

Trabalho, direitos e desigualdades na realidade brasileira

Reginaldo Ghiraldelli
(organizador)

EDITORA



UnB



Pesquisa,
Inovação
& Ousadia



Universidade de Brasília

Reitora : Márcia Abrahão Moura
Vice-Reitor : Enrique Huelva

EDITORA



UnB

Diretora : Germana Henriques Pereira

Conselho editorial : Germana Henriques Pereira (Presidente)
: Fernando César Lima Leite
: Beatriz Vargas Ramos Gonçalves de Rezende
: Carlos José Souza de Alvarenga
: Estevão Chaves de Rezende Martins
: Flávia Millena Biroli Tokarski
: Jorge Madeira Nogueira
: Maria Lidia Bueno Fernandes
: Rafael Sanzio Araújo dos Anjos
: Sely Maria de Souza Costa
: Verônica Moreira Amado

EDITORA



UnB

Trabalho, direitos e desigualdades na realidade brasileira

Reginaldo Ghiraldelli
(organizador)



Pesquisa,
Inovação
& Ousadia

Coordenação de produção editorial : Equipe editorial
Preparação e revisão : Luciana Lins Camello Galvão
Projeto gráfico : Angela Gasperin Martinazzo
Diagramação : Wladimir de Andrade Oliveira
Haroldo Brito

© 2020 Editora Universidade de Brasília

Direitos exclusivos para esta edição:
Editora Universidade de Brasília

SCS, quadra 2, bloco C, nº 78, edifício OK,
2º andar, CEP 70302-907, Brasília, DF
Telefone: (61) 3035-4200
Site: www.editora.unb.br
E-mail: contatoeditora@unb.br

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte
desta publicação poderá ser armazenada ou
reproduzida por qualquer meio sem a autorização
por escrito da Editora.

Esta obra foi publicada com recursos provenientes do
Edital DPI/DPG nº 3/2019.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília

T578 Trabalho, direitos e desigualdades na realidade brasileira /
Reginaldo Ghiraldelli (organizador). – Brasília : Editora
Universidade de Brasília, 2021.
268 p. ; 23 cm. – (Pesquisa, inovação & ousadia).

ISBN 978-65-5846-016-9

1. Trabalho - Aspectos sociais. 2. Direitos sociais. 3. Política social. 4. Desigualdade social. I. Ghiraldelli, Reginaldo (org.). II. Série.

CDU 331(81)

Sumário

Prefácio 9

Apresentação 17

Reginaldo Ghiraldelli

Capítulo 1

Trabalho, contrarreformas e (des)proteção social no Brasil 27

Reginaldo Ghiraldelli

Introdução 27

1. O Brasil nos tempos neoliberais e as mudanças nas relações de trabalho 32
 2. A construção contraditória dos direitos sociais no Brasil: crises, contrarreformas e retrocessos sociais 37
 3. A Contrarreforma Trabalhista e a dilapidação dos direitos sociais 47
- Considerações finais 52

Capítulo 2

Classe trabalhadora, novo sindicalismo e autoemancipação 61

Michelly Ferreira Monteiro Elias

Introdução 61

1. O avanço das lutas da classe trabalhadora no período de esgotamento da ditadura civil-militar e a formação do novo sindicalismo 64
 2. O significado político do novo sindicalismo para as lutas da classe trabalhadora brasileira 73
 3. O novo sindicalismo frente à perspectiva da autoemancipação da classe trabalhadora brasileira 78
- Considerações finais 83

Capítulo 3

O trabalho temporário no Estado capitalista 87

Eduardo Augusto Rodrigues Barros

Introdução **87**

1. O trabalho temporário no capitalismo **89**
 2. O trabalho temporário nos serviços privados e públicos no Brasil **91**
 3. O contrato temporário na carreira socioeducativa do DF e sua precarização **96**
- Considerações finais **115**

Capítulo 4

A participação social no campo da saúde do trabalhador e da trabalhadora 125

Natália Pereira Caixeta

Introdução **125**

1. Precarização estrutural do trabalho e rebatimentos na organização da classe trabalhadora **127**
 2. Percurso teórico-metodológico e controle democrático no campo da saúde do(a) trabalhador(a) **130**
 3. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) **149**
- Considerações finais **152**

Capítulo 5

A Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Assistência Social 159

Renata Maria da Conceição Freitas

Introdução **159**

1. Contextualização sócio-histórica da Política Nacional de Educação Permanente para Trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social **163**
 2. A Institucionalização da Educação Permanente **177**
- Considerações finais **192**

Capítulo 6

As multifaces do trabalho precário no Sistema Único de Assistência Social 201

Regiane Cota e Rocha

Introdução **201**

1. Considerações sobre as unidades dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) **208**

2. Condições de trabalho no Suas sob a ótica dos trabalhadores **211**

Considerações finais **224**

Capítulo 7

Ações profissionais e condições de trabalho de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde 231

Andreia de Oliveira

Reginaldo Ghiraldelli

Introdução **231**

1. Serviço Social, Saúde e Atenção Primária à Saúde **239**

2. O percurso metodológico-investigativo e a aproximação ao cotidiano de trabalho de assistentes sociais **243**

Considerações finais **260**

Sobre os autores e as autoras 265





4

Capítulo 4

A participação social no campo da saúde do trabalhador e da trabalhadora

Natália Pereira Caixeta
Universidade de Brasília (UnB)
natalia.sersocial@gmail.com

Introdução

Na história da Política de Saúde brasileira, a partir do reconhecimento da vinculação entre o processo de trabalho nos moldes do modo de produção e reprodução capitalista e os agravos à saúde dos(as) trabalhadores(as), foram construídas políticas públicas específicas para atender a essas



peculiaridades, a exemplo da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), pelo Decreto nº 7.602/2011 (BRASIL, 2011b), e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), pela Portaria nº 1.823/2012 (BRASIL, 2012), destinadas a toda população – inclusive estagiária, desempregada, autônoma, cooperada ou aposentada.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 (BRASIL, 1987) foi considerada fundamental no processo de construção e consolidação do campo da saúde do(a) trabalhador(a) no Brasil e reafirmada na Constituição Federal de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios de universalidade, integralidade e controle social foram conquistas da luta da classe trabalhadora por meio dos espaços de reflexão e participação social. Os espaços das conferências, por exemplo, contribuíram com textos, debates, mesas redondas e trabalhos de grupos, tendo resultado na construção de seus relatórios finais.

Busca-se, nos espaços de controle democrático pertinentes à política de saúde dos(as) trabalhadores(as), a participação social, no sentido de aprofundar as discussões sobre os impactos do processo de trabalho sobre a saúde e de pensar em meios para o fortalecimento do SUS, da Reforma Sanitária, da Seguridade Social Pública e da garantia das condições econômicas e sociais dignas.

Esses elementos podem ser associados à mobilização da sociedade civil organizada e aos sindicatos, de maneira propositiva e articulada, construindo intercâmbio entre as esferas do poder público e da sociedade e democratizando conhecimentos e informações em saúde. Assim, espera-se que a autonomia do trabalhador sobre sua saúde seja objeto de diálogo entre os setores públicos e privados. O controle democrático na Política Nacional de Saúde – o SUS – e na PNSTT se concretiza nos espaços dos conselhos, das comissões e das conferências.

Aqui serão apresentadas informações concernentes aos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde do(a) Trabalhador(a) de 1986, 1994, 2005 e de 2014. O objetivo deste estudo é identificar as principais deliberações realizadas nesses momentos, com enfoque naquelas relacionadas às temáticas da proteção social e do controle democrático e à sua concretização na PNSTT.

Dar-se-á continuidade a essas reflexões considerando as transformações no mundo do trabalho na contemporaneidade, bem como seus rebatimentos na organização da classe trabalhadora. Pressupõe-se que a PNSTT resulte da intensa mobilização dessa classe no sentido de adquirir visibilidade e que, em consequência, atue concretamente na redução de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante ações de promoção, reabilitação e vigilância em saúde, bem como na luta pela garantia dos direitos sociais básicos para a existência humana.

1. Precarização estrutural do trabalho e rebatimentos na organização da classe trabalhadora

Este tópico compreende as mudanças no mundo do trabalho no contexto da ofensiva neoliberal, da crise estrutural e da mundialização do capital financeiro, plasmado na reestruturação produtiva, que é caracterizada, principalmente, pela flexibilização e desconcentração do trabalho físico. Tais elementos repercutem na organização da classe trabalhadora em virtude da sobreposição de interesses econômicos aos interesses sociais – reflexo da contradição existente entre capital e trabalho. Disso decorre uma conjuntura de destruição das legislações sociais protetoras do trabalho, ocasionando agravos à saúde dos(as) trabalhadores(as) e a visível e progressiva exploração do trabalho no Brasil em todos os níveis.

Considerando os apontamentos de Barbosa (2007, p. 40) acerca do trabalho precarizado e desprotegido, entende-se que a insegurança frente aos direitos trabalhistas e previdenciários submete o trabalhador a condições de vida arriscadas e à cruel dominância da concorrência no mercado, e que isso ocorre sem ações coletivas de enfrentamento e sem segurança de cobertura social no presente e futuro – ou no momento em que o trabalhador não mais dispuser de sua força de trabalho. Antunes (2015), em sua obra “Adeus ao trabalho?”, lançada em 1995, já reiterava esse entendimento, afirmando que os grupos capitalistas dominantes desejam, de todo modo, fazer proliferar as distintas formas de trabalho precarizado, representado pelo trabalho voluntário,

subcontratado e terceirizado, e pelo empreendedorismo como resposta à crise estrutural do capital.

Para Alves (2005), na particularidade brasileira, as mudanças no campo do trabalho, aliadas ao neoliberalismo¹ na década de 1980 e, em especial, na década seguinte, remodelaram o mundo do trabalho no país por meio do desemprego estrutural, da precariedade de emprego e da baixa tendencial dos salários. Aliadas às alterações laborais – tanto no campo da reorganização do trabalho, mediante a redução da força de trabalho e a inserção de maquinarias, quanto na expansão do trabalho informal –, as reformas trabalhistas e previdenciárias reforçaram a insegurança e angústia em relação à manutenção do emprego e aumentaram a intensificação da exploração da classe trabalhadora para os que permanecem empregados. Isso sem contar os amplos contingentes populacionais que ficam descobertos nas situações de adoecimento ou desemprego. Segundo Antunes (2015, p. 266), “[...] quando os empregos se reduzem, aumenta o desemprego, a degradação social e a barbárie.”

Reitera-se que, no contexto de flexibilização do trabalho e do mercado, a mobilidade geográfica transcendendo fronteiras, a ampliação do trabalho informal e a desregulamentação trabalhista, o processo de trabalho no modo de produção e reprodução capitalista tornou-se ainda mais precarizado. Estes são elementos que afetam a estrutura da classe trabalhadora, suas formas de organização, capacidade de intervenção e acesso aos direitos sociais, refletindo nas condições de vida e trabalho e repercutindo no agravamento da questão social. Na particularidade da terceirização, o empresariado objetiva a obtenção do lucro por meio da redução de custos. Em contraposição,

¹ O neoliberalismo tem sido colocado em prática por meio de privatizações de empresas estatais e serviços públicos, além da desregulamentação ou criação de novas regulamentações no campo das relações trabalhistas e comerciais, flexibilizando-as e propiciando o aumento da exploração da mão de obra da classe trabalhadora, na tentativa de transferência das responsabilidades do Estado para o setor privado (MORAES, 2001).

[...] estudos mostram que a terceirização tem-se mostrado nefasta para a vida e a saúde dos trabalhadores: os salários são mais baixos, a rotatividade é maior, as condições de trabalho são mais precárias, os riscos de acidentes e doenças são maiores, as empresas aparecem e desaparecem, deixando trabalhadores sem qualquer cobertura e os trabalhadores, que não pertencem aos sindicatos mais organizados, ficam desprotegidos. (BRASIL, 2015, p. 98).

Características novas surgem nesse desenrolar. Em decorrência de tais alterações, nasce uma classe trabalhadora mais fragmentada e desorganizada espacialmente,² mais heterogênea e mais diversificada mundialmente (ANTUNES; ALVES, 2004), ou complexificada (ANTUNES, 2015). Dentre os rebatimentos na organização da classe trabalhadora, a ruptura e desconstrução da alienação/estranhamento e construção de uma consciência de classe são considerados os principais objetivos a serem alcançados no contexto da contradição capital e trabalho. Para Antunes e Alves (2004, p. 348), “a alienação/estranhamento é ainda mais intensa nos estratos precarizados da força humana de trabalho, que vivenciam as condições mais desprovidas de direitos e em condições de instabilidade cotidiana [...]”

A consciência de classe pode ser construída e desenvolvida por meio do entendimento sobre o processo de dominação e/ou subordinação contido na relação capital e trabalho. Nesse caminho, parte-se do pressuposto da existência de duas classes sociais fundamentais e antagônicas e da ideia de que ou se detém a força de trabalho para ser vendida no mercado, ou os meios de produção. É interessante aliar esse entendimento à percepção de sujeito necessariamente protagonista da sua história e do fazer histórico mais amplo.

² Com a mundialização do capital e a livre circulação de capitais, alterou-se o nível de concentração dos trabalhadores nos ambientes laborais. Por exemplo, muitos trabalham em casa ou exercem atividade por livre demanda, influenciando na consciência de classe, na organização e na experiência de luta.

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

Segundo Coutinho (1999), em uma sociedade de classes, as ideologias disputam consciências, e a classe que detém os meios de produção tende a deter também os meios para universalizar sua visão de mundo e suas justificativas ideológicas a respeito das relações sociais de produção que garantem sua dominação econômica.

Além desses fatores, o cenário de forte recessão e destruição dos direitos alcançados e construídos legitimamente pela sociedade (processo reforçado pelo aumento do desemprego) dificulta o embate, porque o trabalhador sabe do risco iminente da perda do emprego e, conseqüentemente, da renda. O tópico que segue aborda o engajamento da população trabalhadora no espaço de debate sobre a relação saúde e trabalho nas mencionadas Conferências Nacionais de Saúde do(a) Trabalhador(a).

2. Percurso teórico-metodológico e controle democrático no campo da saúde do(a) trabalhador(a)

A saúde do(a) trabalhador(a),³ enquanto campo da saúde pública, tem sido estudada a partir da compreensão do caráter histórico-social do processo saúde-doença, “que discute a limitação da concepção

³ O conceito de saúde do/a trabalhador/a está interligado à “[...] análise do processo de trabalho, a partir da concepção marxiana, e o trabalhador como ser social de intervenção desse processo em torno da luta pelo direito à saúde e condições de trabalho que não o agridam” (OLIVAR, 2010, p. 316).

biológica da doença e a influência do caráter histórico e social no processo de adoecimento” (ROCHA; DAVID, 2015, p. 130; LAURELL, 1982). Aliada a essa compreensão, a crítica dialética reforça que as condições de vida e trabalho são expressões das condições materiais produzidas socialmente, ou seja, são relações condicionadas pela produção (MARX; ENGELS, 2007). Com base nesse entendimento, é lícito dizer que as condições sociais e econômicas influenciam na saúde e doença, ou, conforme Rocha e David:

Vale ressaltar que saúde vai além de um fato biológico-natural e do emprego de esquemas epidemiológicos. Faz parte da convivência do indivíduo em sociedade e ao acesso às redes socioeconômicas e de serviços essenciais. Isto é, o contexto social e a história de vida individual e da coletividade irão influenciar positiva ou negativamente na saúde, a qual é um fenômeno eminentemente humano. (ROCHA; DAVID, 2014, p. 134).

A partir desses elementos, são apresentados e discutidos os espaços de participação social na realidade brasileira no contexto da relação trabalho-saúde-doença, o que pressupõe articular o desenvolvimento de tal temática com a organização da classe trabalhadora e os espaços de construção e contradição que envolvem a participação.

Pereira-Pereira (2008) esclarece que o controle democrático consiste no controle, pelos cidadãos, da política pública, regulada e frequentemente provida pelo Estado, visto que ela engloba demandas, decisões e escolhas privadas. Esse conceito se diferencia do controle social, porque não permite designar o controle do Estado sobre a sociedade, e sim o inverso. O controle democrático, então, articula-se com a atuação da sociedade civil organizada no sentido de contribuir para que as demandas e interesses da coletividade se efetivem.

Os desafios e embates políticos relacionados aos distintos interesses que permeiam a participação nos conselhos e conferências são parte do processo de construção da sociedade contemporânea pós-processo

de abertura democrática. A possibilidade de participação ativa da classe trabalhadora nos espaços de decisão, como a gestão do SUS, contribui para a constituição de meios de direção intelectual e moral. Para Coutinho (1999), a socialização da política altera “uma complexa rede de organizações coletivas, de sujeitos políticos de novo tipo, com um papel mais ou menos decisivo na correlação de forças que determina o equilíbrio de poder” (COUTINHO, 1999, p. 27-28). Por outro lado, a socialização política não pode caminhar junto à apropriação privada dos bens socialmente produzidos.

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

Nesse espaço de contradições, Lacaz e Flório (2009, p. 4) fazem a análise de que, apesar do avanço na direção do controle social democrático sob o Estado capitalista, o que se vem observando é a falta de articulação entre as bases representativas. Para os autores, essa falta de articulação acontece principalmente pela ausência ou insuficiência de informações necessárias às tomadas de decisões, e pelo clientelismo⁴ que se forma a partir de demandas fragmentadas e particularistas.

A participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas não foi uma medida voluntária e de concessão do Estado, mas uma conquista da classe trabalhadora resultante das reivindicações ocorridas nas décadas de 1970 e 1980 no Brasil, em oposição ao governo autoritário da ditadura civil-militar (1964-1985) imposta no país – regime que tinha, muitas vezes, posições contrárias aos interesses e necessidades da população.

⁴ No sentido de privilegiar uma clientela.

A partir dos desdobramentos do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da ressonância dos seus pressupostos na 8ª Conferência Nacional da Saúde (1986), foi possível construir as bases para um novo sistema público de saúde pautado na universalidade, equidade e integralidade, estrategicamente organizado pelas diretrizes da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, sendo o direito social à saúde compreendido como responsabilidade do Estado, e a sua execução, garantida por meio de políticas públicas e sociais. Inclui-se, como seu atributo, alcançar o patamar de sistema único de saúde estatal, gratuito, universal e de qualidade para toda a população (BRAVO; MENEZES, 2011).

Para viabilizar a representação da sociedade na esfera governamental, foram criados conselhos e comissões, posteriormente respaldados no texto constitucional. Com o processo de abertura política na sociedade brasileira na década de 1980, pós-ditadura civil-militar, além da promulgação da CF/88, ocorreu a aprovação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990b). Houve também a aprovação da Lei Orgânica de Saúde (LOS), pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta e define os princípios e a formatação do SUS, e, no que tange à participação social, há o estabelecimento de duas instâncias institucionalizadas, os Conselhos e as Conferências de Saúde (BRASIL, 1990a).

O controle social democrático do SUS é exercido pelo Conselho Nacional de Saúde; os Conselhos Estaduais e Municipais terão representantes entre os usuários (50%), os trabalhadores da saúde (25%) e os representantes de prestadores de serviços de saúde (25%), tanto públicos como privados (LACAZ; FLÓRIO, 2009, p. 4).

A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist) está prevista no art. 12 da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90,⁵ com o propósito de assessoramento dos conselhos de saúde, no que se refere à temática de Saúde do(a) Trabalhador(a). Portanto, a Cist é subordinada aos conselhos de saúde e não possui caráter deliberativo. Ademais, relacionada à Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), encontra-se a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho, que trata da estrutura de promoção da segurança e saúde no trabalho, bem como da elaboração de um plano de segurança e saúde no trabalho que articule as ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador.

O diálogo entre os diversos setores envolvidos contribui significativamente para o aperfeiçoamento do sistema nacional de segurança e saúde no trabalho, permitindo desenvolver mecanismos que pretendem alcançar as distintas demandas da população trabalhadora. Os espaços dos conselhos, das comissões e das conferências objetivam introduzir na lógica estatal uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais próxima das demandas da população.

Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma relação de corresponsabilidade frente ao interesse público, em oposição à cultura patrimonialista, marca da formação sócio-histórica brasileira. Entretanto, o processo participativo deve se basear na construção de consensos e no pressuposto da condição de igualdade e liberdade nas deliberações, conforme pressupõem as diretrizes do SUS.

Nesse contexto, produz-se a análise dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde do(a) Trabalhador(a) (CNST) de 1986, 1994, 2005 e 2014, que são considerados frutos das disputas travadas

⁵ “Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990a).

nas pré-conferências estaduais,⁶ das quais, por sua vez, além do debate sobre a questão central saúde/trabalho e seus encaminhamentos políticos, resultam discussões dos problemas locais e regionais que, ao serem encaminhadas à reunião nacional, propiciaram a identificação do controle democrático nesse campo.

A investigação ocorreu por meio de pesquisa qualitativa dos dados, que corresponde a um espaço mais profundo de compreensão das relações, dos processos e dos fenômenos, e da revisão bibliográfica, no contexto da relação trabalho, saúde e doença e análise documental dos relatórios finais das CNST. Os dados propiciaram relacionar as deliberações e propostas com a sua concretização na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Segue mais à frente um quadro com essas informações sistematizadas.

2.1. As Conferências Nacionais de Saúde do(a) Trabalhador(a)

Para Souza (2013, p. 57), as conferências dispõem de alguns pontos em comum, a saber: a) são convocadas com caráter consultivo ou deliberativo pelo Poder Executivo de cada nível de governo, por meio de decreto que traz o tema do debate e o órgão responsável pela organização do processo (como disposto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990); b) quando previsto em lei, o próprio conselho setorial pode fazer o chamamento à participação; c) os órgãos considerados responsáveis (como o Ministério da Saúde) publicam portarias que definem a comissão organizadora, os objetivos, o período e a forma de realização.

⁶ Nesses momentos de troca, são escolhidos os delegados como representantes dos atores sociais de cada um dos estados em que as pré-conferências se realizam.

Quadro 1: Informações gerais sobre as Conferências Nacionais de Saúde do(a) Trabalhador(a)

Conferência	Data e local	Temática	Participantes
1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador	01/12 a 05/12/1986, em Brasília	Saúde como direito do cidadão e dever do Estado	Total: 526 pessoas Delegadas: 399 Observadoras: 127 Debatedoras: 55 Comissão organizadora: 75
2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador	13/03 a 16/03/1994, em Brasília	Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador	Total: 900 pessoas Delegadas: 563
3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador	24/11 a 27/11/2005, em Brasília	Trabalhar, sim! Adoecer, não!	Total: 2.100 pessoas Delegadas: 1.409
4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador	15/12 a 18/12/2014, em Brasília	Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, direito de todos e todas e dever do Estado	Total: 1.399 pessoas Delegadas: 991 Convidadas: 56 Palestrantes: 33 Coordenadores e relatores: 52 Representantes das comissões: 37 Acompanhantes das pessoas com deficiência: 12 Equipe de apoio: 218

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

2.1.1. 1ª Conferência Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a) – 1986

A 1ª Conferência Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a), ocorrida em Brasília no período de 1º a 5 de dezembro de 1986, possibilitou dar continuidade às discussões iniciadas no momento da 8ª Conferência Nacional da Saúde, no sentido de relacionar saúde, trabalho e democracia.

O momento da 1ª CNST foi construído coletivamente por meio das pré-conferências estaduais e municipais, no sentido de que as questões gerais, contempladas no temário central, fossem efetivamente circunstanciadas para a realidade de cada região, possibilitando abarcar as prioridades de cada área. Assim, foi realizado esse momento de reflexão conjunta e debates em 20 (vinte) estados (BRASIL, 1986). Os temas abordados nos estados foram organizados em três temas centrais: 1) diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores; 2) novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores; 3) Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores.

O diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores levou em conta a própria formação da sociedade brasileira e a implantação do capitalismo no país como fatores importantes para a compreensão do quadro da “dramática situação da saúde do trabalhador” (BRASIL, 1986, p. 7). Dessa forma,

[...] estando o Estado sempre a serviço da classe dominante, situação essa acentuada nos últimos 21 anos de ditadura, com brutal espoliação e amordaçamento das classes dominadas. Assim, a saúde do trabalhador

sempre foi e continua sendo, até o presente, subordinada aos interesses do capital nacional e internacional. (BRASIL, 1986, p. 7).

Os elementos constituintes do relatório final da 1ª CNST demonstram firme posicionamento político, mediante uma análise crítica do capitalismo e do reconhecimento da sua vinculação com as condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora brasileira. O relatório aborda a condição de desemprego articulada à categoria do Exército Industrial de Reserva, de Marx, quando afirma: “Neste perverso processo de desenvolvimento do capitalismo no Brasil, é criado um exército industrial de reserva que torna o trabalhador em simples peça de reposição, o que explica o descaso para com a sua saúde” (BRASIL, 1986, p. 7).

Ainda no relatório, assevera-se que: “Tal fato torna o trabalho um fator de risco porque a preocupação do capital é com o lucro e não com o indivíduo” (BRASIL, 1986, p. 7). Além disso, a consciência de que é necessário superar esse modo de produção que explora e degrada a força de trabalho também foi objeto de reflexão: “A superação das atuais condições materiais de vida e saúde a que estão submetidos os trabalhadores e o povo somente se dará com a implantação do socialismo” (BRASIL, 1986, p. 8). As análises desencadeadas são resultado do contexto sociopolítico da época, que buscava o rompimento com o autoritarismo do Estado. A análise da especificidade do trabalho urbano e rural também foi objeto de análise na 1ª CNST, aliada ao contexto social:

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

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

[...] mercantiliza o risco através da sua monetarização, não atende as necessidades do trabalhador e sua proteção no processo de mudança tecnológica (por exemplo, quanto ao ritmo de trabalho). Restringe o número das doenças profissionais sem atender aos agravos decorrentes da introdução de novos agentes no processo produtivo. (BRASIL, 1986, p. 9).

Partindo desses pressupostos, foram levantadas recomendações/propostas no momento da 1ª CNST, divididas nos três temas centrais anteriormente citados. No que concerne à constituição de uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores, procedeu-se ao levantamento dos direitos básicos de saúde do(a) trabalhador(a), dos elementos propositivos para a integração da política do(a) trabalhador(a) com a política nacional de saúde e da integração desta com as demais políticas do Estado (no âmbito da previdência, da saúde e do trabalho/emprego).

Como parte dos direitos básicos de saúde do(a) trabalhador(a) relacionados com a temática proteção social e controle democrático, foram elencados, dentre outros fatores, a necessidade de ampliação da participação nas decisões referentes à saúde do(a) trabalhador(a), dentro e fora da empresa; o direito à estabilidade no emprego, abrangendo as necessidades de vida e trabalho; o direito a recusar-se a trabalhar em locais insalubres ou perigosos; o direito à alimentação nos locais de trabalho e ao recebimento de uniformes, financiados exclusivamente pelos empregadores; a garantia de creches nos locais de trabalho e de moradia; a ampliação da duração da licença-gestação para seis meses,

a fim de garantir o direito à amamentação, assegurando-se o retorno ao emprego; o direito à posse da terra aos que nela vivem e trabalham, bem como o direito ao crédito rural, e à assistência técnica por parte dos órgãos públicos, ao apoio, à comercialização dos produtos agrícolas, à aposentadoria dos trabalhadores rurais e pescadores aos 45 anos, sem distinção de sexo; a garantia da revisão e ampliação das situações e funções que dão direito à aposentadoria; o direito à assistência integral à saúde, gratuita, universal e equânime a todo cidadão, independentemente do vínculo empregatício, credo, idade, sexo, cor, ideologia etc.; e o direito à aposentadoria aos 25 anos de trabalho para os trabalhadores e pessoas com deficiência (BRASIL, 1986).

Para a integração da política do(a) trabalhador(a) com a política nacional de saúde, o relatório propõe inserir a saúde do(a) trabalhador(a) no campo da saúde pública, porquanto a construção dessa política faz parte do SUS, sob controle dos trabalhadores (BRASIL, 1986). Tais propostas estão em conformidade com a posterior promulgação da CF/88 e da Lei Orgânica da Saúde.

Na articulação dessa política com as demais políticas de Estado, pressupõe-se a articulação e estabelecimento de uma política científica e tecnológica para usufruto da classe trabalhadora; uma política de transporte de qualidade; uma política de produção e abastecimento de alimentos básicos; uma política de educação pública gratuita e universal; o controle e referendo do desmatamento, instalações de barragens e agroindústrias pelas comunidades e entidades locais; a imediata suspensão do pagamento da dívida externa, até que a Nação se pronuncie mediante ampla consulta e participação popular, dada a necessidade de superar a dissociação entre as políticas econômica e social; e a descriminalização do aborto, dentre outros pressupostos (BRASIL, 1986).

Observa-se que a maioria das deliberações anteriormente elencadas ainda são objeto de disputa entre o Estado, a sociedade e o mercado, embora se tenha avançado na incorporação jurídico-formal das reivindicações sobre saúde do trabalhador na CF/88 e no início de um processo de elaboração de uma Política Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a).

2.1.2. 2ª Conferência Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a) – 1994

A 2ª CNST, realizada em Brasília, de 13 a 16 de março de 1994, teve como tema central “Construindo uma política de saúde do trabalhador” e representou um momento decisivo no sentido da formulação de uma política pública de saúde do(a) trabalhador(a) (BRASIL, 1994). Apesar do momento pós-promulgação da CF/88, dos avanços referentes à organização do Sistema Único de Saúde e da definição da área da saúde do(a) trabalhador como parte da saúde pública,⁷ as políticas sociais públicas enfrentaram dificuldades em vista da implantação do projeto neoliberal e do contexto de reforma do Estado, o que foi considerado um agravante para a 2ª CNST.

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

As propostas resultantes das reflexões dos fóruns de discussão foram divididas nas seguintes temáticas: a) organização das ações de saúde do trabalhador; b) participação e controle social; c) informação; d) recursos humanos para a saúde do trabalhador; e) financiamento; f) legislação; g) desenvolvimento, meio ambiente, saúde e trabalho; h) política agrária e saúde do trabalhador; i) gerais (que reuniram propostas amplas, referentes a uma vasta e complexa gama de problemas de diversas ordens e não necessariamente relacionadas à Saúde do Trabalhador) (BRASIL, 1994). O modelo de sistema que possibilita efetivar uma política de saúde do(a) trabalhador(a) compreende um caráter interinstitucional e multidisciplinar das ações, tendo em vista a articulação de vários ministérios e profissionais das diversas áreas para ser capaz

⁷ Como disposto no relatório final, “a inclusão das ações de saúde do trabalhador como responsabilidade do SUS constituiu uma das maiores vitórias da classe trabalhadora no processo constituinte, agora referendada neste evento” (BRASIL, 1994, p. 3).

de contemplar de fato a promoção, pesquisa, vigilância, assistência e reabilitação dos trabalhadores.

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

A constituição dos Centros de Referência em Saúde do trabalhador (Cerest) também foi objeto de atenção para a ampliação dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) – incluindo a preocupação de que fosse realizada com participação⁸ paritária das entidades sindicais e organizações populares na sua administração.

No que diz respeito às deliberações resultantes da 2ª CNST, a construção de uma política de saúde do trabalhador pressupõe a garantia da transversalidade e da integralidade da ação do Estado, mediante: 1) a manutenção das garantias fundamentais dos cidadãos, assumindo as lutas pela sua regulamentação e seu efetivo cumprimento; 2) a segurança de atenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde de todos(as) os(as) trabalhadores(as); 3) a priorização das ações de promoção e prevenção em saúde do(a) trabalhador(a); 4) a garantia do caráter interinstitucional e multidisciplinar das ações de saúde do(a) trabalhador(a); e 5) o envolvimento de toda a rede pública de saúde (BRASIL, 1994). A participação e o controle social foram objeto de discussão e deliberação mediante propostas de ações nos Conselhos e nas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist), tanto em nível nacional como estadual e municipal.

⁸ As instâncias de controle social democrático no SUS garantem a participação das organizações de trabalhadores urbanos e rurais por meio de sindicatos, federações, confederações e centrais sindicais, associações, comissões intersetoriais de saúde do trabalhador (Cist) dos estados e municípios, conselhos estaduais e municipais de saúde e conferências estaduais e municipais de saúde.

Houve também, nesse momento, a sugestão de realização da conferência seguinte em um prazo máximo de 2 (dois) anos, incluindo a condução prévia de oficinas com a participação dos diversos setores envolvidos, para a elaboração de textos base sobre os assuntos a serem apreciados no momento da 3ª Conferência. Além disso, sugeriu-se que esses textos fossem distribuídos com antecedência, para a avaliação das Conferências Municipais e Estaduais.

2.1.3. 3ª Conferência Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a) – 2005

O prazo sugerido na 2ª CNST não foi cumprido e a 3ª Conferência Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a) foi realizada na sua etapa nacional, em Brasília, entre 24 e 27 de novembro de 2005, com o tema “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”. Para subsidiar as discussões nas etapas municipais e estaduais, foi disponibilizada uma coletânea de textos e um documento-base.

Anteriormente a esse processo, a discussão da intersectorialidade foi retomada com a criação de Grupo de Trabalho Interministerial, por meio da Portaria nº 153, de fevereiro de 2004, que resultou na elaboração da proposta da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador e da Trabalhadora, colocada em consulta pública entre 5 de maio e 30 de novembro de 2005. Tal fato, posteriormente, deu origem à Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída pelo Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, que teve como objetivos “[...] a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho” (BRASIL, 2011a).

Esse grupo de trabalho possibilitou a convocação oficial da 3ª CNST pelos Ministérios da Saúde, Previdência Social e Trabalho e Emprego. O contexto das mudanças no campo do trabalho ainda permanecia no ano 2000; na verdade, intensificaram-se as privatizações dos serviços públicos, o desemprego e o trabalho informal. O tema da 3ª CNST buscou resgatar a positividade do trabalho e desconstruir a

relação trabalho-sofrimento, comum no imaginário social de tradição judaico-cristã (BRASIL, 2011a). No que tange à proteção social e ao controle democrático, o eixo temático III buscou responder à questão de como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos(as) trabalhadores(as), o que pressupõe a participação popular na formulação das políticas públicas.

Na tentativa de identificar formas de efetivar e ampliar o controle social em saúde dos(as) trabalhadores(as), foram feitas considerações no sentido de delinear o panorama daquele momento, com a posterior definição de algumas deliberações. Nesse sentido, constatou-se que o trabalhador não dispunha de controle efetivo sobre o processo em que se inseria e sobre as consequências do ambiente de trabalho para a sua saúde – embora estivesse vivendo em um contexto de democratização e de abertura política que, progressivamente, já permitiam sua organização política, discussão coletiva e reivindicação de direitos. Também foi identificada a necessidade de qualificação dos trabalhadores e dos diversos setores do governo e da sociedade civil envolvidos ou comprometidos na sua representatividade nos espaços dos Conselhos e das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist).

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

Apesar das contradições e limites postos pelo capitalismo, Duri-guetto (2008), reforça que existem processos que potencializam a ação das classes subalternas na direção da formação da sua hegemonia (ou contra-hegemonia). Segundo a autora, isso indica a articulação da democracia com o socialismo, na medida em que “a democracia é entendida enquanto um processo que se constrói, desenvolve e se consolida a partir de espaços de luta, de formação de uma vontade coletiva, aberto

ao avanço para a construção de um novo projeto societário que se contraponha ao capitalismo” (DURIGUETTO, 2008, p. 5).

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

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

As demandas das Conferências versam sobre a dificuldade de uma atuação sem cooptação ou influências ideológicas opostas às da Reforma Sanitária e dos princípios levantados pela CF/88. Freire (2010), mesmo elaborando um estudo anterior à consolidação das Políticas de Saúde do Trabalhador, trouxe contribuições, à época, referentes aos desafios impostos aos movimentos sociais e ao controle social em saúde do trabalhador.

A análise dessa autora, em consonância com o que foi aqui apresentado, identificou a influência da reestruturação neoliberal, presente nas relações sociais de trabalho, como fator limitador da atuação dos movimentos sociais em razão do desemprego em massa e da contrarreforma do Estado. Então, apesar de os mecanismos de controle social democrático terem sido “retomados” no primeiro governo Lula (2003 a 2006), quando se verificaram novos estímulos, como a retomada das CNST após 11 anos, articuladas com as CNS nas três instâncias governamentais, estes sofrem os rebatimentos das alterações no campo do trabalho e do investimento restrito nas políticas sociais.

Reitera-se que esses elementos, conjugados a outros, afetam a estrutura da classe trabalhadora, suas formas de organização, sua capacidade de intervenção e seu acesso aos direitos sociais, refletindo nas condições de vida e trabalho e repercutindo no agravamento da questão social. O desafio imposto à sociedade civil organizada consiste em desenvolver processos políticos que objetivem organizar os interesses das classes subalternas e projetá-los em termos de ação hegemônica na direção da construção de um novo projeto societário (DURIGUETTO, 2008).

2.1.4. 4ª Conferência Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a) – 2014

Após nove anos de espera, a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foi realizada em Brasília no período de 15 a 18 de dezembro de 2014, com o tema “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: direito de todos e todas e dever do Estado.” Como etapa de preparação, a realização do Seminário Setorial com as Centrais Sindicais e Organizações Sociais, em março de 2014, objetivou sensibilizar o movimento sindical e social sobre a importância de implementar de fato a

Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (uma vez que esta já havia sido criada com a legislação pertinente). O momento do seminário favoreceu a articulação entre os representantes dos sindicatos e do Ministério da Saúde, o que resultou na elaboração de uma agenda de mobilização por setor econômico, considerada estratégica pelo CNS (BRASIL, 2014).

Nesse período já contávamos com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, instituída pelo Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011b), responsável pela implementação e execução da política, além dos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, sem prejuízo da participação de outros órgãos e instituições atuantes na área. As ações desenvolvidas como desdobramento dessa política estão inseridas no Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (Plansat).

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

No caso da proteção social, ela será articulada com os princípios da integralidade e intersetorialidade como elementos necessários para a efetivação da PNSTT. Por ser um tema complexo, várias deliberações/propostas foram levantadas e algumas, selecionadas, a saber: a aplicação das normas regulamentadoras para a redução dos riscos relacionados ao trabalho; a criação de um mecanismo equivalente à Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para os servidores públicos; a ampliação das discussões sobre a desvinculação da medicina do trabalho do domínio dos empregadores; o desenvolvimento de um meio de comunicação nacional e de denúncias (aplicativo ou número de telefone); a continuidade e o aperfeiçoamento das políticas de redução da informalidade; a ampliação da cobertura previdenciária, bem como da inclusão e educação previdenciária; a transparência das informações do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); maior agilidade na perícia médica (que então podia levar até três meses de espera); a criação de Núcleos de Vigilância em Saúde do Trabalhador, com equipe multidisciplinar; a adoção da relação saúde/trabalho como premissa diagnóstica em toda a rede de atenção à saúde e em todos os níveis de complexidade, criando e implementando protocolos de identificação de agravos relacionados à saúde dos(as) trabalhadores(as); e a exigência do cumprimento da Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, segundo a qual todo município com mais de 500 mil habitantes deve ter o seu Cerest Municipal, dentre outras.

Considerando as informações aqui descritas sobre todas as Conferências realizadas, constata-se que as diversas demandas apresentadas (como a necessidade de constante capacitação dos atores sociais envolvidos e de ações que propiciem a transversalidade e a integralidade da saúde) são atemporais. Igualmente, compreende-se o quanto é necessária a articulação interministerial e interinstitucional com outras políticas, no sentido de fortalecer a proteção social, pois o tema tem sido recorrente nos relatórios finais. Por fim, o controle democrático, como estratégia de construção, avaliação e monitoramento da política pública pelos cidadãos articula-se com a atuação da sociedade civil

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

3. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)

A instituição da PNSTT representa uma conquista da classe trabalhadora no sentido de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de governo na gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do(a) trabalhador(a). Além disso, ela apoia concepções do movimento da Reforma Sanitária e sintetiza os marcos regulatórios legais, como a CF/88, a Lei Orgânica de Saúde e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, dentre outros.

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

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. (BRASIL, 2012, p. 1).

Apropriando-se das análises marxistas, e tendo em vista que o trabalho é inerente ao ser humano e funciona como meio para a sociabilidade, a PNSTT avança destinando essa política a todos, independentemente da situação de emprego, desemprego ou inserção no mercado de trabalho formal ou informal. Além disso, destaca a necessidade de prioridade para

Art. 7º [...] pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades

de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. (BRASIL, 2012, p. 1).

Os princípios e diretrizes observadas pela PNSTT – universalidade, integralidade, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, descentralização, hierarquização, equidade e precaução – apreendem os ditames elencados pela CF/88, art. 198, que faz com que a PNSTT esteja em concordância com os princípios do SUS. A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), em 2002, representou um avanço significativo na organização institucional das ações e na disseminação de informações referentes ao campo saúde do(a) trabalhador(a). Em 2005 e em 2009, foram publicadas novas portarias, visando fortalecer e adequar suas ações, que integram o sistema por meio dos Cerest de cada região, e também estabelece a articulação com o Ministério da Saúde, com as Secretarias de Saúde, com o Distrito Federal e com os municípios.

Além de buscar apoio nas deliberações expostas no relatório final da 4ª CNST, os estudos de Minayo-Gomez (2013) e de Lacaz e Florio (2009) forneceram contribuições para a análise da PNSTT, especialmente na tentativa de apontar seus avanços e desafios. A pesquisa também possibilitou identificar algumas pistas sobre a situação do trabalho e das legislações trabalhistas e previdenciárias no país. Dentre os avanços observados com a implementação da PNSTT, incluem-se:

- 1) Incorporação de propostas que as entidades representativas da sociedade civil, profissionais e pesquisadores de saúde vinham almejando desde a 1ª CNST, como o conceito ampliado de saúde, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a previsão da criação das comissões, dentre outras.
- 2) Definição dos princípios, diretrizes e estratégias a serem observadas pelas três esferas de governo e de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde.

- 3) Integração da PNSTT e da PNSST ao conjunto de políticas de saúde do SUS.
- 4) Inclusão de todos os(as) trabalhadores(as), a partir da compreensão de que o trabalho é inerente ao ser humano e também meio para a sociabilidade, destinando essa política a todos, independentemente da situação de emprego/desemprego ou inserção no mercado de trabalho informal.

Para a identificação e listagem dos desafios postos na materialização da PNSTT, cabe relacionar os limites dessa política diante de determinantes macroestruturais da economia e da sociedade. Assim sendo, têm-se:

- 1) O contexto econômico social de destruição de direitos sociais duramente conquistados pela classe trabalhadora, a exemplo das legislações trabalhistas e previdenciárias.
- 2) A precarização dos vínculos e dos contratos de trabalho, que ocorre pela via da terceirização e das insuficientes condições de trabalho representadas pelo trabalho voluntário, subcontratos, terceirizações, empreendedorismo etc.
- 3) O enfraquecimento e dificuldade na organização da classe trabalhadora e na atuação dos movimentos sociais em ações pela prevenção dos agravos e pela manutenção dos direitos conquistados.
- 4) O desafio da implantação e de manutenção de Cerests nos municípios e estados brasileiros, além da dificuldade em manter recursos materiais e quadro de pessoal suficiente, capacitado e dotado de carreira compatível com as funções essenciais do Estado.
- 5) A necessidade da garantia da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) como objetivo prioritário, devido aos recursos escassos.

Raichelis (2006) reforça que é fundamental estimular a organização de fóruns mais amplos de representação e participação social e política, não institucionalizados, menos formalizados e burocratizados, que se tornarão, em consequência, mais permeáveis à participação popular como instrumentos dinamizadores no caminho da representatividade e legitimidade social.

Considerações finais

Observa-se que a realidade está em constante transformação e há a necessidade de ações coletivas para enfrentar os desafios postos no cotidiano. É indispensável o empenho de todos(as) no estabelecimento de articulações que visem à constituição de uma rede de atenção integral à saúde dos(as) trabalhadores(as). Os protagonistas são aqueles que vendem sua força de trabalho no mercado cotidianamente, sofrendo os rebatimentos da degradação das relações trabalhistas e previdenciárias. Muitas vezes, não conseguem participar dos espaços de reflexão sobre as decisões realizadas por governantes e contam com a atuação dos sindicatos, centrais sindicais e movimentos sociais para representá-los.

Constata-se que é urgente fortalecer os espaços de participação social e dar condições para o envolvimento da população, mediante a capacitação e o comprometimento, estimulando a organização de fóruns mais amplos de representação e participação social e política, não institucionalizados, menos formalizados e burocratizados, na tentativa de aproximação com os trabalhadores desempregados ou inseridos no mercado de trabalho informal, além de exigir a periodicidade da realização das conferências temáticas – dentre elas, a de Saúde do(a) Trabalhador(a).

Mesmo diante dos limites impostos, nota-se que a temática avançou em decorrência das CNST, como espaço de viabilização das lutas sociais e confronto de projetos societários. Em consequência, foram construídas a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST), em 2011, e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), em 2012. Apesar de todos os avanços no sentido da democratização do país, a perspectiva de universalidade da

proteção social mostra-se em confronto com as regras do capital, que exploram e degradam a força de trabalho.

Nitidamente, a política social é um espaço de disputa e de acirramento de projetos de classe, antagônicos e opostos por natureza. É urgente o fortalecimento de instâncias representativas, em todos os níveis, como a clareza e aproximação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) junto à população, o acompanhamento da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (Renast) e a socialização das informações concernentes à prevenção e promoção de saúde. Para a consolidação e o reconhecimento do campo da saúde do(a) trabalhador(a) na realidade brasileira, é fundamental o fortalecimento da proteção social e do controle democrático em todas as esferas (ou instâncias) de participação e representação política e social.

Referências

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

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

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores*. Brasília, 1986. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf. Acesso em: 9 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*: relatório final. Brasília, 2015. 234 p. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Relatorio_4cnst_final_31072015.pdf. Acesso em: 16 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília, 1994. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/0207cnst_relato_final.pdf. Acesso em: 16 maio 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 53. 20 set. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 46, 24 ago. 2012.

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

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 nov. 2011b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm. Acesso em: 9 jul. 2019.

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

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

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

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

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

FREIRE, Lúcia M. de B. Movimentos sociais e controle social em saúde do trabalhador: inflexões, dissensos e assessoria do Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 102, abr./jun., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200006. Acesso em: 9 jul. 2019.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *3ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador: “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”*. Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. P. 72-78. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/coletanea_textos_econf.pdf. Acesso em: 9 jul. 2019.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro; FLORIO, Solange Maria Ribeiro. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2123-2134, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600019>. Acesso em: 9 jul. 2019.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. Tradução: E. D. Nunes. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, n. 2, p. 7-25, 1982. Disponível em: https://unusus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 9 jul. 2019.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A Ideologia Alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846)*. São Paulo: Boitempo, 2007. Disponível em: <http://abdnet.com.br/site/wp-content/uploads/2014/12/A-Ideologia-Alem%C3%A3.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2019.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-9, 1991.

MINAYO-GOMEZ, Carlos. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 21-25, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100004>. Acesso em: 9 jul. 2019.

MORAES, Reginaldo C. *Neoliberalismo: de onde vem, para onde vai?* São Paulo: Senac, 2001. Disponível em: https://reginaldomoraes.files.wordpress.com/2012/01/livro_neoliberalismo.pdf. Acesso em: 9 jul. 2019.

OLIVAR, Mônica Simone Pereira. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 102, 2010.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. Política Social no capitalismo em crise. Desafios atuais e guerra de classe. *Leste Vermelho: Revista de estudos críticos asiáticos*, [s. l.], v. 2, n. 1, abr. 2016.

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

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, Ana E. *et al.* (org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-4.pdf. Acesso em: 16 mai. 2020.

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

SOUZA, Carlos Henrique Leite de. *A que vieram as conferências nacionais?* Uma análise dos objetivos dos processos realizados entre 2003 e 2010. In: AVRITZER, Leonardo; SOUZA, Clóvis Henrique Leite de (org.). *Conferências Nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividade*. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_conferencias_nacionais.pdf. Acesso em: 9 jul. 2019.



Este livro foi composto em UnB Pro e Liberation Serif.

Trabalho, direitos e desigualdades na realidade brasileira

A coletânea organizada por Reginaldo Ghiraldelli reúne capítulos que são resultado de pesquisas de integrantes do Trasso (Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho, Sociabilidade e Serviço Social). Abrange temas importantes, como as questões relacionadas ao trabalho e aos direitos sociais, especialmente neste momento histórico, caracterizado por um clima de obscurantismo e de subtração do compromisso do Estado com o sistema de proteção social.

Os capítulos abordam diferentes aspectos da realidade, com destaque para a situação do mundo do trabalho e a realização dos direitos sociais. Dentre os temas estudados, analisam-se a configuração do trabalho no contexto de reformas, o sindicalismo, a problemática do trabalho temporário, a participação social na política de saúde do trabalhador, a necessária efetivação de uma política de educação permanente para trabalhadores da assistência social, as expressões do trabalho precário na assistência social, as condições de trabalho e as intervenções profissionais de assistentes sociais na área da saúde.

Trata-se de uma obra cuidadosa, que explora diversas questões com olhar crítico e abordagem científica, voltada para pesquisadores e profissionais da área, mas também para todos aqueles que desejam ter uma visão aprofundada dos problemas atuais, em contraste com os *slogans* superficiais e mistificadores da realidade contemporânea.

Annamaria Campanini

Docente da Universidade de Milão Bicocca e
Presidente da Associação Internacional de
Escolas de Serviço Social (IASSW)

Foto ao fundo:

Interior do
Instituto de
Química/UnB.
Por Luiz Felipe
Barcelos.



EDITORA



UnB

ISBN 978-65-5846-016-9



9 786558 460169