de semana ^{CXIV}.

A proposta não estava restrita a um determinado contexto, algo eventual ou emergencial na cidade, mas faz parte das orientações do sindicalismo-cidadão. O coordenador da Regional de Diadema do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC levantou a possibilidade de que *...a ação envolva outros sindicatos e categorias e se estenda para outros serviços públicos, como educação e lazer* ^{CXV}. As ações envolviam a criação de uma fundação privada de apoio à área da saúde, reforçando-se a idéia da superioridade da eficiência do setor privado em relação ao setor público: *A fundação privada ganha uma agilidade que o serviço público não tem* ^{CXVI}. A responsabilidade pela melhoria das condições dos serviços públicos de saúde é transferida aos trabalhadores. É esta dimensão integra a concepção sindical de cidadania.

Em 1991/1992, os dirigentes sindicais dos metalúrgicos do ABC estimulavam a participação popular na gestão dos serviços públicos de saúde; em 2003, convocavam os metalúrgicos para reparar os equipamentos públicos dos serviços de saúde. Em 1991/1992, apontavam na organização das comissões de saúde nos bairros, o debate dos problemas de saúde e o envio da pauta de reivindicações aos órgãos governamentais; em 2003, os operários são mobilizados para executar os serviços no lugar do poder público. Em 1991/1992, os trabalhadores e moradores eram convocados (nas fábricas e nos bairros) para se tornarem *militantes* na defesa pela melhoria dos serviços públicos;

^{CXIII} *Mãozinha pra melhorar saúde*. Tribuna Metalúrgica de 10/12/2003.

^{CXIV} *Saúde em Diadema: Voluntariado está garantido*, Tribuna Metalúrgica de 17/04/2003.

^{CXV} *Saúde em Diadema: Parceria vai garantir recuperação de equipamentos*, Tribuna Metalúrgica de 16/04/2003 e *Parceria com Prefeitura de Diadema: Regional conhece demanda no PS*, Tribuna Metalúrgica de 04/04/2003.

^{CXVI} *Ação pode ser ampliada*, Tribuna Metalúrgica de 16/04/2003.

já em 2003, os metalúrgicos são conclamados para atuar e até se organizarem enquanto *voluntariado*.

Nos limites deste trabalho, nosso propósito aqui não é avançar mais na discussão. O que pretendemos é fornecer elementos para compreender que na defesa do direito a assistência à saúde está inserida, e sua análise não pode ser deslocada, as posições e práticas políticas e sindicais dos trabalhadores pelos direitos sociais, por sua vez, fundamentadas pela estrutura social do país e que é travada numa determinada conjuntura econômica, social e política.

As questões destacadas neste capítulo apontam para emergência e incorporação, na conjuntura aberta nos anos 1990 - especialmente em sua segunda metade e intensificada nos últimos anos, de outra modalidade de ação sindical em relação ao Estado: a execução e a gestão de projetos e serviços sociais. Modalidade de ação sindical distinta das anteriores: luta por direitos sociais como dever do Estado e a participação institucional na formulação de políticas públicas. Essas distintas orientações e práticas coexistem no meio sindical e no interior da mesma entidade sindical de forma contraditória, mas nem sempre excludente entre si. A disposição de um setor sindical interessado em explorar os interstícios deixados pelo Estado para oferecer assistência aos trabalhadores e filiados sindicais levanta a hipótese da emergência do novo assistencialismo sindical. Diferentemente do anterior em que predominava a execução de serviços sociais diretamente pelos sindicatos, este parece se aproximar de verdadeiros empreendimentos sociais, o que seria objeto para futuras análises sobre a interlocução sindical na dinâmica da relação público-privado na assistência à saúde.

Considerações finais

Este estudo discutiu a ação sindical, especialmente o sindicalismo da Central Única dos Trabalhadores, que lança mão de um discurso a favor da assistência à saúde no SUS e negocia junto às empresas melhorias nos planos e seguros privados de saúde. Indagou-se se este fato poderia ou não representar um paradoxo da ação sindical na saúde.

Ao longo da pesquisa tornou-se necessário retomar alguns estudos da Medicina Social Latino-americana e da Saúde Coletiva no Brasil que avançaram na compreensão acerca do processo de reprodução social da força de trabalho, que integra e é determinado, em última instância, pelo processo de produção e reprodução ampliada do capital, relacionada às práticas de classe e às formas de luta de classes em uma formação social específica. Em particular no Brasil, desde os momentos iniciais do desenvolvimento do capitalismo no país, se combinam baixos salários reais com benefícios sociais e previdenciários (público e/ou privado), ao lado de medidas que cerceiam a organização política e sindical dos trabalhadores.

As lutas políticas e ideológicas presentes no processo de reprodução social da força de trabalho não ocorrem deslocadas de iniciativas materiais capazes de produzir e forjar necessidades de consumo dos trabalhadores, entre as quais o consumo de atenção médico-hospitalar e de serviços de saúde em geral. Processo que se desencadeia nunca sem luta prévia e continuada que opõe as classes dominantes às classes dominadas. A questão da assistência à saúde do trabalhador e os processos de produção-consumo de serviços de saúde, a intermediação de seu financiamento, o seguro social e o seguro saúde, e os sistemas de saúde que daí se conformam, em sua dinâmica contraditória, se constituem integrados aos processos de reprodução social e de luta de classes.

Apresentamos elementos suficientes para não considerar satisfatórias as interpretações na Saúde Coletiva, discutidas no início desta dissertação, acerca da política sindical e sua interlocução com o SUS e os planos de saúde no que tange a assistência à saúde dos trabalhadores. Vimos que esses estudos, ao argumentarem a existência de um paradoxo – a despeito das variantes teóricas que a fundamentam –, identificara o processo de expansão do mercado de planos e seguro privados de saúde no país como decorrente das demandas sociais dos trabalhadores e de seus sindicatos

que emergiram das negociações coletivas nos anos 1980. Esta interpretação tem implicado responsabilizar / condenar, em diferentes graus e níveis, importantes segmentos de trabalhadores e suas organizações sindicais pela expansão da medicina suplementar, pela resistência e enfraquecimento do SUS. Consideramos que os trabalhos que sustentam esta assertiva não se ocuparam e, por isto, não identificaram os pesos relativos que cada um dos aspectos do sistema de saúde, SUS e planos e seguros privado de saúde, obtiveram na ação sindical, com respeito à singularidade histórica dos distintos momentos da conjuntura brasileira. Isto porque não vislumbrou a prática sindical em defesa da assistência à saúde do trabalhador inserida mais amplamente nas lutas políticas e sociais dos trabalhadores.

Ambos, o público e o privado coexistem no discurso e na prática sindical, inclusive na intervenção nos fóruns maiores de política pública de saúde. Não se pode qualificar como um paradoxo – no sentido atribuído pelos autores mencionados - as posições defendidas pelos dirigentes sindicais quanto à assistência à saúde. Explicitando melhor: não estamos afirmando uma suposta ausência de contradição entre discurso e prática sindical, a existência de contradição entre discurso e prática é própria à natureza deste processo. Apontamos, para entender essa dinâmica como uma unidade contraditória e não enquanto duas totalidades distintas entre si, que o discurso sindical seja exterior à sua prática e vice-versa. Tanto o público quanto o privado estão presentes na prática e, ao mesmo tempo, integram o discurso sindical, ou seja, a referência ao setor privado de assistência à saúde dos trabalhadores não é exterior ao discurso sindical como dele estivesse ausente e aparecesse apenas na prática, em especial das negociações coletivas. Tampouco o contrário: a defesa da assistência à saúde no setor público não se limita aos fóruns de políticas públicas de saúde como se estivesse ausente da prática sindical (como se fosse exterior à sua prática) junto aos trabalhadores. Trata-se, portanto, de distinguir os pesos relativos que cada um dos aspectos, o setor público de saúde / SUS e os planos e seguros privado de saúde, obtiveram na ação sindical, conforme a conjuntura.

Na década de 1980, a despeito da existência de demandas múltiplas frente a assistência à saúde dos trabalhadores predominou uma ação sindical mais ativa na defesa do sistema público de saúde. Naquele contexto, a demanda por melhoria do plano privado de saúde negociada com as empresas assumia uma dimensão mais

reativa. No entanto, a partir do início da década de 1990, frente às políticas neoliberais ocorre uma inflexão e um rebaixamento da luta unificada pelos direitos sociais nas posições do sindicalismo da Central Única dos Trabalhadores.

Ao analisarmos detalhadamente, nesse último período, o discurso do sindicalismo cutista constata-se que ele contempla para o sistema de saúde composições variáveis entre a participação do público (Estatal e não estatal) e do privado. A ação sindical no que se refere à relação público-privado na assistência à saúde continuou a centrar na polarização setor público estatal x setor privado prestador de serviços de saúde contratado ou conveniado. Os planos e seguros privados de saúde aparecem periféricamente nas resoluções e nos documentos sindicais, carecendo de um melhor tratamento.

As preocupações com a assistência à saúde, no início dos anos 1990, apontaram para a formulação e apresentação de propostas ao setor público de saúde, o SUS estatal, no que seria a aplicação da *estratégia participacionista* do sindicalismo da CUT para o setor saúde. Sobressai nas propostas da CUT a tendência em privilegiar a gestão e o controle sobre os fundos públicos de saúde, disputando com as políticas neoliberais quais propostas seriam mais eficientes para aperfeiçoar o aparelho estatal, o que, apesar de suas variações e contradições, possibilita sua acomodação não antagônica às políticas neoliberais. Nesse sentido, circunscreveu, predominantemente, a defesa do direito à saúde aos fóruns superiores de discussão da política de saúde, uma institucionalização instrumental às classes dominantes, desviando e fragmentando a mobilização reivindicativa e política mais ampla da classe trabalhadora.

Por outro lado, o discurso sindical privilegiou o Contrato Coletivo de Trabalho. Perdendo a dimensão da estrutura social e produtiva brasileira e o contexto em que essas relações ocorrem, a concepção contratualista tem implicado, no contexto das políticas neoliberais, o enfraquecimento da mobilização e da luta pelos direitos sociais. A CUT e o Sindicato dos Metalúrgicos do ABC atribuíram centralidade ao Contrato Coletivo de Trabalho, o que debilitou e desviou o eixo das lutas pelos direitos sociais do plano político mais amplo, entendido enquanto luta de classes, direcionando-a, no limite, para o âmbito da empresa. Arena em que a mobilização, mais ou menos combativa, dos trabalhadores organizados no local de trabalho, quando deslocados da luta política de sua classe, reforça seu particularismo, a fragmentação e descentralização corporativa.

Neste sentido, a ação sindical tem reforçado, no período analisado, mesmo que por vias não explicitadas, um certo padrão de complementaridade desigual e segmentado entre a assistência à saúde do trabalhador intermediada pelo sistema supletivo de saúde e a prestada pelo setor público.

O padrão de complementaridade desigual e segmentado pode ser reforçado porque a ação sindical em relação aos direitos sociais e, em especial, a assistência à saúde do trabalhador não está centrada, predominantemente, na pressão sobre o Estado para ampliar e melhorar o SUS, mas em priorizar sua demanda pelo Contrato Coletivo de Trabalho assumindo a diversidade e a heterogeneidade das empresas como critério para negociação. Assim, a capacidade de organização alcançada pelos diferentes segmentos de trabalhadores junto a seus empregadores seria o principal definidor do tipo de padrão de assistência à saúde. A defesa de uma ação sindical diferenciada entre setores e empresas como critério para negociação dissimula a natureza da contradição entre classes antagônicas e irreconciliáveis e a reveste em conflitos de interesses entre distintos grupos de trabalhadores e empresário(s). Portanto, a relação entre as classes sociais aparece como uma contradição desprovida de antagonismo e é substituída por uma visão contratual (coletiva) da relação capital x trabalho.

A reivindicação por melhoria dos planos e seguro privados de saúde, negociados com os empregadores, na estratégia compreendida pelo contrato coletivo de trabalho no contexto das políticas neoliberais, mantém a dimensão reativa assumida em outros períodos, mas com significativas diferenças. O pleito sindical junto à ANS expressa o recrudescimento, a partir da segunda metade dos anos 1990, de conflitos sindicais dos trabalhadores em torno das chamadas cláusulas sociais. Registramos que os metalúrgicos da Região do ABC e do estado de São Paulo vinculados à CUT resistiram à forte ofensiva empresarial e mantiveram em suas convenções coletivas a estabilidade no emprego até a aposentadoria para o trabalhador acidentado ou portador de doença do trabalho. Através do jornal do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC/SP, observamos a preocupação dos trabalhadores com - o que consideram representar - a investida das empresas, inclusive das grandes, para esconder as doenças do trabalho como forma de burlar a estabilidade. Nos anos mais recentes, esse sindicato, por meio de ação judicial, tem conquistado a reintegração ao trabalho de metalúrgicos portadores de doenças profissionais nas empresas do ABC após serem demitidos arbitrariamente. Além disso,

trabalhadores são constantemente excluídos do plano de saúde em função de estarem afastados por doenças ou acidentes no trabalho.

O acelerado crescimento da informalidade e da precarização nas relações de trabalho, do desemprego e a significativa redução dos rendimentos reais dos trabalhadores imporia, em tese, aumento da pressão sobre o SUS. Por um lado, porque reforçaria a tendência do sistema público como única alternativa de assistência à saúde para maioria dos trabalhadores. Por outro, pela possibilidade de canalizar em favor do SUS os descontentamentos do operariado qualificado, dos assalariados e de setores médios pressionados além da queda de seus rendimentos pelo aumento nos custos e demais problemas com os planos de saúde. Este contexto agrega elementos para seguir questionando a aludida segurança da proteção à saúde dos planos coletivos, mas as dificuldades de acesso e qualidade no SUS atuam contrariamente, limitando a extensão desse questionamento.

Ocorre que esse processo encontrou o sindicalismo, majoritariamente, debilitado política e ideologicamente. O Sindicato dos Metalúrgicos do ABC e a CUT, no início da década de 1990, promoveram uma inflexão em sua ação sindical: o Contrato Coletivo de Trabalho foi elevado à posição de principal definidor de suas demandas trabalhistas e sociais, deslocando o Estado para posição secundária. Em relação ao Estado, a CUT privilegiou uma atuação institucional para influir nas políticas públicas. Este seria um primeiro deslocamento, advertindo que a CUT rebaixou a posição do Estado, mas não o excluiu, inclusive nos seus processos de pressão política em favor de direitos sociais. Mais recentemente, um segundo deslocamento vem se processando, agora quanto à natureza da intervenção estatal, pleiteado pela ação sindical no âmbito da CUT. Emerge um setor sindical empenhado na execução e gestão de projetos e serviços sociais públicos recorrendo a disputa pelos fundos públicos, além de estimular a formação de Cooperativas de Seguros Civis, Cooperativas de fundo de pensão complementares sob argumentação de investir os recursos daí provenientes em experiências cooperativas e de autogestão para geração de emprego e renda no combate à precarização do trabalho. Este sindicalismo, que explora os interstícios deixados pelo Estado para oferecer assistência aos trabalhadores e filiados sindicais, aponta para um aumento das ações de assistência social em detrimento da mobilização e da luta por direitos.

A ação sindical aceita, executa e intensifica a prestação de serviços sociais recusados e transferidos pelo Estado, majoritariamente, com recursos provenientes do fundo público. Se a representação das classes dominantes através da política estatal difunde esta modalidade de terceirização dos serviços públicos, não o faz no sentido de assegurar, incorporar e ampliar estes serviços enquanto um direito social dos trabalhadores, e sim porque, flutuando ao sabor da política econômica e social neoliberal, os serviços sociais podem mais facilmente ser restringidos, interrompidos e - no limite - abandonados.

Resumindo: a tendência seria a continuidade do público e do privado nas demandas sindicais junto ao Estado e às empresas, entendendo que posições diferentes convivem no meio sindical de forma contraditória, mas nem sempre excludente entre si. No âmbito do sindicalismo da CUT, identificamos três modalidades distintas de ação sindical relativa à proteção social do Estado, a saber: a) a ação sindical voltada para pressionar o Estado para manter e ampliar os direitos sociais; b) a ação sindical que participa institucionalmente na formulação de políticas públicas; e) a ação sindical que busca disputar o fundo público para gerir e executar serviços sociais.

Levantamos uma diversidade de aspectos e considerações que necessitam de maior aprofundamento. Entre os quais, investigar a possibilidade de se acomodar na estrutura sindical brasileira um *novo assistencialismo* interessado na gestão da previdência complementar, de planos de saúde e do seguro acidente de trabalho - SAT para oferecer estes serviços aos trabalhadores e filiados sindicais. Aqui uma indicação para futuras investigações: este assistencialismo não seria uma repetição, não seria o mais do mesmo, do que se conhece na tradição das práticas assistenciais na história do sindicalismo brasileiro. Estariam as atuais atividades assistenciais se aproximando de verdadeiros empreendimentos sociais? Diferente do anterior, sua característica principal não estaria na execução direta de serviços pelos sindicatos, mas na diversidade de combinações para a intermediação da prestação destes serviços. Se tomarmos a assistência à saúde, esta intermediação dificilmente seria colocada fora da esfera da acumulação de capital no setor saúde e não alheio à competição do mercado de planos e seguro privados de saúde.

As distintas modalidades de ação sindical no âmbito da CUT não guardaram igual importância. Nos últimos anos tem predominado (nunca sem contradição) a

tendência a uma prática sindical economicista e corporativista com repercussão também em relação à assistência à saúde do trabalhador. Corporativismo não no sentido de um corporativismo estatal e sim de um corporativismo enquanto insulamento de um grupo ou de um segmento da classe trabalhadora, que se fecha em torno de si mesmo, se insurge, se destaca do restante de sua classe, isolando-se ou a ela se contrapondo. Resgatamos que essa modalidade de ação sindical se difundiu no Brasil na conjuntura das políticas neoliberais, mas sua emergência remonta aos anos 1970 no processo de rearticulação sindical. Seus efeitos expressos na desmobilização, fragmentação e conciliação com o neoliberalismo são hoje visíveis.

Os períodos da história recente da luta dos trabalhadores pela assistência à saúde no país não estão separados pois em ambos, especialmente agora, segue sendo exigida uma resposta política que balize o campo próprio da classe trabalhadora. E o faça não fora, mas na luta concreta dos trabalhadores. Não no espontaneísmo da luta de classes, que disputa os trabalhadores para acompanhar uma ou outra variante da posição das classes dominantes que, ao seu modo, competem para saber qual melhor as representa.

Possivelmente, foram ampliadas as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, inclusive entre os que adquirem um plano privado de saúde no interior do setor supletivo. Ainda pouco estudado, se considerarmos que este setor não estaria isento das clivagens de classes sociais no país que pode estar sendo recrudescidas. Este quadro, nos conduz a recusar a oposição reducionista entre usuários do sistema supletivo de saúde versus usuários do SUS, o que torna ainda mais complexas as análises sobre a participação sindical na luta pela atenção à saúde dos trabalhadores

Das considerações realizadas, poderíamos considerar que estariam vedadas para o sindicalismo brasileiro as possibilidades de organizar ações reivindicativas de natureza social e política ampla e solidária? A complexidade desse processo não permite uma afirmação tão peremptória. A este respeito, concordamos com Stotz³⁹ (p. 31): *se na sociedade a única previsão realista é a da luta, as circunstâncias sempre podem favorecer a emergência de lutas mais amplas, dependendo, em boa medida, da capacidade das lideranças saberem aproveitar as circunstâncias*. Ainda mais porque - como também apontamos - o crescimento dos limites da cobertura assistencial privada oferece as circunstâncias que recriam novas possibilidades das organizações sindicais se

colocarem na cena política. A depender da orientação que assumirem, as entidades sindicais estarão em maior ou menor condição para aglutinar os interesses de amplos segmentos dos trabalhadores e pressionar o Estado para ampliar e melhorar o sistema público de saúde e demais serviços sociais.

A existência de referenciais distintos, presentes nas resoluções políticas da CUT, poderia ser uma maneira de acomodar correntes políticas que a compõem. Também é preciso notar que os sindicatos filiados à CUT possuem grande autonomia frente à direção da central e muitos não reproduzem as diretrizes aprovadas. Assim, a caracterização apontada, apesar de impor limites, não impossibilita que se desenvolvam intervenções e ações que contem com a participação dos trabalhadores e de suas organizações sindicais na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

Além disso, a possibilidade também está presente na medida em que se percebe, analisando a estrutura social do país, que a defesa do direito a assistência à saúde está inserida às demais lutas pelos direitos sociais e estas, para serem alcançadas de forma substancial, não se farão sem operar alterações significativas na própria estrutura social brasileira. Neste processo, a luta para manter direitos e para a conquista de novos deve contribuir para unificar o conjunto dos trabalhadores numa posição de classe. A alteração da estrutura social não será realizada sem um rearranjo nas perdas e ganhos das diversas classes e suas frações, requisitará dos trabalhadores a conquista de força necessária para sustentá-las. Provavelmente, o percurso nesta direção será sinuoso, não compreenderá uma ação político sindical única e, muito provavelmente, necessitará competir e superar posições antagônicas. Já fizemos muito... Há muito ainda por fazer...

Referências bibliográficas:

1. Laurell AC, Noriega M, López AO, Rios V. La experiencia obrera como fuente de conocimiento: confrontación de resultados de la encuesta colectiva e individual. Rosario / Argentina. Cuadernos Médico Sociales 1990; 51:5-26.
2. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. Rev C S Col 2003; 8(1):125-136.
3. Pereira L. 1976. Capitalismo e Saúde. in: Donnangelo MCF, Pereira L. organizadores. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976. p. 95-124.
4. Laurell AC. Processo de trabalho e saúde. Saúde em Debate 1981; 11:8-22.
5. Laurell, AC. Saúde e Trabalho: os enfoques teóricos. in: Nunes ED. Organizador. As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS; 1985. p. 255-272.
6. Breilh J. Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación: guía pedagógica para un taller de metodología. 2ª ed. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud – CEAS; 1995.
- 7 Esping-Anderson G. As três Economias Políticas do Welfare State. São Paulo: Cedec/Marco Zero. Lua Nova 1991; 24:85-116.
8. Marx K. O Capital: Crítica da Economia Política. Livro 1, V. 1 e 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2ª Edição; 1971.
9. Ribeiro HP. A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.
10. Braga JCS, Paula SG. Saúde e Previdência: Estudos de Política Social. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; 1986.
11. Possas C. Saúde e Trabalho: A Crise da Previdência Social. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1989.
12. Costa NR. Políticas Públicas, Direitos e Interesses: Reforma Sanitária e Organização Sindical no Brasil. Saúde em Debate 1994; 45:23-31.
13. Vianna MLTW. A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégia de bem estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan/UCAM/IUPERJ; 1998.
14. Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde / Brasil. O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. 1ª ed., 1ª reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde); 2003.

15. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 19-91
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
17. Santos IS. Planos Privados de Assistência à Saúde no Mundo do Trabalho. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
18. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat). Insalubridade: Morte Lenta no Trabalho. São Paulo: Oboré Editorial/Diesat; 1989.
19. Vilela RAG, Iguti AM, Almeida IM. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. Cad Saúde Pública 2004; 20(2):570-579.
20. Laurell AC. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo in: Laurell AC. organizadora. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez; 1995. p. 151-178.
21. Lenin VL. O Imperialismo fase superior do capitalismo. São Paulo: Global Editora; 1979.
22. Sader E. A Vingança da História. São Paulo: Boitempo Editorial; 2003.
23. Oliveira JA. Reforma e reformismo: para uma teoria política da reforma sanitária (ou reflexões sobre a reforma sanitária de uma perspectiva popular). In: Costa et al. Organizadores. Demandas populares, políticas públicas e saúde. v. I. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989. p. 13-44.
24. Boito Jr. A. Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil. São Paulo: Xamã; 1999.
25. Galvão A. Neoliberalismo e Reforma Trabalhista no Brasil. [Tese] Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / Universidade Estadual de Campinas; 2003.
26. Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema. I Congresso dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema [set/1974]. In: Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema. organizador. IV Congresso dos Metalúrgicos de São Bernardo e Diadema; 1983. p. 4-10.
27. Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema. II Congresso dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema [set/1976]. In: Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema. organizador. IV Congresso dos Metalúrgicos de São Bernardo e Diadema; 1983. p. 11-16.

28. Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema. I Congresso dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema [out/1978]. In: Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema. organizador. IV Congresso dos Metalúrgicos de São Bernardo e Diadema; 1983. p. 17-27.
29. Poulantzas N. Poder Político e Classes Sociais do Estado Capitalista. Volume I. Porto: Potucalense; 1971.
30. Noticias do MO: relato de uma luta na Ford. Política Operária n.º 43, outubro de 1975 (mimeo).
31. Oliveira JAA, Teixeira SMF. (IN)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência Social. Petrópolis: Vozes, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 1986.
32. Oliveira JAA, Teixeira SMF. Medicina de Grupo: A Medicina e a Fabrica. In: Guimarães R. organizador. Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Edições Graal. 4ª edição. 1984; p. 181-205.
33. Czapski JD. Planos de pré-pagamento de assistência médica e saúde pública. [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo. s. d.
34. Cordeiro HA. As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1984.
35. Andreazzi MFS. Capital Financeiro X Saúde: A Oligopolização da Medicina Brasileira Pós 80. [Dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
36. Offe C. Trabalho e Sociedade: Problemas Estruturais e Perspectivas para o Futuro da “Sociedade do Trabalho”. Vol 1 – A Crise. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
37. Navarro V. Produção e Estado do bem-estar: o contexto das reformas. In: Laurell AC. Organizadora. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez; 1995. p. 91-124.
28. Hobsbawm E. A era dos Impérios. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
39. Stotz EN. Trabalhadores, Direito à Saúde e Ordem Social no Brasil. São Paulo Perspec. 2003; 17(1):25-33.
40. Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Rev C S Col 2001; 6(2): 445-450.
41. Santos MAV. E Agora?. [Boletim do Centro Cultural Antonio Carlos de Carvalho]. Rio de Janeiro: 2005. Ano XI, n.º 1, março-abril [acessado em 2005 novembro 12; 8p]. Disponível em http://www.cecac.org.br/mat%E9rias/E_agora_MAVSantos.htm.

42. Marini RM. Dialética da dependência. In: Sader E. organizador. Dialética da dependência: uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini. Petrópolis: Vozes; Buenos Aires: CLACSO; 2000. p. 105-165
43. Tse Tung M. Sobre a contradição. In: Sampaio CA. Organizador. Filosofia de Mao Tse Tung. Coleção Teoria Hoje. Belém,: Boitempo; 1979. p. 30-73.
44. Tse Tung M. Sobre el tratamiento correcto de las contradicciones en el seno del pueblo. Obras Escogidas. Tomo V. 3ª ed. Argentina: Editorial Independência; 1984. p. 419-458.
45. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Ed. São Paulo: Hucitec. 2004.
46. Galvão A. Do Coletivo ao Setor, do Setor à Empresa: A trajetória do “Novo Sindicalismo” Metalúrgico nos Anos 90. In: Rodrigues IJ, organizador. O Novo Sindicalismo: Vinte Anos Depois. Petrópolis: Vozes; 1999. p. 113-131.
47. Carvalho Neto AM. Relações de Trabalho e Negociação Coletiva na Virada do Milênio: Estudo em quatro setores dinâmicos da economia brasileira. Belo Horizonte: Vozes: IRT, PUC Minas; 2001.
48. Araújo AMC, Cartoni DM, Mello Justo CED. Reestruturação Produtiva e Negociação Coletiva nos anos 90. São Paulo: Rev Bras. Ci. Soc. 2001. 16(45). P. 85-112.
49. Spink P. Análise de documentos de domínio público. In: Spink MJP. Organizadora. Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004. p. 123-152.
50. Spink MJP. Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004.
51. Spink MJP, Menegon VM. A Pesquisa Como Prática Discursiva: Superando os Horrores Metodológicos. In: Spink MJP. Organizadora. Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004. p. 63-92.
52. Spink MJP, Lima H. Rigor e Viabilidade: A Explicação dos Passos da Interpretação. In: In: Spink MJP. Organizadora. Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004. p. 93-122.
53. Central Única dos Trabalhadores (CUT), Fundação Perseu Abramo (organizadores). [CD-ROM]. CUT 20 anos (1983-2003): Resoluções da Conclat e dos Congressos e Plenárias da CUT. São Paulo: CUT/Editora Fundação Perseu Abramo; 2003.

54. Força Sindical. A Força Sindical e a Segurança e a Saúde do Trabalhador. Saúde em Debate 2002; 26(62):313-313.
55. Pinheiro JM. O SUS e o Desafio Neocorporativo. Saúde em Debate 1994; 44:4-8.
56. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Sindical: Sindicatos: indicadores sociais 2001. Rio de Janeiro: IBGE/Departamento de População e Indicadores Sociais; 2002.
57. Faveret P, Oliveira PJ. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. Planejamento e Políticas Públicas / IPEA. 1998; 3.
58. Mendes EV. Os Grandes Dilemas do SUS. Tomo I. (Saúde Coletiva 4). Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
59. Cotta RMM, Muniz JN, Mendes FF, Cotta Filho JS. A Crise do SUS e a Fuga para o Mercado. Rev C S Col 1998; 3(1): 94-105.
60. Resoluções da Conferência Nacional da Classe Trabalhadora. 21, 22 e 23 de agosto de 1981 [CD-ROM]. In: Central Única dos Trabalhadores (CUT), Fundação Perseu Abramo (organizadores). CUT 20 anos (1983-2003): Resoluções da Conclat e dos Congressos e Plenárias da CUT. São Paulo: CUT/Editora Fundação Perseu Abramo; 2003.
61. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat). Tema/RADIS Fiocruz 1982; 2(1):11-12.
62. Resoluções do 3º Congresso Nacional da CUT. 7 a 11 de setembro de 1988 [CD-ROM]. In: Central Única dos Trabalhadores (CUT), Fundação Perseu Abramo (organizadores). CUT 20 anos (1983-2003): Resoluções da Conclat e dos Congressos e Plenárias da CUT. São Paulo: CUT/Editora Fundação Perseu Abramo; 2003.
63. Banco Mundial. Novo desafio à saúde do adulto. DC, Washington; 1981.
64. Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.
65. Dias EC. A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia? [Tese]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social / Faculdade de Ciências Médicas / Universidade Estadual de Campinas; 1994.
66. Marques VRB, Salermo VL, Gil TB, Rosa SRI, Souza SL, Silvestre MP, et al. O Programa de Saúde do Trabalhador do Município de Campinas. Saúde em Debate 1992; 34:17-24.

67. Lacaz FAC. O Programa de Saúde dos Trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: A agonia de uma proposta. *Saúde em Debate* 1992; 36:41-47.
68. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saúde Publica* 1997; 13(supl 2):21-32.
69. Rodrigues IJ. O sindicalismo brasileiro da confrontação á cooperação conflitiva. *São Paulo Perspec.*1995; 9(3):116-126.
70. Lacaz FAC, Machado JMH, Porto MF. Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil - Relatório Final do Projeto. 2002. Ago [acessado em 2004 Mai 18; cerca de 115 p.]. Disponível em <http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/Arquivos/Sala187.pdf>
71. Central Única dos Trabalhadores (CUT). 6º Congresso Nacional da Central Única dos Trabalhadores: Resoluções e Registros. São Paulo: CUT. 1997.
72. Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: cenários e perspectivas numa conjuntura privatista. 2001. [acessado em 2004 Mai 17; cerca de 21p.]. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/spt/seminario_franciscolacaz.rtf.
73. Andreazzi MFS. Teias e Tramas: Relações Público-Privado no Setor Saúde Brasileiro dos Anos 90. [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
74. Andreazzi MFS. Papel das Reformas dos Anos 90 na Demanda por Seguros Privados de Saúde no Brasil - Consensos e Dissensos. *Cadernos de Saúde Coletiva* 2003; 11(2):201-229.
75. Stotz EN. Movimentos Sociais e Saúde: Notas para uma Discussão. *Cad de Saúde Pública* 1994; 10(2):264-268.
76. Checchia CMA. Assistência médica como um benefício nas empresas: um estudo em organizações de grande porte da cidade de São Paulo. [Mestrado]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 1996.
77. Fernandes AESM. Discutindo as Demandas Sindicais por Seguridade Social. *Revista Universidade e Sociedade. ANDES* 1992; 4:23-32.
78. Medici AC. Incentivos Governamentais ao Setor Privado de Saúde no Brasil. *Revista de Administração.* 1992; 26(2):79-115.
79. Alves G. Trabalho e Sindicalismo no Brasil: Um balanço crítico da “Década Neoliberal” (1990-2000). *Rev. Sociol. Polit* 2002; (19): 71-94.
80. Santos IS. O Setor de Planos e Seguros de Saúde e a Saúde do Trabalhador: que rumo devemos seguir? Texto para o Fórum Nacional de Saúde Suplementar da ANS. 2003 Jun–Nov. [acessado em 2004 Mai 14; cerca de 47p]. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_3_ISoaresSantos_SetorPlanosSeguros.pdf).

81. Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (Nisis). Desafios Para a Equidade em Saúde na Região Metropolitana de São Paulo. Ou: Sobre Como as Fechaduras são Muito Grandes ou a Chave é Muito Pequena. In: Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R. organizadores. O Público e o Privado na Saúde. São Paulo: Hucitec, Opas, IDRC; 2005. p. 169-242.

82. Stotz EN. A Fabrica: Saúde e Servidão Burguesa. In: Valla VV, Stotz EN, organizadores. Educação, Saúde e Cidadania. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 37-52.

83. Secretaria de Política Econômica/Ministério da Fazenda/Brasil (SPE/MF). Gastos do Governo Central: 2001 e 2002. Brasília – DF: SPE/MF; 2003.

84. Boito Jr. A. coordenador. Neoliberalismo e Trabalhadores no Brasil: Política, Ideologia e Movimentos Sociais. Projeto Integrado de Pesquisa. Campinas: Centro de Estudos Marxistas – Cemarx / Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / Unicamp; 2000. [acessado em 2004 nov 03; cerca de 77p] Disponível em <http://www.unicamp.br/cemarx/projetointegrado.pdf>

85. Oliveira SGA. Convênio-Empresa: Balanço Crítico Uma relação de poder entre empregador / empregado em torno da Assistência Médica. [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1991.

86. Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. Rev C S Col 2001; 6(2): 405-416.

87. Castro HA, Giannasi F, Novello C. A luta pelo banimento do amianto nas Américas: uma questão de saúde pública. Rev C S Col 2003; 8(4):903-911.

88. Siqueira CE, Castro H, Araújo TM. A globalização dos movimentos sociais: resposta social à Globalização Corporativa Neoliberal. Rev C S Col 2003; 8(4):847-858.

89. Galvão A. A CUT na encruzilhada: impactos do neoliberalismo sobre o movimento sindical combativo. Idéias. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / Universidade Estadual de Campinas 2002; 9(1):105-154.

90. Resoluções do 5º Congresso Nacional da CUT. 19 a 22 de maio de 1994 [CD-ROM]. In: Central Única dos Trabalhadores, Fundação Perseu Abramo, organizadores. CUT 20 anos (1983-2003): Resoluções da Conclat e dos Congressos e Plenárias da CUT. São Paulo: CUT/Editora Fundação Perseu Abramo; 2003.

91. Resoluções da 9ª Plenária Nacional da CUT: 17 a 23 de agosto de 1999. [CD-ROM]. In: Central Única dos Trabalhadores, Fundação Perseu Abramo, organizadores. CUT 20 anos (1983-2003): Resoluções da Conclat e dos Congressos e Plenárias da CUT. São Paulo: CUT/Editora Fundação Perseu Abramo; 2003.

92. Resoluções da 10ª Plenária Nacional da CUT: 8 a 11 de maio de 2002. [CD-ROM]. In: Central Única dos Trabalhadores, Fundação Perseu Abramo, organizadores. CUT 20 anos (1983-2003): Resoluções da Conclat e dos Congressos e Plenárias da CUT. São Paulo: CUT/Editora Fundação Perseu Abramo; 2003.
93. Resoluções e Imagens do 7º Congresso Nacional da CUT. 15 a 19 de agosto de 2000. Coordenação Nacional do 7º Concut; 2000.
94. Resoluções do 8º Congresso Nacional da CUT. 3 a 7 de junho de 2003. [CD-ROM]. In: Central Única dos Trabalhadores, Fundação Perseu Abramo, organizadores. CUT 20 anos (1983-2003): Resoluções da Conclat e dos Congressos e Plenárias da CUT. São Paulo: CUT/Editora Fundação Perseu Abramo; 2003.
95. Central Única dos Trabalhadores (CUT). Política da CUT para a Saúde no Trabalho e o Meio Ambiente. Relatório do Seminário de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente. São Paulo: 1994 Ago. 12p (mimeo).
96. Central Única dos Trabalhadores (CUT). [Documento enviado ao Fórum de Saúde Suplementar organizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar] Brasília: 2003 Jun - Nov [acessado em 2004 Mai 14; 1 p] Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/Forum_temas/CUT.pdf.
97. Zarpelon SR ONGs, movimento sindical e o novo socialismo utópico. Idéias. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / Universidade Estadual de Campinas 2002; 9(1):203-244.
98. Fórum Nacional de Saúde Suplementar – 1º etapa. Paineis: Financiamento do setor e a regulação dos preços e reajustes. Relatório Geral. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 2003 Jun [acessado em 2004 Set 23; cerca de 93p.]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_imprensa/forum_etapa1/RelatorioGeral.pdf
99. Merhy EE, Souza Campos GW. Contribuição para o debate sobre saúde / trabalho e ação sindical a respeito do 4º CONCUR e da IX Conferência Nacional de Saúde. INST / CUT; 1991.
100. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS/CUT). A Defesa da Saúde em Nossas Mãos: a CUT na luta pela vida; 1996.
101. Central Única dos Trabalhadores (CUT). Tese da CUT à 9ª Conferência Nacional de Saúde. 1991.
102. Paim JS. O pensamento do Movimento Sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. In: Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R. organizadores. O Público e o Privado na Saúde. São Paulo: Hucitec / Opas / IDRC. (Saúde em debate, 160); 2005. p. 111-126.

103. Central Única dos Trabalhadores (CUT). Tese da CUT à 10ª Conferência Nacional de Saúde. 1996.
104. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS/CUT). SUS Nacional: O Sistema Único de Saúde Condições de Vida no Brasil, nas Regiões e Estados. São Paulo. 1998.
105. Central Única dos Trabalhadores (CUT). Tese à XI Conferência Nacional de Saúde. 2001.
106. Cruz E. A Central Única dos Trabalhadores é Comprometida com o Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate 2002; 26(62): 311-312.
107. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. Rev C S Col 2003; 8(2): 403-415.
108. Marques RM, Mendes A. Novas Incertezas sobre o Financiamento da Saúde. Gazeta Mercantil, 13 de setembro de 2000; p. A-3.
109. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. Rev C S Col 2001; 6(2): 318-328.
110. CUT organiza ato em defesa do SUS. InformaCUT n.º 265, abril de 1997. p. 19.
111. 10ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 2 a 6 de setembro de 1996. Relatório Final. Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 1996.
112. Scatena MAN. O Ressarcimento ao SUS: Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos. [Dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz. 2004.
113. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Sexagésima Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 5 e 6 de fevereiro de 1997.
114. Montone J. Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar - Série ANS n.º 4. Brasil. Rio de Janeiro, 2003 [acessado em 2005 out 16; cerca de 55p]. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro_serie_ans4.pdf
115. Conde LF. Ressarcimento ao SUS – À Luz do Direito. [Dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

116. Scheffer M, Bahia L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: Heimann, LS, Ibanhes LC, Barboza, R. (organizador) O Público e o Privado na Saúde. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 127-168.
117. Gadelha CAG. O Complexo Industrial da Saúde e a Necessidade de um Enfoque Dinâmico na Economia da Saúde. Rev C S Col 2003; 8(2): 521-535.
118. Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 - PF 2002-2003: primeiros resultados Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Coordenação de Índices de Preços. 2004.
119. Ocké RCO, Gaiger.G, Andreazzi MFS. O gasto com planos de saúde no Brasil. Textos para Discussão n. 921. Rio de Janeiro, IPEA; 2002.
120. Elias P, Marques RM, Mendes A. O financiamento e a política de saúde. Revista USP 2001; 51:6-15
121. CUT cria coletivo em saúde, trabalho e meio ambiente. InformaCUT n.º 247, novembro de 1994. p. 5.
122. Atendimento ao acidentado: Plenária Intermunicipal de Saúde. Informativo Inst. Ano 1, n.º 2, fevereiro de 1991. p. 5.
123. Santo André Municipaliza o controle dos acidentes no trabalho. Informativo Inst. Ano 1, n.º 4, julho de 1991. p. 4.
124. Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema. Relatório da Comissão de Condições de Trabalho, Saúde e Meio Ambiente (CCTSMA). São Bernardo do Campo, 31 de outubro de 1991.
125. Lacaz FAC. Saúde dos Trabalhadores: cenário e desafios. Cad Saúde Publica 1997; 13 (suppl. 2): 7-19.
126. Carvalho VS. Imprensa e neoliberalismo no Brasil (1995-1998): o posicionamento da revista *Veja* no primeiro governo FHC. [Dissertação] Departamento de Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas; 2004.
127. Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde. Relatório Final. Câmara dos Deputados. Brasília novembro de 2003.
128. Nascimento EAA. A assistência médica suplementar no Paraná, estudo de caso: convênio empresa-Unimed na região de Ponta Grossa. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

129. Gama AM. Caracterização da Autogestão no Processo de Regulamentação do Setor Suplementar. [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
130. Resoluções do 4º Congresso Nacional da CUT. 4 a 8 de setembro de 1991. [CD-ROM]. In: Central Única dos Trabalhadores, Fundação Perseu Abramo, organizadores. CUT 20 anos (1983-2003): Resoluções da Conclat e dos Congressos e Plenárias da CUT. São Paulo: CUT/Editora Fundação Perseu Abramo; 2003.
131. Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (Inst/CUT). Saúde e Trabalho no Contrato Coletivo de Trabalho. [Acessado em 2004 jun 26; cerca de 5p]. Disponível em: www.instcut.org.br
132. Todeshini R. Contrato Coletivo de Trabalho em Saúde, Trabalho e Meio Ambiente. [Acessado em 2004 jun 26; cerca de 4p]. Disponível em: www.instcut.org.br
133. Silveira AM. Negociando a lei: Saúde nos Contratos Coletivos de Trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 1996; 25(95/96).
134. Sindicato dos Metalúrgicos do ABC. 4º Congresso: Os Metalúrgicos do ABC e a Reforma Sindical - Caderno de Teses; São Bernardo do Campo. 2003.
135. Federação dos Sindicatos de Metalúrgicos da CUT/SP. Resoluções do 3º Congresso: Organização dos Trabalhadores na Fábrica e na Sociedade. Louveira, 29, 30 de junho e 1 de julho de 2001.
136. Araújo AJS. Paradoxo da modernização: terceirização e segurança em uma refinaria de petróleo. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
137. Sato L. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. Cad. Saúde Pública 2001; 17(1): 147-152.
138. Freitas CM, Souza CAV, Machado JMH, Porto MFS. Acidentes de trabalho em plataformas de petróleo da Bacia de Campos. Cad. Saúde Pública 2001; 17(1):.117-130.
139. Sindicato dos Metalúrgicos do São Bernardo do Campo e Diadema . Resoluções do 6º Congresso do Sindicato dos Metalúrgicos do São Bernardo do Campo e Diadema, fase final 1, 2 e 3 de março de 1991. [Acessado em 2005 out 31]. Disponível em www.abcdeluta.org.br.
140. As políticas sociais da CUT. InformaCUT. n.º 263, novembro de 1996. p. 20-21.
141. Silva VP, Amato M. Desenvolvimento industrial com emprego e cidadania. InformaCUT n.º 258, outubro de 1995. p. 18.

142. Boito Jr. A. O governo Lula e a reforma do neoliberalismo. 2005. [Acessado em 2005 nov 12; cerca de 6p]. Disponível em: http://www.cecac.org.br/mat%E9rias/Armando_Boito_Governo_Lula.htm
143. Trópia PV. A adesão da Força Sindical ao neoliberalismo. *Idéias*. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / Universidade Estadual de Campinas 2002; 9(1):155-202.
144. Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco e Região. Rompendo o Silêncio: Vitimas dos Ambientes de Trabalho. Programa Brasil, Gênero e Raça. Osasco: 6ª edição; 2001.
145. Resoluções do 1º Congresso Nacional da CUT. [CD-ROM]. In: Central Única dos Trabalhadores, Fundação Perseu Abramo, organizadores. CUT 20 anos (1983-2003): Resoluções da Conclat e dos Congressos e Plenárias da CUT. São Paulo: CUT/Editora Fundação Perseu Abramo; 2003.
146. Resoluções do 2º Congresso Nacional da CUT. [CD-ROM]. In: Central Única dos Trabalhadores, Fundação Perseu Abramo, organizadores. CUT 20 anos (1983-2003): Resoluções da Conclat e dos Congressos e Plenárias da CUT. São Paulo: CUT/Editora Fundação Perseu Abramo; 2003.
147. Warth S. Assistencialismo Médico: O Controle Sindical do Desgaste Operário. Um Estudo do Caso do Sindicato dos Metalúrgicos do Rio de Janeiro 1987-1991. [Dissertação] Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz; 1992.
148. Repullo Junior R. Atuação Sindical na Proteção da Saúde dos Trabalhadores. [Dissertação]. Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo; 1997.
149. Olmedilha SC. Relatório do Departamento Médico-Odontológico do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema. São Bernardo do Campo, 15 de setembro de 1989.
150. Sindicato dos Metalúrgicos do ABC. 2º Congresso do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC. Ano 2000: Que Sindicato queremos? Caderno de Resoluções. Dezembro de 1996 a maio de 1997. São Bernardo do Campo, junho de 1997.

Anexo 1 - Principais documentos analisados, segundo título, autor, data e informações complementares

| Título | Autor | Data / Período | Informações complementares |
|--|--|---|---|
| Tese da CUT à 9ª Conferência Nacional de Saúde | Central Única dos Trabalhadores | 24 e 25 de agosto de 1991* | O texto orienta a intervenção da CUT na respectiva Conferência, dirigi-se a seus participantes: gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e demais representantes dos usuários. |
| Tese da CUT à 10ª Conferência Nacional de Saúde | Central Única dos Trabalhadores | Setembro de 1996 | |
| Tese da CUT à XI Conferência Nacional de Saúde | Central Única dos Trabalhadores | 2001 | |
| InformaCUT | Executiva Nacional da Central Única dos Trabalhadores | 1994: n.º 243, 245, 246, 247, 248; 1995: n.º 249, 250, 252, 253, 254, 255, 258, 259; 1996: n.º 260, 261, 262, 263; 1997: n.º 264, 265, 266, 267; 1998: n.º 268; 1999: n.º 269, 270; 2000: n.º 272 | Esta é uma publicação destinada aos dirigentes que ocupam posição nas instâncias da Central: as CUTs regionais, as Confederações por ramo de atividade econômica, departamentos e entidades filiadas. |
| A Defesa da Saúde em Nossas Mãos: a CUT na luta pela vida | Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS e Executiva Nacional da CUT | Agosto de 1996. | Cartilha produzida para a campanha “A Defesa da Saúde em Nossas Mãos” coordenada pela CNTSS dirigida a sindicalistas e trabalhadores, lançada na 8ª Plenária Nacional da CUT |
| Contribuição para o debate sobre saúde/trabalho e ação sindical a respeito do 4º CONCUR e da IX Conferência Nacional de Saúde/1991. | Emerson Elias Merhy e Gastão Wagner de Souza Campos | 24 e 25 de agosto de 1991 | Os autores são expressivos pesquisadores na área da saúde, na ocasião, em 1991, eram assessores da CUT para questões de Política de Saúde. O texto é voltado para os sindicalistas da CUT. |

* A 9ª Conferência Nacional de Saúde estava prevista para 1991, mas somente foi realizada no segundo semestre de 1992.

| Título | Autor | Data / Período | Informações complementares |
|---|--|--|--|
| Informativo INST e Revista INST | Instituto Nacional de Saúde no Trabalho – INST/CUT | Informativo INST: 4 (quatro) números, de novembro de 1990 a julho de 1991; Revista INST: 5 (cinco) números, de agosto de 1991 a setembro de 1992**; após este número, não foi mais editada. | O Instituto Nacional de Saúde no Trabalho - INST foi criado em outubro de 1990. É atualmente um órgão de assessoria técnica e política da CUT para a área de saúde, condições de trabalho e meio ambiente. |
| SUS Nacional: O Sistema Único de Saúde Condições de vida no Brasil, nas Regiões e Estados | Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS | novembro de 1998 | A Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS é uma entidade da instância vertical dos ramos de atividade da CUT. Congrega federações e sindicatos de trabalhadores da Saúde, Previdência e Assistência Social e Trabalho. A publicação sobre o SUS teve por objetivo <i>oferecer dados e informações sobre os aspectos mais importantes e relevantes do SUS, subsidiando a CNTSS/CUT para os debates e intervenções junto aos movimentos sindical, sanitário e outros</i> ¹⁰⁴ (p. 4 sic). |
| Política da CUT para a Saúde no Trabalho e o Meio Ambiente | Central Única dos Trabalhadores | 19 e 20 de agosto de 1994 | Relatório do Seminário de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente organizado pela Central Única dos Trabalhadores. |
| Tribuna Metalúrgica | Sindicato dos Metalúrgicos do ABC | Publicação do Sindicato, circula de 3 ^a a 6 ^a feiras. Período consultado: de 1999 a 2005. Ver Anexo 2. | Órgão do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, então Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema, desde julho de 1971 até hoje em circulação. |
| Tribuna da Saúde | Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema | Circulou de agosto de 1991 a março de 1993, com um total de 15 edições ***. | O 6º Congresso do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema ¹³⁹ , realizado em 1991, aprovou criar um boletim mensal do Departamento de Saúde do Trabalhador, que recebeu o nome de <i>Tribuna da Saúde</i> . Além de diretores do Departamento de Saúde do Trabalhador, participavam da comissão de redação da <i>Tribuna da Saúde</i> , integrantes de comissões de fábrica. |

**Anexo 2 - Registros encontrados através da busca por palavra-chave,
título da matéria e data de sua veiculação na *Tribuna Metalúrgica*.**

| Palavra(s) Chave(s) | Total de registros encontrados | Título da matéria / Data |
|----------------------------|---------------------------------------|--|
| <i>convênio médico</i> | 16 | <ul style="list-style-type: none"> - GKW: Sem negociação é luta, 19/10/2005 - GKW: Mobilização por reivindicações, 18/10/2005 - Conquista na Labortub, 06/10/2005 - Mais conquistas na Metalpart, 13/09/2005 - ABR: Pauta defende melhorias e respeito, 23/02/2005 - Inox Tubos: Afastados protestam por corte do convênio, 27/07/2004 - PLR: Aprovação na MRP e luta na Godks, 03/06/2004 - Empréstimo em folha: Só após assembleia do sindicato, 06/11/2003 - Agenda, 30/09/2003 - Uniwidia: Cooperativa comemora quatro anos, 26/09/2003 - Agenda, 18/09/2003 - Rolls-Royce: Estagiários conseguem convênio médico, 12/08/2003 - Campanha de reposição: Acordos na Metal II e Delta, 29/05/2003 - Convênio médico na Ford: Mesma empresa para todos, 27/05/2003 - Terceira na Mercedes: Mobilização garante conquistas, 06/05/2003 - Novo Código Civil: A maioria, 28/01/2003 |
| <i>convênios médico</i> | 04 | <ul style="list-style-type: none"> - 10 motivos para votar nas eleições do Sindicato, 24/05/2005 - Valorização do salário mínimo, 15/04/2005 - Serviço: As multas por atraso de pagamento, 01/03/2005 - Inflação e juros, 28/01/2005 |
| <i>convênio empresa</i> | Nenhum resultado | - |
| <i>convênio saúde</i> | Nenhum resultado | - |
| <i>plano de saúde</i> | 01 | - Sem trabalho não há justiça, 04/02/2000 |
| <i>planos de saúde</i> | 06 | <ul style="list-style-type: none"> - Não pague a mais, 16/07/2004 - Planos de saúde: Justiça mantém reajuste em 11,75%, 16/07/2004 - Imposto de Renda: Prazo termina na sexta-feira, 28/04/2004 - AMA ABC: Inscrições abertas aos planos de saúde, 25/02/2003 - AMA ABC: Inscrições abertas aos planos de saúde, 21/02/2003 - AMA ABC: Abertas inscrições aos planos de saúde, 22/01/2003 |
| <i>seguro saúde</i> | Nenhum resultado | - |
| <i>seguros saúde</i> | Nenhum resultado | - |
| <i>medicina de grupo</i> | Nenhum resultado | - |

| Palavra(s) Chave(s) | Total de registros encontrados | Título da matéria / Data |
|---|---------------------------------------|--|
| <i>grupo médico</i> | Nenhum resultado | - |
| <i>seguradora</i> | 01 | - Planos de saúde: Justiça mantém reajuste em 11,75%, 16/07/2004 |
| <i>médico hospitalar</i> | 01 | - Câmara Regional: Assinados 20 acordos, 18/02/2004 |
| <i>serviços de saúde</i> | 03 | - Carta vai viajar o mundo, 02/03/2005 - Saúde: Os remédios são campeões em intoxicação, 10/12/2003 - Massacre no Iraque: EUA já dividem o butim, 26/03/2003 |
| <i>sistema único de saúde</i> | 06 | - Cigarro: Fumo mata mais os pobres, 02/06/2004 - Fraude na Saúde: 25 exonerados e 17 presos, 26/05/2004 - Dependência química é questão social, 06/05/2004 - A hepatite C, 16/10/2003 - Tribuna no Ar: A saúde pública em São Paulo, 12/09/2003 - Drogas, parceiras da miséria, 14/11/2002 |
| <i>saúde pública</i> | 16 | - Porque a elite não quer Lula na Presidência, 11/11/2005 - A gripe das aves, 20/10/2005 - Debates: Como funciona a saúde pública, 23/08/2005 - Mais arrimo de família, 28/04/2005 - Rio de Janeiro: Gatas pioraram caos na saúde, 18/03/2005 - Um pacto por atenção à saúde negra, 01/09/2004 - “É melhor morrer na luta do que morrer de fome”, 26/08/2004 - O ABC pensa o Futuro: Dilma Roussef e Celso Amorim hoje no Sindicato, 10/08/2004 - Criança e adolescente: Um novo desafio aos sindicatos, 25/05/2004 - Sofrimento no trabalho, 29/01/2004 - Saúde pública: Amanhã, o Brasil contra a dengue, 28/11/2003 - A hepatite C, 16/10/2003 - Tribuna no Ar: A saúde pública em São Paulo, 12/09/2003 - Utopia, 07/02/2002 - Cara de pau!, 17/05/2000 - 2000: reconstruir a solidariedade, 23/12/1999 |
| <i>programa de saúde do trabalhador</i> | 01 | - Reunião do Conselho Diretor do Programa de Saúde do Trabalhador de Santo André, 30/09/2005 |
| <i>saúde</i> | 624 | Todas as matérias foram lidas e selecionadas as que tratavam temas diretamente relacionados com a pesquisa, como por exemplo: acidente e doenças do trabalho, planos de saúde / convênios médico, sistema único de saúde, saúde pública. É interessante perceber que das 624 matérias, 563 são do período de 01/01/2003 a 27/11/2005. De 1999 a 31/12/2002 foram encontradas apenas 61 matérias com a palavra saúde.. |

